

# FNMR

Séminaire de Bordeaux  
Avril 2022

## “LES SOCIÉTÉS PLURISPÉCIALITÉS”



Directeur de la publication :  
Dr Jean-Philippe MASSON

Edition - Secrétariat - Publicité rédaction - Petites annonces  
EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €  
Téléphone : 01 53 59 34 01 - Télécopie : 01 45 51 83 15  
[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org) - Email : [info@fnmr.org](mailto:info@fnmr.org)  
168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris

Président : Dr Jean-Philippe MASSON

Mise en page : RIVE COMMUNICATION  
Crédits photo : Istock

IMPRIMERIE DECOMBAT  
5 bis rue Gustave Eiffel - 15000 Aurillac  
Dépôt légal 3<sup>ème</sup> trimestre 2022

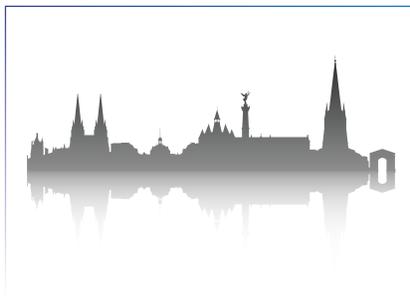
Septembre 2022

**Reproduction interdite,  
en tout ou en partie, par quel que procédé que ce soit,  
sans l'autorisation écrite de l'éditeur  
et des auteurs**

ISBN 978-2-9558316-3-2



# INTRODUCTION



**L**e Dr Eric Chavigny et le Dr François Jambon, respectivement président sortant et président entrant de la région Nouvelle-Aquitaine ont ouvert le séminaire de la FNMR de Bordeaux.

Après une interruption de deux ans due à la Covid-19, la région Nouvelle-Aquitaine a accueilli le traditionnel séminaire de réflexion de la FNMR sur l'avenir de la profession : *"les sociétés pluriprofessionnelles"*.

La remarquable organisation de cette journée a permis d'aborder les différentes interventions qui se sont succédées.

Le thème du précédent séminaire de la FNMR, en 2019, à Ajaccio, était « Quel capitalisme pour la radiologie de demain ? ». Il était logique de poursuivre cette réflexion d'autant

que les financiers redoublent d'efforts pour envahir le monde radiologique.

Cette année, après l'étude à Ajaccio des aspects plutôt juridiques et financiers, était plus consacrée à des avancées organisationnelles.

Les médecins radiologues partagent avec d'autres spécialités ce que l'on appelle l'imagerie médicale.

Il nous a donc semblé intéressant de voir comment, au lieu de mener une guerre concurrentielle, souvent délétère, se rapprocher, mutualiser nos équipements et nos équipes afin d'améliorer l'efficacité de nos structures en améliorant la prise en charge des patients. Comme on pouvait l'imaginer, les différentes interventions ont confirmé l'impérieuse nécessité de conserver notre indépendance. ●



## Les sociétés pluri-spécialités

### Une évolution indispensable pour les médecins spécialistes

**Réunie en séminaire à Bordeaux ce week-end, la FNMR a travaillé sur un nouveau modèle d'organisation des spécialités médicales libérales.**

Ce séminaire fait suite à celui tenu en 2019 "*Quel capitalisme pour la radiologie de demain*" qui analysait les risques de prise de contrôle de la radiologie par les groupes financiers.

Alors que les gouvernements successifs ne s'intéressent qu'à l'hôpital, **la FNMR étudie les voies d'un développement** de l'offre de spécialités médicales libérales.

#### **Les objectifs sont ambitieux :**

- Assurer sur tous les territoires la présence des compétences des spécialités médicales.
- Mieux coordonner le parcours du patient.
- Garantir l'offre des meilleurs équipements médicaux.

**La création d'établissements de santé de spécialités médicales** libérales pourra favoriser les coopérations dans le cadre d'un statut adapté aux pratiques médicales de ces spécialités. Ces établissements prendraient **la forme de sociétés médicales pluri-spécialités** permettant la mise en commun de moyens humains (médecins, paramédicaux), des compétences et des équipements médicaux dont les équipements lourds. Ces sociétés médicales, détenues par des médecins, seraient **un mur dressé contre la financiarisation qui menace la médecine libérale.**

**Les experts** réunis par la FNMR (radiologues, cardiologues, biologistes, juristes, experts-comptables) ont partagé leurs expériences de coopération et posé **les principaux éléments médicaux, juridiques, financiers d'un statut de société médicale pluri-spécialités.**

La FNMR, avec d'autres syndicats de spécialistes, **demandera au prochain Gouvernement de mettre en oeuvre ce statut.**

## “LES SOCIÉTÉS PLURISPÉCIALITÉS”



### INTERVENTIONS

#### **Dr Kim NGUYEN**

La financiarisation de la biologie médicale..... p. 10

#### **Dr Vincent PRADEAU**

Cardiologues/radiologues : La vision du cardiologue..... p. 18

#### **Dr Éric BRUGIERE**

Cardiologues/radiologues : la vision du radiologue..... p. 24

#### **Dr Jean-Charles LECLERC**

L'intégration d'un médecin angiologue  
dans un groupe d'imagerie médicale..... p. 34

#### **Dr Jean-Philippe MASSON**

Les établissements de santé de médecine  
spécialisée..... p. 36

#### **Dr Patrick GASSER**

Demain, quelle entreprise ?..... p. 40

#### **M. Benoît ELLEBOODE**

Comment l'ARS voit ce type de coopération entre  
les médecins spécialistes..... p. 46

#### **Me Christine DELUC, Me Alix DOMAS-DESCOS**

Les outils juridiques de regroupement  
des différentes spécialités..... p. 50

**Débat** ..... p. 64



## TÉMOIGNAGES

### Dr Dominique LUNTE

« Promouvoir une biologie indépendante  
au service du soin ! » ..... p. 78

### Sylvain GABUTHY

« Redonner du sens au métier ! » ..... p. 83

### Dr Jérôme CHETRIT, Dr Philippe CAMPARO

« Notre profession n'est pas à vendre ! » ..... p. 84

### Dr Layla BOULOS

L'intervention des financiers dans la médecine ..... p. 89

### Dr Éric CHEVALLIER

Financiarisation et radiologie ..... p. 92

### Dr Jérémie GUENICHE

La radiologie et la financiarisation ..... p. 98

100

## COMMUNIQUÉ :

Académie nationale de médecine ..... p. 100

102

## CONCLUSION :

..... p. 102

103

## LISTE DES CONTRIBUTEURS :

..... p. 103







# INTERVENTIONS

## AVERTISSEMENT !

Les articles qui suivent sont la reproduction des interventions des experts qui ont participé au séminaire. Ceci explique le caractère “parlé”, direct des retranscriptions »

# LA FINANCIARISATION DE LA BIOLOGIE MEDICALE

La biologie médicale est la première spécialité médicale identifiée comme cible par les fonds d'investissement de capitaux privés. C'est en cela une boule de cristal qui permet de prédire l'avenir d'autres spécialités dont le modèle d'exploitation est similaire.



**Dr Kim NGUYEN**  
Biologiste associé  
Laboratoire BIOSMOSE idf

La présentation se fera en trois temps : la concentration du secteur, puis les perspectives d'évolution de ce secteur lorsqu'il est consolidé, et enfin, inhérentes à la financiarisation, la déconstruction de l'indépendance professionnelle.

## I LA CONCENTRATION DU SECTEUR DE LA BIOLOGIE MÉDICALE.

Dans le secteur de la biologie médicale, le nombre de sociétés est passé de 2 550 à 400 pour un nombre de sites d'exploitation stable (4160) entre 2010 et 2021.

Le secteur s'est donc fortement concentré, il s'est consolidé économiquement et s'est réorganisé en réduisant le nombre d'acteurs qui

sont devenus de plus en plus gros.

Cette concentration, c'était une volonté des pouvoirs publics ; volonté qui s'est manifestée à travers plusieurs rapports.

- Le premier qui a marqué le début de la financiarisation, c'est le rapport de l'IGAS<sup>1</sup> en 2006 qui va pointer le caractère onéreux de la biologie médicale et prétexter des lacunes de qualité dans des petits laboratoires.
- Ensuite, en 2008, le Conseil d'Analyse Economique va plaider pour « la liquidité des fonds de pension aux capitaux des sociétés et des PME pour améliorer la recherche et la croissance ».
- Enfin, en 2009 et 2013, la Cour des comptes, au travers de deux rapports, pointait le morcellement du marché et plaidait pour une déréglementation de l'entrée au capital des sociétés de laboratoire. Évidemment, la volonté était de baisser les tarifs pour réduire les coûts d'analyse.

(1) Inspection Générale des Affaires Sociales – Rapport présenté par le Dr Françoise Lalonde, Isabelle Yeni et Christine laconde



Pour réduire les coûts, il faut faire des économies d'échelle, donc mutualiser, plateaux techniques, services supports (comptabilité, RH, approvisionnement, etc.).

Pour mutualiser, il faut augmenter les volumes et donc in fine, concentrer le secteur.

Or, qui sait mieux concentrer un secteur que les opérateurs financiers ?

Les différents gouvernements ont délibérément choisi une stratégie de déréglementation de la biologie pour réorganiser rapidement le marché.

Pour éviter de dégrader trop vite un service médical laissé à l'appréciation de sa rentabilité, voire de la prédation des opérateurs financiers, les laboratoires ont été contraints de s'accréditer. Conséquence de cette stratégie hyperlibérale : en dix ans, la CNAM<sup>2</sup> actait 40% de baisses cumulées de la nomenclature.

La concentration du marché s'est déroulée en trois phases :

- Une première phase de consolidation locale, qui donne naissance à des petites SEL<sup>3</sup>

de cinq labos entre professionnels généralement en activité. À partir de 2006, les financiers investissent le marché grâce à une législation favorable et les premiers groupes apparaissent tels que Novescia, Labco, Cerba, dans lesquels les biologistes ne sont plus actionnaires.

- À partir de 2010, la deuxième phase de consolidation voit émerger des acteurs régionaux. La valorisation commence à augmenter, tirée par la consolidation par LBO<sup>4</sup> des acteurs financiers. Qu'est-ce que le Build up par LBO ? Ce sont des acquisitions financées essentiellement par endettement avec un faible apport des fonds. Elles permettront une meilleure valorisation pour les actionnaires lors de la cession ultérieure (les fonds de pension, généralement, investissent le capital d'un laboratoire pendant cinq à six avant de le revendre). Il faut savoir que quand un fond achète un laboratoire à cinq EBE<sup>5</sup> et qu'il le revend à huit EBE, son investissement personnel passe de 100 à 300, ce qui est un placement extrêmement rentable. Pendant cette deuxième phase de consolidation, le groupe financier Cinven a acquis les laboratoires Labco pour 1,2 milliard d'euros, Partners Group a racheté Cerba pour 1,8 milliard, soit douze fois l'EBE.



En 2022, les six premiers laboratoires à capitaux externes représentent 70 % de parts de marché alors qu'en 2010 cette proportion n'était que de 16 %.

(2) Caisse Nationale d'Assurance Maladie

(3) Société d'Exercice Libéral

(4) Leveraged Buy Out (rachat avec effet de levier)

(5) Excédent Brut d'Exploitation



- Enfin, la troisième phase de consolidation vise l'implantation nationale. Elle correspond au rachat des groupes régionaux précédemment formés par des acteurs financiers puisque la valorisation des laboratoires est décorrélée de toute réalité comptable : elle ne peut donc pas être financée par l'emprunt classique. Ce sont donc dans l'immense majorité des fonds de pension ou spéculatifs qui finissent d'accaparer le secteur.

Cette troisième phase de consolidation va bientôt s'achever comme semble l'indiquer une dégradation des indicateurs financiers et des taux de rentabilité des sociétés de laboratoire. Cela signifie que les gains de productivité liés aux restructurations sont entièrement réalisés.

La question est : entrons-nous dans une quatrième phase de consolidation qui verrait cinq laboratoires se partager le marché ? Les pouvoirs publics seraient captifs et ils s'en inquiètent.

## II LES PERSPECTIVES D'UN SECTEUR CONSOLIDÉ.

Quelles sont les perspectives d'un secteur consolidé, comment pousser la rentabilité lorsque les économies d'échelle ont été réalisées ?

- Il est possible de réduire les charges : diminuer les horaires d'ouverture, réduire le nombre de préleveurs. Mais, c'est surtout possible quand le laboratoire est hégémonique sur un secteur de santé.
- Une autre voie est le développement à l'international : Cerba rachète des laboratoires en Afrique, Inovie se développe au Moyen-Orient.
- Il est possible aussi d'innover dans les services, les nouveaux besoins de consommation (le panel multi-allergènes, la biopathologie ou alors le séquençage, les marchés connexes ...).

Mais il y a aussi deux axes principaux qui intéressent beaucoup la finance :

## 1. Le premier qui concerne directement les radiologues, c'est la fusion du diagnostic médical.

Pourquoi ? Parce que la radiologie suit les mêmes contingences et donc le même modèle économique avec un secteur qui est encore très morcelé, des économies d'échelle facilement réalisables, des plateaux d'imagerie mutualisés qui nécessitent un investissement en équipement lourd, des techniques d'interprétation, de communication des données, la téléradiologie qui permet de concentrer l'acte médical sur peu de professionnels.

Et bien sûr, les pressions du secteur avec des mesures d'économies et une obligation d'accréditation.

Pour les analystes, la radiologie en est à sa deuxième phase de consolidation, c'est-à-dire un regroupement régional avec un prix de cession moyen des cabinets qui demeure bas (d'après le dernier rapport Interfimo à 1,1 EBE).



Les cessions majoritaires se font encore entre professionnels exerçants, ce qui est très vertueux... Mais la finance cherche à rentrer dans

les cabinets d'imagerie par les groupes de cliniques, par les groupes de biologie médicale mais aussi par des fonds primo-entrants.

Ces fonds peuvent accepter d'être minoritaires dans la participation des SEL de radiologie et répondre ponctuellement à un besoin urgent de financement.

C'est déjà arrivé dans les laboratoires, je vous le déconseille fortement, c'est faire entrer le loup dans la bergerie.

## 2. Un deuxième axe de développement qui intéresse beaucoup les fonds, c'est la mondialisation et le Big data médical.

Récemment, Unilabs, géant de la biologie, fut rachetée pour 4,3 milliards d'euros par un industriel pur, (c'est-à-dire une société qui n'est pas dans le secteur de la santé). C'est la holding AP Moller, une société danoise, première compagnie maritime de fret.

Pourquoi des industriels investissent-ils la santé ? Il faut aller chercher la réponse dans un rapport publié l'année dernière par un cabinet conseil<sup>(6)</sup>.

Il souligne que les échanges de services augmentent 60 % plus vite que les échanges de biens. Cela signifie que la mondialisation de demain se fera par l'économie de service portée par les savoirs. Or, Unilabs s'est beaucoup développé sur le digital, en rachetant beaucoup de start-ups, notamment une marseillaise, la plateforme Kiro, pour digitaliser les parcours patients, pour l'interprétation automatisée des données médicales, pour des plateformes de téléexpertise.

Quand il a été demandé au PDG d'AP Moller, pourquoi il investissait dans Unilabs, il a

(6) Etude McKinsey : Globalization in Transition : The Future of Trade and Value Chains

répondu qu'il y voyait l'opportunité « *de développer l'entreprise sur de nouveaux marchés avec un degré élevé d'automatisation en offrant des solutions aux pays ayant un accès limité à la santé, tels que les services de télé-radiologie* ».

À bon entendre...

### III LE MODELE DE LA BIOLOGIE LIBERALE ASSOCIEE

**En 2022, le modèle de la biologie libérale associée** - détenue par les biologistes - représente 30 % de l'offre.

Il y a une forte disparité des structures entre les petits labos de cinq à quinze sites et des libéraux régionaux qui ont réussi à s'organiser très tôt et qui peuvent comprendre cinquante à soixante-dix sites. La biologie libérale s'est organisée selon deux schémas :

- **1. Les réseaux intégrés** à capital consolidé : ce sont des sociétés qui ont fusionné ou qui ont été rachetées ou qui ont pris des participations croisées. Les trois premiers réseaux intégrés en France sont Inovie, Laborizon et Biofutur qui se sont développés depuis 2010 dans le Sud, l'Ouest et dans la banlieue parisienne.

Malheureusement ils ont été tous les trois rachetés ces deux dernières années par des fonds de pension !!!

Tout concourt à penser que cette perte d'indépendance est inéluctable en raison de l'hyper-valorisation qui est alimentée par les LBO. Elle entraîne les associés à désencadrer la vente des parts et pousse la majorité des associés à une vente au prix du marché.

- **2. La biologie libérale** peut aussi s'organiser en réseau non intégré, c'est-à-dire des socié-

tés qui vont collaborer avec un règlement intérieur, qui vont mettre en commun des processus supports, des centrales d'achat, DRH, comptabilité, avec un droit de préemption. C'est-à-dire que si une société se vend, elle se vendra au sein du réseau mais au prix du marché. Évidemment, dans un contexte d'hyper-valorisation, les fonds peuvent l'emporter.

En faisant le bilan de la biologie libérale, on constate qu'elle a réussi à atteindre une taille critique qui permet des gains de productivité, d'investir dans l'outil productif, voire dans des plateaux de biologie spécialisée, mais elle a failli à transmettre l'outil aux jeunes.

- La biologie libérale n'est pas suffisamment robuste pour rivaliser avec le modèle financier. Pour preuve, l'essentiel du marché est passé aux mains de la biologie financière ces dix dernières années et seule la puissance publique pourra infléchir cette dynamique qu'elle a elle-même favorisée.

**Le modèle de la biologie financière** à capitaux externes représente 70 % de l'offre. 40 % sont contrôlés par trois groupes (Biogroup, Cerba et Inovie).

Ce modèle est consubstantiel à la perte d'indépendance du biologiste. Dans ces groupes, le biologiste n'a plus le choix de ses auto-mates, de ses réactifs, de ses processus. Il n'est plus décideur, il ne peut plus choisir de mettre un plateau technique d'urgence.

Pire, quelquefois, il est soumis à des impératifs commerciaux, c'est-à-dire proposer aux patients des analyses plus ou moins ésotériques (comme le panel multi-allergènes, alimentaires ou des choses de ce type). La perspective de cette biologie financière est mentionnée dans un rapport de la Banque de France sorti en



2019 qui mentionne que « le recours accru à des stratégies de levier a porté les prix des actifs financiers à des niveaux très élevés. La hausse ininterrompue de l'endettement des acteurs privés contribue à une fragilisation macroéconomique progressive et un affaiblissement de la résilience intrinsèque de l'économie française ». Pour résumer, un professeur de Dauphine dit que « les LBO sont à la haute finance ce que le crédit hypothécaire est aux ménages modestes désirant accéder à la propriété avec peu d'apports (Liem Hoang-Ngoc, économiste, ancien député européen) ». On pense bien sûr à la crise des subprimes !

Pourquoi ? Parce que les LBO sont des acquisitions rapides par endettement, c'est un outil très risqué, surtout dans un contexte concurrentiel où les cibles sont survalorisées pour occuper le marché, pour croître rapidement. Généralement, les fonds rachètent un laboratoire pour une période de six à sept ans puis revendent leurs parts. Il y a donc une reproduction successive de l'effet de levier qui est déraisonnable. A chaque fois, la dette est res-

structurée avec des taux d'intérêt qui augmentent, mais une rentabilité qui s'épuise...

### Sans oublier les facteurs de déstabilisation du marché :

- la pression tarifaire. Le directeur général de la CNAM, Thomas Fatôme, a annoncé qu'il baisserait drastiquement les remboursements (baisse de la lettre clé <sup>77</sup>),
- les chocs RH avec grèves,
- et bien sûr la remontée des taux d'intérêt.

Ne risque-t-on pas d'assister prochainement à un éclatement de cette bulle de laboratoire ? Il faut avouer que la Covid a relancé la machine financière. En 2021, Biogroup emprunte sur les marchés 2,8 milliards d'euros et une agence de notation, Fitch, note cette dette senior B+, c'est-à-dire « hautement spéculatif », alors que précédemment, les dettes des laboratoires étaient BBB « sécurisée ».

(7) Le rapport Charges et Produits pour 2023 de la CNAM a annoncé en juillet 2022 une économie de 180 millions à réaliser pour la biologie médicale

En 2020, Inovie - un groupement de laboratoires auparavant indépendant (chiffre d'affaires, 1 milliard d'euros) - passe sous contrôle du fonds de pension Ardian. Ardian, c'est le plus gros fonds de pension mondial, 120 milliards de dollars d'actifs gérés. A peine un an après être rentré chez Inovie et avoir commencé à restructurer, ce fond veut revendre ses titres. Y-a-t-il eu un retour sur investissement plus rapide que prévu avec la Covid ou la rentabilité du secteur commence-t-elle à devenir incertaine ?

### IV LA DÉCONSTRUCTION DE L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE ?

L'indépendance professionnelle est définie par le code de la santé publique. Elle implique le refus de toute contrainte financière, commerciale, technique ou morale, ou aliénation sous quelque forme que ce soit. C'est une notion très vaste qui recouvre notamment la maîtrise de l'outil de travail et des capitaux.

Très tôt, le législateur a voulu préserver cette indépendance par la loi sur les sociétés d'exercice libéral (SEL<sup>(8)</sup>) en 1990 puis la loi Murcef<sup>(9)</sup> en 2001. Il a donc limité le capital et le droit de vote des associés non professionnels à 25 %. Il n'a pas mis de limites pour les associés professionnels non exerçant d'où des résultats mitigés.

En 2013, une nouvelle loi pour lutter contre la financiarisation, la loi Ballereau<sup>(10)</sup>, précise que plus de la moitié du capital social et des droits de vote doit être détenue par des biologistes médicaux en exercice au sein de la société. Elle réaffirme également l'indépendance du biologiste médical.

Les financiers ont réussi à contourner la loi.

Comment ? Pour la loi Murcef, cela a été assez simple. En effet, dans le droit européen, les sociétés européennes de biologistes peuvent être détenues par des holdings financières. Des sociétés de biologistes espagnols, comme Novacia, ou irlandaises, ont pris le contrôle de laboratoires français.

Contourner la loi Ballereau a été un peu plus difficile puisqu'elle énonce clairement que plus de la moitié du capital social et des droits de vote doivent appartenir à des professionnels en exercice. Les financiers ont donc utilisé les actions de préférence. Ce sont des titres réservés aux investisseurs qui ne représentent que 25 % du capital, mais ouvrent droit à 99 % des droits financiers, c'est-à-dire des dividendes distribués ou de la valeur de l'entreprise à la revente. Les financiers ont également introduit des clauses léonines dans les pactes d'associés, les règlements intérieurs ou les statuts des SEL. Ainsi, par le biais des textes juridiques propres à la société, ils ont réussi à s'octroyer des dispositions de contrôle effectif, par exemple, des droits de veto étendus à toutes les décisions de gouvernance.

Quand un biologiste intègre une structure, il est dans l'obligation de signer

- une promesse de cession de la part qu'il vient d'acheter et cela à un prix pré-encadré,
  - des clauses compromissaires.
- Une clause compromissoire signifie qu'en cas de litige entre le professionnel et l'investisseur, il est préétabli que ce litige se règlera en tribunal arbitral ; or, le recours à un tribunal arbitral est très onéreux, c'est un ticket d'entrée à 30 000 euros.

(8) Loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990

(9) Loi n° 2001-1168 du 11 décembre 2001

(10) Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013

Les financiers créent des organes de gouvernance ad hoc, bien sûr avec une majorité de votes pour les investisseurs avec des dispositions de contrôle effectif supérieur aux prérogatives de l'assemblée générale.

### **UN PROJET DE LOI SUR LES INDÉPENDANTS REDONNE TOUTEFOIS UNE PETITE POINTE D'OPTIMISME**

Récemment, l'autorité de la concurrence et la DGE<sup>11</sup> ont réagi, probablement par peur que le marché de la biologie devienne un oligopole captif de la finance. Un rapport sur les professions libérales<sup>12</sup>, poussé notamment par l'Ordre des avocats et l'Ordre des vétérinaires propose des modifications réglementaires sur les structures juridiques et la notion d'indépendance professionnelle pour homogénéiser les cadres des professions libérales réglementaires. Il est devenu un projet d'ordonnance actuellement en examen par le Conseil d'État. Les syndicats des biologistes ont fait des propositions pour préserver l'indépendance en alignant le pourcentage de détention du capital, des droits de vote et des droits financiers. Pour cela, il faut supprimer les actions de préférence aux capitaux des professionnels de santé ou modifier la notion de droit de vote pour la transformer en droit décisionnel. Les syndicats ont aussi proposé, pour améliorer la transparence, l'obligation de transmettre aux agences régionales de santé, aux Ordres et à la DGOS<sup>13</sup> tous les textes régissant la vie interne de la société. Il faut aussi doter ces tutelles de moyens de contrôle, avec des experts en droit des sociétés, et de sanction. Dans la mesure où il reste peu de laboratoires qui ont tous le même montage juridique, il sera assez facile de déconstruire l'ensemble de la pyramide.



Est-il trop tard ? Pour la biologie médicale, je suis assez sceptique puisque 70 % du marché ont déjà été confisqués. Si jamais cette ordonnance passait en l'état et redonnait la majorité aux professionnels en exercice, en tout cas pour la biologie, ça signifierait une chute brutale des titres qui sont essentiellement portés par les fonds. Cette déstabilisation n'est pas de nature à être acceptée par Bercy.

Je ne peux qu'appeler les radiologues à être très prudents. ●

(11) Direction Générale des Entreprises

(12) Rapport Lavenir Scotté sur les SEL et les SPFPL -IGF – Nov 2020

(13) Direction Général de l'Offre de Soins

# CARDIOLOGUES/RADIOLOGUES : LA VISION DU CARDIOLOGUE



**Dr Vincent PRADEAU**

Cardiologue à Cenon  
Vice-Président du Syndicat  
National des Cardiologues

J'interviens en tant que président du Conseil National Professionnel des Cardiologues mais aussi en tant que cardiologue avec une activité généraliste ou polyvalente et une importante part d'échographie notamment d'effort. Je n'ai pas d'activité d'hospitalisation.

Depuis très longtemps, le regard du cardiologue - qui gère son imagerie, coronarographie ou échographie - sur les radiologues se limitait aux manip' radio qui venaient le déranger pendant qu'il faisait son observation en salle d'urgence pour nous donner un "machin" qu'on regardait sur un coin de lampe. Nous partons de loin mais nous progressons. Quand j'ai commencé mon internat en 1994, le rapport des cardiologues avec l'imagerie, c'était le pensum de descendre aux épreuves d'effort pour surveiller une scintigraphie. A l'époque, la scintigraphie, gérée par les médecins nucléaires, c'était plusieurs temps

d'acquisition, éventuellement sur deux jours. C'était les premiers rapports avec l'imagerie hors cardiologie. Il y avait un autre pensum pour l'interne quand il fallait faire les angiographies pulmonaires la nuit, puisqu'à l'époque il n'y avait pas de scanner sur place.

Autour des années 1995-1996, l'angioscanner est arrivé ; il n'était pas dans les locaux de l'hôpital, à Bordeaux, mais dans une autre structure. Nous faisons beaucoup d'échocardiographies transœsophagienne (ETO). J'ai passé des centaines d'ETO à regarder les valves pulmonaires pour les ablations de Michel Haïssaguerre qui se font aujourd'hui par scanner. Nous recherchions les caillots, ce qui aujourd'hui se fait aussi par scanner. Nous recherchions des endocardites, sur sonde de pacemaker aujourd'hui sur IRM ou TEP beaucoup plus performante que l'ETO. Nous faisons des bilans d'AVC. Nous en faisons toujours, essentiellement pour regarder les forams ovales perméables (FOP), l'imagerie en coupe étant moins performante.

S'il faut simplement regarder les caillots à l'intérieur du cœur, le scanner est pertinent au point que lorsque nous mettons des prothèses dans l'auricule, nous nous appuyons sur "sizing" de scanner.

Quand je suis devenu chef de clinique, aux alentours des années 2000, commençait une guerre, celle des barrettes de scanner :



quatre, seize, soixante-quatre et pourquoi pas le triple ? Nous attendions qu'il serve aux urgences pour faire, à la fois, le diagnostic d'embolie pulmonaire et de dissection aortique et autre coronaropathie ou encore de pathologie pulmonaire. Dans ce domaine, ce sont les biomarqueurs cardiologiques qui ont pris l'ascendant.

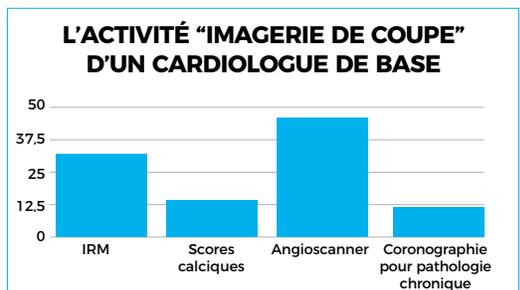
Parallèlement, il y avait beaucoup de tests d'ischémie - je fais encore entre huit-cents et mille échos de stress par an - et nous avions la scintigraphie, ce qui permettait de choisir la technique la plus adaptée en fonction des indications et de l'imagerie

Nous avons également bénéficié très largement de l'imagerie de seconde harmonique. Les échographies transthoraciques sont tellement pertinentes que l'ETO est réservée à l'interventionnel pour encadrer directement en salle d'opération.

Nous faisons, et nous continuons à faire, beaucoup de détection d'ischémie avec des tests pour les gens asymptomatiques, diabétiques à risque et aussi pour le suivi des coronariens. Si le scanner et l'IRM étaient déjà présents

en cardiologie, les années 2000 ont constitué un véritable tournant avec des techniques plus rapides, nécessitant moins de temps de post-traitement. Les études de validation sont arrivées qui font qu'aujourd'hui il y a très peu de champ de la cardiologie dans lesquels il est possible de se passer d'imagerie en coupe.

L'activité moyenne d'un cardiologue sur une année, hors patients hospitalisés, est de l'ordre de trente à quarante scanners, d'une cinquantaine d'angioscanners. Les scores calciques sont l'activité émergente notamment pour indication de diabètes.



