

Le Médecin Radiologue libéral

#465 | Avril 2023

le journal de la



DOSSIER

CONVENTION MEDICALE



CNAM

STRUCTURES JURIDIQUES
Pour les radiologues

CONVENTION MEDICALE
L'avis des syndicats représentatifs

fmr.org



NOUVELLE FORMATION

DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON PAR SCANNER FAIBLE DOSE

de la théorie ...

Un cycle de 7 enseignements à suivre en e-learning permettant d'acquérir les connaissances théoriques indispensables.

... à la pratique

Des ateliers en présentiel d'une demi-journée, à Paris. Étude de cas cliniques avec prise en main des logiciels de détection et de segmentation volumique des nodules.

997 € euros

Adhérent FNMR: 897 euros

www.forcomed.fr



UBU N'EST PAS MORT !



**MESDAMES ET
MESSIEURS DES
MINISTÈRES ET
DE LA CAISSE,
LAISSEZ TRAVAILLER
SEREINEMENT
LES MÉDECINS
RADIOLOGUES
LIBÉRAUX QUI
ASSURENT 70 %
DE L'ACTIVITÉ
RADIOLOGIQUE !**

Dr Jean-Philippe MASSON,
Président de la FNMR.

La convention médicale n'a donc pas été signée et le règlement arbitral est en cours de rédaction. A première vue, rien que de très factuel, voire banal. Pourtant, cela retentit sur le plan « pertinence » que la FNMR négocie avec la CNAM : **la prise en charge par les radiologues des produits de contraste exclusivement pour l'usage multi patients dans le cadre du forfait technique** est une mesure conventionnelle. Normalement, cela ferait l'objet d'un avenant conventionnel mais... il n'y a plus de convention. Il faut donc l'écrire dans le règlement arbitral ce qui impose d'aller vite.

Après trois mois sans réponse à nos demandes répétées de préparer le plan de pertinence en imagerie, la caisse se réveille et veut emballer le système en proposant des mesures « lunaires », dangereuses pour les radiologues et pour les patients. Le dossier a été transféré, tout ou partie, à la DSS qui est chargée de rédiger l'arrêté idoine. Seulement les fonctionnaires de cette direction du ministère de la santé n'ont aucune idée de ce que sont la radiologie, les produits de contraste et, craignons-le, les patients. Les propositions actuelles sont, là encore, complètement « hors sol » et inapplicables !

Les radiologues, libéraux, hospitaliers, les laboratoires sont tous sidérés par les propositions de rédaction qui sont faites. Des discussions reprennent donc, presque au départ, pour repréciser les termes de l'accord qui avait été décidé au moment du PLFSS et dont une partie, l'abrogation de l'art 99, avait été gravée dans la loi.

Toujours au sujet de la convention, la FNMR a souhaité interroger les différents acteurs, syndicats signataires ou plutôt non-signataires, et en tous cas représentatifs, et la caisse pour avoir leur éclairage sur cet épisode. La CNAM n'a pas souhaité répondre à nos questions...

Toutes les réponses sont dans cette revue.

La parole a aussi été donnée aux radiologues afin de dresser un panorama de leur mode d'exercice et de l'organisation de leurs structures. Leurs réponses confirment, s'il en était besoin, que **le versant « entrepreneur » des radiologues est ancré dans notre ADN et permet une meilleure prise en charge des patients.**

Alors que le système de santé vacille, que les hôpitaux sont pour la plupart en déficit financier et humain, que 3 000 médicaments sont en rupture de stock, Mesdames et Messieurs des ministères et de la caisse, **laissez travailler sereinement les médecins radiologues libéraux** qui assurent 70 % de l'activité radiologique ! ●