La première indication pour laquelle l'imagerie, hors échographie, s'est imposée est la myocardiopathie hypertrophique. L'imagerie en coupe, en dehors de l'échographie qui fait le diagnostic, est indispensable pour caractériser l'hypertrophie - surtout si elle est apicale - et pour voir la distribution des piliers. L'imagerie en coupe permet aussi d'apporter des arguments de diagnostic pour la myélose.

Pour la coronaropathie, en classe 1, en termes de diagnostic, les recommandations orientent vers l'imagerie fonctionnelle et l'imagerie de coupe. En cas de symptômes typiques, un haut risque cardiovasculaire, nous serons plutôt enclins à faire des tests fonctionnels. En revanche, s'il y a peu de facteurs de risque, la tendance actuelle est d'aller vers l'imagerie de coupe. Pourquoi ? Parce que vous avez un patient sans traitement et le scanner va dire que même s'il n'a pas des plaques serrées, s'il a des plaques, ça aura une incidence directe sur son traitement puisqu'éventuellement, vous allez le mettre sous statine, ou

sous antiagrégant. Alors que si vous avez un test d'ischémie normal, il peut se retrouver sans les traitements préventifs pour le long terme. Voilà la tendance pour la cardiopathie ischémique.

Pour l'insuffisance cardiaque, les myocardiopathies, nous avons besoin de la caractérisation tissulaire, d'éléments de diagnostic qui permettent d'identifier certaines pathologies spécifiques. Nous cherchons la fibrose qui est un marqueur de pronostic d'arythmie. Encore une fois, l'échographie permet le diagnostic et le suivi, mais nous avons besoin, à un moment ou un autre dans l'histoire du patient, d'une caractérisation par une imagerie en coupe.

La grande mode, c'est de faire des Heart Team, notamment autour des valvulopathies. Selon les recommandations européennes de l'année dernière, le premier pas dans le diagnostic est, encore une fois, l'échographie. Mais pour apporter des éléments de pronostic et de suivi, des éléments techniques de traitement, là aussi en Heart Team, le recours à l'imagerie en coupe est indispensable.

### CARDIOVASCULAR MAGNETIC RESONANCE EVALUATION IN HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY

RECOMMENDATIONS	CLASS	LEVEL
It is recommended that CMR studies be performed and interpreted by teams experienced in cardiac imaging and in the evaluation of heart muscle disease	<b>I</b>	<b>C</b>
In the absence of contra-indications, CMR with LGE is recommended in patients with suspected HCM who have inadequate echocardiographic windows, in order to confirm the diagnosis	<b>I</b>	<b>B</b>
In the absence of contra-indications, CMR with LGE should be considered in patients fulfilling diagnostic criteria for HCM, to assess cardiac anatomy, ventricular function, and the presence and extent of myocardial fibrosis	<b>IIa</b>	<b>B</b>
CMR with LGE imaging should be considered in patients with suspected apical hypertrophy or aneurysm.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
CMR with LGE imaging should be considered in patients with suspected cardiac amyloidosis	<b>IIa</b>	<b>C</b>
CMR with LGE may be considered before septal alcohol ablation or myectomy, to assess the extent and distribution of hypertrophy and myocardial fibrosis	<b>IIb</b>	<b>C</b>

## LES RADIOLOGUES ONT SANS DOUTE LES MÊMES PROBLÈMES QUE LES CARDIOLOGUES

On peut maintenant opérer des gens qui n'ont pas de facteurs de risque d'une valve, et, horreur pour les cardiologues, sans faire de coronarographie.

Enfin, l'article de positionnement de la Société Française de Cardiologie et de Diabétologie, qui date de l'année dernière, constate que nous faisons des examens normaux et qu'il y a très peu de tests d'ischémie positifs. L'idée a donc été de faire une strate intermédiaire dans la caractérisation des diabétiques et l'article positionne clairement le score calcique. Si vous avez un score calcique bas, vous êtes très probablement à faible risque, si vous avez un score calcique élevé, vous êtes à haut risque. Donc on vous traite et on recherche l'ischémie. C'est pour cette raison que nous allons voir une hausse des indications de score calcique. Il y a donc dans notre spécialité des indications pour l'imagerie qui explosent.

Il y a, en France, six-mille-quatre-cents cardiologues, 42 % exclusivement libéraux, un tiers salarié et un quart en pratique mixte. 26% ont plus de 60 ans et à peu près deux-centvingt cardiologues partent à la retraite chaque

année. Les radiologues ont sans doute les mêmes problèmes que les cardiologues. Nous sommes fortement concentrés autour des villes universitaires. Les façades atlantique et méditerranéenne sont très attractives. Inversement, des zones sont en grande souffrance comme le Centre, la Lorraine, les Hauts-de-France. On voit émerger un problème de répartition, y compris dans la région parisienne. Si Paris centre est encore relativement bien pourvu, des départements de la grande couronne commencent à être en sous-effectif. La DREES<sup>1</sup>, avec les qualités et les défauts de ses études, dit que les effectifs vont continuer à baisser en 2027 et qu'il faudra encore dix ans pour retrouver le même niveau.

Notre profession évolue vers la spécialisation et la surspécialisation. Globalement, on observe que la part des consultations diminue et que la part des actes techniques augmente. L'échocardiographie croît tous les ans de +5 à 10 % parce que la population vieillit et que l'échographie est devenue le prolongement de l'examen clinique. L'échographie de stress est à maturité. Elle a été multipliée par deux entre 2013 et 2018, soit près de deux cent mille examens par an. Il y a quatre fois plus d'épreuves d'effort que pour le diagnostic de la cardiopathie ischémique. Les épreuves d'effort sont de l'ordre de huit-cent-mille. Il faut tenir compte du fait que pour un acte de scintigraphie, l'imagerie est faite par le médecin nucléaire et l'épreuve d'effort est cotée par le cardiologue.

Il faut soustraire l'activité des cardiologues qui est faite de la scintigraphie puisque que quand il y a un acte de scintigraphie - peut-être que ça va vous donner des idées

(1) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

pour l'avenir - l'imagerie est prise par le médecin nucléaire et l'épreuve d'effort est cotée par le cardiologue.

Actuellement, très peu de cardiologues cotent des IRM ou des coroscans.

La profession enregistre une diminution du volume des horaires qui restent autour de 45 heures par semaine. Il y a une fuite des gardes et des astreintes. Mais nous arrivons à maintenir une file active, de l'ordre de mille trois cents cinquante patients uniques par an.

### LA RELÈVE

La réforme du DES a créé des options de surexpertise. Sur 185 internes en formation, 30 seront en option d'imagerie d'expertise. Mais ils vont à peine remplacer les PU-PH<sup>2</sup> ou les PH qui vont partir à la retraite. Ils seront donc captés pour les 5 à 10 ans à venir par les CHU et les cliniques où se pratiquent la chirurgie cardiaque. Ils ne pratiqueront pas la radiologie cardiologique du quotidien dont nous avons besoin. Ils ont une appétence très supérieure pour l'IRM. Ça se comprend assez bien quand vous faites de l'échographie cardiaque au quotidien, la sémiologie d'IRM est quasi intuitive. À l'inverse, la reconstruction, le post-traitement d'images qu'il peut y avoir pour le scanner, sont plus éloignés de la culture cardiologique. Mais tous les internes, sans exception, croiseront l'imagerie dans les services.

### LA PHILOSOPHIE DES TEMPS À VENIR.

La philosophie des temps à venir peut-être des chiffons rouges. Un arrêté de juillet dernier dit que les cardiologues peuvent se passer des radiologues pour faire du coroscan. Donc, on peut mettre le chiffon rouge entre nous, ce qui ne fera pas avancer les choses. Ce que nous pouvons anticiper, c'est que nous aurons :

Arrêté du 5 juillet 2021 portant homologation de la décision n° 2020-DC-0694 de l'autorité de sûreté nucléaire du 8 octobre 2020 relative aux qualifications des médecins ou chirurgiens-dentistes qui réalisent des actes utilisant des rayonnements ionisants à des fins médicales ou de recherche impliquant la personne humaine, aux qualifications requises pour être désigné médecin coordonnateur d'une activité nucléaire à des fins médicales ou pour demander une autorisation ou un enregistrement en tant que personne physique.

NOR: SSAH2119688A

Eli : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/7/5/SSAH2119688A/jo/texte>

JORF n°0155 du 6 juillet 2021

Texte n° 33

*Extrait du Journal officiel*

- d'un côté l'imagerie de surexpertise, dans les centres tertiaires : ce qui est autour de la rythmologie interventionnelle, c'est-à-dire l'imagerie de fusion pour aider l'ablation, ce qui est autour du sizing pour les TAVI, pour les fermetures d'auricules, pour les fermetures de FOP, ce qui contribue aux réparations de mitrale pour la chirurgie cardiaque et une partie de l'activité d'urgence. Beaucoup de gens qui sont en imagerie d'expertise vont être fléchés vers ces activités. Mais il y aura un problème de validation des compétences des gens qui en font déjà et qui n'ont pas le label du nouveau DES.

(2) Professeur d'Université – Praticien Hospitalier

- D'un autre côté, il y aura l'imagerie du quotidien, celle qui est en train d'exploser. Il y aura de plus en plus de dépistages des patients en prévention primaire, notamment les diabétiques. Le diagnostic des coronaropathies est en train de changer. L'insuffisance cardiaque, plus d'un million de patients par an, est un énorme problème de santé publique ; l'exploration des troubles du rythme, aujourd'hui, extrasystoles ventriculaires un tant soit peu fréquentes, un tant soit peu compliquées, on ne peut pas se passer d'une IRM. Les myocardiopathies hypertrophiques. Myocardite et péricardite, la Covid a réactivé une partie de la sémiologie et nous allons avoir des problèmes de couverture du territoire, parce que ces imageries sont, sur le plan cardiologique, très concentrées.

Il va falloir respecter des délais acceptables avec des problèmes de temps médecin et de temps machine. Il y a aussi la part de cerveau disponible que les cardiologues et les radiologues vont vouloir mettre sur ces pathologies qui ne sont pas les seules à explorer.

L'enjeu fondamental, surtout pour des médecins libéraux, est de garder l'attractivité de l'exercice libéral. Ceux qui vont se former vont voir de l'imagerie en coupe. Puis ils partiront dans le privé et n'y auront plus accès. Les cardiologues proches de la retraite n'auront pas de difficultés pour finir leur carrière, mais pour ceux qui sont en début ou même en milieu de carrière, faire sans l'imagerie en coupe, ce sera comme si un cardiologue dans les années 80' ne s'était pas mis à l'échographie cardiaque ou comme si un radiologue ne s'était pas mis à l'imagerie en coupe quand elle est apparue. Nous avons donc un champ de cardiologues, de collègues à former.

Il va falloir être imaginatif. Sur les techniques : trouver la bonne séquence, la bonne reconstruction, nous y arriverons sans difficulté. L'appliquer au bon patient, nous y arriverons aussi. Nous cherchons le Graal qui est pour la coronaropathie, par exemple, de tout explorer en un examen (le muscle et les vaisseaux). Un autre Graal peut être aussi de déterminer la plaque instable pour prévoir les événements coronariens. Nous y arriverons sans doute parce que c'est très médical.

Il faut construire de nouveaux modèles économiques. Les radiologues sont mieux préparés parce que beaucoup plus rompus à l'investissement. Ce nouveau champ crée de la valeur ajoutée, il faudra voir comment la partager. Il y a également des enjeux d'organisation. Un échographe se déplace plus facilement qu'un appareil d'IRM ou de scanner. Il y a des contingences de plages horaires, d'astreintes. Quel sera le rôle de la télémédecine ?

Et puis, il y a nos aides au quotidien. Vous avez les manipulateurs radio, nous pouvons imaginer que des personnels fassent les échographies cardiaques. Parce qu'il y a peut-être à terme des possibilités de « pooler » certaines activités. Aujourd'hui, si vous dites à un cardiologue qu'il va devoir aller faire sa vacation de scanner ou d'IRM un samedi à 14h00, il va vous regarder bizarrement, mais vous, ça ne vous paraît pas étrange.

Nous partons de loin mais nous pouvons progresser. Comme nous sommes à Bordeaux, je dirai que si nous voulons faire un Grand Cru, radiocardiologues ou de cardiocardiologues, vous prenez du Merlot ou du Cabernet-sauvignon ou du Cabernet franc et beaucoup de jus de cerveau. Nous y arriverons. ●

# CARDIOLOGUES/RADIOLOGUES : LA VISION DU RADIOLOGUE



**Dr Éric BRUGIERE**  
Radiologue à Toulouse

**A**ccepter d'intervenir dans un séminaire, c'est se demander si on est pertinent. Je peux simplement dire que j'ai eu la chance depuis mon jeune âge radiologique de faire de l'imagerie en coupe, cardiaque, et aussi de l'interventionnel. Je fais partie de la

première génération vraiment formée à cette activité au niveau universitaire et je côtoie les cardiologues depuis de nombreuses d'années. Parfois, ce sont des duos, parfois ce sont des duels, mais c'est toujours enrichissant.

Je vais parler d'organisation et montrer des pistes, ce qui existe déjà sur le terrain pour travailler ensemble puisque nous sommes tous là pour le patient et qu'il faut lui rendre service. Nous verrons les attentes et les particularités de cette activité, et ensuite les possibilités de mutualisation. Nous verrons aussi quelques retours d'expérience de mutualisation cardio/radio dans le Sud et le Sud-Ouest.

## LES ATTENTES - PARTICULARITÉS DE CETTE ACTIVITÉ.

Nos deux spécialités sont très dynamiques et bien structurées, les radiologues, près de neuf-mille, les cardiologues, un peu plus de sept-mille, avec une petite majorité de libéraux dans les deux spécialités.

Le nombre de postes d'internes est à peu près équivalent mais un peu supérieur pour les radiologues (deux-cent-cinquante) que pour les cardiologues (cent-quatre-vingts). Les sociétés savantes sont relativement efficaces, présentes et dynamiques, la SFR et la SFC. Les deux syndicats de libéraux ont une bonne représentativité.

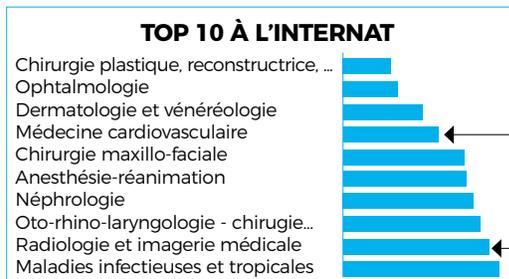


## 2 SPÉCIALITÉS FORTES ET BIEN STRUCTURÉES

	Radiologues	Cardiologues
Démographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 8 907 radiologues (2019) - 3,9% des spécialistes</li> <li>· 5 100 libéraux (57%)</li> <li>· 2 100 hospitaliers environ</li> <li>· 1 500 activités mixte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 7 410 cardiologues (2020) - 3% des spécialistes</li> <li>· 4 500 libéraux (62%)</li> <li>· 1 700 hospitaliers environ</li> <li>· 1 200 activités mixte</li> </ul>
Nb d'internes	250 postes	180 postes
Société savante	SFR FNMR (4000 adhérents)	SFC (5 000 adhérents) SNC
Positionnement stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Spécialité médico-technique avec des progrès technologiques importants</li> <li>· Rôle majeur et croissant dans le parcours de soin</li> <li>· Dépistage organisé du cancer du sein</li> <li>· Esprit d'entrepreneuriat fort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1<sup>ère</sup> cause de mortalité dans les pays développés (180 000 décès/an)</li> <li>· Rôle dans la prévention par le dépistage des facteurs de risque (enjeux de santé publique)</li> <li>· Innovation forte (ttt percutanés des valves, angioplastie, rythmo, pharmacopée ...)</li> </ul>

Les deux spécialités ont des positionnements stratégiques intéressants. La radiologie est une spécialité médico-technique qui connaît des progrès techniques importants, surtout depuis les vingt dernières années avec l'essor de l'imagerie en coupe. Elle a un rôle majeur et croissant dans la prise en charge et dans le parcours de soins des patients et, en particulier, comme nous l'avons vu avec le Dr Pradeau, en imagerie cardiaque. Nous avons un rôle important pour le dépistage organisé du cancer du sein, et, peut-être demain, celui du poumon. Les radiologues ont un esprit entrepreneurial fort et une volonté de rester indépendant. Les cardiologues prennent en charge la première cause de mortalité dans les pays développés. Ils sont très impliqués dans la prévention et le dépistage et donc dans la santé publique. L'innovation est également très forte en cardiologie.

Il y a eu un essor, il y a quelques années, de l'angioplastie, de la coronarographie et de la rythmologie et de la pharmacopée avec des liens forts avec l'industrie. Mais ces dernières



années apparaît de plus en plus la nécessité d'une prise en charge multimodale en imagerie, à la fois diagnostique et interventionnelle. Depuis une quinzaine d'années, la prise en charge des valvulopathies par voie percutanée avec le TAVI se développe aussi énormément.

Les deux spécialités sont très attractives, c'est ce que montre la classification sur un score d'attractivité à l'internat. Dans le classement de l'année dernière, publié dans le *Quotidien du Médecin*, la cardiologie est classée quatrième et la radiologie neuvième.

Les deux spécialités attirent des gens motivés, intelligents, ce qui contribuera certainement à mieux collaborer ensemble.

**Quelles sont les attentes ou les craintes entre la SFR et la SFC ?** En 2005, un texte commun signé par les Pr Francis Joffre, radiologue, et le Pr Jean-Claude DAUBERT, cardiologue, montrait comment s'organiser pour réaliser du scanner et de l'IRM cardiaque. Les deux professeurs faisaient le constat que ces techniques d'imagerie étaient très évolutives et qu'il fallait s'appuyer sur le guide de bon usage des examens d'imagerie. Ils appelaient à tisser des projets communs multidisciplinaires et considéraient que les indications des examens devaient être validées par une consultation spécialisée en cardiologie, ce qui reste encore le plus souvent le cas aujourd'hui. Le texte précisait que la réalisation de l'examen scanner ou IRM était sous la responsabilité du radiologue. L'exploitation des résultats et de la prise en charge thérapeutique devait être sous la responsabilité du cardiologue. Enfin, ils demandaient la mise en place d'une formation universitaire qui aujourd'hui est beaucoup plus structurée avec un DIU interuniversitaire.

Avons-nous vraiment avancé ? Nous trouvons de temps en temps des tribunes, comme celle parue en janvier 2022 dans *Cardiologie Pratique* où il est écrit « *Il faut aussi garder à l'esprit que devant une douleur thoracique, les diagnostics différentiels de la maladie coronarienne doivent être systématiquement recherchés.* » cela signifie que le cardiologue a un effort à faire pour se former notamment au reste de l'imagerie thoracique. Une vaste expérience des facteurs techniques permet au radiologue d'adapter les paramètres d'acquisition du scanner cardiaque pour chaque

patient afin d'obtenir un examen avec la meilleure qualité disponible pour le moins d'expositions aux rayonnements possible. Là aussi, cette citation montre que le cardiologue a un long chemin à parcourir pour faire de l'imagerie cardiaque en coupe dans le respect des bonnes conditions techniques. Mais il y a vraiment un "background" intellectuel et une culture à acquérir pour les deux spécialités. Le chemin est aussi complexe et on n'apprend jamais mieux qu'au contact de l'autre.

L'article conclut qu'il ne faut pas rechercher un duel entre le radiologue et le cardiologue, mais constituer un duo. Il ne faut pas oublier que cette imagerie en coupe est une manière d'adresser de nouveaux patients aux cardiologues. Finalement, aujourd'hui, comme en 2005, il faut apprendre à travailler ensemble. Les questionnements sont toujours les mêmes et la quête est toujours la même.

En radiologie, que recherchons-nous ? Il y a toujours des menaces sur nos autorisations d'Équipements Matériels Lourds (EML) quand nous les détenons. Nous voulons les protéger car c'est notre outil de travail qui préserve notre indépendance et nous protège de la financiarisation. Nous voulons valoriser notre plus-value technique, mais aussi notre capaci-

### RADIOLOGIE



- Volonté de maintien de la détention des **autorisations d'EML**
- Valoriser notre **plus-value technique**
- Valoriser notre **interprétation intégrée**
- Moindre rentabilité** de cette imagerie



té d'interprétation intégrée cardiothoracique puisque c'est notre culture d'interpréter tous les organes, de regarder tous les organes. Mais nous sommes aussi confrontés à une sous-valorisation de cette imagerie. Nous y reviendrons.

Que souhaitent les cardiologues ? Ils veulent des imageurs fiables et performants, qu'ils soient cardiologues ou radiologues. Dans certaines équipes, on ne fait plus la distinction entre cardiologie et radiologie, l'important, c'est le résultat. Les radiologues veulent aussi un accès facilité à cette imagerie. N'oublions pas que c'est une spécialité où l'urgence et la semi-urgence sont la règle et nécessitent un accès rapide.

Il faut aussi travailler sur cette imagerie multimodale dont le Dr Pradeau a parlé. Mais de plus en plus pour mettre des valves percutanées, pour faire de l'ablation de rythmologie pointue, il faut combiner les différentes techniques d'imagerie. Les cardiologues véhiculent une culture de maîtriser toutes les mo-

## CARDIOLOGIE



- Souhaits d'imageurs fiables et performants**  
*(hommes et machines)*
- Souhait d'un **accès facilité** *(délais de RDV)*
- Nécessité d'une meilleur intégration de l'imagerie diagnostique - interventionnelle  
*(interventions sous imagerie multi-modale)*
- Une culture : volonté de maîtriser toutes les modalités diagnostiques**

dalités de diagnostic, ce qui fait que parfois, le duo peut se transformer en duel. Il faut passer au-delà de ces difficultés.

Quand on parle de coopération, on pense au scanner et à l'IRM, mais il y a aussi l'interventionnel et l'échographie. Les radiologues ne font pas ou quasiment pas d'échographie cardiaque. Rares sont ceux qui s'y sont formés et c'est dommage parce que c'est une aide pour comprendre la sémiologie en scanner et en IRM notamment pour la prise en charge des pathologies valvulaires.

L'écho-doppler périphérique peut être sujet à des rivalités. A priori, les radiologues font de moins en moins d'imagerie invasive, les artério et les angioplasties. J'y ai été formé, j'en ai fait beaucoup, mais en pratique aujourd'hui, je n'en fais quasiment plus.

De même, plus aucun radiologue ne fait de la coronarographie diagnostique, nous ne faisons pas de rythmologie et rares sont ceux qui font des implantations de valves percutanées. Mais, il faut aussi penser aux chirurgiens cardiovasculaires qui veulent prendre leur place en interventionnel. Parfois, c'est un enjeu à trois et il faut trouver le bon mode de fonctionnement.

### ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Qu'est-ce qui régira les modes de fonctionnement entre nous. D'abord, ce sont les autorisations d'EML. Qui les détient ? Les radiologues ou les établissements ? La gestion de la radioprotection et les autorisations de cardiologies interventionnelles qui sont l'apanage des cardiologues influent aussi sur nos organisations. Il faut aussi examiner certains aspects juridiques. Pour les radiologues, c'est la question des contrats d'exercice avec les établissements de santé avec des notions d'exclusivité qui sont parfois difficiles à défendre, discutables en justice. Ces contrats nous protègent du recours de l'établissement à une autre équipe de radiologues pour l'activité qui est couverte. Mais ce n'est pas toujours si simple.

### QUELLES SONT LES ATTENTES ?

D'abord, une mutualisation souhaitable des compétences médicales. C'est une évidence parce que ce sont des technologies avec une évolutivité très rapide, une littérature scientifique très riche, très dynamique et qu'il est nécessaire d'acquérir des connaissances hybrides cardio/radio. Nous devons aussi participer à des staffs en cardiologie, alors que ces staffs sont déjà nombreux dans les structures qui font beaucoup d'imagerie oncologique, ce qui suppose une disponibilité encore plus grande.

Il faut un plateau technique adapté, nécessairement coûteux. Si vous faites de l'imagerie cardiaque, l'investissement est plus élevé et la rentabilité moindre. Il y a un surcoût lié à l'activité non invasive parce qu'il faut des scanners et la guerre des barrettes existe toujours un peu. On parle soit de scanner bitube soit de larges détecteurs, peu importe, il faut avoir de bonnes machines pour faire une bonne imagerie cardiaque. En IRM, c'est pareil, il faut

avoir accès à des reconstructions itératives, ce qui devient la règle mais avec des modules cardiaques supplémentaires, de l'intelligence artificielle, des injecteurs bicorps en scanner, des logiciels de post-traitement. Tous ces équipements coûtent cher. Il en est de même, si vous avez des mutualisations à travailler sur une table de vasculaire, par exemple, pour faire de la cardiologie interventionnelle. Il faut un ampli ou un capteur plan avec une cadence image adaptée et des logiciels de mesure semi-automatique. Ce sont encore des options et des coûts supplémentaires.

Il y a une "lourdeur" organisationnelle supplémentaire à la prise de rendez-vous. Il faut former les secrétaires pour ceux qui veulent « bêta-bloquer » les patients en amont. Il faut comprendre les indications. Vous avez également le problème de l'imagerie de stress avec des questionnaires très spécifiques. En IRM, nous avons de plus en plus de patients que l'on passe avec des pacemakers. C'est lourd à gérer, les durées d'examen sont longues. En scanner, il faut « bêta-bloquer » le patient sur table souvent avant l'examen. Il faut une installation plus longue avec mise en place d'électrodes, il faut aussi adapter le protocole, parce que faire un scanner cardiaque ne signifie rien. Il y a vingt-cinq protocoles différents pour imager un cœur. Les manipulateurs doivent être très entraînés.

Les durées d'interprétation sont longues, surtout en IRM, il y a beaucoup de contourage, en scanner également, même si les logiciels ont fait beaucoup de progrès. Enfin, il y a l'activité d'imagerie de stress où la scintigraphie et l'échographie sont en première ligne. Mais, nous avons aussi l'IRM de stress et le scanner qui, demain, auront probablement une place extrêmement importante.

Les délais de rendez-vous sont très longs et nous manquons de machines.

Si une moindre rentabilité est vraie aujourd'hui, est-ce que ce sera vrai demain ? Les cotations doivent évoluer alors qu'aujourd'hui, le forfait intellectuel est le même que vous passiez 25 minutes à reconstruire un scanner pour cardiopathie congénitale ou 2 minutes à regarder un scanner thoracique injecté. C'est assez frustrant pour ceux qui font de l'imagerie cardiaque. Cette activité est difficile à défendre dans les groupes de radiologues en partage d'honoraires. Cette imagerie est moins rentable. Avoir des EML exclusivement pour faire cette activité est compliqué. C'est pourquoi, l'imagerie cardiaque doit être maintenue sur des équipements polyvalents ce qui plaide encore pour une coopération cardiologue/radiologue.

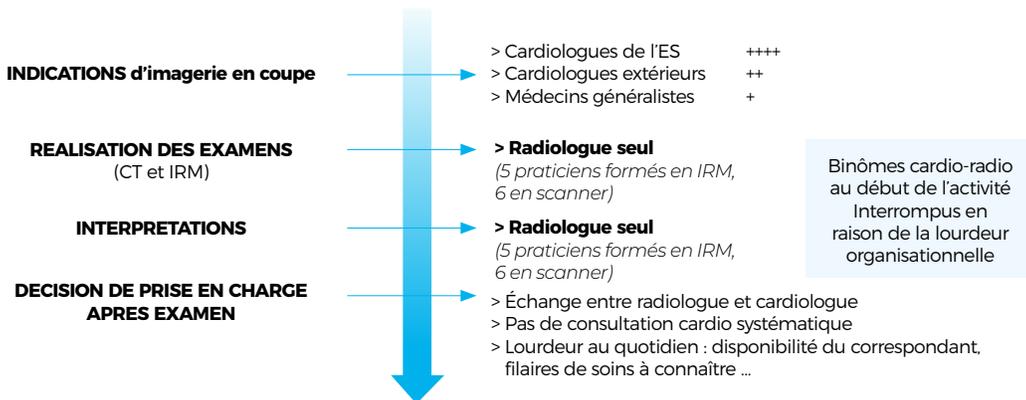
La situation idéale serait une association médicale dans une structure commune d'exercice avec acceptation des particularités de cette activité par les autres associés et de trouver des mutualisations, des compétences

gagnant-gagnant dans l'intérêt de la prise en charge du patient.

Le radiologue a pour lui la connaissance des techniques d'acquisition. Notre métier, c'est de choisir des appareils et de les faire tourner. Nous connaissons aussi l'organisation du travail qui va autour. Nous connaissons bien l'ensemble du thorax ainsi que la pathologie vasculaire, souvent beaucoup mieux que le cardiologue qui, au-delà de l'aorte ascendante, connaît un peu moins la pathologie vasculaire.

Le cardiologue intervient pour toute l'imagerie de stress qui va certainement se développer dans les futures années. Il a une valence échocardiographique qui est fondamentale. Il se pratique de plus en plus d'imagerie des valves, difficile pour un radiologue mais plus naturel pour un cardiologue. Interpréter l'examen, c'est bien, mais il faut aussi savoir quoi faire derrière et il faut l'œil du cardiologue pour mettre en perspective l'examen et son résultat dans la prise en charge du patient. Enfin, il ne faut pas oublier que c'est une spécialité avec beaucoup de filières.

## ORGANISATION PRATIQUE À PASTEUR



Il y a le cardiologue de ville qui a ses correspondants : coronarographie, rythmologue. Il faut respecter ces filières et réseaux difficiles à comprendre et à décrypter.

Un exemple d'organisation - Clinique Pasteur  
A la clinique Pasteur où je travaille, les indications d'imagerie en coupe sont, pour beaucoup, données par le cardiologue de l'établissement, mais aussi par le cardiologue extérieur et un peu par le généraliste mais, dans ce cas, la pertinence n'est pas toujours bonne. Les examens sont effectués par les seuls radiologues - cinq formés en IRM et six en scanner - ainsi que l'interprétation. A l'arrivée du coroscan, il y avait un binôme cardiologue/radiologue qui a été interrompu parce que le cardiologue pouvait avoir des craintes aussi sur l'avenir de cette activité. Depuis, les radiologues interprètent les examens, les cardiologues font autre chose en parallèle. Les conclusions de l'examen sont discutées ensemble. Pour la décision de prise en charge après l'examen, il y a un échange cardiologue/

radiologue mais pas de consultation systématique avec le cardiologue. Le radiologue a donc un rôle de filtre, pas toujours facile car il faut respecter les filières des cardiologues.

### LES POSSIBILITÉS DE MUTUALISATION - RETOURS D'EXPÉRIENCE EN OCCITANIE.

Les possibilités qui sont très nombreuses. Elles dépendent de votre situation, des éléments évoqués précédemment. Il y a beaucoup de pistes organisationnelles. Les radiologues ont l'habitude de jongler avec les structures d'exercice et les possibilités de mise en commun de moyens.

**La Société d'Exercice Libérale (SEL)** n'est pas une structure dont l'intérêt serait fiscal mais elle permet de faire des projets plus facilement qu'avec les structures antérieures. Il y a un peu d'exemples mais quelques cardiologues ont intégré des SEL de radiologues. On peut s'interroger sur leur profil universitaire. Quels stages ont-ils fait ? Sont-ils passés en radiologie ? Ont-ils fait des DIU ? Certains ont fait de l'assistantat en radiologie pour faire de l'imagerie cardiaque ce qui nécessite une acceptation des doyens. L'intégration de cardiologues dans des SEL de radiologues dépend de l'objet social de la société qui doit être assez large. L'objet social peut être contraignant s'il prévoit de faire l'imagerie radiologique. S'il s'agit de faire de l'imagerie, sans terme restrictif, alors il est possible d'intégrer un cardiologue. Un des avantages de la SEL est d'être une société qui exerce la médecine. Elle peut avoir une activité multisite. Elle gère les règles capitalistiques, le plateau technique, la rémunération. C'est la situation idéale et la plus transparente où l'on se pose le moins de questions et qui gomme toute rivalité.

La limite reste la moindre rentabilité de cette





activité aux yeux des autres associés si vous intégrez un cardiologue. La question des gardes et des astreintes se pose aussi. Mais c'est quelques fois vrai pour des radiologues très spécialisés en neuro-radiologie qui ne font plus de garde générale.

Le CNOM<sup>1</sup> a mis en ligne un document informatif sur les SEL et en particulier sur leur objet social.

**Le Groupement d'Intérêt Économique (GIE)**, permet de partager une machine, un EML ou du vasculaire. Il est facile à mettre en œuvre. Il a un cadre légal bien défini qui évite la soumission à la TVA pour ses membres. Il y a un fonctionnement en silo avec une répartition des charges en fonction de l'activité ou du temps d'occupation des salles à définir dans les statuts. Ce statut est un peu utilisé par les établissements de santé publics pour récupérer les forfaits techniques de scanners et d'IRM, ce qui est discutable.

La limite du GIE est son fonctionnement en silo et sa pérennité aussi puisqu'on ne sait pas s'il pourra, à l'avenir, continuer de détenir des autorisations d'EML. Notons aussi la solidarité vis-à-vis des dettes. C'est une expérience vécut. Après que les radiologues se soient retirés d'un GIE, l'hôpital qui y était resté a arrêté de payer les traites et les radiologues ont été in-

terdits bancaires temporairement.

Pour illustrer l'intérêt des GIE, j'ai interviewé le Dr Jean-Marc Teissier de Nîmes. Ce groupe exploite, en commun par des radiologues, des chirurgiens vasculaires et des cardiologues, un scanner, une IRM, une salle de vasculaire et une salle hybride. Le GIE a aussi acquis un appareil de radiologie mobile exploité par les radiologues et un échographe portable co-utilisé par tout le monde. Le PACS<sup>2</sup> est aussi exploité en commun. Parallèlement, a été créé un groupement d'employeurs. Les obligations réglementaires, notamment la radioprotection, sont gérées en commun.

Depuis une décennie que le GIE existe, le bilan est satisfaisant avec un fonctionnement cohérent, une unité de lieu, une motivation médicale avec une mise en commun nécessaire des moyens humains et d'expertises, et une coopération qui finalement bénéficie largement aux patients.

Cette organisation ne règle pas le problème de la cotation des YYYY et du Z.

Dans mon groupe, nous avons une expérience encore plus simple de mise à disposition d'une salle de vasculaire dans le service de radiologie qui nous appartient sur la clinique de l'Union, à Toulouse. Elle est partagée entre les radiologues et les cardiologues qui l'utilisent pour l'activité de coro diagnostique. Pour éviter la soumission à la TVA, il faut signer une convention et refacturer un certain nombre de charges.

Deux autres expériences, à la clinique Pasteur et à la clinique Saint-Pierre à Perpignan, apportent aussi des enseignements. L'historique est complexe entre les cardiologues et les

(1) Conseil national de l'Ordre des médecins

(2) Picture archiving Communicatio System



radiologues, médecins de plateau medicotechnique. Les radiologues ont développé beaucoup de techniques qu'ils ont cédées au fil de l'eau à différentes spécialités. A la clinique Pasteur, le service d'hémodynamique a été créé par le groupe de radiologie avec une obtention difficile des autorisations, et un contrat d'exclusivité signé, à l'époque (1984), avec la clinique. Le service a connu une phase de croissance exceptionnelle. Peu connaissaient le Dr Jean Marco, devenu une sommité mondiale, qui a développé cette activité au sein de l'établissement avec quatre salles d'hémodynamique, une salle de radiologie vasculaire, cinq manipulateurs et un volume d'activité parmi les plus importants d'Europe. L'évolution a quand même été assez conflictuelle. Il n'est pas facile de gérer une situation dans laquelle il y a beaucoup de risques et pas beaucoup de gains au début et puis, ultérieurement quand le rapport s'inverse. Il y a eu beaucoup d'investissements. Il fallait refaire le service, les normes n'étaient plus respectées. De plus, la nomenclature a évolué avec le Z

pour le radiologue sur les actes de coronarographie. Par la suite, l'apparition du YYYY a suscité un conflit pour savoir qui pouvait le coter. C'est un débat encore en cours sur le plan juridique. Notre groupe est sorti du service en 2013 avec une rupture de contrat moyennant une indemnité prévue contractuellement et un transfert d'autorisation à la clinique. Aujourd'hui, dix ans après, nous avons retrouvé des relations beaucoup plus saines. Le renouvellement générationnel fait qu'il n'y a plus ces rivalités du passé.

La même histoire s'est reproduite à Perpignan par une sortie avec indemnité également en 2019. Les cotations font encore l'objet de procédures contentieuses. Il en est de même à Montpellier et à Lille.

Les coopérations sont une bonne chose mais il faut faire attention aux évolutions de cotation qui peuvent générer des conflits ultérieurement. Le cadre initial d'une coopération doit donc être clair dès le départ.

## **Le Groupement de Coopération Sanitaire**

**(GCS).** Il permet un partage d'activité et parfois d'EML. Il permet aussi une intervention croisée des praticiens, y compris privés/publics et le partage de la permanence des soins. Mais dès qu'un établissement public est membre du GCS, c'est le droit public qui s'y applique ce qui alourdit considérablement le fonctionnement administratif. De plus, le GCS implique qu'au moins un établissement de santé en fasse partie. Il n'est donc pas possible d'en créer un juste entre praticiens.

Il existe un GCS de cardiopédiatrie à Toulouse destiné à encadrer des activités qui sont surspécialisées. Dans ce cas, il était vraiment nécessaire de partager des compétences entre cardiologues et radiologues, libéraux et hospitaliers. La prise en charge de la cardiopathie congénitale à l'âge adulte à Toulouse est maintenant gérée par ce GCS, avec une rémunération des libéraux quand ils font une activité à l'hôpital sous forme d'honoraires minorés de la redevance retenue par l'hôpital et des indemnités qui sont versées au titre de la permanence des soins, mutualisée et multisite. C'est une véritable synergie médicale.

## **LES PLATEAUX D'IMAGERIE MÉDICALE MUTUALISÉS (PIMM)**

Les PIMM sont des GCS privés/publics avec une autorisation sanitaire pour cinq ans qui est délivrée par les Agences Régionales de Santé (ARS). Ils permettent notamment de déroger aux règles de rémunération des médecins publics. Les PIMM peuvent être détenteurs des autorisations d'EML avec mutualisation privée/publique du personnel médical/paramédical et des moyens matériels.

Ils peuvent éventuellement être intéressants, avec des limites, dans des zones géogra-

phiques avec une démographie défavorable. Le risque est le transfert des autorisations. En effet, les libéraux qui apportent leurs autorisations dans le PIMM, en perdent la propriété qui devient celle du PIMM. A terme, il y a donc un risque élevé de non renouvellement des autorisations par les ARS.

## **CONCLUSIONS.**

Cette imagerie est nécessaire pour l'avenir et prend, déjà aujourd'hui, une place de plus en plus importante. La France est en retard. Il y a peu de littérature scientifique française et beaucoup à l'étranger. Les délais de rendez-vous sont très longs, et même catastrophiques, sûrement parce que l'imagerie est plus coûteuse, moins rentable. Le temps machine est long et nous avons un retard d'équipement en EML.

La coopération est nécessaire pour le patient. C'est une imagerie en pleine évolution qui apporte des réponses qui sont toujours plus pointues à des pathologies toujours plus complexes. Certaines compétences manquent aux radiologues : prise en charge de la pathologie valvulaire, imagerie de stress qui nécessitent une coopération forcément avec le cardiologue. Des compétences doivent aussi être acquises par le cardiologue au niveau technique, dosimétrique en scanner, notamment, et dans l'apprentissage de la gestion des vacances d'imagerie.

Il faut aussi, c'est un message à toute la communauté radiologique, l'accord des associés parce que c'est une imagerie un peu moins rentable. Enfin, il faut adopter des structures juridiques qui permettent de clarifier les règles de fonctionnement pour, peut-être demain, intégrer des cardiologues au sein de nos groupes de radiologie. ●

# L'INTÉGRATION D'UN **MÉDECIN ANGIOLOGUE** DANS UN GROUPE D'IMAGERIE MÉDICALE



**Dr Jean-Charles LECLERC**  
Radiologue à Saint-Dizier  
Secrétaire général de la FNMR

**J**e vous fais part de l'expérience de notre groupe qui a intégré une spécialiste en médecine vasculaire. Un très rapide état des lieux du contexte de notre groupe. Nous sommes présents sur cinq villes (Verdun, Bar-le-Duc, Saint-Dizier, Vitry-le-François et Châlons-en-Champagne) qui comprennent toutes un Service d'Accueil des Urgences (SAU), des hôpitaux relativement importants, pour une population d'environ 300 000 habitants. Il y a vingt radiologues libéraux et six hospitaliers sur le territoire. Notre groupe a intégré huit associés en cinq ans mais nous avons aussi enregistré cinq départs à la retraite. Il y a donc un problème démographique.

**Les délais de rendez-vous sont longs pour toutes les techniques et, en particulier, pour le doppler** avec deux mois d'attente. Dans le territoire, une médecin spécialiste en médecine vasculaire exerçait seule dans son

cabinet et éprouvait une certaine lassitude de cette solitude. Cette spécialiste est aussi titulaire d'un DIU d'échographie générale. Elle fait donc beaucoup de doppler mais aussi de l'échographie générale. Pour elle, l'idée d'intégrer un groupe lui permettait de se recentrer sur son exercice médical en s'appuyant sur le groupe pour la gestion du personnel, des obligations réglementaires, etc.

**L'objectif, pour le groupe, était de développer l'écho-doppler** et de faire face à toutes les demandes en transférant les écho-dopplers faites par les radiologues vers elle. Ce faisant, les médecins radiologues peuvent faire plus d'imagerie en coupe, domaine pour lequel nous avons un vrai déficit de prise en charge des patients. Le départ en retraite du radiologue en charge de l'échographie dans notre groupe permettait de confier cette activité à notre consœur angiologue.

Nous avons commencé par des remplacements. Mais nous nous sommes heurtés à l'impossibilité théorique pour un médecin radiologue de se faire remplacer par une autre spécialité. Notre première demande a d'ailleurs été refusée par le Conseil départemental de l'Ordre. Finalement, après avoir expliqué au Conseil de l'Ordre que le médecin vasculaire ne ferait que des dopplers,

et que les radiologues continueraient à en faire, l'obstacle a été levé. Un médecin radiologue peut être remplacé par un médecin vasculaire. Nous avons ensuite fait une année d'essai d'intégration comme collaboratrice à l'issue de laquelle elle a été intégrée comme associée.

Certains peuvent être choqués par cette association à parts égales avec un médecin d'une autre spécialité. En pratique, son arrivée a permis de développer l'activité de doppler en diagnostic. Notre consœur a aussi augmenté son activité et elle a développé une activité que nous ne faisons pas, c'est à dire le versant thérapeutique avec des vacations de sclérose de varices. **C'est une prise en charge complète du patient** avec non seulement l'acte de diagnostic, mais aussi une orientation thérapeutique avec mise en place de traitement. Évidemment, s'il est nécessaire pour le patient d'aller vers l'imagerie en coupe, le circuit est très simple pour l'orienter vers un angioscanner ou une IRM.

Notre nouvelle associée est satisfaite d'avoir intégré un groupe ce qui lui donne plus de retour sur son travail notamment avec les suites données à un doppler par l'imagerie en coupe.

Pour le groupe, le temps « libéré » a permis d'augmenter l'activité en scanner et en IRM.

En termes de chiffre d'affaires, nous constatons que celui de notre médecin vasculaire est exactement le même que celui fait par un radiologue pour la même activité. Elle fait dix-neuf examens par vacation comme un radiologue. Elle est en secteur 2 et fait 40 euros de dépassement. Elle ne participe pas à la permanence des soins mais c'est aussi le cas de certains radiologues. Les gardes sont d'ailleurs rémunérées en plus.



Elle est aussi devenue notre référente en échographie pour les relations avec les fournisseurs, les suivis des contrats de maintenance, le choix des futurs équipements et la mise en place de toutes les procédures, notamment d'hygiène en échographie.

Au final, nous avons intégré une non-radiologue, une spécialiste en médecine vasculaire depuis cinq ans. **C'est une bonne chose pour les patients puisque nous avons développé l'offre de soins** et nous répondons un peu mieux à cette demande. Les radiologues font un peu plus d'imagerie en coupe, permettant de réduire les délais de rendez-vous. Le chiffre d'affaires a été développé. Dans notre expérience qui est tout à fait positive, le plus important, au-delà de la spécialité, est la qualité professionnelle du médecin et sa volonté de s'impliquer comme nos jeunes radiologues dans le groupe. ●

# LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE



**Dr Jean-Philippe MASSON**  
Président de la FNMR.

**D**ans la série des différents outils, dont plusieurs intervenants ont parlés, et qui peuvent nous aider à lutter contre les financiers et faciliter les coopérations entre les différentes spécialités, nous avons imaginé la création d'un établissement de santé de spécialité. Il y a quelques années, des cabinets avaient déjà adopté ce statut, notamment à Nancy.

## QU'EST-CE QU'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ?

Actuellement, un établissement de santé, c'est pratiquement uniquement une unité d'hospitalisation. Ça peut être une unité d'hospitalisation aigüe - clinique ou établissement de soins de suite et de réadaptation - un EHPAD<sup>1</sup>. L'établissement de santé peut être public ou privé.

Qu'est-ce qui n'est pas un établissement de santé ? C'est simple, c'est tout le reste.

Pour être établissement de santé, il faut répondre à nombre d'exigences, ce qui est très compliqué. Surtout, ces exigences sont les mêmes, que

vous fassiez de la petite chirurgie ou de la transplantation cardiaque.

Quels sont les avantages du statut d'établissements de santé ? Le principal avantage, est de pouvoir constituer des GCS<sup>2</sup> de statut variable. C'est-à-dire que si un établissement de santé privé, une clinique, s'associe avec un établissement de santé public, en fonction de certains critères (prise en charge des frais, etc.), le GCS peut être de droit public ou privé. Autres avantages, les établissements de santé bénéficient de subventions, de primes, comme par exemple la fameuse prime Covid qui a été accordée à tout le monde sauf aux cabinets médicaux, parce qu'ils ne sont pas établissement de santé. Quand il y a des augmentations tarifaires, le personnel peut, aussi, en bénéficier avec des aides de l'État.

Les inconvénients, ce sont les exigences absolument insupportables pour nos cabinets libéraux. Par conséquent, en l'état actuel, le statut des établissements de santé est totalement inapplicable pour les structures de ville.

Depuis deux ans, nous avons réfléchi à un nouveau statut d'établissement de santé de spécialités libérales. Pourquoi ? Le statut contribue à la crédibilité pour les tutelles et pourrait nous permettre d'être mieux reconnus dans le cadre du maillage territorial, un peu comme sont reconnus les cliniques et les hôpitaux.

(1) Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

(2) Groupement de Coopération Sanitaire

## EXIGENCE POUR UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Missions des établissements de santé
Participation à la permanence des soins
Relatives au programme d'actions et à la publication des indicateurs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins dans les ES publics et privés.
Relatives aux procédures d'évaluation/certification
Evaluation/certification des ES conduite par la HAS
Autres exigences
Conférence médicale d'établissement
En matière d'organisation de la démocratie en santé/participation aux salariés dans les organes délibérant des ES privés
Commission/représentants des usagers
Demande une habilitation au service public hospitalier
Département de l'information médicale. Analyse de l'activité
Assurer la représentation des salariés dans leurs organes de gouvernance
Disposer d'une chambre mortuaire
Conduire un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
Conclure un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
Transmission de données aux ARS et organismes d'assurance maladie
Relatives au champ RH et statutaire
Liste des catégories de personnels médicaux que les établissements publics de santé (EPS) sont autorisés à recruter
Instaure un dispositif de non concurrence : ce dispositif permet aux établissements de santé de fixer des règles en cas de départ temporaire ou définitif d'un praticien (titulaire ou non titulaire) ou en cas d'exercice mixte d'un PH (exercice simultané d'une activité publique et privée), lorsqu'ils risquent d'entrer en concurrence directe avec l'établissement de santé, d'interdire II « d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie. »
Limitation des possibilités de facturation des patients
Relatives à la gestion des médicaments dispositifs médicaux
Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Politique des médicaments et des dispositifs médicaux stériles. Lutte contre les événements indésirables et les infections associées aux soins
Pharmacies à usage intérieur
Financement/facturation des ES
Médicaments et DM pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Mais l'intérêt le plus important serait une véritable reconnaissance dans le cas où un cabinet intégrerait un GCS notamment pour les autorisations d'imagerie en coupe.

L'origine de notre réflexion a été le début des travaux de la DGOS<sup>3</sup> sur la réforme du régime des autorisations qui devait transformer les autorisations d'EML<sup>4</sup> en autorisations d'activité de soins. Mais ce projet avait une conséquence inacceptable, à savoir l'obligation d'abandonner le statut juridique de SCM et de GIE qui sont des sociétés de moyens et qui ne peuvent pas avoir une activité médicale. Les SCM et les GIE auraient donc dû se transformer en GCS, mais faute d'un statut d'établissement de santé, le GCS aurait été automatiquement de droit public avec toutes les lourdeurs administratives qui lui sont liées. C'est donc de cette difficulté qu'est née l'idée d'un statut spécifique d'établissement de santé de spécialités libérales.

### MAIS COMMENT OBTENIR CE STATUT ?

Il est évident que nous ne pouvons pas accepter les exigences requises pour un établissement. Parmi ces exigences, nous pouvons citer l'existence d'une morgue. En radiologie, nous n'en avons pas l'utilité sauf pour rafraîchir les bières. Plus sérieusement, il faut examiner chaque exigence afin de retenir ou d'adapter celles qui correspondent à notre activité. Mais il nous faut aussi penser aux autres spécialités libérales qui peuvent aussi être intéressées pour devenir établissement de santé, surtout dans l'optique où nous pourrions être amenés à travailler ensemble. Peuvent être concernées, la médecine nucléaire, la radiothérapie, l'anatomo-cytopathologie et toutes les spécialités médicotecniques sans aucune exclusive cependant.

Nous avons travaillé pour définir ce statut avec nos conseils juridiques. Les principaux éléments

que nous avons retenus sont :

- Les missions. C'est « exercer en commun la médecine de spécialité en qualité d'établissement de santé par la mise en commun de l'activité médicale de ses associés ». Cette formulation permet aussi de s'affranchir des financiers puisqu'ils n'ont pas d'activité médicale ;
- Le statut juridique. Permet l'implantation sur plusieurs sites.
- Des programmes d'actions avec publication des indicateurs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins. C'est normal et cela correspond à ce que fait Labelix.

Des exigences actuellement requises sont aussi compatibles avec un établissement de spécialité :

- Exigences relatives au matériel ;
- L'amélioration des pratiques professionnelles, ce que nous faisons d'une certaine façon avec le DPC<sup>5</sup>. C'est aussi la future norme AFNOR que vous connaissez qui sera mise en place dans les années qui viennent ;
- Respecter les décisions de l'ASN<sup>6</sup>. C'est déjà le cas ;
- Respecter les règles de radioprotection. C'est déjà le cas ;
- Procédures d'évaluation et certification. C'est déjà le cas pour ceux qui sont labellisés Labelix. Ça concerne aussi la future norme puisque la certification, c'est aussi la reconnaissance par les paires.

### LES OBJECTIFS ET MOYENS :

- Un projet médical au sein du territoire. C'est une de nos revendications : avoir un positionnement géographique ;

(3) Direction Générale de l'Offre de Soins

(4) Équipement Matériel Lourd

(5) Développement Professionnel Continu

(6) Autorité de Sécurité Nucléaire

- La possibilité de définir nous-même, dans le cadre de l'équipe médicale, la localisation des nouvelles implantations. Ce sont les médecins qui sont les plus aptes à déterminer le lieu d'implantation d'un scanner ou d'une IRM. Il n'est pas acceptable qu'un EML soit attribué à un hôpital parce que le maire a des appuis politiques alors même qu'il n'y a pas de radiologue dans cet établissement.
- Le projet médical – c'est faire de la médecine – et les RCP<sup>7</sup>.
- Les partenariats avec les établissements publics. Mais par partenariat, nous entendons les vraies coopérations, pas les PIMM<sup>8</sup>. Les PIMM sont devenus des instruments montés par les hôpitaux pour donner une part de secteur libéral à leurs PH. Par collaboration, nous entendons la participation à des GCS de droit privé.

### **Le statut d'établissement de santé de spécialité crée des obligations :**

- Ne pas modifier les caractéristiques du projet ;
- Le respect des conditions techniques, mettre en œuvre l'évaluation, etc.
- La signature d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. C'est ce que nous faisons tout le temps. Nous devons améliorer la qualité et l'efficacité en permanence au bénéfice de nos patients. C'est aussi une nécessité pour essayer de dégager des marges de rentabilité indispensables en raison des baisses tarifaires récurrentes.

### **PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS**

C'est un sujet délicat. La permanence des soins ne peut pas être systématiquement mise en place. Elle doit répondre à des besoins territoriaux identifiés. Il n'y a pas lieu de mettre en place une PDS à distance d'un service d'urgence. La mutualisation est concevable à condition

que les radiologues aient dans l'établissement hospitalier dont ils dépendent un service d'urgence. Mais il n'est pas concevable de faire de la PDS en centre-ville parce qu'il y a un scanner dans un cabinet. Que deviendrait le patient ? il faudrait le transférer, ce qui serait irrationnel.

Le même raisonnement s'applique pour la continuité des soins qui ne peut se faire que dans le cadre d'un établissement d'hospitalisation.

### **Où en sommes-nous des discussions avec la DGOS ?**

La DGOS semble réellement intéressée. La direction prépare la parution des décrets réformant le régime des autorisations. Elle a donné son accord pour reprendre ensuite les travaux sur le statut d'établissement de santé. Si cette question aboutit, il restera à trouver un véhicule législatif. Une future loi de santé, dont parlait Patrick Gasser pourrait être ce véhicule.

Le calendrier pourrait être après les élections : installation d'un nouveau gouvernement, nomination d'un ministre de la santé et reprise des travaux avec la DGOS en septembre.

Le statut d'établissement de santé de spécialités libérales comporte des contraintes, mais elles sont modérées si nous obtenons un statut adapté.

L'adoption d'un tel statut est une évolution indispensable pour garder notre indépendance - y compris vis-à-vis des hôpitaux - et pour affirmer notre rôle central dans la prise en charge du dépistage du cancer du sein et prochainement, je l'espère, du cancer du poumon. ●

(7) Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

(8) Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé

# DEMAIN, QUELLE ENTREPRISE ?



**Dr Patrick GASSER**  
Président d'Avenir-Spé

**M**a participation à ce séminaire a pour première raison d'entendre vos propositions et de les porter dans un second temps. Mais, et c'est important pour un syndicat transversal, l'élection présidentielle à venir pourrait amener, à moyen terme, une nouvelle loi de santé. Il faut donc s'y préparer et intégrer les éléments de votre réflexion.

Le Dr Nguyen a apporté l'expérience des biologistes en nous montrant que l'ordonnance qui régit leur profession n'est valable qu'en France et qu'elle peut ainsi être contournée. Mais y a-t-il un modèle européen alors que les visions de la santé sont différentes d'un pays à l'autre ?

Ma vision doit être transversale. Je sais que vous êtes pour, la plupart, des entrepreneurs mais n'oubliez pas que les cardiologues, comme la majorité de nos collègues, ne sont pas des entrepreneurs. Pourquoi ? Parce que tout le monde n'est pas entrepreneur et parce que nous n'avons pas été éduqués à l'entreprise,

ni à gérer notre environnement. Vraisemblablement, les radiologues ont cette culture entrepreneuriale en raison des investissements qu'ils doivent faire, des rapports difficiles qu'ils ont avec la puissance publique ce qui les a obligés à se structurer. La radiologie se fixe toujours des perspectives et anticipe ce qui sera probablement notre avenir, dès demain.

Si nous remontons dans le temps, nous avons eu le cabinet unipersonnel qui joue encore un rôle important comme nous avons pu en discuter avec les ophtalmologues.

Le maillage du territoire se fait avec des petits cabinets d'ophtalmologie. Il faut répondre à cette proximité à laquelle sont attachés nos concitoyens. Il faut aussi écouter son environnement, et les politiques qui nous disent : « Vous ne maillez pas correctement le territoire et vous avez des délais d'attente qui sont beaucoup trop longs ». En radiologie, il y a des cabinets qui essaient de bien mailler le territoire, mais il y a aussi des cabinets de proximité qui ferment.

Il y a eu ensuite les établissements de soins que nous pouvons critiquer. Mais la critique s'adresse à nous même car ce sont les médecins qui ont revendu leurs parts de clinique. L'esprit de l'établissement de soins, c'est un peu l'esprit de la firme avec son cortège hiérarchique composé à la fois d'une organisation très pyramidale et d'une dualité entre les soignants et les administratifs. Nous



constatons, à la suite de la pandémie de la Covid-19, que cette perte de sens se traduit par le départ de soignants des établissements. Les plans blancs ont été déclenchés pendant la pandémie mais depuis il est à nouveau question de plans blancs. Pourquoi ? Parce que nous avons un déficit de soignants.

Autre mode d'organisation, les cabinets de groupe. J'ai été de ceux qui, il y a vingt-cinq ou trente ans, ont monté leur cabinet de groupe, d'ailleurs sur le même modèle que vous. Mais combien de fois n'ai-je entendu mes spécialistes dire : « Nous ne sommes pas des radiologues, nous avons des liens forts avec nos patients, nous leur donnons quelque chose ». Aujourd'hui, je pense qu'il y a une véritable demande d'organisation et qu'arrive le temps des maisons de spécialistes.

Il y en a trop peu parce qu'elles ne sont pas accompagnées à la même hauteur que, par exemple, les maisons et pôles de santé (MSP). Elles sont aussi souvent structurées autour de monospécialités alors qu'aujourd'hui nous parlons de parcours. Qu'est-ce qu'un parcours ? C'est bien d'avoir un avis multidisciplinaire pour une prise en charge d'un patient qui devient de

plus en plus complexe. Nous avons besoin de surexpertise mais elle ne permet pas obligatoirement de prendre en charge les patients dans la globalité. Et c'est pour cela qu'il nous faudra probablement tous répondre à cette question : Devons rester en tant que monospécialité ? Qui devons-nous intégrer dans nos groupes ?

Je ne rappellerai pas ce qu'est une entreprise sauf un élément important. C'est qu'une entreprise est une structure de production qui doit être évaluée. Par qui ? Par le consommateur. Je ne sais pas si aujourd'hui l'avis des consommateurs est beaucoup sollicité mais il sera nécessaire de les intégrer. Au sein d'Avenir Spé, nous avons une commission usagers où nous présentons l'ensemble des décisions que nous portons et notre programme politique notamment. Ça ne signifie pas que s'ils ne sont pas d'accord, nous n'allons pas porter notre programme. Cela signifie que nous échangeons et que si nous voulons être entendus par la puissance publique, il nous faut trouver des partenaires. Et les meilleurs que nous trouverons demain, ce seront les usagers.

Radiologues, vous êtes pour beaucoup des entrepreneurs, mais tous les médecins ne le sont pas. C'est cela que l'entreprise devra faire évoluer. Nous pouvons avoir des collaborateurs, nous aurons des salariés. Il faudra très probablement que l'activité des uns et des autres soit mixte. Il faut donc analyser les besoins et l'existant.

L'imagerie est une nécessité pour la prise en charge des patients. Vous avez contribué et vous devez contribuer au développement de la médecine libérale en apportant votre expérience et votre expertise. Sinon, le risque est bien de voir, comme en biologie, nos spécialités structurées par des investisseurs. Ils ne le feront peut-être pas avec les mêmes options éthiques que les nôtres.

Il faut aussi prendre en compte l'impact démographique. Vous avez des salariés. Quand des infirmières vous accompagnent, elles restent probablement un petit peu plus chez vous que dans les établissements. Une « durée de vie » d'une infirmière était, avant la COVID, de sept ans. Elle est aujourd'hui de cinq ans. Elles quittent le système. En réanimation, elle ne reste que trois ans !

Vous avez aussi évoqué le profil des médecins et leur futur. Que veulent-ils faire et que vont-ils faire ? Les générations changent, l'environnement sociétal change et les entreprises y réfléchissent. Il est question d'intelligence artificielle mais elle n'est évoquée que pour les diagnostics. Certains, comme Guy Vallancien, disent : « On n'aura plus besoin de radiologue, parce qu'on appuiera sur le bouton et tout sera fait ». Mais ce n'est pas sur le diagnostic que l'IA aura le plus d'impact mais plutôt sur

l'organisation interne du travail et c'est déjà ce qu'il se fait.

Il a beaucoup été question d'un hôpital public, celui de Valenciennes. Son directeur général a beaucoup travaillé sur ces questions. Ils utilisent l'intelligence artificielle, entre autres, pour faire les plannings. Savoir à quel moment les salariés doivent venir ou pas et ça fonctionne très bien. Les salariés sont en demande de ce système.



J'évoquerai un élément important dans les sociétés de demain, même si certains considèrent qu'il s'agit d'une mode : l'environnemental, le sociétal. C'est une demande des salariés. Pour nous, le plus important, c'est l'environnement sanitaire. Il va nous falloir réfléchir à comment gérer les territoires en déficit. Vous savez qu'il n'y a pas de cartographie pour la médecine spécialisée ce que nous

avons pourtant demandé depuis une vingtaine d'années.

Plusieurs sujets sont structurants pour construire l'entreprise de demain. L'interprofessionnalité est un élément dont nous allons parler tout au long de cette journée. Il faut discuter avec toutes les spécialités même s'il existe des différences entre les rémunérations. Au sein même de ma propre société, il y a des tensions parce qu'un associé gagnait 500 euros de plus qu'un autre. Il faut passer outre ces questions et voir avec nos conseils comment structurer nos activités.

Les coopérations interprofessionnelles seront, demain, fondamentales. Un élément important sera la mutualisation du numérique. Vous avez parlé de Permanence des Soins (PdS) et de continuité des soins. Comment va-t-on faire avec ce que la jeune génération souhaite ? Chez les infirmières, chez les kinés, personne ne veut faire les nuits, personne ne veut faire de gardes, personne ne veut travailler le week-end. Mais alors, comment fait-on ? Il faudra y réfléchir et apporter des solutions. Pas forcément comme nous entendons tous les jours : « On va prendre des jeunes et on leur dira de faire ceci ou cela et on va les envoyer sur le plateau du Larzac ». Ça ne marchera pas. La ressource est faible alors comment fait-on ? Avoir un référent, dans une société interprofessionnelle, est un élément sécurisant. Il y a ici des assureurs qui sont enclins à réfléchir aux risques de demain et comment le partage des tâches peut être mis en place.

Pour les sociétés de demain, il faudra prendre en compte la rentabilité, la prise de risque, les parts de marché mais aussi et surtout la qualité de la prise en charge des patients.

Quand vous interrogez les patients, c'est une vraie problématique particulièrement s'agissant de la médecine spécialisée. Nous avons fait une étude il y a deux ans sur le ressenti des patients et la médecine spécialisée. Autant, les patients aiment bien les docteurs, autant ils ont, parfois, des réticences sur la médecine spécialisée. Quelques-unes des appréciations : « des mecs qui font du fric », « ils n'écoutent pas ce qu'on leur dit. Ils sont dans le symptôme, le reste, ils ne le prennent pas en compte ». C'est une grande critique que l'on peut nous faire aujourd'hui. Comment remettre le balancier au milieu quand on entend des radiologues dire : « Je fais des scans toutes les 5 minutes, je n'ai pas le temps d'aller voir le patient ». C'est la même chose pour le spécialiste d'organe qui a quarante patients qui l'attendent dans la salle d'attente et alors que le moindre grain de sable dans le rouage bloque le processus.

Pour répondre à ces questions, nous devons nous demander : comment être accompagnés ? Nous serons, demain, dans l'obligation de mettre en place du travail aidé qui peut être mutualisé. L'accompagnateur d'un patient pour une pathologie cancéreuse peut aider le radiologue comme le spécialiste d'organe.

Quel modèle d'organisation, quel type d'entreprise ? Regardons ce qui s'est créé avec les instituts du sein qui, pour la plupart, n'ont pas été accompagnés sur le plan financier par la puissance publique. Ils fonctionnent. Il faut prendre ces modèles et essayer d'en tirer une certaine forme de modélisation. C'est constituer une boîte à outils dans laquelle il y aura les éléments structurants pour l'entreprise, dans un territoire donné avec un objectif donné. L'entreprise, c'est un mot qui heurte. Dans l'esprit des Français, c'est un truc pour

faire du fric. La première des options de l'entreprise, c'est avoir de l'argent et faire de l'argent sans s'occuper de ce qu'il y a autour.

Il y a vingt-cinq ans, quand à quelques-uns, nous avons porté cette notion d'entreprise de médecins, nous étions insultés. Ce n'était pas dans l'éthique. Pourtant, il y a bien des entreprises éthiques.

Dans la loi PACTE<sup>1</sup>, les entreprises à mission doivent avoir un impact à la fois sociétal positif et un impact sur le développement durable. Est-ce que c'est dans notre champ de mission ? Il y a des éléments qui ne répondent pas complètement à notre problématique mais une certaine forme d'engagement avec la représentation des usagers, et puis des modes d'évaluation transparente.

C'est un grand point d'interrogation auquel il va falloir réfléchir avec nos avocats parce que c'est une vraie vision de l'évolution de la médecine dans notre société. Qu'allons-nous devenir demain ? Je n'ai pas besoin de voir le docteur à tous les moments, et c'est pour ça que la mutualisation des fonctions supports et d'autres, c'est le « bon professionnel au bon moment et pour le bon patient ».

Lorsque le radiologue pose une indication pour la mise en place d'un examen, c'est lui qui sait probablement mieux le faire, de même que le spécialiste ou le spécialiste d'organes alors qu'une grande partie des indications de certains examens faits par nos collègues généralistes n'est pas bonne. C'est ce qu'on appelle la pertinence. Si nous mettons le bon professionnel au bon moment avec le bon patient, la pertinence serait beaucoup plus positive avec une efficacité des prises en charge.

Nous parlons d'efficience mais il faut parler, à

terme, d'efficacité, y compris une efficacité financière. Si nous pouvons allier efficacité de la prise en charge et efficacité financière, ce sera encore mieux. C'est pourquoi nous allons essayer de monter une école entrepreneuriale pour accompagner nos collègues qui ont besoin de connaissances pour la gestion de nos salariés. Ce que demandent les salariés, c'est l'attractivité du métier, comment ils peuvent se projeter dans l'avenir. Aujourd'hui, beaucoup d'entre eux ne se projettent pas dans l'avenir. Les études montrent que les salariés sont aussi très attachés au développement durable, à l'environnement, c'est pour ça que les grandes entreprises parlent beaucoup de RSE<sup>2</sup>. C'est une mutation sociétale, il faut la prendre en compte.

J'invite les radiologues à faire partager à l'ensemble des verticalités leur vision d'une société de médecins entourés par des soignants et des paramédicaux. Beaucoup de spécialités sont en difficulté : les pédiatres, l'endocrinologie, la rhumatologie mais plus largement, c'est le cas de l'ensemble des spécialités. Pourquoi ? Parce qu'elles n'ont peut-être pas vu l'évolution des métiers. Une spécialité est encore plus bousculée, c'est la médecine générale. C'est pourquoi, nous travaillons avec MG France. Les généralistes sont demandeurs d'un modèle.

Les jeunes demandent un statut mixte. La plus grande difficulté ne vient pas des libéraux mais plutôt du secteur public, de la FHF<sup>3</sup>. Il y aura une loi santé, c'est pour cela que nous demandons un Grenelle de la santé et non un

(1) Plan d'Action pour la Croissance et la Transformation des Entreprises - 22 mai 2019

(2) Responsabilité sociétale des entreprises

(3) Fédération Hospitalière de France

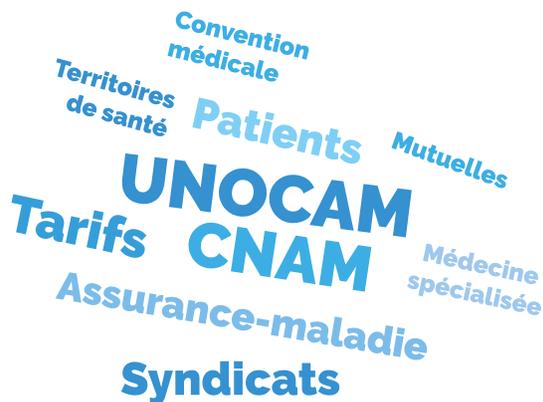
Séguir. Le Grenelle permet de mettre toute la société devant cette problématique et d'appeler à restructurer. Il faut reconstruire le pacte social entre les soignants et l'ensemble de la société. Il n'est plus possible de rester sur le pacte social de 45. Les médecins libéraux doivent avancer leurs propositions, faute de quoi d'autres s'en chargeront qui pensent que l'ENA leur a donné toute la connaissance. Nous savons qu'entre la connaissance académique et la réalité du terrain, il y a parfois un monde.

Il nous faut aussi construire une nouvelle convention médicale. Nous ne pouvons plus rester sur le modèle actuel au travers d'une négociation décidée par le ministre et par une lettre de mission au directeur de la CNAM<sup>4</sup>. Pour sortir de cette logique, il faut développer une réflexion, notamment territoriale. Pour cela, il nous faudra une tarification agile. Peut-elle être la même dans tous les territoires ?

Le président de la République a parlé de conventionnement sélectif. Quelle est notre position sur le conventionnement ? Je le redis, la médecine spécialisée n'a pas été accompagnée. Peut-être faut-il, dans un premier temps, des éléments d'accompagnement plus spécifiques pour la médecine spécialisée et, après, réfléchir au conventionnement.

Toutes les spécialités vont être confrontées à la problématique du conventionnement sélectif. Il faudra bien qu'il y ait des professionnels de santé sur le plateau du Larzac. Comment faire ? Je pense que l'entreprise structurée à mission est la solution. Elle devra avoir une responsabilité populationnelle et il faut la revendiquer ! Revendiquons notre spécificité ! Revendiquons tout cela.

Il va falloir travailler avec tout le monde, passer des contrats avec tout le monde. N'ayons



pas peur de passer des contrats avec d'autres que la CNAM. J'ai engagé des discussions avec l'UNOCAM<sup>5</sup> mais les mutuelles sont peu structurées ce qui ne facilite pas la contractualisation. Ce que signe l'UNOCAM ne s'impose pas à ses adhérents.

Les entreprises sont-elles un autre partenaire possible ? La médecine du travail a quasiment disparu. Les entreprises sont en demande. C'est peut-être une voie possible.

Toutes les options n'aboutiront pas forcément mais toutes doivent être explorées.

Enfin, je conclus sur la financiarisation. C'est un risque pour tous les acteurs y compris les groupes d'établissements de santé. Des groupes financiers sont prêts à déverser des milliards d'euros pour avoir un retour sur investissement à cinq ans. C'est aussi un facteur qui nous oblige à explorer les voies de la préservation de notre indépendance et à construire une nouvelle convention médicale. ●

(4) Caisse Nationale d'Assurance Maladie

(5) Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie

# COMMENT L'ARS VOIT CE TYPE DE COOPÉRATION ENTRE LES MÉDECINS SPÉCIALISTES



**M. Benoît ELLEBOODE**  
Directeur général  
de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

**M**erci de m'avoir invité à votre séminaire pour parler d'un sujet vraiment particulier, les sociétés médicales plurispécialités. Je vais essayer d'être le moins bureaucratique possible. Permettez-moi de me présenter. Je suis directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Je suis médecin de santé publique. J'étais auparavant conseiller médical du directeur général de l'ARS où j'ai travaillé sur le SROS<sup>1</sup> imagerie avec les radiologues de la région.

Quand vous me demandez l'avis des Agences Régionales de Santé (ARS), j'ai un choix : vous parler de ce que font les ARS comme les PRS<sup>2</sup>, bref de sujets qui n'ont rien à voir avec le thème de ce séminaire, ou tenter de répondre au mieux à la question mais, évidemment, ma réflexion est personnelle. Ce n'est sûrement pas l'avis des ARS, pas même de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Il faut d'abord positionner le rôle de l'ARS, et celui de l'État. Il est assez simple. Il y a un ob-

jectif global qui est de garantir un accès à des soins de qualité et efficaces sur l'ensemble du territoire. C'est notre mission. Donc, la question qu'on se pose en tant que représentant de l'État face à un projet comme celui-ci, c'est : participe-t-il ou non à cet objectif ? Personnellement, je pense que oui pour deux raisons.

La première est l'évolution de la médecine – c'est un vrai défi pour le libéral – qui fait que **le patient n'est pas pris en charge par un médecin, mais de plus en plus - au vu des maladies chroniques, des exigences d'hyperspécialistes - par une équipe pluridisciplinaire, voire maintenant pluriprofessionnelle.**

Les exigences de la qualité de la prise en charge font que les différents professionnels qui travaillent autour du projet personnalisé de soins d'un patient doivent avoir des liens de plus en plus proches en termes de protocole de prise en charge commun, en termes de confiance et en termes d'organisation. Ce qui fait qu'on ne peut plus dire comme avant : « Je suis radiologue, il n'y a pas de problème, je prends en charge tous les patients qui travaillent avec tous les oncologues de toute la région et je participe à dix-sept RCP<sup>3</sup> différentes au fur et à mesure,

(1) Schéma Régional de l'Organisation des Soins

(2) Projet Régional de Santé

(3) Réunion de Concertation Pluridisciplinaire



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



parce que dans cette RCP, j'ai deux patients, dans cette autre RCP, j'en ai trois autres ». Il n'est plus possible d'organiser le monde libéral où le patient choisit des médecins et les médecins s'adaptent au choix des patients dans les processus de coordination, parce que ça ferait trop de processus de coordination. Aujourd'hui, il faut de plus en plus aller vers le patient qui choisit une équipe pluridisciplinaire qui a des protocoles de prise en charge communs, des organisations communes qui font la qualité de la prise en charge de cette équipe.

À l'hôpital, ce passage se fait plus facilement, parce que, par principe, il y a une notion d'équipe. Dans le libéral, parce qu'il y a une culture d'individualisme, de libéralisme, il est plus compliqué de s'organiser en équipe, c'est même un peu, parfois, contre nature. J'entends souvent dans le monde libéral des médecins dire : « C'est le patient qui choisit. Je n'ai pas à lui imposer de voir tel ou tel médecin pour travailler avec moi. C'est à lui de choisir qui il va voir et je travaille avec tous les médecins que mon patient fréquente ». Cette approche a des limites, il faut maintenant raisonner en équipe, être une équipe.

De ce point de vue, **les sociétés médicales plurispécialités vont dans le bon sens en rassemblant plusieurs spécialités** pour mettre en place des procédures, des prises en charge communes et **proposer au patient une prise en charge d'équipe**. Il est vrai que ce modèle

n'a pas été porté par l'État, pour une simple raison, c'est que l'État n'interfère pas dans la façon de vous organiser ni sur le plan juridique, ni financier. En revanche, les pouvoirs publics ont voulu aller dans ce sens par d'autres dispositifs, incitant à la coopération, qui sont de deux natures :

- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). C'est un dispositif qui se construit autour du premier recours et qui permet sur un territoire d'organiser l'ensemble des professionnels de santé pour travailler sur les parcours de patients, avoir des systèmes d'information partagés. En imagerie, vous savez que le partage d'informations est essentiel avec des dossiers images qui sont parfois lourds. Le problème des CPTS est qu'elles sont tournées autour du premier recours.
- L'équipe de soins spécialisés. Ce sont plusieurs professionnels organisés autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités - hors médecine générale - qui font ensemble un projet de santé reconnu par les pouvoirs publics. C'est un dispositif léger parce qu'il n'y a pas d'automatisme d'accompagnement de financement. Je sais que c'est une revendication forte des syndicats auprès de l'assurance maladie pour que ces équipes de soins spécialisés bénéficient de financements. Mais si ce financement n'est pas prévu de manière automatique, il n'est pas interdit, notamment pour une ARS, de soutenir ce type d'organisation.

Dans notre région, à la suite des déclarations ministérielles relatives à la stratégie nationale sur l'endométriose, nous avons essayé de structurer l'organisation de cette action. La prise en charge de cette maladie est difficile car les femmes sont repérées très tardivement et il n'est pas facile de trouver des experts. Nous essayons de reconnaître et avons labellisé des centres mul-

tidisciplinaires parce que justement le principe de la bonne prise en charge de l'endométriose n'est pas tant d'avoir des experts que d'avoir plusieurs spécialités qui travaillent ensemble dont le radiologue. Dans le cahier des charges de l'appel à projets, nous avons la nécessité d'avoir une équipe de soins spécialisés et dans cette équipe, un radiologue ayant accès à l'imagerie en coupe.

Nous commençons à mettre en œuvre ce type de dispositif pour pousser vers une meilleure collaboration interspécialités dans le but d'une meilleure prise en charge des patients. Encore une fois, nous n'intervenons pas dans les sociétés médicales. Si nous le faisons, nous dépasserions notre rôle en mettant beaucoup de bureaucratie dans ce qui est déjà de l'administratif. C'est la première raison pour laquelle je considère que les sociétés médicales plurispécialités, ou tout dispositif qui amène les spécialités à travailler ensemble pour des prises en charge attendues par les recommandations de bonnes pratiques et par les patients, vont dans le bon sens.

La seconde raison est plus économique. Je suis directeur d'ARS mais je suis aussi passé par le secteur privé ce qui fait que j'ai une conception, mais c'est aussi celle de l'État, que notre offre de soins doit avoir deux jambes : une publique et une libérale.

Peut-être que vous ne vous en apercevez pas, mais aucun chef de gouvernement, aucun ministre de la Santé n'a fait un plan en disant : « Je souhaite que l'offre publique soit prépondérante » ou « je souhaite que l'offre privée soit prépondérante ». En général, ils essaient d'aller des deux côtés. Il est vrai que s'agissant des libéraux, depuis plusieurs années, les politiques se concentrent beaucoup sur le premier recours en oubliant un peu les médecins libéraux de

spécialités autre que la médecine générale. Mais la priorité des Français, pour la plupart, est d'avoir accès à leur médecin traitant. C'est l'une des plus grandes difficultés du système, il est donc normal que le pouvoir politique réponde en priorité à cette demande de nos concitoyens. Je suis persuadé que **notre offre de santé sera forte si elle se repose sur une offre publique forte et sur une offre privée libérale forte**. Dès qu'il y a un blocage d'un côté, ça ne se passe pas bien pour les patients du territoire. S'il n'y a plus d'offres publiques, c'est très compliqué, s'il n'y a plus d'offres privées libérales, c'est compliqué aussi.

Les ARS n'ont jamais reçu de consignes pour écarter le secteur libéral ou le secteur public. Les consignes sont au contraire de faire vivre les deux. Mais entre une bonne complémentarité et une concurrence qui parfois entraîne l'autodestruction, il n'est pas simple d'être au milieu quand on est une ARS.

A partir du moment où l'offre publique doit se renforcer, nous, pouvoirs publics, devons aider ses acteurs à être plus forts et à se mutualiser avec les dispositifs que vous connaissez : les GHT<sup>4</sup>, les PIMM<sup>5</sup>, je suis tout à fait d'accord avec vous, sont des systèmes entre hôpitaux et quelques individualités de médecine libérale, mais c'est surtout entre hôpitaux. En tout cas, c'est comme ça que nous l'avons construit dans la région ; les GCS<sup>6</sup> sont souvent constitués au sein du secteur public.

Donc, nous mettons ces dispositifs en place pour renforcer l'offre publique, pour qu'elle soit plus en cohérence, en gradation des soins, organisée, etc. Il faut aussi que l'offre de santé soit moins individuelle et beaucoup plus organisée en réseau.

(4) Groupements Hospitaliers de Territoire

(5) Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisés

(6) Groupement de Coopération Sanitaire

## « L'AVENIR, CE SONT DES ORGANISATIONS PLUS COMPLEXES QUI ONT EN RESPONSABILITÉ DES TERRITOIRES »

L'objectif doit être le même du côté libéral. Le monde libéral et privé ne peut pas rester éparpillé. Il doit se renforcer en renforçant les coopérations, les uns avec les autres, c'est la notion d'établissement, c'est-à-dire non plus des responsabilités de patientèles pour un médecin, mais des responsabilités de territoire pour un groupe de médecins. Il n'est pas illogique que vous commenciez à réfléchir « établissement » puisque l'avenir ce sont des organisations plus complexes qui ont en responsabilité des territoires et non plus des individualités médicales qui n'ont en responsabilité que leurs patients.

L'État est responsable de la structuration du secteur public pour qu'il évolue dans cette direction. Dans le monde libéral, et vous êtes des entrepreneurs, ce sont les règles de l'entreprise qui s'appliquent. Aujourd'hui, le monde des entreprises, ce sont les fusions, les acquisitions, les groupes, le développement horizontal ou transversal. Toutes les entreprises fonctionnent comme ça et, à un moment donné, les entreprises de santé doivent faire pareil. Mais **une chose est importante** pour l'État, **c'est que ce développement entrepreneurial ne conduise pas à une perte de la gouvernance par les médecins.**

C'est important pour l'attractivité médicale. Ce qui vous a fait choisir le libéral, ce n'est pas tant d'être privé, c'est aussi parce que vous

avez la liberté de choisir avec qui vous travaillez, comment vous travaillez, sur quel plateau technique et ne pas avoir des patrons qui vous disent : « Tu travailles tel jour ; là, tu as un anesthésiste, là, tu n'en as pas ; là, c'est tel équipement et pas celui-là ». L'avantage quand des médecins sont aux commandes, c'est que le projet qu'ils portent, du fait du serment d'Hippocrate, est de prendre en charge les patients qui en ont besoin et que l'objectif financier ne prenne pas le dessus, comme ça peut se passer dans des groupes du secteur médico-social qui prennent en charge des personnes âgées.

S'il y a quelque chose d'important - et c'est pour cette raison que je pense que votre proposition va dans le sens de l'avenir - c'est comment grossir ? Il faudra être toujours plus efficace et la multiplicité des structures libérales coûte cher au système parce que vous avez des charges de base qui sont importantes. Vous êtes encore des entreprises de trop petite taille. La question est donc **comment rentrer dans le XXI<sup>ème</sup> siècle de l'entreprise de grosse taille en gardant une gouvernance médicale et l'attractivité de votre métier ?** Les choix stratégiques de vos structures doivent toujours avoir comme priorité la prise en charge des patients et non la question financière. Bien que la question financière soit importante, c'est d'ailleurs le rôle de toute entreprise de créer de la richesse. Celle que vous créez n'est pas délocalisable.

Encore une fois, vos réflexions vont dans le sens d'améliorer la qualité des prises en charge des patients et d'une meilleure organisation d'un système privé et libéral fort, tout en gardant la gouvernance médicale au service des patients et de la population. ●

# LES OUTILS JURIDIQUES DE REGROUPEMENT DES DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS



**M<sup>e</sup> Christine DELUC**  
Avocat associé  
Cabinet Auber



**M<sup>e</sup> Alix DOMAS-DESCOS**  
Avocat  
A2D Avocats

Nous nous sommes posé la question de cette plurispécialité, multispécialité, interspécialité, les raisons et les enjeux, les prérequis, la structuration (exercice et moyens). Vous verrez pourquoi nous avons retenu cette différenciation, les points clés et les points de vigilance. Comment la plurispécialité est-elle arrivée au niveau juridique ? C'est une réponse des médecins libéraux à des enjeux évoqués tout au long de la journée et qui se vérifient, un historique médical et un historique médico-technique. J'ai en mémoire, quand je suis arrivée dans ce secteur, pas une guerre - vous avez évoqué la guerre des barrettes - mais une hostilité médecine nucléaire/radiologues sur les PET Scan, sur l'utilisation de l'imagerie, les contrats cliniques.

## **M<sup>e</sup> Alix DOMAS-DESCOS :**

Nous intervenons toutes les deux en support de la vie des cabinets d'imagerie médicale, de vos partenariats, de vos projets. Nous vous accompagnons dans les différentes étapes de votre structuration et nous avons aussi à cœur de vous accompagner dans les transformations de cet environnement sanitaire qui s'est modifié, qui continue à se modifier, qui continuera à se modifier.

Nous vous présentons les outils du regroupement sur la plurispécialité et toute la richesse de la boîte à outils dont vous disposez.

**Vous avez des axes frontières entre spécialistes** et cet historique médical repose aussi sur des groupes, sur des associations que vous avez constituées bien avant d'ailleurs que la société d'exercice libéral (SEL) existe. Avant la SEL, il y avait la société civile professionnelle (SCP) avec des organisations très conventionnelles, individuelles sur les cabinets des différentes spécialités. Nous avons vu évoluer ce paysage au fur et à mesure que votre environnement d'exercice, que votre environnement d'autorisations s'est modifié et arrive sur cette phase de consolidation qu'est la financiarisation. Aujourd'hui, on



est plus fort à plusieurs, on est mieux consolidé dans ses moyens, dans l'organisation de son activité, dans la rationalisation de ses moyens, de ses ressources, dans l'optimisation aussi. Il faut savoir se projeter, être agile, anticiper. Le terme « entreprise médicale » a été soulevé et il est très juste. Vous êtes un être vivant économique. Un cabinet d'imagerie médicale - cabinet de ville ou de proximité, installé au sein d'une clinique, partenariat public/privé - c'est une personne vivante. Elle a un historique mais elle va évoluer, continuer son développement. Cela pose beaucoup de questions mais il y a beaucoup d'outils pour y répondre.

**La mutualisation des équipements et des ressources au premier lieu desquelles les équipes** - médicales, paramédicales, administratives ou fonctions support - **est un enjeu aujourd'hui et la plurispécialité s'inscrit dans l'utilisation de l'ensemble de ces fonctions** et de leur transversalité. Le contexte sanitaire et territorial qui est en recomposition - nous l'avons vu avec les débats sur le territoire, la population, l'enclavement, le clivage géographique, économique ou administratif - va modifier votre entreprise médicale, votre exercice et vos ressources. Mais il sera possible d'en tirer des richesses, notamment en

étant transversal, pluridisciplinaire. Il y a des avantages dont il faut tirer parti et peut-être dépasser une organisation assez monovalente jusqu'à présent.

#### **M<sup>e</sup> Marie-Christine DELUC :**

Sur le constat de la plurispécialité, j'ai interrogé le Conseil national de l'Ordre en demandant : « Avez-vous des sociétés plurispécialistes, avez-vous des demandes ? » J'ai été surprise. D'abord, il n'y a plus de SCP qui se créent ; les sociétés civiles professionnelles sont des sociétés anciennes et sont en voie d'extinction. Pour les SEL, 80 % ne comportent qu'un seul associé. Elles sont unipersonnelles.

C'est un constat assez extraordinaire parce que les sociétés d'exercice libéral qu'Alix et moi avons pu créer étaient souvent motivées par le rapprochement de plusieurs associés. Parmi les sociétés pluripersonnelles, soit les 20 % qui restent, les quelques rares sociétés interspécialités sont regroupées entre deux spécialités, non pas pour des problèmes d'efficacité médicale ou de rapprochement de spécialité, mais souvent parce que ce sont des sociétés familiales. C'est Monsieur et Madame, ou un parent et un enfant, tous deux médecins, qui exercent une spécialité différente et qui ont

décidé de créer une société d'exercice libéral. Donc, l'interspécialité aujourd'hui est tout à fait marginale dans votre exercice professionnel et je salue la FNMR d'anticiper ce qui va être un véritable développement. Quand on entend le directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine dire que c'est une des solutions qui va, peut-être, permettre de répondre aux besoins du territoire et aux besoins de notre population, bravo. Nous avons eu ce matin les trois sociétés interspécialités qui ont pu nous parler de leurs expériences magnifiques, intéressantes et fructueuses. Mais sachez qu'aujourd'hui, l'interspécialité existe très peu en France.

Maintenant, qu'est-ce que l'interspécialité ? Elle peut regrouper plusieurs degrés dans le mariage avec l'autre spécialité. Ça peut être uniquement un regroupement de moyens, comme dans les SCM entre radiologues, entre cabinets sans se marier complètement. Que met-on en commun ? Les équipements, le personnel, les locaux, éventuellement les autorisations, même si, celles-ci deviendront à terme des autorisations d'activités de soins ce qui aura pour conséquence qu'il n'y aura plus de SCM détenant des autorisations d'équipements lourds. Il y a donc d'abord une structuration des moyens et, éventuellement, dans l'interspécialité comme dans la SEL avec ses propres associés, une demande de mise en commun des honoraires. Et là, nous serons contraints par un cadre juridique précis qui ne permet pas d'exercer l'interspécialité autrement que dans le cadre d'une SEL ou d'une SCP. Ceci en vertu de l'article R.4127-94 du code de la santé publique qui dit que, dans les associations de médecins et les cabinets de groupe, tout versement, acceptation, partage des sommes d'argent entre praticiens est in-

terdit, sauf si les médecins associés pratiquent tous la médecine générale ou s'ils sont tous spécialistes de la même discipline – ça veut dire monospécialité – et ce, sous réserve des dispositions particulières relatives aux sociétés civiles professionnelles et aux sociétés d'exercice libéral. Donc, seules les SEL et les SCP permettent l'interspécialité. C'est le moyen juridique de base sur lequel nous allons revenir tout à l'heure.

### M<sup>e</sup> Alix DOMAS-DESCOS :

Avant de rentrer dans le détail plus technique et plus juridique, nous revenons sur ce qu'est le **groupe interspécialité pluridisciplinaire** aujourd'hui et finalement, quel type **d'opérateur** il est. C'est un opérateur de même rang que les établissements de santé. C'est important. Il a la même voix et il doit la porter, car finalement, il est structurant dans l'offre de soins. Il faut prendre cette place, ne pas la laisser ; faute de quoi, la nature ayant horreur du vide, quelqu'un d'autre la prendra et on se trouvera imposé dans nos façons de faire et nos façons de fonctionner. Donc à nous de prendre le lead. Le groupe multidisciplinaire plurispécialité peut tout à fait avoir sa place en particulier dans la consolidation de l'offre de soins dans cette répartition spatiale des implantations. Nous le constatons déjà, puisque beaucoup de sociétés d'exercice libéral ou même de cabinets d'imagerie médicale qui resteraient aujourd'hui organisés sous forme de société de fait à contrat d'exercice, sont multisites. Vous avez déjà ce maillage territorial, donc il faut conforter les acquis et continuer finalement dans cette voie dans laquelle s'inscrit tout à fait la multispécialité.

Le groupe plurispécialité est également un **promoteur de l'offre sanitaire**, du parcours patient, de la filière. Le lien avec l'ensemble de

## QU'EST-CE QUE L'INTERSPÉCIALITÉ ? ELLE PEUT REGROUPEZ PLUSIEURS DEGRÉS DANS LE MARIAGE AVEC L'AUTRE SPÉCIALITÉ.

la communauté médicale a été évoqué, que ce soit dans la prescription des actes, dans le suivi du patient, dans la prévention. La multispécialité va pouvoir renforcer cette prise en charge, et finalement s'inscrire dans cette prise en charge très subsidiarisée, très territoriale qu'est l'offre de santé locale. C'est une dimension qui s'impose aujourd'hui à tout radiologue et qui va s'imposer à tout autre spécialiste. Dans cette prise en charge, la multispécialité va permettre de répartir les efforts et les ressources, intelligemment, sur les territoires, aux bonnes échelles et de disposer de pôles d'excellence, de pôles d'interprétation, de parcours fléchés et concourir à l'offre de soins. Bien évidemment, tout ça ne peut pas se faire sans un volet qualité, sans un volet labellisation, sans un volet de normes. Là aussi, c'est une opportunité en étant multispécialité de pouvoir créer son cadre de qualité, son cadre normatif et de pouvoir l'imposer plutôt que de se le voir imposer. N'oubliez pas les limites de l'accréditation et les dégâts qu'elle a pu causer dans le secteur de la biologie. Ce

maillage territorial est donc très important. C'est une question d'équilibre et d'organisation, ce qui va influencer sur l'organisation du groupe pluridisciplinarité, plurispécialité en termes d'exercice ou en termes de moyens. Ce sera important en termes d'attractivité. Nous pensons à la formation, à la proximité des villes de formation universitaire, mais aussi à l'ensemble des éléments sur l'accueil des stagiaires, des internes et de ce lien de formation qu'il faut absolument maintenir.

Nous avons vu qu'il faut travailler avec les ARS et dépasser les clivages et les quelques réponses que l'on a parfois encore dans un système administratif français assez binaire, c'est oui, c'est non. Il faut savoir aller au-delà de ces clivages. Il faut être un opérateur qui n'a pas peur de la négociation avec les établissements de santé, publics comme privés. Vous êtes tous menacés dans vos détentions d'autorisation, dans vos relations cliniques, dans les partenariats publics/privés.

Il faut aussi **savoir défendre son positionnement, son projet médical et son projet entrepreneurial**. Il faut savoir dialoguer avec l'ARS et l'ensemble des autorités de tutelle. Avec les ARS, il faut discuter le fléchage des autorisations, la définition des besoins exceptionnels, savoir l'imposer, savoir revenir à la charge, savoir influencer sur les PRS<sup>1</sup>, sur les SRS<sup>2</sup> et sur les autres infraterritoires que l'on peut connaître avec les agences ou les projets qui peuvent être portés (maison de santé pluridisciplinaire, maison médicale). Il faut défendre sa place et ne pas se retenir, savoir oser. C'est un des critères de l'entrepreneur.

(1) Projet Régional de Santé

(2) Schéma Régional de Santé

Aujourd'hui, un groupe pluridisciplinaire, c'est un **groupe d'entrepreneurs**. Et comme tout entrepreneur, il doit avoir un projet. Partons du projet médical, mais est-ce suffisant ? Ne faut-il pas aller sur un projet de santé ? Peut-être pas jusqu'à la société de mission qui a été évoquée, mais pourquoi pas. En tous les cas, le projet médical représente une activité de soins, une réponse aux besoins d'une population, d'un territoire donné et d'une identification qui a été faite. Il faut donc savoir calibrer ce projet. Est-ce que finalement, dans un groupe plurispécialité, les médecins sont sur un projet médical commun, un projet médical unique ou un projet médical par spécialité ? Il n'y a très certainement pas qu'un seul modèle, une seule règle, tout est question de cas d'espèce et tout sera question aussi fonction de temps. C'est-à-dire ce que vous allez imaginer à l'instant T, la première brique de l'édifice de l'entreprise que vous allez construire sera sur un premier volume, mais demain, elle sera sur deux, sur trois, sur quatre briques.

Tout sera évolutif et c'est à vous de le construire dans le temps. Et pour construire ce projet médical commun ou par spécialité - qu'il porte sur l'exercice, sur les moyens, sur les locaux, les sites, l'informatique, sur des fonctions transverses - il va devoir reposer sur des femmes et des hommes. En premier lieu, les médecins, les équipes médicales communes sur ces équipes pluridisciplinaires, comment sont-elles composées, quels sont les spécialistes que l'on regroupe ? Les équipes paramédicales qui ont des cultures différentes, des rémunérations différentes, qui auront aussi un historique différent dont il faudra tenir compte.

Les équipements et les autorisations, et demain les autorisations d'activité ou les autorisations

### **POUR AVOIR UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, IL FAUT FORCÉMENT AVOIR UNE STRUCTURE D'EXERCICE DANS LAQUELLE ON EXERCE LA MÉDECINE ET DANS LAQUELLE ON A UNE ACTIVITÉ DE SOINS.**

d'établissement. Les ressources par spécialité, quels investissements, quel calibrage peut-on avoir en termes monétaires ? Je reste persuadée que plus on est cimenté, meilleure est la capacité à pouvoir investir quel que soit le secteur. Les ressources transverses qui sont très importantes, l'accès à l'image, au dossier patient, à la téléexpertise, au maillage territorial par recours à la télémedecine. Les modalités d'exercice qui sont très importantes, cette organisation entre spécialités, finalement le partage de qui fait quoi et comment. **L'organisation des moyens, c'est une boucle vertueuse qui va faire ce socle, ce projet de santé, ce projet médical, ce projet entrepreneurial.** Sans ce prérequis, absolument indispensable aujourd'hui, il n'existera rien, aucune modélisation économique comme aucune modélisation juridique. Il faut partir de ce ciment, de ce lien entre spécialités, de la réponse à l'offre de soins et à ce moment-là, il sera possible de parler de la structuration. Et de ce projet découlera naturellement l'organisation de cette structuration juridique qui sera soit en silo, soit plutôt unifiée.

**M<sup>e</sup> Marie-Christine DELUC :**

Sur la structuration juridique pure, sur la

**mise en commun de moyens**, nous avons beaucoup plus de possibilités. Ce qui pose problème, c'est la **mise en commun des honoraires**. Mais dès lors que vous voulez juste mettre en commun des moyens, du personnel, des locaux, des équipements, éventuellement l'autorisation d'équipements ou proposer une co-utilisation d'équipements sans partage d'honoraires, il est possible d'avoir toutes les structures que vous connaissez.

Nous ne ferons pas un cours sur le droit des sociétés que vous expérimentez dans votre vie de tous les jours. Vous avez plusieurs structures possibles, la société civile de moyens (SCM), le groupement d'intérêt économique (GIE), voire le groupement de coopération sanitaire (GCS) lorsqu'on est obligé de passer par là avec un hôpital et avec d'autres spécialités. Pourquoi ne pas faire un GCS de droit privé, parce que finalement c'est un GIE un peu amélioré qui peut aller jusqu'à l'établissement de soins ? Cela va dans le sens de la réforme souhaitée par la FNMR et de la DGOS qui a dit qu'elle était intéressée par la dimension établissement de soins.

Un établissement de santé ne peut pas être un GIE, le GIE ne pouvant avoir une activité de soins. Pour avoir un établissement de santé, il faut forcément avoir une structure d'exercice dans laquelle on exerce la médecine et dans laquelle on a une activité de soins.

Pour les structures de moyens, il n'y a qu'une façon de faire, c'est d'avoir de vrais accords sur le partage des moyens, le partage du personnel. Dans ce cas, il n'y a pas de difficultés. Maintenant, la seule structure qui semble devoir être étudiée, c'est la SEL puisque c'est la seule qui nous est ouverte avec la société civile professionnelle qui n'a pas beaucoup d'intérêt.

Pourquoi, nous, avocats, ne conseillons plus à nos clients médecins de rester ou de passer en société civile professionnelle ? C'est parce qu'il n'y a pas d'écran entre les dettes de la société civile professionnelle, les associés sont indéfiniment responsables des dettes sociales à proportion de leur détention dans le capital. Ce qui peut constituer un risque, surtout pour les radiologues même si vos revenus sont assurés. Mais vous avez des investissements importants, il est donc préférable qu'il y ait une séparation étanche entre vos patrimoines personnels et votre patrimoine professionnel.

La structure de la SCP n'est pas très intéressante non plus fiscalement, même s'il ne faut pas rêver, sur les avantages fiscaux d'une SEL qui sont très réduits. Je reviens sur ce que j'avais dit à Ajaccio<sup>3</sup>. La SEL n'est pas tellement différente sur le plan fiscal et social d'un exercice individuel ou d'un exercice en SCP. Quels sont les avantages de la SEL ? Premièrement, c'est qu'il y a une véritable étanchéité entre le patrimoine de la SEL et le patrimoine personnel. Le deuxième avantage est que l'associé qui touche une rémunération n'est imposé que sur la rémunération qu'il touche alors qu'il y a, de temps en temps, dans des SCP ou dans des exercices individuels, des rémunérations qui sont déterminées par « j'ai rentré tant d'honoraires, j'ai sorti tant de charges et mon bénéfice est celui-là ». Le bénéfice n'est pas forcément intégralement distribuable, parce que la trésorerie ne correspond pas forcément immédiatement avec le bénéfice. Donc, l'avantage principal de la SEL fiscalement et socialement, c'est que l'associé

(3) Séminaire de la FNMR – Quel capitalisme pour la radiologie de demain ? 30 mars 2019 – Disponible sur le site de la FNMR.

ne paie d'impôt sur le revenu qu'à partir du moment où il a touché de l'argent et sur tout l'argent qu'il a touché et sur rien d'autre.

Quelle va être la spécificité de la SEL interspécialité ? Aujourd'hui, plusieurs intervenants ont expliqué qu'il y a un problème parce que vous n'avez pas les mêmes cotations d'actes. C'est déjà le cas au sein de certaines spécialités avec des actes qui sont moins cotés que d'autres ce qui entraîne des difficultés de répartition du chiffre d'affaires. Il pourrait donc ne pas y avoir d'intérêt à s'associer avec une spécialité dont la cotation des actes est moins importante. Mais ce n'est pas un souci. En SEL, on peut déterminer que les associés se rémunèrent comme on veut. La détention du capital peut être totalement indépendante de la rémunération décidée entre les associés. Cela signifie que ce n'est pas parce qu'un associé fait 10 % du chiffre d'affaires qu'il va toucher 10 % du bénéfice. Il est possible de décider que chaque associé - qu'il soit d'ailleurs radiologue, monospécialiste ou qu'il soit cardiologue à côté de radiologues ou médecin nucléaire à côté de radiologues - percevra une rémunération en fonction du chiffre d'affaires qu'il va apporter. Cette disposition ne résulte pas des statuts mais d'un pacte d'associés et d'un règlement intérieur.

Revenons sur votre grande inquiétude relative à la prédation dont les cabinets de radiologie sont les victimes. Que s'est-il passé dans les structurations proposées par les groupes qui ont pu vous approcher ? C'est de dire : « OK, nous n'aurons que 25 % du capital, mais derrière, nous ferons des pactes d'associés ». C'est ce que vous a dit le Dr Nguyen, biologiste. Les biologistes ont été confrontés à la différenciation des actions de type A et de type B. Les actions A percevront tous les dividendes, les ac-

### **IL EST POSSIBLE DE SE REGROUPER ET D'ÊTRE PLURIDISCIPLINAIRE EN LE METTANT DANS L'OBJET SOCIAL.**

tions B n'auront pas de dividende. Donc, tout le bénéfice de la société, à part la rémunération des médecins, ira aux financiers. De même, toute décision d'investissement supérieur à un montant donné devra être prise selon la règle de l'unanimité ou alors avec un droit de véto.

Le plus important, ce sont **les pactes d'associés**. Je le dis d'une façon générale pour toutes les sociétés, pour toutes les SEL. C'est ce qui a poussé les conseils de l'Ordre - avant même une nouvelle ordonnance qui va imposer de lui transmettre tous les actes nécessaires à l'examen objectif - de demander à tous les conseils départementaux, dans une lettre circulaire, de faire très attention et lui faire remonter les dossiers dès qu'il y a un financier. Ce ne sont plus les conseils départementaux qui sont décideurs, tout doit remonter à l'Ordre national. Le conseil de l'Ordre demande aussi la communication des pactes d'associés, les règlements intérieurs ainsi qu'une déclaration sur l'honneur qu'il n'y a pas d'autre document. Quand nous disposons de tous les documents, nous constatons, dans certains cas, des montages absolument extravagants, extraordinaires. L'affaire ORPEA, d'une certaine façon, nous rend service en poussant les conseils de l'Ordre à être très attentifs, d'autant plus qu'ils ont été alertés par les syndicats comme la FNMR sur les risques de prédation venant des

financiers. L'exemple des biologistes est aussi parlant. Sur ce point, ajoutons qu'un procès est actuellement en cours lancé par les biologistes contre un montage juridique qui s'affranchit de la limite des 25% du capital pouvant être détenus par des financiers extérieurs. Les présidents des syndicats libéraux les soutiennent.

Donc, ce que je vous dis pour les financiers, je vous le dis exactement de la même façon pour une autre spécialité que vous voudriez intégrer dans votre SEL. Il y aura une SEL unique. Elle peut être interspécialistes, rien ne l'interdit. Le conseil de l'Ordre me l'a confirmé : « Aucun problème, c'est prévu par la loi, on peut faire une SEL d'interspécialité ». Le tout, c'est d'exercer la médecine : la SEL peut exercer la radiologie et la cardiologie à titre d'exemple. Il est possible de se regrouper et d'être pluridisciplinaire en le mettant dans l'objet social. Il est aussi possible d'indiquer seulement l'exercice de la médecine sans préciser : radiologie, cardiologie, ou autre spécialité.

Les pactes d'associés permettent de savoir qui va décider quoi, quelle majorité sera nécessaire pour prendre des décisions. Ils indiquent aussi l'éventuelle création d'un comité de direction, d'un comité médical, d'un comité financier. Ils précisent aussi ce qui sera fait, comment sera organisée l'interspécialité. Tout cela peut se contractualiser. Il n'y a aucune difficulté pour que toute décision puisse être prise de façon collégiale ou majoritaire. Si les radiologues estiment qu'ils sont majoritaires et qu'ils apportent 80 % du chiffre d'affaires dans une société d'exercice libéral, il est possible de dire aux partenaires : « Nous vous demandons votre avis pour l'équipement que nous allons acheter, mais nous sommes majoritaires et vous n'avez pas de droit de véto. Inversement, il est

aussi possible de décider qu'il faudra toujours l'unanimité sur la décision relative à l'interspécialité, puisqu'il y a un vrai projet médical commun. Tout cela peut aussi se contractualiser.

Enfin, le **règlement intérieur** permet de préciser – mais vous le faites déjà quand vous êtes associés dans le cadre d'un GIE avec un hôpital ou en intercabinets - qui va occuper les plages horaires, comment elles seront réparties, qui va recruter le personnel technique, qui aura le pouvoir hiérarchique sur les personnels salariés, etc. Les statuts sont d'ordre général, et c'est donc dans les pactes d'associés que seront inscrits les prérequis dont parlait Alix Domas Descos. Tous ces documents doivent être rédigés dans le strict respect des règles déontologiques d'indépendance, de déontologie pure, du libre choix du patient.

Dans le cadre des SEL, vous pouvez avoir plusieurs sites, disposer de toutes les assurances. Dans une SEL, vous êtes tous individuellement assurés pour votre RCP<sup>4</sup> mais pas la SEL qui peut prendre une assurance groupe pour tout ce qui peut survenir en son sein. Si vous devenez établissement de santé, vous devrez aussi avoir des assurances, notamment contre les infections nosocomiales.

J'attire votre attention sur le fait que nous sommes en cassation sur un arrêt de la cour d'appel qui a pu décider qu'un cabinet de radiologie était un établissement de soins au sens de la responsabilité au titre de l'infection nosocomiale. L'arrêt de cassation va intervenir vite. Il faut aussi penser à **la labellisation**. Dans le cadre d'une éventuelle future qualification d'établissement de santé, il sera important de pouvoir dire à l'ARS que vous êtes

(4) Responsabilité Civile Professionnelle

pluriprofessionnels, pluridisciplinaires et que vous avez mis en place des instruments de mesure de l'efficacité des soins, que vous avez pris en compte la labellisation avec des protocoles et des procédures. C'est la médecine d'aujourd'hui qui vous impose cela, surtout pour les plateaux techniques lourds. Les problèmes de labellisation seront inévitablement posés dans tous les cabinets et, en plurispécialité peut-être encore plus, parce qu'il va falloir démontrer que l'association plurispécialité apporte un plus au patient. Elle sera aussi utile pour discuter avec l'ARS des autorisations d'activité de soins qui pourront être pluridisciplinaires et plurispécialistes dans ce cadre.



### **M<sup>e</sup> Alix DOMAS DESCOS :**

La structuration plurispécialité est effectivement fonction de ses caractéristiques de spécialités mêmes, d'organisation d'activité, d'organisation de la gouvernance. Nous précisons les points de vigilance qui nous semblent s'imposer au niveau juridique. Nous revenons d'abord sur la réponse aux PRS. Le projet médical est plurispécialité. Il s'articule autour du ou des besoin(s) identifié(s) de la population du territoire. Du ou des territoires, d'ailleurs, parce qu'il n'y a pas à se limiter à un seul infraterritoire ou un seul territoire imposé par l'ARS.

Ce projet doit s'implémenter dans ce territoire, il doit s'implémenter auprès des patients, des correspondants, des établissements et de l'ARS. D'où, la nécessité de porter ces discussions à plusieurs voix, sans forcément prédominance d'une spécialité sur une autre. Ces réponses aux besoins de la population posent aussi la question de l'implication dans les mécanismes syndicaux, les mécanismes ordinaires, les communautés professionnelles, les maisons médicales, bref, tout ce qui peut consti-

tuer et collaborer à ce maillage territorial doit être mis en place et sera renforcé par cette plurispécialité. Elle permettra une couverture plus optimale puisque plusieurs champs seront impliqués : radiologique, cardiologique, médecine nucléaire, radiothérapie, etc. Cette plurispécialité est multiforme. Elle va prendre la forme de cabinets traditionnels tels que nous les connaissons aujourd'hui, de services d'imagerie, publics ou privés, des partenariats publics/privés, mais peut-être aussi de centres de référence, d'implantation en zone diversifiée avec recours à la télémédecine, à la télé-expertise, des moyens que vous allez maîtriser. Nous touchons **l'effet de groupe**. Plus le groupe de médecins, quelle que soit leur spécialité, sera large en termes de moyens comme en termes de ressources, en termes de médecins, plus l'organisation en sera facilitée, parce qu'il y aura une couverture optimale et des organisations à tiroirs. Il sera possible de répondre totalement avec agilité à l'ensemble des besoins.

## CETTE PLURISPÉCIALITÉ EST MULTIFORME.

Il faut aussi prendre en compte une disposition importante, la participation aux réunions interdisciplinaires, au maillage avec les correspondants, à l'éducation de ces correspondants. Ce dernier point est récurrent. Nous observons depuis de nombreuses années dans les organisations des filières sur la prescription des actes d'imagerie en coupe ce problème d'éducation du correspondant. Il va falloir trouver des façons d'y remédier.

La mise en place de moyens pour évaluer l'activité et la qualité des prises en charge, la recherche d'efficacité, de qualité, de labélisation sont nécessaires et vont renforcer votre participation aux PRS. C'est ce qui vous donnera aussi cette qualité d'opérateur, cette qualité d'établissement qui vous permettra de jouer à égalité avec les cliniques ou les hôpitaux. Il ne faut pas sous-estimer cette dimension dans vos structurations.

**Nous avons identifié quelques points clés que Marie-Christine Deluc va vous présenter.**

### **M<sup>e</sup> Marie-Christine DELUC :**

Nous allons détailler ce qui sera éventuellement mis dans le pacte d'actionnaires. Quelle autonomie sera laissée à chaque spécialité pour décider d'investissements, de recrutements, etc. ? il faut y réfléchir avant. Le pacte associés va répondre à plusieurs questions : les radiologues sont-ils habilités seuls à avoir des manipulateurs ou seuls à choisir un équipement ; comment seront choisis les fournisseurs ? Ce sont des points qu'il faut contractualiser. Qu'est-ce qui sera de l'ordre

des décisions communes ? Le siège, le lieu, les travaux dans l'entreprise, les travaux du lieu.

La dernière chose est fondamentale, c'est la **gouvernance** que ce soit dans un groupe monospécialiste ou plurispécialiste. Plus encore en plurispécialité, nous avons constaté que la gouvernance d'une SEL peut poser problème. Faut-il désigner un référent par spécialité avec des cogérances ou des coprésidences ? Y a-t-il un comité décisionnel, un comité médical comme dans les GIE, un comité de direction, un comité financier ?

Le référent sera celui qui porte la parole de la spécialité au sein de la SEL. Il faut qu'il n'y en ait qu'un, autrement c'est impossible à gérer, quitte à ce qu'il y ait un référent tournant.

Le choix d'installer un comité de direction, ou un comité financier, est particulièrement important dans le cas de plurispécialités puisque tous n'ont pas la même culture. Entre radiologues, tous partagent une même culture, des problèmes identiques comme les cotations d'actes. Il faudra donc décider comment sont répartis les revenus en fonction des cotations différentes entre spécialités. Ou, à l'inverse, qu'il soit décidé de faire masse commune des honoraires considérant que le problème de cotation n'est pas le problème majeur, que l'important est de travailler ensemble dans un cadre pluridisciplinaire. Si, au final, la masse commune permet à une spécialité de gagner un peu plus, ce n'est pas très grave. Il faut aussi se fixer sur le choix des secteurs 1 ou 2. L'association avec des médecins secteur 1 n'est pas toujours facile.

**Tout peut être contractualisé**, sans rien laisser au hasard. Même si tout n'est pas contractualisé, il faut trouver des solutions pour désamorcer les conflits à l'intérieur même des pactes d'associés en prévoyant ce qui sera fait en cas de



désaccord : se réunir, prendre des décisions à la majorité ou unanime. Quelle sera la majorité qualifiée. Les pactes d'actionnaires donnent une liberté totale. Il suffit ensuite de les soumettre au Conseil de l'Ordre. L'Ordre acceptera que, dans un pacte d'actionnaire, il soit donné plus de pouvoir à une spécialité qu'à une autre. Ce n'est pas du tout comme dans le cas d'un financier qui a, en théorie, seulement 25 % de droits de vote et qui, par le biais du détournement d'un droit de veto dans le cadre d'un pacte d'actionnaires, va de fait avoir 100 % des décisions d'investissement, par exemple. Dans ce cas, c'est un vrai détournement de la loi alors qu'entre médecins, vous êtes absolument libres et rien ne vous interdit d'avoir des pouvoirs décisionnels inégalitaires ou égalitaires en fonction de ce que vous estimez qui serait équitable et juste. L'égalité n'est pas forcément l'équité.

### **M<sup>e</sup> Alix DOMAS-DESCOS :**

Ce qu'il faut retenir, **c'est qu'il n'y a pas de standardisation**. Nous serons sur du sur-me-

sure. Suivant la composition pluridisciplinaire du groupe, vous aurez un cadre documentaire juridique qui collera à cette pluridisciplinarité et aux organisations que vous aurez mises en place. Il faut avoir à l'esprit que nous ne sommes pas du tout comme dans d'autres secteurs d'activité qui connaissent justement une certaine financiarisation. Non, ici, il y a de la place à l'imagination. Toujours sur ces points clés, nous avons parlé du pacte d'associés, des statuts, de la forme de société d'exercice libéral, mais il ne faut pas oublier le règlement intérieur.

Le **règlement intérieur** va comprendre les éléments importants que vous citiez tout à l'heure et l'organisation de l'activité. Il sera en adéquation avec le modèle économique. Sans projet médical, sans projet entrepreneurial, sans modèle économique, il n'y aura pas de modèle juridique parce que ce que nous vous écrivions ne pourrait pas fonctionner dans la réalité. Vous risqueriez de vous retrouver en conciliation ordinaire. Comme avocats, nous préférons faire des projets qui marchent.

Il n'y a donc pas de standardisation mais un projet médical, un projet entrepreneurial, une assise territoriale, une réponse aux besoins de soins que vous identifiez à un instant T, que vous allez faire vivre dans le temps. Il y a quand même des points de vigilance à avoir tout au long de la plurispécialité.

### **M<sup>e</sup> Marie-Christine DELUC :**

Le tableau ci-contre présente les points de vigilance. Concernant la concertation et la collaboration entre médecins, il est évident qu'il faut éviter la réunionite mais, en interspécialité, il est important de faire des **réunions de coordination** pour conserver la cohésion du groupe et non pas que les deux spécialités cohabitent simplement au sein d'une même structure.

Il faut aussi mettre en place la **solidarité** et le

## PLURISPÉCIALITÉ : LES POINTS DE VIGILANCE

- Concertation et collaboration entre médecins (et équipes paramédicale)
- Solidarité et remplacement par spécialités
- Gestion des plannings, congés, ...
- Communication du groupe
- Pérennité des organisations
- Révision périodique des modalités d'exercice et des moyens
- Anticipation et évolution des organisations
  - Au gré des mouvements internes du groupe (associés, sites, gestion,...)
  - Au gré des éléments extérieurs au groupe (coopération, ARS, cotations, ...)

**remplacement** par spécialité. La gestion des plannings, des congés et la **communication** du groupe est aussi très importante et doit faire l'objet d'une véritable concertation : comment communiquer vis-à-vis de la population, de l'ARS, des confrères de premier recours ? Comment annoncer la création, etc. Cela paraît aussi absolument fondamental à insérer comme point de vigilance et comme focus si vous avez dans l'idée de vous associer avec des spécialistes qui ne sont pas de votre spécialité.

### M<sup>e</sup> **Alix DOMAS-DESCOS** :

Tous ces éléments vont s'inscrire dans le temps, dans la pérennité des organisations. Nous avons vu, parfois, dans des organisations qui ont été pluridisciplinaires à un moment (radiothérapeutes et médecins radiologues, médecins nucléaires et médecins radiolo-

gues), des mariages particulièrement difficiles avec des divorces assez violents.

Le but n'est pas d'aller recréer un groupe pluridisciplinaire pour divorcer quelques années plus tard. Le but est d'avoir des **objectifs communs** et d'aller au-delà de l'entreprise dans le sens de mission. Finalement, aujourd'hui, qu'est-ce qui pousse au regroupement, quelle est la philosophie commune ?

Nous sommes confrontés à une pyramide des âges qui n'est pas facile. Nous souhaitons recruter des associés qui ont des aspirations différentes, des temps d'organisation différents, des temps d'exercice différents. Il y aura donc des entrées, des sorties, des retraits, des modulations de temps d'exercice, des convenances personnelles, un management interne de l'équipe médicale qu'il va falloir appréhender d'où la concertation. Il est important d'avoir des temps d'échanges et de savoir anticiper et appréhender en amont les questions qui sont clés pour chacun des associés.

Les sites, les gestions, il y aura aussi des décisions qui seront imposées de façon extérieure au groupe ; les coopérations, les ARS, très certainement une prochaine loi de santé, une réforme des SEL annoncée. Il y a également le spectre de la réforme des cotations, donc un modèle économique qui va se modifier. La cohésion, l'organisation, le nombre, fait qu'on est toujours plus et mieux paré à affronter ces éléments.

Ces débats, aujourd'hui, ne sont pas périmés, au contraire. La pluridisciplinarité doit être vue comme, peut-être, une opportunité à saisir, comme une nouvelle étape, en s'affranchissant de l'étape qui voit baisser la rentabilité. Finalement, nous pouvons peut-être passer cette étape-là et nous dire que nous avons inventé l'entreprise médicale de demain. ●





# DÉBAT

**Les interventions du séminaire ont suscité des réactions et des débats animés avec l'ensemble des participants. Nous résumons brièvement ces échanges sous notre seule responsabilité d'éditeur.**



### LES CPTS

Le Gouvernement prévoit de créer des CPTS<sup>1</sup> dans tous les territoires. Si les libéraux ne les prennent pas en charge, elles seront contrôlées par les établissements et les libéraux risquent de travailler sous leur autorité.

#### **Dr Patrick GASSER**

Avenir-Spé n'est pas un acteur des CPTS. Les médecins généralistes souhaitent mettre en place des CPTS pensant qu'elles peuvent les aider à mieux faire la coordination et la prise en charge. Je n'en suis pas persuadé et toutes les CPTS ne fonctionnent pas. Je considère que de toutes façons, en tant qu'entrepreneurs, nous devons travailler avec tout le monde. Faut-il rentrer dans les CPTS ? Ça dépend du territoire. Lorsqu'il y a un hôpital de proximité, elles appar-

tiennent à un GHT<sup>2</sup>. Ces groupements ont une politique imposée à tout participant. A terme, il y a un risque que l'hôpital qui gère le GHT, souvent un CHU, impose son projet médical différent du votre. Il faut répondre aux besoins de soins. Si vous y répondez, avec votre modèle, personne ne vous remettra en cause.

### L'EXPÉRIENCE DES BIOLOGISTES

#### **Quelles leçons tirer de l'expérience des biologistes ?**

##### **Dr Kim NGUYEN**

Il faut s'organiser en respectant les entreprises. Les réseaux sont un bon moyen, peut-

(1) Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

(2) Groupement Hospitalier de Territoire

être en y adjoignant une structure financière à laquelle tous les laboratoires participeraient financièrement, la structure ayant, inversement, des participations dans tous les laboratoires membres. Cela permettrait d'accroître les capacités d'emprunt et une gouvernance très coordonnée. La structure rachèterait les parts qui se libèrent pour les redistribuer aux jeunes qui veulent entrer dans la spécialité. Dans ce modèle, il n'y a pas de financier extérieur, non professionnel.

Il faut peut-être aussi penser à une structure ouverte à plusieurs spécialités.

Un intervenant souligne que la radiologie est nécessaire dans tous les domaines de l'activité médicale. Conjugué à la faiblesse démographique de la spécialité, il y a un risque que les autres spécialités s'approprient des pans de la radiologie. Un autre danger est la valorisation offerte par les financiers à des groupes dont plusieurs associés partent à la retraite avec peu de jeunes pour les remplacer.

#### **Dr Kim NGUYEN**

Pour la démographie médicale, il y a des nouvelles techniques qui peuvent concentrer l'expertise sur la tête de professionnels. Pour la valorisation, il n'y a que la puissance publique qui peut intervenir par la loi en faisant respecter les 25% maximum d'associés extérieurs non professionnels.

#### **Dr Jean-Philippe MASSON**

Plusieurs professions sont menacées de passer sous le contrôle des financiers ; des spécialités médicales, les vétérinaires, mais aussi les avocats, les experts-comptables, etc. Toutes ces professions soutiennent un projet de loi garantissant le respect de la règle des 25% de capital extérieur.

## **PLUSIEURS PROFESSIONS SONT MENACÉES DE PASSER SOUS LE CONTRÔLE DES FINANCIERS ; DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES, LES VÉTÉRINAIRES, MAIS AUSSI LES AVOCATS, LES EXPERTS-COMPTABLES,**

Un intervenant se demande si la constitution de groupes très importants, fédérés par une structure financière n'est pas un risque de les transformer en proie pour les financiers.

#### **Dr Kim NGUYEN**

Une structure financière en radiologie, c'est-à-dire une société détenue par des cabinets de radiologie, peut faire l'objet d'une OPA<sup>3</sup> par des fonds financiers. Mais c'est plus difficile parce que les membres actifs seraient des cabinets de radiologie. Il y a un second modèle, celui des participations croisées. Si vous avez une dizaine de cabinets, chacun prend 5 % du capital des autres. Cela permet de fédérer dans un esprit de groupe, chacun conservant la majorité de son capital. Ce modèle est moins intéressant pour les financiers.

Un intervenant souligne que les CPTS peuvent être un bon moyen pour les radiologues de discuter avec l'ensemble de la médecine de ville. Grâce aux moyens informatiques, les cabinets de radiologie peuvent leur apporter l'accès à l'imagerie en coupe et améliorer la pertinence.

(3) Offre Publique d'Achat

Un radiologue juge que le mouvement de financiarisation en imagerie est déjà lancé. Étant donnée la démographie de la profession, c'est un attrait fort pour les plus âgés. La FNMR doit se placer en garde-fou pour éviter les risques. Il faut apporter des solutions pour éviter que les radiologues se fassent piéger par des fonds d'investissements très agressifs qui cherchent un contrôle total. La comparaison avec la biologie a ses limites. Il n'est pas possible d'y faire les mêmes économies d'échelle. Il faut des médecins radiologues pour faire fonctionner les équipements.

### **Dr Jean-Philippe MASSON**

Dans quelques cas, la financiarisation peut, peut-être, constituer un apport intéressant. Mais pour la plupart des modèles présents, leur démarche est tout à fait contraire à une bonne pratique de la radiologie. On observe des dérives inacceptables comme l'ouverture de cabinets fonctionnant avec un manipulateur et sans médecin, des mammographies télé-interprétées sans que l'on sache par qui. Au final, c'est ce type de mauvaise pratique médicale qui risque de l'emporter si nous ne nous y opposons pas.

### **Dr Éric BRUGUIERE**

Il est probable que la radiologie a un exercice beaucoup plus personnalisé que la biologie, mais d'après tous les analystes du secteur, votre profession est dans une phase de concentration régionale. Il y a encore beaucoup d'économies d'échelle à faire et notamment, il y a beaucoup d'actes qui peuvent être délocalisés, interprétés à distance, voire interprétés par l'intelligence artificielle. Bref, l'ingéniosité de la finance pour mutualiser et dégager des économies est sans fin. Il ne faut pas croire que l'exercice personnel peut protéger



de ces évolutions-là. Seule la loi peut s'opposer à ces évolutions.

### **Dr Jean-Philippe MASSON**

C'est le rôle de la FNMR d'attaquer ces sociétés. Le principe des groupes financiers est de faire le maximum de rentabilité sur l'activité de la biologie, l'activité de la radiologie aujourd'hui, et demain, l'activité des gastroentérologues, etc. Nous savons qu'il y a en radiologie des actes qui ne sont pas rentables. Pour le financier, il s'agira d'arrêter ce type d'activités pour les renvoyer vers les hôpitaux ou y substituer des examens plus onéreux. C'est une démarche contraire au serment d'Hippocrate que nous avons prêté, c'est-à-dire soigner les gens avant de gagner de l'argent.

### **Dr Eric Chavigny**

La FNMR n'est pas dans le « c'était mieux

avant ». Elle accompagne les radiologues dans l'évolution de leur métier. Depuis cinq ans, la FNMR, avec Forcomed, a lancé des formations au management pour permettre aux radiologues de faire ce que les financiers veulent faire à leur profit. Nous sommes aussi capables, avec nos outils, d'organiser l'entrée de nouveaux associés au sein de nos groupes, de financer nos investissements, de valoriser nos parts et, en définitive, de rester des médecins indépendants.

Un intervenant aborde la prise en charge des patients et la territorialité. C'est un sujet qui fera l'objet de discussions pour la future convention et d'une éventuelle loi sur le système de santé. Il faut montrer que nous sommes capables de prendre en charge les territoires. Nous devons être structurés pour cela, et le statut d'entreprise est un moyen de nous développer.

Il ne s'agit pas d'implanter des cabinets de radiologie à droite, à gauche mais d'apporter la radiologie standard, l'imagerie en coupe et la mammographie, c'est à dire le dépistage du cancer du sein, dans les territoires.

Les contacts pris par la FNMR avec MG France sont intéressants de ce point de vue.

Pour assurer une offre médicale de qualité dans les territoires, il faut y associer tous les acteurs, au-delà des professionnels de la santé : les collectivités locales, les associations de patients, les caisses d'assurance maladie, les organisations d'établissements.

## LA FINANCIARISATION DE LA BIOLOGIE

### Comment le directeur général de l'ARS juge-t-il la financiarisation de la biologie ?

#### M. Benoît ELLEBOODE

La biologie est l'exemple d'un domaine qui a perdu la gouvernance médicale. Si la spé-

cialité est arrivée à ce point, c'est parce que des médecins ont préféré vendre très cher à qui pouvait payer plutôt que de vendre à des jeunes qui voulaient s'installer.

Il y a une double responsabilité ; celle de l'État qui n'a pas posé les règles de non concurrence pour éviter la constitution de quasi monopoles et celle des médecins qui ont laissé faire.

Cette expérience - sur un domaine qui n'est pas celui qui a le plus d'impact sur la prise en charge des patients - nous apprend à faire attention à l'avenir pour d'autres domaines, comme l'imagerie, dont l'impact sur l'organisation du système de santé serait plus catastrophique.

Mais, elle nous apprend aussi qu'avec de très grands groupes, nous sommes arrivés à un bon niveau de qualité.

Le côté négatif, la perte de gouvernance médicale, commence à poser des problèmes. Nous gardons la maîtrise parce qu'à côté, il existe une offre publique. Les grands laboratoires ne peuvent donc pas jouer de leur monopole pour exiger des pouvoirs publics des choses intenable.

Nous avons appris, pour l'avenir, qu'il faut permettre de se développer pour avoir des fonctions achats réduites et être dans l'entrepreneuriat du XXI<sup>e</sup> siècle en gardant la gouvernance médicale.

## LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

Actuellement, nous l'avons encore constaté pendant les discussions avec la DGOS pour les autorisations d'équipements lourds, il y a un postulat, pour dire que les radiologues travaillent dans le cadre d'une territorialisation définie par les ARS et non pas en équipe.

Les radiologues et la FNMR portent le projet

de l'équipe radiologique voire multidisciplinaire. Comment faire sauter ce carcan de la territorialité alors que sur le terrain, nous travaillons en équipe, souvent pluri-territoriales ?

**M. Benoît ELLEBOODE**

En tant que pouvoir public, nous ne partons pas des médecins mais des patients et de la population. Nos populations ne sont définies que par des territoires. Quand nous parlons d'un territoire, nous ne parlons pas d'une frontière géographique, nous parlons de populations. Notre responsabilité face à une population qui a des besoins est d'y répondre par l'offre adaptée. C'est le cœur de l'action de l'État. Nous ne validons un système organisationnel que s'il démontre qu'il est en capacité de prendre en charge une population. Nous devons tenir compte de ce qu'il y a des acteurs de santé différents et que le patient peut sortir du territoire. Nous partons du territoire, c'est ce qui explique les communautés professionnelles territoriales de santé, parce qu'elles répondent aux besoins d'un territoire.

Des radiologues m'ont déjà dit : « Il nous faut un scanner, une IRM, pourquoi vous ne nous la donnez pas ? Vous n'écoutez pas les radiologues ». J'ai répondu : « Pour faire quoi ? Pour le cancer, alors venez avec les cancérologues ». Quand un hôpital dépose un dossier, c'est une communauté médicale entière qui fait la demande. En raisonnant en équipe, vous ne pouvez avoir que plus de poids quand vous négociez avec les tutelles.

Un groupe de radiologues qui travaille sur un territoire extrêmement important me dit : « Nous avons besoin d'une IRM, nous faisons des endométrioses de cinq départements ».



En tant qu'ARS, je pars des besoins, et je demande si le groupe fait aussi les astreintes de radiologie d'urgence. C'est cela prendre en compte les besoins d'une population. Il n'est pas possible de se limiter à une activité hyperspécialisée, attractive, bien valorisée en n'assurant pas d'autres activités moins valorisantes. Donc, si vous répondez à tous les besoins dans votre spécialité, nous pourrions travailler ensemble, sinon, c'est très compliqué ...

**LA RÉGULATION**

**Les tutelles imposent trop de contraintes aux acteurs libéraux.**

**M. Benoît ELLEBOODE**

L'exemple de l'ophtalmologie en Aquitaine est éclairant. Sur Bordeaux, vous pouvez obtenir un rendez-vous pratiquement dans la journée alors qu'ailleurs il faudra jusqu'à six mois.



on forme de médecins, plus on accentue les différences. C'est-à-dire qu'on continue à se sur-installer dans les endroits où il y a déjà une offre large et à moins s'installer dans les endroits où on en manque. Ce n'est pas la faute des médecins. Nous savons tous qu'il y a un problème global d'aménagement du territoire, d'emploi du conjoint, etc.

C'est pour ça que je dis que les systèmes d'aujourd'hui ne sont peut-être pas adaptés, mais il faut des systèmes et ce n'est pas juste le fait de former plus. Quand j'ai passé ma première année de médecine, nous étions trois-mille-cinq-cents, aujourd'hui, ils sont neuf-mille à passer la première année. Les promos d'interne qui sortent, c'est sept à huit-mille et les problèmes s'accroissent. Il n'y a même pas le début d'une amélioration dans les territoires qui rencontrent des difficultés.

Pourtant, il n'y a pas d'autorisation nécessaire, pas de bureaucratie. Le monde libéral s'est organisé seul. Il ne s'agit pas de mettre des autorisations dans cette spécialité, mais si l'État n'intervient pas, voilà le résultat. Il faut donc un système de régulation.

### **Dr Jean-Philippe MASSON**

La régulation, c'est une gestion de la pénurie et c'est parce qu'il y a une pénurie en médecins, en équipements qu'on est obligé d'appliquer toutes ces régulations. On aurait des médecins, il y aurait des ophtalmos à Périgueux sans difficulté et vous n'auriez pas ce délai d'attente. Nous payons 40 ans de numerus clausus.

### **M. Benoît ELLEBOODE**

Plus on forme de médecins, plus ils vont à Biarritz. Je ne fais que constater. Nous avons des études chiffrées qui le démontrent. Plus

## **AUTORISATIONS, SCANNER ET QUALITÉ**

Le régime des autorisations n'a plus aucun sens. Si vous voulez des radiologues dans les endroits spécifiques, il faut pouvoir mettre, au minimum, des scanners. C'est la condition d'une radiologie de qualité. Nous avons trop souvent un refus d'autorisation d'équipement mais les tutelles nous disent que nous pouvons librement faire de la radiologie conventionnelle alors que le respect des bonnes pratiques en radiologie impose un scanner ou une IRM

### **M. Benoît ELLEBOODE**

Dans la pratique, il arrive que nous donnions une autorisation de scanner et que les radiologues me demandent pourquoi l'autorisation a été accordée alors qu'aucun radiologue n'ira le faire tourner.

La question de la pertinence est essentielle et c'est aux médecins de choisir le bon examen pour le patient. Un certain nombre d'actes non pertinents sont dus au manque de collaboration avec les médecins demandeurs d'actes d'imagerie. Pour résoudre ce problème, certains ont imaginé qu'il fallait réduire le nombre d'équipements. Mais ce n'est plus la pratique aujourd'hui.

### RÉGULATION DE LA DEMANDE

#### Dr Vincent PRADEAU

On discute beaucoup de l'offre dans ma spécialité mais le problème est la demande. 50 % des insuffisants cardiaques ne sont pas vus en France. Parce que notre consultation est embolisée de gens que nous n'avons pas besoin de voir. Pourquoi ? Parce qu'il y a des problèmes d'adressage. Quand vous dites à un coronarien : « Vous allez très bien, s'il n'y a pas de soucis, je vous revois dans 3 ans », il sera là dans 1 an. Si nous voulons marcher sur deux pieds, il faut envisager une régulation de la demande.

#### M. Benoît ELLEBOODE

Vous avez tout à fait raison. Il y a eu une révolution industrielle dans le monde de la santé qui était la suppression des CES qui servaient bien sur le terrain.

On n'a pas travaillé sur certains aspects comme mieux former les médecins traitants sur un certain nombre de choses, ou encore comment éduquer les patients.

On a poussé un système où le spécialiste est spécialisé dans l'acte technique et dans des démarches intellectuelles très pointues avec des études allongées.

C'est ce qui fait qu'aujourd'hui, en cardiologie, si dans un établissement de santé, il n'y a pas



d'angioplastie ou de rythmologie, il n'y a pas de cardiologues parce que les jeunes veulent faire de l'angioplastie ou de la rythmologie ou de l'imagerie cardiaque à la place des radiologues, ou avec.

Mais la technologie, la télésurveillance, et d'autres moyens encore vont nous permettre d'avancer sur ces sujets. Vous passez beaucoup de temps à faire ce qui ne relève pas d'un bac+10, mais d'un bac+4 ou bac+5. On n'arrive pas à vous donner la rémunération d'un bac+10, parce que le système ne le permet pas. Il y a des professions (comme les infirmières de pratique avancée) qui peuvent suivre des malades chroniques afin que le médecin se concentre sur sa compétence de bac+10 et qu'on puisse le payer à ce niveau-là.

## DÉLÉGATION DE TÂCHES

### Dr Jean-Philippe MASSON

Nous sommes une profession en pointe dans la délégation de tâches avec nos collaborateurs les plus proches que sont les manipulateurs radio. Mais pour pouvoir leur déléguer des tâches, il faut qu'il y ait suffisamment de manipulateurs alors qu'il en manque environ 12%.

### M. Benoît ELLEBOODE

Je ne peux parler que pour ma région, ça va changer. Je me suis mis d'accord avec le président du conseil régional pour faire un "plan Marshall" des professionnels soignants. Le conseil régional fait un vrai effort sur les capacités de formation et de notre côté, nous faisons un effort sur l'attractivité.

Pour les manip' radio, il n'y a pas de problème d'attractivité mais de quantité de formations. La profession est attractive, ceux qui y sont y restent surtout qu'avec les délégations ils ont des perspectives d'évolution.

Sur la délégation de tâches, il y a toujours de bonnes excuses pour ne pas déléguer. On ne délègue pas assez. Il y a trop de personnes dans le monde médical qui utilisent ces arguments pour interrompre les processus de délégation. Mais à la fin, ce sont les médecins qui le paient. Encore une fois, à force de faire des tâches qui ne relèvent pas d'un bac+10, on les paie bac+5. Aujourd'hui, nous pouvons aller plus loin, avec vos arguments, s'ils servent à construire une vraie délégation de tâches et non pas à bloquer le système pour empêcher la délégation.

## LES STAGES DES INTERNES

### M. Benoît ELLEBOODE

Sur les internes, nous ne sommes pas d'accord. S'il n'y a pas de stages dans le privé, c'est

## LES INTERNES NE VONT PAS DANS LES HÔPITAUX QUI NE SONT PAS FORMATEURS OU QUI N'ONT PAS DE RADIOLOGUES POUR LES FORMER

parce que les ARS ne souhaitent pas qu'il y en ait. Pour une raison simple, entre l'exercice hospitalier et monde libéral, il y a un déséquilibre d'attractivité. Quand vous dites à un jeune : « Tu commences à l'hôpital à 5 000 ou tu commences en libéral à 15 000 », ça fait un grand déséquilibre. S'il n'y a pas de problème de qualité dans le libéral, il arrive que dans le monde hospitalier cliniciens on constate : « Un problème avec la qualité des imageurs ». Un des outils pour rétablir l'équilibre au profit du public, c'est de mettre les internes plutôt dans le public puisqu'avoir un interne, c'est aussi une façon d'être attractif. Évidemment, les internes ne vont pas dans les hôpitaux qui ne sont pas formateurs ou qui n'ont pas de radiologues pour les former. Dans la région, nous mettons donc prioritairement des internes dans le public, sauf si sa capacité de formation est saturée.

Cette politique peut évoluer avec les PIMM<sup>4</sup> qui permettent de réduire la différence d'attractivité.

## L'URGENCE DANS LE TERRITOIRE

### M. Benoît ELLEBOODE

C'est une réalité mais les solutions ne sont pas forcément évidentes. Délégation d'activité,

(4) Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisés

certes, mais ça a ses limites, téléradiologie, téléimagerie aussi. Il faut trouver une nouvelle façon finalement d'apporter de l'imagerie sur les territoires. Et en particulier sur le dépistage organisé du cancer du sein. Il faudrait que vous soyez facilitateurs sur ces projets. Sur l'imagerie en coupe aussi, mais dans le même esprit, en prenant en charge la population des territoires, et en particulier sur l'urgence.

### LA CONTINUITÉ DES SOINS

#### M. Benoît ELLEBOODE

Pour la continuité des soins et surtout la permanence des soins, nous avons mis au point une structure qui s'appelle PACT-NA<sup>5</sup> qui a vocation à prendre en charge les urgences du territoire de la nouvelle région. Nous attendons encore des signatures de conventions d'établissement pour démarrer. C'est un projet structurant de prise en charge des populations dans le cadre de la permanence des soins.

### LA PDSSES<sup>6</sup>

#### M. Benoît ELLEBOODE

Le cahier des charges national de la PDSSES<sup>6</sup> ne prévoit pas l'intégration obligatoire de l'imagerie. Donc, son financement est pris sur le FIR<sup>7</sup> qui est une enveloppe fermée, en diminution chaque année. Si nous augmentons la dépense sur la PDSSES, il faut réduire d'autres financements. Mais si une solution fait l'unanimité et permet d'améliorer l'accès à des soins de qualité et efficaces sur tout le territoire, c'est une solution qui peut être envisagée.

### LES DÉSERTS PUBLICS

Pourquoi demander aux médecins d'aller dans des déserts médicaux que les services



de l'État quittent ? Et dans le prolongement, les acteurs du service public et les acteurs privés doivent-ils avoir les mêmes missions et les mêmes obligations ? Dans mon cas, j'ai une activité principale d'échographies fœtales, de dépistage, que je fais en nombre. Quand il y a un problème sur une grossesse, je suis très content d'avoir un référent au CHU qui ne fait pas autant d'exams - je ne lui demande pas de faire de la rentabilité - mais qui va m'apporter une solution pour la prise en charge d'une situation qui est généralement très douloureuse et très complexe. C'est une complémentarité.

(5) Plateforme d'Astreinte et de Coopération en Télé-imagerie pour la Nouvelle-Aquitaine

(6) Permanence Des Soins en Établissements de Santé

(7) Fonds d'Intervention Régional



### M. Benoît ELLEBOODE

L'État essaye maintenant d'être en **cohérence**. Par exemple, avec un dispositif qui s'appelle les Petites villes de demain. C'est l'identification de certaines villes qui seront les villes de demain et pour lesquelles nous allons concentrer des services publics.

Pour la **complémentarité**, je n'ai qu'un seul dogme, c'est l'attractivité. C'est-à-dire qu'on soit complémentaire, si les deux côtés sont attractifs pour avoir des médecins. Sauf qu'aujourd'hui, nous constatons que quand on commence à se répartir les tâches, finalement, il y a un côté qui devient moins attractif que l'autre pour certaines tâches.

Je pense qu'il est possible de rester attractif des deux côtés, mais les critères d'attractivité ont changé, des tendances que l'on pressentait ont été accélérées par la Covid créant une cassure générationnelle. La qualité de vie est

devenue le summum. C'est-à-dire moins d'astreinte, des contraintes professionnelles qui ne pèsent pas sur la vie familiale.

Bien évidemment, il faut utiliser les deux côtés, public et privé, en complémentarité. Mais on ne peut pas demander au libéral, parce que ce sont des entreprises, de prendre en charge tout le monde et partout. On ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre. Le système public est mieux équipé pour cela.

Par exemple, la médecine de premier recours n'est que libérale, donc il y a un problème pour prendre en charge tout le monde et partout. Par contre, elle ne coûte vraiment pas cher surtout comparée aux autres pays. Mais il nous manque une offre publique de premier recours à laquelle s'opposent les libéraux car elle remettrait en cause leur monopole. Nous pouvons aussi prendre un exemple où il y a trop de public et pas assez de privé, celui de la médecine polyvalente : lits de médecine, gériatrie, médecine interne, etc. Les cliniques se consacrent à la chirurgie, éventuellement avec un service de médecine en raison de la présence d'un service d'urgence. En chirurgie, l'offre se répartit à peu près à 50/50 entre hôpitaux et cliniques. En médecine, c'est 85% pour le public et 15% pour le privé.

S'il doit y avoir complémentarité, il faut qu'elle permette de recruter des médecins des deux côtés.

### ÉQUIPEMENTS HYBRIDES

Nous avons de plus en plus d'équipements hybrides, notamment la TEP-IRM. Des regroupements entre médecins nucléaires et radiologues sont-ils envisageables, sachant que la rentabilité est très différente entre les deux spécialités ?

### M<sup>e</sup> Alix DOMAS DESCOS

Juridiquement, rien ne s'y oppose. Nous pourrions bâtir le projet médical. Il restera le projet entrepreneurial et le projet économique. Il ne faut pas que le regroupement, l'exercice multispécialité, génère des frustrations, notamment de revenu et de rémunération. Il existe des mécanismes qui peuvent être utilisés dans les SEL<sup>8</sup>. Il n'est pas impératif d'avoir une rémunération égalitaire entre les associés.

### LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS

#### M<sup>e</sup> Marie-Christine DELUC

Une circulaire de l'Ordre a été diffusée à tous les conseils départementaux. Elle est très claire et leur demande d'obtenir, dès maintenant, tous les actes signés avec les partenaires extérieurs. La circulaire n'est cependant pas rétroactive.

### LA PHILOSOPHIE DU REGROUPEMENT

Un intervenant livre l'expérience de son groupe pluridisciplinaire constitué par des radiologues, des oncologues, des radiothérapeutes et prochainement des médecins nucléaires. Tous sont à égalité de rémunération. Il faut bien connaître le travail des uns et des autres avec les contraintes inhérentes à chaque spécialité. Il peut y avoir des incompréhensions sur la rémunération et sur le temps de travail.

Le temps de travail n'est pas le même pour un radiologue qui est posté que pour un médecin nucléaire qui va finir à 17h00 parce qu'il fait des journées en continu ou encore que celui d'un thérapeute qui a un jour de congé par semaine parce qu'il fait des RCP<sup>9</sup> à tour de bras. C'est le facteur humain qui est le principal obstacle.



Enfin, si un associé est insatisfait, ce n'est pas un problème. En revanche, si une spécialité est insatisfaite, c'est un problème.

#### M<sup>e</sup> Marie-Christine DELUC

Monospécialiste ou plurispécialiste, tous les regroupements peuvent être confrontés à l'associé qui travaille moins.

### LE PACTE D'ASSOCIÉS

**Dans le pacte d'associés que prévoyez-vous pour la rémunération différentielle ?**

#### M<sup>e</sup> Marie-Christine DELUC

Un bon système est de ne mutualiser qu'une

(8) Société d'Exercice Libéral

(9) Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

partie de la rémunération. Les charges sont, elles, automatiquement, mutualisées, nous ne parlons donc que du bénéfice.

Il est possible d'asseoir 100 % de la rémunération sur le chiffre d'affaires dégagé. C'est une première hypothèse : aucune mutualisation. Sur 100 %, celui qui fait 80 %, prends 80 % du résultat ; celui qui fait 20 % prend 20 %.

Il est aussi possible de mutualiser et de répartir au nombre de parts ou d'actions, suivant la nature juridique, SA ou SARL<sup>10</sup>. Ce n'est pas très efficace. On peut avoir un associé plus jeune qui monte plus lentement, ou avoir un associé qui travaille moins.

C'est aux associés de décider ce qu'ils estiment le plus équitable. C'est une équité à trouver entre les différents associés, sachant qu'un associé qui travaille à temps plein, dans une spécialité moins lucrative, va peut-être se poser des questions quand il verra un autre associé, dans une spécialité plus lucrative, gagner deux fois plus que lui, même si le chiffre d'affaires n'est pas le même.

### **M<sup>e</sup> Alix DOMAS DESCOS**

Il n'y a pas une seule recette, c'est vraiment du sur-mesure. Ce qui compte, ce sont les objectifs et les prérequis, c'est-à-dire la philosophie qui sous-tend le projet. Veut-on une rémunération qui tient compte de ces différences de spécialité, de la différence d'organisation, de la différence de cotation ? Est-ce que c'est à 100 % ? Est-ce que c'est avec des modulations ?

Il est aussi possible de fixer des jalons en mutualisant jusqu'à un certain niveau et au-dessus de répartir en fonction des secteurs, des spécialités. Les modalités de répartition peuvent être modifiées par la suite, par exemple en fonction des besoins d'investissements.

Ces clés de répartition peuvent être inscrites préférablement dans le pacte d'associés ou dans le règlement intérieur qui est cependant plutôt réservé à l'organisation de l'activité quotidienne. En revanche, il ne faut pas les mettre dans les statuts parce qu'ils sont publiés sur le greffe et accessibles à tous.

***CE QUI COMPTE, CE SONT LES OBJECTIFS ET LES PRÉREQUIS, C'EST-À-DIRE LA PHILOSOPHIE QUI SOUS-TEND LE PROJET.***

(10) Société Anonyme, Société Anonyme à Responsabilité Limitée





# TÉMOIGNAGES

# « PROMOUVOIR UNE BIOLOGIE INDÉPENDANTE AU SERVICE DU SOIN ! »



**Dr Dominique LUNTE**  
Médecin biologiste au  
laboratoire Maymat  
à Moulins-sur-Allier et  
Présidente du réseau  
*Les Biologistes Indépendants*

**Dominique Lunte pose un regard lucide sur les évolutions en cours dans sa discipline de prédilection. Elle défend notamment les vertus d'une biologie médicale plus humaine et plus indépendante. Témoignage.**

## **Quel regard portez-vous sur le secteur de la biologie médicale ?**

Je suis très fière de ma profession, mais aussi de celles et ceux qui exercent cette discipline partout en France. La crise sanitaire a révélé au grand public l'importance, la grande efficacité et la résilience de la biologie médicale libérale. C'est une bonne chose ! Depuis le début de ma carrière, il y a bientôt trente ans, j'ai vu notre secteur en perpétuelle mutation.

## **C'est-à-dire ?**

Nous sommes passés d'un exercice libéral individuel à un exercice collectif, avec plusieurs vagues de consolidation. Cette tendance n'est pas nouvelle. Elle résulte plus particulièrement



de la dernière grande réforme sectorielle, introduite par l'ordonnance du 13 janvier 2010. Dans un premier temps, ce mouvement de concentration ne concernait que des acteurs locaux, mais il s'est accéléré au cours des cinq dernières années. Il a été dopé par des entreprises européennes, financièrement soutenues par des gros investisseurs mondiaux, eux-mêmes attirés par une aubaine de placement sur des marchés dont la rentabilité était supérieure à celle de l'industrie.

## « 67 % DE L'OFFRE AMBULATOIRE EST CONCENTRÉE DANS LES MAINS DE SIX GRANDS GROUPES, LE PLUS SOUVENT IMPLANTÉS À L'ÉTRANGER »

### Quelles sont les incidences sur la structuration du réseau français ?

Les impacts ne sont pas anodins. Le réseau comptait plus de 4 000 entreprises avant la réforme. On en dénombre un peu moins de 400, aujourd'hui. 67 % de l'offre ambulatoire est concentrée dans les mains de six grands groupes, le plus souvent implantés à l'étranger. Véritable alternative aux opérateurs finan-

ciers, Les Biologistes Indépendants se positionnent comme le dernier rempart pour les biologistes entrepreneurs qui souhaitent rester maîtres de leur destin.

### En quoi la réforme de la biologie médicale s'est-elle soldée par une financiarisation de la discipline et une perte d'indépendance ?

Cette réforme a dynamisé le secteur de la biologie médicale, en favorisant notamment le rapprochement des entreprises. Elle a également facilité l'ouverture du capital à des non-biologistes à hauteur de 25 %. Ces deux évolutions n'étaient ni contestables ni dommageables, bien au contraire, mais l'absence de solides garde-fous a provoqué un emballement déraisonné et déraisonnable. La spéculation financière a déconnecté la valorisation des laboratoires des standards de l'économie réelle.

## BIOLOGIE MÉDICALE : LES TROIS POINTS CLÉS DE LA RÉFORME DE 2010

### La médicalisation du métier de

**biologiste** : la dernière grande réforme sectorielle consacre le rôle du biologiste médical dans le parcours de soins. Il est notamment tenu d'interpréter tous les résultats des examens qu'il pratique. Il peut également réaliser les examens de biologie médicale qui lui semblent nécessaires, en accord avec le prescripteur.

**La procédure d'accréditation** : tous les laboratoires de biologie médicale doivent obtenir une accréditation spécialisée pour exercer. Délivré par le COFRAC<sup>(\*)</sup>, selon des critères définis par arrêté ministériel, cet agrément renforce la qualité des pratiques,

en amont et en aval de la phase analytique. Les biologistes sont responsables de tous les prélèvements effectués sur un patient.

### L'ouverture du capital à des non-biologistes

: le législateur ouvre une brèche, mais limite la participation financière des non-biologistes à 25 % du capital. L'utilisation de mécanismes de contournement, comme les actions de préférence, ont néanmoins permis à des fonds financiers de franchir cette limite pour prendre des positions majoritaires, via des sociétés de biologie étrangères.

(\*) Comité Français d'Accréditation – COFRAC

Cette surenchère pénalise le développement des entrepreneurs indépendants qui ne peuvent plus investir.

### **Quelles sont les principales conséquences sur l'offre de soins ?**

La logique de concentration d'un marché, quel qu'il soit, présente toujours un risque sur la nature des services proposés, qui plus est quand il est concentré sur un petit nombre d'acteurs.

### **Comment la profession parvient-elle à résister ?**

La profession doit s'organiser. Elle doit aussi proposer un modèle économique viable et pérenne. Nous devons faire mieux, et nous devons faire plus. Il nous appartient de pousser les services qui concourent au maintien d'une biologie humaine, libérale, innovante et de proximité. Nous devons penser le développement de nos entreprises dans la durée, loin des impératifs et des exigences de rentabilité à court terme. Nous devons surtout intégrer les jeunes biologistes dans ce projet entrepreneurial qui contribuera à préserver l'indépendance professionnelle. C'est la raison d'être de notre réseau : promouvoir une biologie de qualité au service du soin.

### **Quels sont les principaux atouts de votre réseau indépendant ?**

Les Biologistes Indépendants représentent un quart de l'offre hexagonale. Les entreprises fédérées en son sein couvrent les deux tiers du territoire. Nous affichons une croissance solide, en progression continue depuis six ans. Nous contribuons à redynamiser l'activité, sans sacrifier l'indépendance professionnelle. Notre réseau s'est continuellement adapté aux évolutions du marché de la biologie médi-

cale. Nous avons longtemps accompagné les laboratoires indépendants, en leur proposant des solutions concrètes pour améliorer leurs organisations et leurs performances. Nous déployons désormais une stratégie plus globale, axée sur la force du collectif, pour constituer des pôles régionaux forts.

### **Quelles sont les grandes lignes de cette stratégie territoriale ?**

Nous fédérons les énergies pour adapter le maillage territorial dans chaque région, dans chaque ville et dans chaque campagne. Nous travaillons sur la proximité géographique et humaine, en modulant nos ressources pour mieux répondre aux demandes de nos patients et de nos correspondants médicaux. Nous délivrons des formations, des informations ou des conseils. Nous investissons collectivement dans des plateaux techniques, équipés de matériels de pointe, pour proposer la meilleure solution diagnostique disponible. Notre politique de services se veut toujours plus performante et plus personnalisée, au bénéfice direct des patients.

### **Quelles sont les caractéristiques de votre politique de services ?**

Notre réseau apporte des compétences spécifiques à ses adhérents. Nous avons recruté des profils de haut niveau pour leur venir en aide, ce que nous n'aurions jamais pu faire – ni financer – sans la force du collectif. Notre équipe de cadres et de conseils se met à leur disposition. Elle les accompagne au quotidien dans la construction, la mise en œuvre et le pilotage de leurs projets. Elle exerce également des missions de développement et de structuration du réseau, notamment grâce aux nombreux partenariats signés au niveau national.

### Quid de votre politique d'achat ?

La coopérative LBI nous donne une réelle puissance dans nos achats, que ce soit dans les matériels ou les services. La crise sanitaire a validé notre intuition et notre stratégie. Elle a révélé toute l'importance et la pertinence des achats regroupés. Sans notre coopérative, nous n'aurions jamais pu faire face à la pandémie. Nous aurions probablement manqué des équipements essentiels pour remplir nos missions de santé publique, non sans pénaliser la population. Malgré les tensions observées, aucune rupture de stock n'a été constatée. Preuve de notre efficacité en matière d'approvisionnement, de nombreux laboratoires nous ont rejoint durant cette période.

### Quelles sont les grandes leçons de la crise sanitaire ?

Les biologistes libéraux ont été le pilier central de la stratégie de dépistage massif la Covid-19. Dans un contexte inédit et incertain, la profession a toujours répondu présent, en relevant tous les défis posés. Les pouvoirs publics ont pris conscience de son utilité et de son efficacité, mais aussi de sa réactivité et de sa résilience. Les Biologistes Indépendants se sont pleinement impliqués dans la gestion de l'urgence sanitaire, sans jamais démeriter. Notre organisation en réseau a démontré les bénéfices du « travailler ensemble ». La puissance de notre centrale d'achat nous a également permis de garantir un approvisionnement continu à nos adhérents, que ce soient des réactifs, des écouvillons ou des équipements de protection individuelle. Cette douloureuse expérience doit cependant nous aider à mieux préparer les futures crises : il faut anticiper plus, coordonner mieux et communiquer/informer en permanence.

### Quelles sont vos attentes pour le prochain quinquennat ?

Le législateur doit mettre les garde-fous nécessaires pour contenir la spéculation financière de notre secteur d'activité. Depuis quelques mois, nous assistons à une prise de conscience collective, notamment chez les jeunes biologistes, qui expriment clairement leur volonté de faire carrière dans des entreprises indépendantes, créant parfois de nouvelles structures qui répondent davantage à leurs aspirations. Certains professionnels aguerris quittent également des grands groupes pour rejoindre des laboratoires indépendants. Le législateur doit tenir compte de cette tendance lourde, ne serait-ce que pour garantir une totale li-

#### LES BIOLOGISTES INDÉPENDANTS EN BREF...

- 1<sup>er</sup> réseau de laboratoires français indépendants de biologie médicale
- 650 laboratoires/sites en France
- 1 000 biologistes médicaux
- 8 045 collaborateurs
- 82 000 patients accueillis chaque jour

**NB :** Les Biologistes Indépendants rassemblent des médecins et des pharmaciens biologistes, entrepreneurs indépendants qui ont choisi de s'unir pour rester maîtres de leurs choix et responsables de leurs actes. Créé il y a six ans, face à la montée en puissance des grands groupes financiers, ce réseau entend défendre un système de santé équitable, ancré dans les territoires, au plus proche des patients.

berté de choix et d'accès pour tous les Français. Il doit impérativement interdire les situations monopolistiques à l'échelle d'un territoire.

### **Le secteur de l'imagerie médicale est confronté aux mêmes menaces que le vôtre. Quels sont les pièges à éviter ?**

Biologie, radiologie... même combat ! La gestion quotidienne d'une entreprise et de ses salariés n'est pas une sinécure, notamment en période de crise économique ou sanitaire. C'est une tâche difficile et prenante, souvent source de stress. La peur du lendemain ou l'isolement de certains praticiens peuvent être des éléments déclencheurs, et motiver la vente de la structure. Certaines propositions financières sont parfois difficiles à refuser, mais l'indépendance est un choix gagnant sur le long terme - même financièrement. Pour cela, il ne faut pas rester isolé et consolider en interne pour partager des compétences et renforcer les organisations. Le collectif est la seule façon de préserver les intérêts de nos professions et ceux de nos patients.

### **Quelles sont vos recommandations pour les radiologues libéraux ?**

Les radiologues libéraux doivent s'organiser et se fédérer. Ils doivent également se différencier, en faisant valoir leurs forces et leurs atouts. Le partage d'expérience, la standardisation des pratiques et la promotion de l'action collective sont le gage d'une approche mutualisée et performante. Lors de la constitution de notre réseau, nous avons fait appel à des spécialistes du montage de réseaux. Leurs méthodes et leurs conseils ont été déterminants pour construire et lancer notre démarche. Ils nous ont fait gagner beaucoup de temps.

### **Faut-il imposer des garde-fous législatifs pour encadrer la prise de participation des groupes financiers dans le secteur de la radiologie ?**

C'est une piste à creuser, mais elle sera probablement difficile à concrétiser. A tout le moins, les représentants de la profession devront défendre leurs positions face aux tutelles. Ils devront notamment leur faire comprendre un message essentiel : il faut éviter les oligopoles et préserver une concurrence saine pour maintenir un accès aux soins de qualité sur l'ensemble du territoire français. Ce doit être la seule et unique priorité.

**Propos recueillis  
par Jonathan ICART**

**« LE LÉGISLATEUR  
DOIT IMPÉRATIVEMENT  
INTERDIRE LES SITUATIONS  
MONOPOLISTIQUES  
À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE »**

# « REDONNER DU SENS AU MÉTIER ! »»



**Sylvain GABUTHY**  
Directeur du développement  
du réseau LBI

**Ancien responsable grands comptes chez Siemens Healthcare Diagnostics, Sylvain Gabuthy a participé à la création du réseau LBI (Les Biologistes Indépendants), dont il pilote le développement depuis six ans. Il compare les deux modèles... en connaissance de cause.**

## **Pourquoi avez-vous quitté un grand groupe industriel pour rejoindre le réseau LBI ?**

Dans le cadre de mes précédentes fonctions, j'ai longtemps travaillé avec des grands groupes de biologie médicale, majoritairement détenus par des opérateurs financiers. Mes connaissances en matière de financement et de développement m'ont valu d'être contacté par les fondateurs du LBI, en amont de sa création. Témoin privilégié de la financiarisation croissante du secteur, j'ai souhaité me rendre utile pour protéger le bien commun, loin des impératifs de rentabilité. Une chose est sûre : les dérives mercantiles nuisent à la qualité du service rendu aux patients. Elles menacent également l'indépendance professionnelle des biologistes médicaux. Notre réseau propose une autre voie.

## **Laquelle ?**

Le LBI veut construire une biologie plus humaine qui repose sur trois valeurs cardinales : l'indépendance, la qualité et la proximité. Nous permettons aux biologistes de conserver la maîtrise de leur outil de travail et de gagner en agilité. Nous apportons des solutions concrètes pour stimuler le développement entrepreneurial, en facilitant notamment les regroupements entre laboratoires indépendants. Nous défendons également les vertus du modèle français, en déployant une stratégie territorialisée qui tient compte des spécificités de chaque bassin de vie.

## **Comment résistez-vous à la concurrence des grands groupes financiers ?**

Le LBI propose un modèle alternatif, centré sur la qualité des achats, des services et des pratiques, mais aussi sur le partage des expertises et la mutualisation des moyens, avec de solides gains de productivité à la clef. Nous accompagnons également nos adhérents dans la gestion des ressources humaines. Au-delà des aspects liés au management et aux fonctions de support, nous nous concentrons désormais sur le recrutement, la formation et le développement des talents. L'important, c'est de redonner du sens au métier, dans l'intérêt des patients.

**Propos recueillis  
par Jonathan ICART**

# « NOTRE PROFESSION N'EST PAS À VENDRE ! »



**Dr Jérôme CHETRITT**  
Président du IHP Group



**Dr Philippe CAMPARO**  
Président du SMPF<sup>(1)</sup> :

Jérôme Chetritt et Philippe Camparo détaillent les grandes caractéristiques du secteur de l'anatomo-cytopathologie. Selon eux, la financiarisation de la discipline n'est pas une menace directe pour la profession, mais le risque existe. Analyse.

**Le rôle et les missions des anatomo-cytopathologistes sont globalement méconnus. Quelles sont les grandes caractéristiques de votre profession ?**

**Jérôme Chetritt :** nous ne voyons jamais de patients. Ceci explique probablement pourquoi personne ne nous connaît. L'anatomo-cytopathologie, c'est le « gold standard » du diagnostic. Nous analysons des prélève-



ments et des tissus transmis par des cliniciens pour poser un diagnostic réel. Nos résultats et nos conclusions conditionnent le choix de la thérapeutique la plus appropriée. Nous sommes les aiguilleurs des bons protocoles de soins, notamment dans le domaine de la cancérologie. Précision de circonstance : 70 % des malades sont soignés en ville.

(1) Syndicat des médecins pathologistes français – SMPF.

**Philippe Camparo** : notre spécialité est méconnue, mais elle est essentielle. Aucun cancer ne peut être traité sans nous. Nous confirmons ou infirmons le diagnostic initialement posé par le cancérologue, le radiologue ou le biologiste, et nous fournissons un pronostic thérapeutique adapté à la tumeur du patient. Notre champ d'influence ne se réduit pas à l'oncologie, qui représente environ le tiers de notre activité. Nous intervenons également sur toutes les autres pathologies, notamment infectieuses.

### **Quel regard portez-vous sur l'évolution de votre profession ?**

**Jérôme Chetritt** : notre profession est en évolution constante. Les progrès médicaux et technologiques nous ont permis d'affiner le diagnostic, le pronostic et l'indexation de la thérapeutique adéquate. Nous avons gagné en précision grâce au développement de différents marquages qui nous permettent désormais de mieux caractériser les tumeurs et de cibler le traitement le plus efficace, notamment grâce au développement de nouveaux outils moléculaires.

**Philippe Camparo** : la classification immuno-histologique des tumeurs a été un progrès magistral, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. La biologie moléculaire trace aujourd'hui de nouvelles perspectives en la matière, au même titre que le séquençage haut débit (NGS) ou la réaction en chaîne par polymérase, plus connue sous le nom de RT-PCR.

### **Quelles sont les grandes leçons de la crise sanitaire ?**

**Jérôme Chetritt** : la crise sanitaire a brutalement interrompu notre activité. Durant le pre-

## **« LE LÉGISLATEUR DOIT IMPÉRATIVEMENT INTERDIRE LES SITUATIONS MONOPOLISTIQUES À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE »**

mier confinement, nous étions pratiquement à l'arrêt, faute de prélèvements. La plupart des examens médicaux non urgents ont été reportés. Apeurés, les patients ne consultaient plus leurs médecins. Quand les contraintes sanitaires ont été levées, il nous a fallu rattraper le retard accumulé, et absorber une demande majorée de 20 %. Nos salariés ont beaucoup souffert. Cette période troublée a démontré la fragilité de notre métier, mais aussi son utilité.

### **Quelles sont les conséquences de ce renoncement aux soins ?**

**Jérôme Chetritt** : le renoncement aux soins s'est soldé par des retards de diagnostic et de prise en charge, souvent dommageables pour les patients concernés. Les conséquences de ce phénomène n'ont pas encore été mesurées précisément, mais la tendance est claire. Nous avons tous observé des tableaux cliniques dégradés, et des tumeurs à des stades plus avancés. L'attitude des grandes cliniques privées reste un mystère.

### **C'est-à-dire ?**

**Jérôme Chetritt** : elles se sont conformées aux exigences des Agences Régionales de Santé, y compris dans les régions les moins touchées par la Covid-19. La déprogrammation des opérations dites « non urgentes » n'était pas toujours justifiée. En conséquence, les cliniques

privées ont bénéficié d'une compensation financière pour garantir leur chiffre d'affaires, ce que nous n'avons pas obtenu. Elles ont allègrement profité de cette opportunité pour soigner leur rentabilité. Elles ont également supprimé de nombreux postes d'infirmiers, d'aides-soignants et d'agents de service hospitalier, en CDD ou en intérim, qui manquent cruellement aujourd'hui. Les augmentations de salaires accordées lors du Ségur de la santé, en très nette faveur des structures publiques, ont aggravé le déficit d'attractivité.

**Philippe Camparo** : santé ne peut pas rimer avec rentabilité. La plupart des praticiens pâtissent de la désorganisation des cliniques pilotées par des fonds de pension. Les conditions de travail sont de moins en moins attractives, et de plus en plus éloignées du soin. Les médecins doivent reprendre la main. Ils doivent être davantage impliqués dans la stratégie de l'établissement et dans les processus de décision pour préserver les intérêts des patients.

### **A l'instar de la biologie médicale, votre profession est-elle menacée par l'intrusion des grands groupes financiers ?**

**Jérôme Chetritt** : nous ne sommes pas directement menacés, du moins pas dans les mêmes proportions. Notre secteur est moins rentable pour les grands groupes financiers, notamment en raison de la taille du marché, soit environ 400 millions d'euros. La biologie libérale génère dix fois plus de revenus. C'est aussi une question de compétences intrinsèques. Les biologistes fournissent un résultat et veillent à la bonne marche des automates. Les anatomo-cytopathologistes posent un diagnostic au microscope. Sans nous, les laboratoires ne peuvent pas fonctionner.

**Philippe Camparo** : les investisseurs

confondent souvent la biologie et l'anatomo-cytopathologie. Certains en ont d'ailleurs fait les frais. Ils ont parfois racheté des entreprises à des prix exorbitants, sans trouver le moindre médecin pour y travailler. Ils tentent désespérément de recruter des internes et/ou des praticiens étrangers. Minoritaire, cette intrusion ne doit pas être prise à la légère. Elle provoque des regroupements débridés qui fragilisent le maillage du réseau. Dans notre métier, la proximité avec les cliniciens est un paramètre déterminant.

### **Quelles sont les risques encourus par la profession ?**

**Philippe Camparo** : notre conduite pourrait être dictée par des groupes financiers, dont les choix seront essentiellement motivés par des impératifs de coût et de rentabilité. Ils se concentreront sur les examens les plus lucratifs pour faire du chiffre. Ils n'hésiteront pas à casser leur prix pour remporter des appels d'offres hospitaliers. Cette stratégie va dégrader nos conditions de travail, non sans fragiliser notre indépendance professionnelle. Elle va également altérer la qualité du service rendu à la population.

### **Comment la profession peut-elle résister ?**

**Jérôme Chetritt** : les médecins sont les premiers responsables de la financiarisation. Ce sont eux les vendeurs. Certaines propositions sont toutefois difficiles à refuser, en particulier pour des praticiens âgés qui ne trouvent pas preneurs. Personne ne peut lutter contre la puissance financière des grands groupes, surtout quand le montant de la proposition est dix fois plus élevé que le prix du « marché ». Notre profession doit impérativement faire preuve de solidarité. Elle doit notamment penser les regroupements selon des critères



de santé publique et de proximité géographique.

### **Ce mouvement de concentration peut-il déstructurer l'offre de proximité ?**

**Jérôme Chetritt** : il ne faut pas confondre financiarisation et concentration. Dans notre secteur, les regroupements tiennent davantage aux contraintes de la politique normative qui a provoqué la disparition de nombreuses structures, bien plus que les financiers eux-mêmes. Au regard des investissements nécessaires, il nous est impossible de maintenir un maillage exhaustif du territoire. Nous assurons néanmoins le ramassage des prélèvements chez les cliniciens qui dépendent de notre zonage, sans retard et sans délai supplémentaires. Nous n'avons pas les mêmes impératifs que les laboratoires de quartier, dont les patients ont cruellement besoin.

**Philippe Camparo** : la concentration ne fera pas tout. Nous ne pourrions sûrement pas concurrencer des grands groupes financiers qui casseront les prix des appels d'offres hospitaliers, au détriment des réseaux de proximité. Un autre risque doit être considéré : si les petits laboratoires disparaissent, les CLCC<sup>2</sup>

reprendront la main sur les diagnostics du cancer. Les patients attendront plus longtemps les rendez-vous et les résultats.

### **Le secteur de l'imagerie médicale est confronté aux mêmes menaces que le vôtre. Quelles sont vos recommandations pour les radiologues libéraux ?**

**Jérôme Chetritt** : les radiologues n'ont pas besoin des financiers pour se regrouper. Ils doivent refuser les capitaux extérieurs pour préserver leur indépendance. Aucune profession médicale ne doit céder aux sirènes de l'ubérisation. Le démembrement des prestations conduira à la perte de qualité du service, et favorisera l'essor d'une médecine à deux vitesses. Une chose est sûre : ils doivent obligatoirement conserver la maîtrise de leur outil de travail.

### **Que vous inspire la récente prise de position de l'Académie de médecine ?**

**Philippe Camparo** : cette prise de position était nécessaire, mais sera-t-elle utile pour autant ? Les radiologues libéraux ne sont pas les seuls concernés. 20 % de notre activité

(2) Centre de lutte contre le cancer – CLCC

diagnostique est actuellement aux mains de fonds capitalistiques. Loin du symbole, nous attendons des mesures concrètes pour préserver l'intégrité des professions médicales, actuellement menacées par la financiarisation. La ligne de conduite de la CNAM<sup>3</sup> sera intéressante à suivre. Dans sa course effrénée vers les économies de santé, elle pourrait se satisfaire de la compression des coûts dans les domaines de la radiologie, de la biologie et de l'anatomo-cytopathologie.

### Quelles sont vos attentes pour le prochain quinquennat ?

**Jérôme Chetritt** : nous attendons une reconnaissance pleine et entière de notre rôle et de nos missions. Notre profession est totalement inconnue du grand public et des politiques, qui nous confondent régulièrement avec les biologistes. Nous attendons également une revalorisation significative de nos tarifs qui sont bloqués depuis trente ans. Il nous est difficile, voire impossible, d'augmenter nos salaires sans mettre en péril notre activité. Pour améliorer l'accès aux soins des Français, nous devons pouvoir recourir plus facilement aux nouvelles techniques et/ou aux actes innovants inscrits au RIHN<sup>4</sup>. A l'heure actuelle, nous travaillons à perte sur certains actes thérapeutiques. A plus large échelle, la médecine libérale spécialisée est la grande oubliée des partis politiques. Son utilité publique est clairement sous-estimée.

**Philippe Camparo** : nous plaçons pour une mise en nomenclature rapide des actes courants et innovants, notamment dans le domaine de la biologie moléculaire. Les procédures d'inscription sont trop rares, trop lentes ou trop complexes. Nous attendons également une meilleure reconnaissance et une

## « LA CRISE SANITAIRE A DÉMONTRÉ LA FRAGILITÉ DE NOTRE MÉTIER, MAIS AUSSI SON UTILITÉ. »

meilleure valorisation de nos données. Les biologistes médicaux sont rémunérés pour alimenter le SI-DEP<sup>5</sup>. Nous devons obtenir une compensation équivalente pour partager et remonter nos informations diagnostiques dans des bases de données publiques.

### L'intelligence artificielle est-elle un atout ou une menace pour votre profession ?

**Jérôme Chetritt** : l'intelligence artificielle restera un outil d'aide à la décision médicale, rien de plus. L'anatomo-cytopathologiste restera maître de son diagnostic et de ses prélèvements. Son expérience sera indispensable pour interpréter les résultats proposés par la machine. Sa responsabilité sera toujours engagée. Notre avenir n'est pas menacé.

**Philippe Camparo** : certains imaginent que la machine est plus efficace que les médecins. Ce n'est pas vrai. Elle peut établir des corrélations pertinentes, mais elle n'est pas encore capable de justifier son raisonnement. Nous sommes encore très loin des applications de routine.

**Propos recueillis  
par Jonathan ICART**

(3) Caisse Nationale d'Assurance Maladie

(4) Référentiel des actes innovants hors nomenclature – RIHN

(5) Système d'Informations de Dépistage – SI-DEP

# L'INTERVENTION DES FINANCIERS DANS LA MÉDECINE



**Dr Layla BOULOS**  
Radiologue à Argenteuil

**La finance n'est pas un gros mot, les financiers sont des gens respectables, en plus d'être brillants. J'y ai des amis ! Il n'est nullement question ici de faire leur procès. La question qui se pose est celle de leur intervention en médecine.**

Nous avons fait nos études pour soigner, et avons appris en exerçant qu'il fallait savoir «gérer» également. Gérer du personnel, mais également de la comptabilité. Que pour pouvoir continuer à faire notre métier, nous avons besoin d'avoir un bilan comptable positif, afin de payer notre équipe et donc la garder, et afin de payer notre matériel. Ce qui dans certaines spécialités / biologie, radiologie ... représente un investissement, et donc des crédits, certains.

Une génération entière de praticiens libéraux, biologistes, anatomo-pathologistes, radiologues, l'a fait en l'apprenant sur le tas, et l'a bien

fait. Elle y a même engendré des résultats financiers intéressants, et en a bien vécu, ce qui n'a rien de choquant quand on sait les services rendus. Un tabou doit tomber : ce n'est pas parce que nous faisons un métier utile qu'il est anormal qu'il soit rémunéré. Notre métier est passionnant, beau, nécessaire, mais prenant, ne nous laissant pas la possibilité de gagner notre vie autrement.

**Les financiers qui, de par l'essence de leur métier, cherchent des placements intéressants, se sont penchés sur la santé.** Et ont constaté plusieurs choses :

- Une démographie médicale vieillissante,
- Une population requérant davantage de soins avec l'augmentation de la longévité,
- Des jeunes médecins souhaitant privilégier leurs conditions de vie personnelle.



- Et surtout, la certitude d'être rémunéré. Grâce à la Sécurité Sociale et aux mutuelles, les frais de santé ont peu de risques de ne pas être honorés.

Ils ont certes leurs arguments :

Ils nous expliquent d'un ton docte qu'ils « apporteront les fonds nécessaires ». Pourquoi ? Les banques nous prêtent, nous n'avons besoin de personne !

Ils nous disent qu'ils nous aideront dans le « développement externe ». Pourquoi le Graal est-il devenu de racheter tout ce qui bouge, alors que nous vivions très bien chacun à sa taille ?

Ils nous affirment qu'ils nous aideront dans la « réorganisation de nos structures ». Nous l'avons tellement mal fait que celles-ci sont leur objet de convoitise ? Ils pensent qu'ils trouveront des solutions « au manque de radiologues ». Un futur radiologue choisira une autre spécialité voire un autre métier s'il réalise qu'il va travailler pour un fonds d'investissement et ne pas maîtriser son outil de travail ; leur solution de mutualiser ou externaliser les interprétations ne fera à terme qu'accroître ce déficit.

En réalité, le discours est d'une philanthropie touchante. Vouloir notre bien est appréciable, surtout s'il permet à ces fonds de miser sur notre outil de travail et nos têtes pensantes pour appliquer les principes d'industrialisation et de performance pour revendre avec plus-value à l'horizon de cinq ans. Ce ne serait pas désintéressé ?

Ça ne l'est pas.

C'est investir la santé comme n'importe quel autre marché, avec leur savoir-faire en cost-cutting et optimisation.

Sauf que la santé n'est pas un marché. C'est un métier avec l'être humain comme centre d'intérêt premier et dernier.

Nous pourrions, en théorie, considérer les choses sous l'angle de la « spécialité », les financiers gérant la finance et les médecins la médecine. Sur le principe, pourquoi pas ?

Dans la réalité, non pour plusieurs raisons :

Un financier ne fera faire que les examens rentables. Que faisons-nous de l'échographie de la thyroïde nodulaire, chronophage certes, à 38 euros, qui évite des thyroïdectomies ? Ce n'est bien entendu qu'un exemple.

Un financier fait les achats les plus intéressants en termes de coût. Qu'en est-il du choix du médecin de son matériel pour des raisons diagnostiques ?

Un financier rentabilise le temps machine. Une amie dont le groupe a été racheté reçoit en fin de mois un courrier l'informant du nombre de minutes par mois où sa machine est inoccupée (19 mn ce mois, que comptez-vous faire ?). Cette personne, passionnée par son métier, qui aurait travaillé le plus tard possible, prendra sa retraite dès qu'elle aura les annuités nécessaires.



Plus important, les jeunes étudiants, potentiels futurs médecins, voyant leurs aînés perdre la maîtrise de leur métier et de leur outil de travail, et devenir des exécutants, choisiront un autre métier.

**Au final, les perdants seront les patients.** Ils sont le sujet principal de nos études, de notre travail, de ce débat et de tous les autres... Ils deviendront, dans un système productiviste, le dernier des points d'intérêt. Nous en avons vu un exemple poignant avec les Ehpad. L'histoire Orpea n'est pas une dérive, c'est un mode de fonctionnement qui a été étalé au grand jour alors que ce n'était pas prévu.

Il en sera de même dans toutes les spécialités. Pourquoi payer un radiologue français pour être sur place, interroger les patients, connaître leurs symptômes pour interpréter au plus juste, quand on peut externaliser cette interprétation à l'étranger, dans des pays moins chers, mais où le radiologue n'ayant pas vu le patient augmente sa marge d'erreur ?

Sans parler de notre numerus clausus et de notre concours d'internat, qui laisse sur le carreau des jeunes étudiants motivés pour être de bons médecins, et qui au final sont remplacés par de la main d'œuvre moins chère ?

Ces sirènes peuvent trouver écho chez les médecins sortants. Retraite prise, les désagréments de ne plus être maître de son exercice ne les concernent plus.

Oui ils ne sont plus concernés comme praticiens, mais le seront comme patients.

Gagner sa vie est légitime. La gagner en faisant ce métier passionnant et prenant qu'est le nôtre n'a rien de honteux.

Laisser la médecine devenir un champ d'in-

vestissement à horizon de cinq ans pour revente et plus-value est suicidaire pour les médecins mais surtout pour les patients et pour la médecine comme nous la percevons.

***UN FUTUR RADIOLOGUE  
CHOISIRA UNE AUTRE  
SPÉCIALITÉ VOIRE UN AUTRE  
MÉTIER S'IL RÉALISE QU'IL  
VA TRAVAILLER POUR UN FONDS  
D'INVESTISSEMENT ET NE PAS  
MAÎTRISER SON OUTIL  
DE TRAVAIL.***

---

# FINANCIARISATION ET RADIOLOGIE



**Dr Éric CHEVALLIER**  
Radiologue à Vannes  
Vice-Président de la FNMR

**A**près la biologie, les groupes financiers jettent maintenant leur dévolu sur le monde de la radiologie libérale.

Malgré les cotations les plus basses d'Europe, l'efficacité des radiologues libéraux français, leur restructuration, l'accélération des cadences de travail et le développement de la téléradiologie rendent le projet de rachat alléchant pour les investisseurs. Les grands groupes financiers internationaux qui s'intéressent à la médecine sont très nombreux. Il y a parmi eux des groupes français (Crédit Agricole, MACSF par exemple), et étrangers (originaires de Jersey, Australie, Émirats arabes unis, Koweït...). Le projet médical n'est clairement pas le centre de leur motivation.

## LES GROUPES RADIOLOGIQUES CIBLES

**Les groupes financiers ciblent les cabinets de proximité en mal de successeur.** Les structures de radiologie de proximité qui, il y a encore quelques années, fermaient faute

de repreneur voient affluer de toute part des propositions mirobolantes de rachat. Les cabinets rachetés fonctionneront souvent sans médecin, ou avec un seul médecin pour la mammographie et l'échographie, et une interprétation à distance de l'imagerie standard. Une fois installés sur un territoire, ces groupes financiers essaieront d'obtenir des autorisations de matériel lourd au détriment des groupes locaux qui seront fragilisés.

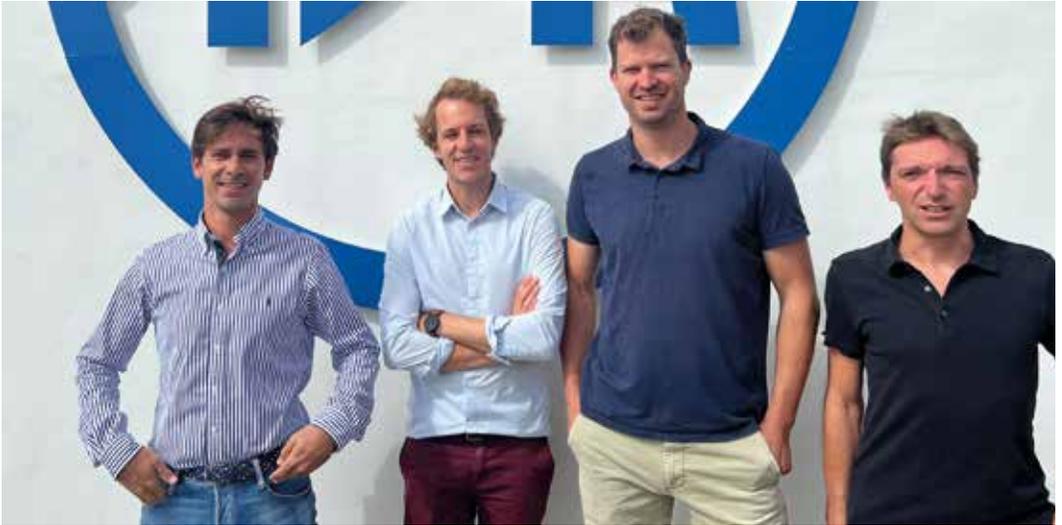
**Mais ces groupes financiers ciblent aussi les grands groupes radiologiques** bien organisés qui les intéressent encore plus, puisque le travail de restructuration est déjà fait.

Ces acquisitions leur permettront de s'imposer à terme sur le plan national.

Les financiers rachètent les groupes de radiologie avec une surcote délibérée des parts pour emporter rapidement la majorité. Ils font des propositions qu'il est difficile de refuser. Les contrats sont variables, avec possibilité ou non de rester actionnaire de sa structure, ce qui paraît rassurant pour le vendeur.

Mais il est clair que leur but est d'avoir un retour sur investissement au plus vite, puis de revendre sur un horizon de cinq à six ans avec une plus-value importante.

Le racheteur sera un autre groupe financier qui devra encore plus optimiser la chaîne de « production » pour faire, lui-même, une plus-value importante. Et ainsi de suite. Il ne peut donc qu'y avoir une augmentation permanente du nombre d'examen, du temps de



Les docteurs **Hoareau, Dallongeville, Dietsch et Boussemart**, jeunes radiologues interventionnels, préfèrent clairement leur indépendance.

travail pour une rémunération identique, et des mesures d'économies de toutes sortes. Quid de la qualité ?

Certains financiers refusent par ailleurs de réaliser les actes trop mal cotés, avec par exemple une valeur inférieure à celle d'une consultation de médecine générale (soit 10 actes environ dans la CCAM<sup>1</sup> en radiologie). Il y a, également, un risque de diminution du nombre des échographies réalisées (très mal cotées), avec un glissement vers l'imagerie en coupe, au détriment des bonnes pratiques en termes de radioprotection.

Ces réflexes qui répondent à une logique purement comptable risquent de poser des problèmes de santé publique. L'État est responsable de cette situation, après un pilonnage permanent de notre spécialité pendant des décennies. Voilà qui peut servir de base de réflexion aux politiques et aux administra-

teurs publics quant à leur stratégie vis-à-vis du monde libéral. Sait-on jamais.

**Le rachat par les financiers est d'autant plus facile que la pyramide des âges est élevée au sein des groupes, et que la volonté entrepreneuriale est faible.** Il est vital d'avoir une pyramide des âges homogène. Il faut donc s'en donner les moyens de toutes les façons possibles. Même au sein des groupes bien organisés qui ne connaissent pas de problème démographique majeur, il n'est pas toujours facile d'assurer la gestion du personnel, des problèmes administratifs, et de la stratégie globale du groupe.

Les réunions d'associés sont chronophages, se déroulent le soir après des journées très chargées. Elles demandent un investissement personnel qui s'ajoute à la surcharge de travail purement radiologique, et des prises de

(1) Classification Commune des Actes Médicaux

décisions très impactantes pour lesquelles nous n'avons jamais été préparés.

Les médecins sont formés à l'hôpital comme s'ils restaient tous éternellement dans le public.

**Il faut surtout un gestionnaire au sein du groupe qui a la confiance et l'adhésion permanente de ses associés**, et qui accepte d'assurer la coordination de l'ensemble, avec des responsabilités, une charge de travail et une charge mentale très importantes. C'est un vrai sacerdoce et un travail épuisant. Le gestionnaire doit donc changer régulièrement au sein du groupe. Les candidats ne sont pas toujours légion. Pour que sa tâche soit possible, il faut que le projet de développement de la société soit partagé par les associés, et que la cohésion humaine au sein du groupe soit suffisamment bonne pour éviter toute mésentente sur les sujets de fond. La démocratie doit être la règle, avec un vote pour les décisions importantes.

La FNMR voit dans la financiarisation de la radiologie un danger global pour l'avenir de la profession et pour les radiologues eux-mêmes

Il est par ailleurs difficile de trouver des successeurs hormis dans quelques endroits privilégiés, à cause d'un trop faible nombre de radiologues formés, d'une diminution de l'attractivité pour le secteur libéral en raison des innombrables attaques de l'État depuis des années, et d'une évolution sociétale où les jeunes recherchent essentiellement des postes à temps partiel, des horaires souples, et des postes de salariés sans souci de gestion.

Toutes les conditions sont donc réunies pour que la financiarisation de la radiologie se généralise.

### QUID DES GÉNÉRATIONS FUTURES ?

Elles auront un statut de salariés avec des conditions d'exercice qu'elles ne maîtriseront pas ou peu. Les radiologues ne seront plus chefs d'entreprise. Ils seront contraints de travailler dans une logique purement comptable, sans projet médical.

Leurs rémunérations seront bien différentes de celles de leurs prédécesseurs. Ils n'auront plus le choix des nouveaux entrants (médicaux ou non), ni du matériel, ni de la stratégie d'ensemble, de l'organisation des locaux, etc. Sauf contrat particulier, pas de revente non plus de ses parts lors du départ à la retraite.

La FNMR voit donc dans la financiarisation de la radiologie un danger global pour l'avenir de la profession et pour les radiologues eux-mêmes. Pour garder son indépendance et rester maître chez soi, il faut être le plus solide possible, et anticiper sur toutes les causes de fragilisation.

**Concernant l'aspect purement financier, les montages juridiques permettent de créer des structures, comme par exemple une holding, qui valorisent le groupe de façon équivalente à ce que proposent les investisseurs**, tout en gardant son indépendance. Il est clair que ce point est crucial pour préparer son avenir car les radiologues libéraux sont très loin d'avoir le niveau de retraite des hospitaliers.

Il est indispensable de déléguer une partie de la gestion à des professionnels pour des questions de compétences et de disponibilité de temps médical. La gestion par un médecin



de leur demander de diminuer leur niveau de compétences.

Plutôt que d'essayer d'avoir un groupe où tout le monde est très polyvalent et totalement interchangeable pour des raisons de facilité d'organisation, il apparaît souhaitable de cultiver la différence.

Pour son épanouissement professionnel, **le jeune radiologue doit pouvoir s'exprimer complètement, et fixer lui-même les limites de son exercice.** Il ne doit pas être bridé par sa structure. Le problème est souvent la cotation

des actes. Certains gestes de radiologie interventionnelle (RI) ne sont en théorie pas réalisables en libéral en raison d'une cotation inférieure à celle du consommable. Ils ont pourtant une grande importance pour les patients en évitant des actes chirurgicaux lourds ou un transfert au CHU.

Ils donnent une image de haute technicité du groupe à l'ensemble des correspondants, aux patients, ainsi qu'aux tutelles, à condition qu'elles aient un minimum de pragmatisme et qu'elles ne soient pas purement hospitalo-centrées. Ils permettent de se positionner en tant qu'intervenant incontournable et facilitent les obtentions d'autorisation de matériel lourd. Par la technicité des gestes et l'efficacité thérapeutique, l'image de leur structure et de la profession en général sont nettement valorisées.

Pour pratiquer ces actes avec les cotations actuelles, il faut pouvoir négocier le financement du consommable par la clinique. Les actes de RI nécessitent une surveillance de 24 heures, et le GHS<sup>2</sup> permet la réalisation du projet en couvrant le coût du matériel. Il est très intéres-

(2) Groupe Homogène de Séjours

d'une structure radiologique en croissance est devenue totalement impossible en raison de la multiplication des contraintes administratives, réglementaires, etc.

Comme l'ont fait de nombreux groupes, il faut fusionner, entre groupes, pour, entre autres, pouvoir financer le recrutement de spécialistes de la gestion (financière, stratégique, administrative, ressources humaines...). Ils sont des piliers de l'entreprise. Leur rôle est indispensable pour assurer une organisation fluide, et il ne faut pas hésiter à recourir à une société de recrutement pour éviter tout erreur de casting dont les conséquences peuvent être lourdes.

Cela n'enlèvera rien à l'autorité des associés qui resteront décisionnaires.

Les jeunes radiologues qui souhaitent s'installer dans le libéral sont le plus souvent des anciens chefs de clinique avec une hyper spécialité. Ce sont évidemment eux qui assureront la pérennité de la profession. Ils souhaitent tout naturellement continuer à utiliser leurs compétences spécifiques et à développer un projet médical élaboré. Ils privilégieront donc les groupes qui le leur permettent. Ce serait d'ailleurs une hérésie de ne pas en profiter et

# **RECRUTER DES PRATICIENS SPÉCIALISTES D'ORGANES DIFFÉRENTS PERMET DE DÉVELOPPER UNE EXPERTISE DANS TOUS LES DOMAINES DE LA RADIOLOGIE**

---

sant pour les centres hospitaliers privés d'avoir accès à ce type de prestations, qui augmente nettement la qualité du service rendu et le prestige des établissements. Le recrutement de tels associés en attire d'autres avec un profil identique ou complémentaire.

Recruter successivement des praticiens spécialistes d'organes différents permet de développer une expertise dans tous les domaines de la radiologie au sein d'une même structure. Ce partage du savoir donne une facette universitaire très enrichissante intellectuellement avec un échange permanent sur les dossiers compliqués, qui favorise l'émulation, augmente le niveau de compétence des praticiens, et resserre les liens au sein du groupe. C'est un élément important du cercle vertueux qui consolide la structure.

Un frein potentiel au recrutement d'un nouvel associé dans une ville petite ou moyenne est la carrière professionnelle du conjoint ou de la conjointe. Il ne faut pas hésiter à solliciter son réseau local pour assurer l'épanouissement de toute la famille, qui est indispensable. Il faut savoir aussi communiquer sur les points forts de sa région pour donner envie de s'y installer. C'est naturellement plus facile pour certains que pour d'autres ...

Il est indispensable d'investir en permanence dans son outil de travail (matériel, caractère agréable et fonctionnel des locaux, organisation des vacations, flux des patients, etc.). Un cadre propice à un travail serein est également un atout important de recrutement de nouveaux praticiens, et pour l'ensemble de l'équipe. Les patients apprécieront également les lieux autant que ceux qui y travaillent.

## **LES COLLABORATEURS**

Les relations de qualité avec les collaborateurs paramédicaux sont également indispensables au bon fonctionnement et à la consolidation de la société.

Le Ségur "de la santé" avec des subventions accordées uniquement au service public a considérablement nuit au secteur libéral en diminuant son attractivité. Les rémunérations sont souvent un peu moins élevées malgré tout dans le public, mais la charge de travail y est nettement moins élevée et le rapport charge de « charge de travail/ salaire » peut être en nette défaveur pour le libéral.

**L'intéressement des salariés au chiffre d'affaires est une façon de compenser, et permet d'augmenter l'implication globale des collaborateurs** dans le fonctionnement de la structure. Cela a un coût, qui reste cependant nettement inférieur à celui engendré par les fermetures de vacations liées au manque de personnel. Et il est simplement normal qu'un travail très intense soit valorisé en conséquence. Nous sommes les premiers à le revendiquer.

La reconnaissance du travail des collaborateurs se fait aussi au quotidien en les faisant participer aux décisions pour l'organisation du service. Leur expérience du terrain est précieuse.



Assurer leur épanouissement évitera les fuites de personnel. Cela désincite aussi certains manipulateurs à créer, comme il apparaît actuellement, des structures qui réalisent des clichés à domicile pour lesquelles ils sous-traitent l'interprétation à des sociétés de téléradiologie gérées par des groupes financiers.

C'est en fait juste une question de bon sens et de respect, qui permet par ailleurs de tolérer beaucoup plus facilement une activité quotidienne surchargée dans une ambiance détendue et agréable pour tout le monde.

Le raisonnement doit être identique avec les secrétaires dont le rôle est vital depuis l'accueil jusqu'à la sortie du patient. Elles sont la vitrine de nos structures, en première ligne devant des patients de plus en plus agressifs et revendicatifs, voire violents. Nous devons absolument les accompagner au quotidien.

Un projet d'ouverture sur l'extérieur avec le développement d'une société multi spécialités avec des cardiologues pour l'imagerie

cardiaque, des médecins nucléaires ou des radiothérapeutes peut être aussi une piste d'avenir pour consolider sa structure, comme il a été largement discuté lors du séminaire de la FNMR à Bordeaux.

**L'ensemble de ce travail assure le bon fonctionnement, la solidité et la pérennité des structures radiologiques. Mais il ne va pas décourager les investisseurs.** Au contraire, la restructuration et l'harmonisation sont déjà faites et le territoire local est maîtrisé. Ça ne fera qu'augmenter la valeur de rachat.

Le développement de tous ces points positifs permet de développer un des points les plus importants : l'immense satisfaction de développer une belle structure, un projet médical de qualité, et le sentiment d'appartenance à un groupe dont on est fier de faire partie.

De cette fierté et de cette satisfaction naît naturellement le souhait de choisir son destin, de garder son indépendance et celle de l'ensemble de la profession. ●

# LA RADIOLOGIE ET LA FINANCIARISATION



**Dr Jérémie GUENICHE**  
Radiologue attaché  
à l'Institut Curie

Inquiets, c'est le terme utilisé par les internes. Anxieux, c'est le sentiment des chefs de cliniques et assistants voulant s'installer en libéral. Pessimistes, c'est comme cela que les jeunes installés perçoivent leur avenir.

Nous sommes une génération de jeunes médecins radiologues à constater une mutation éclair de l'exercice libéral de notre profession. Ce mode d'activité qui nous octroyait la liberté d'entreprendre et de s'engager pour un travail de qualité sur les patients de notre territoire, au prix d'un sacerdoce quotidien, est passé de menace théorique à débâcle en moins de 3 ans. La perspective du médecin propriétaire de son outil de travail pour y établir son projet libre et indépendant, associé à des confrères partageant les mêmes convictions, est actuellement en voie d'extinction.

Les causes sont multifactorielles mais une prépondère largement : **la financiarisation de la radiologie par des investisseurs extérieurs au monde médical.**

Armés de ressources bien supérieures à celle des soignants, ils sont animés d'une stratégie de cartellisation des centres de radiologies stratégiques, c'est-à-dire ceux possédant une imagerie lourde type scanner ou IRM, indispensable à l'exercice du métier de radiologue aujourd'hui. L'installation de ces machines nécessite un investissement financier majeur, et leur nombre / site d'installation sont soumises à une autorisation de nos tutelles. Le rattrapage récent d'une offre en souffrance aboutissant prévisionnellement bientôt à une saturation du marché notamment en Ile-de-France.

En l'état, un jeune médecin sera contraint de s'installer dans ces structures, déjà contrôlées par lesdits "fonds". Leur stratégie pour prendre possession de ces positions clés s'effectue lors de la transmission de parts.

Le schéma classique consistait jusqu'à présent en une vente des parts des radiologues seniors sortants aux nouveaux entrants. L'intervention des investisseurs non médicaux, masquée par la mise en avant de médecins travaillant pour ces derniers, consiste à proposer une somme plus avantageuse aux seniors. Les juniors ne pouvant renchérir, la société passe de pavillon médical à pavillon financier. Le jeune médecin se retrouve alors à la merci des conditions des financiers pour entrer dans la structure qu'il espère intégrer. Un savant montage de société imbriquées les unes dans les autres, à la façon de poupées russes, rend obscur ce que le « nouvel associé » possède comme pouvoir et droits au sein du

## LES JUNIORS NE POUVANT RENCHÉRIR, LA SOCIÉTÉ PASSE DE PAVILLON MÉDICAL À PAVILLON FINANCIER.

cabinet. En définitif, **le jeune entrant reste assimilable à un collaborateur libéral, dont les détails du contrat font en réalité un équivalent de « simple salarié »** sans garantie pérenne des avantages de ce statut.

L'exercice quotidien est également modifié, loin de l'exercice « libéral » espéré, malheureusement déjà expérimenté par les médecins biologistes ayant vécu le même sort il y a quelques années : perte de liberté de ses horaires, du rythme de travail, de décider qui peut bénéficier d'un tarif conventionné ou d'un acte gratuit, ... Une fois la déception constatée, s'extraire de ces structures apparaît malheureusement plus difficile qu'il n'y paraît, par la présence de clauses de non concurrence.

L'amertume ne reste toutefois pas l'apanage des nouveaux entrants. **L'arrivée des financiers dans la société entraîne des conflits internes entre les radiologues plus jeunes souhaitant conserver leur indépendance et ceux plus âgés souhaitant réaliser un "cash-out" plus important** que s'ils avaient vendu à des radiologues. Cette instabilité dessert finalement le patient. Les radiologues seniors cédants peuvent également vivre leur lot de déception, le capital reçu en définitif étant souvent en inadéquation avec celui annoncé lors de la poignée de main, la complexité du processus de cession intégrant plusieurs clauses intégrant une part variable, qui n'est malheureusement pas toujours réalisée, malgré les promesses dithyrambiques des ache-

teurs (pour plus d'explications sur ces processus, nous vous encourageons à consulter l'article de Me Lucas-Baloup sur la financiarisation de la radiologie : [www.lucas-baloup.com/articles/la-radiologie-phagocytee-par-les-financiers](http://www.lucas-baloup.com/articles/la-radiologie-phagocytee-par-les-financiers)).

La conjoncture actuelle ne fait aucun appel : d'ici quelques années, **sans action de notre part, la radiologie sera détenue en quasi-totalité par des investisseurs et finira par aboutir à :**

- Un salariat standardisé, des médecins avec une perte totale d'autonomie, donc la fin de l'exercice libéral.
- Une médecine de mauvaise qualité liée à une accentuation du nombre d'exams pour le même temps donné.
- Des process de travail établis par des comités sans aucun médecin, avec pour seul objectif la rentabilité.
- Des diminutions de rémunérations avec des dividendes qui tomberont aux mains d'investisseurs qui n'auront jamais pris en charge un patient, dont la seule légitimité aura été de s'approprier une source de revenu financée par notre système de solidarité nationale.

A l'instar de nos confrères biologistes qui nous ont précédés, le désengagement des praticiens sur la relation de proximité avec le patient semble inexorable. Le premier pénalisé dans ce processus fut, est, et restera le patient. Les plus anciens d'entre nous se souviennent de leur prestation de serment et d'avoir récité à haute voix devant ses pairs, « Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission ». Comment honorer notre serment dans ces conditions ? Comment effectuer notre mission sacerdotale ? **Il incombe à notre génération de faire front commun pour sauver notre mode d'exercice, afin de pouvoir exercer une médecine libre, indépendante et tournée vers le patient. ●**

ACADEMIE  
NATIONALE  
DE MEDECINE



# RADIOLOGIE, LA FINANCIARISATION DE TOUS LES DANGERS : PRÉVENIR LES RISQUES POUR LES RADIOLOGUES ET LES PATIENTS

27 juin 2022

Les radiologues du secteur libéral, avec leurs plateaux techniques d'imagerie médicale, font actuellement l'objet de propositions massives d'acquisition par des investisseurs ; cela, après que cliniques privées, EHPAD, plateformes de biologie et, plus récemment, maisons médicales de soins primaires ont été largement acquis par des groupes financiers relevant de fonds d'investissements. Appuyées sur l'effondrement de la démographie des radiologues, ces offres financières attractives masquent mal plusieurs risques pour les professionnels et les patients.

Le premier risque tient à l'absence de transparence du montage de nombre de sociétés d'exercice libéral qui se portent acquéreur des plateformes professionnelles avec, pour conséquence, le fait que les investisseurs n'apparaissent pas dans le capital de ces sociétés auxquelles les professionnels de santé vont se lier par contrat. Il tient aussi à la double opacité des contrats proposés :

- d'une part, les professionnels exerçant dans ces sociétés n'ont ni la maîtrise de la gouvernance et de la gestion, ni le contrôle des droits financiers,
- d'autre part, les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) donnent leur avis sur les statuts des sociétés, mais pas sur les contrats connexes et complexes conclus par ailleurs et souvent non communiqués. Par un mécanisme d'emboîtement de structures, ces divers autres contrats et pactes d'associés signés par les professionnels lient ceux-ci à des sociétés « de prestations de services » (filiales, holdings) qui, elles-mêmes, louent les autorisations des Agences régionales de santé, les locaux, le matériel ou le personnel.

Un deuxième risque tient aux contrats d'exercice, souvent imposés entre les médecins et les sociétés, les assujettissant à un arsenal de clauses sur les modalités d'exercice, à des obligations (itinérance sur des sites distincts, durée obligatoire d'exercice au sein de la société pour percevoir le solde du prix de cession,

gardes et astreintes, plateformes imposées d'exercice, exclusivités d'exercice dans le ou les établissements choisis par le groupe, sanctions si les objectifs quantifiés ne sont pas atteints, nombre et types d'examens ou de vacations), voire à des limitations ou interdictions de communication.

Un troisième risque concerne les professionnels, mais aussi les patients. Ces contrats, à multiples étages sur le fond et la forme, induisent une déréglementation professionnelle avec des risques avérés de perte d'autonomie décisionnelle, et d'orientation de l'activité vers des examens rentables, simples et modélisés aux dépens de l'urgence. Ils peuvent porter atteinte au libre choix des patients du fait de la signature de clauses d'exclusivité entre la société et certaines cliniques privées ou plateformes de téléradiologie (y compris à l'étranger). Ce risque compromet l'indépendance des professionnels, pourtant garantie par l'article R. 4127-5 du code de la Santé Publique. Il peut porter grandement atteinte à la liberté de choix du patient dans son accès à un spécialiste conseillé par son médecin, notamment en radiologie interventionnelle. Il peut enfin affecter la propriété même des données des patients.

### **L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE :**

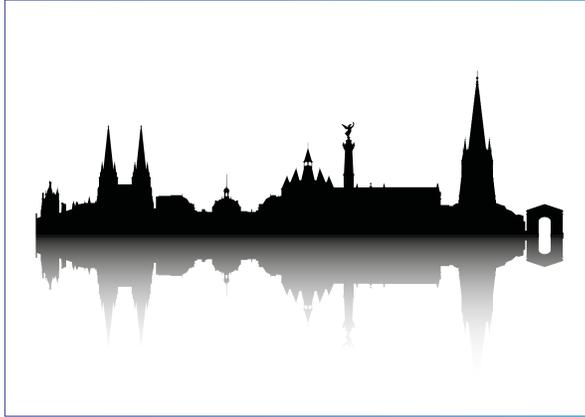
- 1- Demande que le principe d'indépendance des professionnels de soins soit inclus, en tant que principe déontologique fondamental, dans l'article L 162-2 du code de la Sécurité Sociale ;
- 2- Incite le Conseil National de l'Ordre des médecins à alerter les CDOM sur les risques éthiques et déontologiques des contrats imposés aux praticiens associés des sociétés d'exercice libéral, afin qu'ils exigent la

communication de tous les contrats et pas seulement les statuts et règlements intérieurs des Sociétés ;

- 3- Propose que les contrats d'exclusivité des praticiens dans les cliniques privées soient encadrés afin de prévenir les dérives liées aux clauses abusives d'exclusivité d'exercice qui dénaturent l'exercice et l'indépendance des professionnels, le libre choix par un médecin de son correspondant dans une autre spécialité et, par conséquence, la liberté de choix des patients ;
- 4- Appelle au remplacement de la procédure actuelle d'autorisation d'équipements lourds par une autorisation d'activités de soins en imagerie, à l'instar de celles de la radiologie interventionnelle neurologique, cardiaque et de la médecine nucléaire. Cette autorisation d'activité, soumise à des procédures d'accréditation/certification avec experts-visiteurs, doit viser à évaluer et à préserver la qualité des conditions de l'exercice des radiologues, et celle de l'exécution et du rendu des examens en s'appuyant, entre autres, sur la couverture des besoins des patients et sur leur retour d'expérience ;
- 5- Alerte sur la responsabilité juridique dans le domaine de la téléradiologie et sur la nécessité de clarifier la question de la propriété des données massives d'imagerie de patients, possiblement interprétées, stockées et exploitées à l'étranger par intelligence artificielle, en particulier dans le cadre de réseaux de téléimagerie. En dépit du financement des examens par les fonds publics de l'Assurance Maladie, ces données personnelles sensibles, car diagnostiques et thérapeutiques, échappent en effet à tout contrôle. ●

(\*) Communiqué de la Plateforme de Communication Rapide de l'Académie validé par les membres du Conseil d'administration le 24 juin 2022.

# CONCLUSION



**D**epuis le séminaire initial de la FNMR à Ajaccio sur ce sujet, on se rend compte au travers des différentes interventions que la financiarisation menace plus que jamais les structures de radiologie comme d'autres professions libérales, d'ailleurs, non médicales

L'Académie de médecine s'est saisie de ce problème et a publié un communiqué sans appel condamnant cette pratique.

Des solutions existent pour contrecarrer ces tentatives de subordination financière de nos centres d'imagerie.

A nous de nous en saisir !

# CONTRIBUTEURS

■ **Dr Leila BOULOS**

Radiologue à Argenteuil

■ **Dr Éric BRUGIERE**

Radiologue à Toulouse

■ **Dr Philippe CAMPARO**

Anatomo-pathologiste à Amiens  
Président du Syndicat des Médecins  
Pathologistes Français

■ **Dr Jérôme CHETRIT**

Anatomo-pathologiste à Nantes  
Président du IHP Group

■ **Dr Éric CHEVALLIER**

Radiologue à Vannes  
Vice-Président de la FNMR

■ **M<sup>e</sup> Marie-Christine DELUC**

Avocat associé  
Cabinet Auber

■ **M<sup>e</sup> Alix DOMAS-DESCOS**

Avocat  
A2D Avocats

■ **M. Benoît ELLEBOODE**

Directeur général de l'Agence Régionale  
de Santé de Nouvelle-Aquitaine

■ **M. Sylvain GABUTHY**

Directeur du développement  
Réseau Les Biologistes Indépendants

■ **Dr Patrick GASSER**

Président d'Avenir Spé

■ **Dr Jérémy GUENICHE**

Radiologue  
Attaché à l'Institut Curie

■ **Dr Jean-Charles LECLERC**

Radiologue à Saint-Dizier  
Secrétaire général de la FNMR

■ **Dr Dominique LUNTE**

Médecin biologiste à Moulins-sur-Allier  
Laboratoire Maymat  
Présidente du réseau Les Biologistes  
Indépendants

■ **Dr Jean-Philippe MASSON**

Radiologue à Carcassonne  
Président de la FNMR

■ **Dr Kim NGUYEN**

Biologiste associé  
Laboratoire BIOSMOSE idf

■ **Dr Vincent PRADEAU**

Cardiologue à Cenon  
Vice-Président du Syndicat National  
des Cardiologues

**APRÈS LA BIOLOGIE MÉDICALE,  
LA RADIOLOGIE EST SOUS LA MENACE  
DES PRÉDATEURS FINANCIERS  
DE TOUS BORDS.**

Le séminaire 2022 de la FNMR fait le point sur de nouvelles pistes pour préserver l'indépendance de la radiologie mais aussi d'autres spécialités afin de garantir le maintien de la prise en charge complète des patients.



ISBN-13 : 978-2-958316-3-2