6

**LA CNAM :
LES SYNDICATS
REPRÉSENTATIFS
CONVENTION
MÉDICALE**



14

**DR FRANÇOIS
JAMBONT : LES POUVOIRS
PUBLICS DOIVENT NOUS FAIRE
CONFIANCE**
PORTRAIT



19

**VERS DES
ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ
ALLEGÉS**
STRUCTURES
JURIDIQUES



22

**LES OUTILS JURIDIQUES
POUR EXERCER
STRUCTURES
JURIDIQUES**



30

**EXERCICE EN SOCIÉTÉ DES
PROFESSIONS LIBÉRALES**
STRUCTURES
JURIDIQUES



5

BREVES

17

ELECTIONS *Président et bureau FNMR*

18

PAROLES DE RADIOLOGUES

33

LES BIOLOGISTES MÉDICAUX : L'ORDONNANCE

36

**ORDONNANCE RELATIVE À L'EXERCICE
EN SOCIÉTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES
RÉGLÉMENTÉES**

39

**PLASMA RICHE EN PLAQUETTE :
VERS UN TRAITEMENT DE L'ARTHROSE ?**

40

ELECTIONS BUREAUX FNMR

42

PETITES ANNONCES

ANNONCEURS : FORCOMED p. 2, p. 41 - LABELIX p. 29

**Le Médecin
Radiologue
libéral**

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr Jean-Philippe MASSON

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr Paul-Marie BLAYAC

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

Wilfrid VINCENT

**ÉDITION, SECRÉTARIAT, PUBLICITÉ
RÉDACTION, PETITES ANNONCES**

EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 euros
Tél. : 01 53 59 34 00

www.fnmr.org - E-mail : ediradio@fnmr.org

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

PRÉSIDENT

Dr Jean-Philippe MASSON

RESPONSABLE DE LA PUBLICITÉ

Dr Eric CHAVIGNY

CONCEPTION MAQUETTE

Olivier RIVE

MAQUETTE

Olivier RIVE

CRÉDITS PHOTOS

iStockphoto

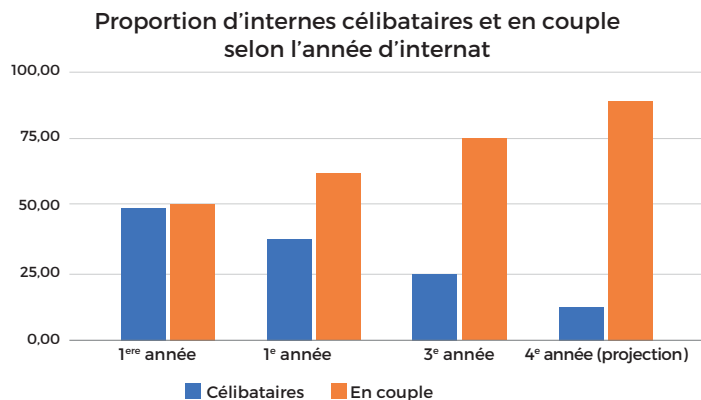
IMPRIMERIE DECOMBAT

5 bis rue Gustave Eiffel - 15000 AURILLAC

Dépôt légal 1^{er} trimestre 2022

ISSN 1631-1914

Stages d'interne et logement



Une enquête menée par le syndicat des internes parisiens montre que pour 80% des internes, **le temps de transport domicile-lieu de stage est le premier critère de choix de stages ambulatoires**. 67 % considèrent essentiel de se voir proposer un logement proche du terrain de stage si celui-ci est éloigné de leur domicile. Enfin, pour 72 %, la disposition d'un logement permet de découvrir le territoire et peut être un facteur d'installation ultérieure.

La plupart des internes sont déjà en couple. Une proposition de logement doit en tenir compte.

www.srp-img.com/archives/10407

SÉCUR RADIOLOGIE



Les tests effectués sur plusieurs sites de radiologie ont montré que la mise à jour « Ségur numérique radiologie » pour la compatibilité avec

le DMP pose quelques problèmes d'installation. Une fois l'installation terminée, il peut aussi se poser **des problèmes de qualification de l'Identifiant National de Santé (INS)** et :

- D'organisation et de temps de secrétariat.
- Des tensions éventuelles avec des patients bénéficiaires de la CMU qui se sentent suspectés de fraude.
- Pour les patients connus, les secrétariats peuvent ne pas demander les documents par crainte de gêner les patients.
- Dans les services d'urgence, l'incompatibilité entre les SIR de l'établissement et du cabinet/service de radiologie peut bloquer la récupération de l'INS.

Rappelons qu'une formation gratuite est disponible sur le site Forcomed.org.

Pour le mois de février, **les taux de télétransmissions des comptes rendus** au DMP vont de 46 % à 70 % pour les sites complètement installés.



300 M€ DE FRAUDE À L'ASSURANCE MALADIE

En 2022, l'Assurance maladie a détecté et stoppé 315,8 M€ de fraude (+ 44 % comparé à 2021). Près des trois-quarts portent sur

des frais de santé facturés à tort par des professionnels (consultations, actes, remboursements de soins et de médicaments). Les escroqueries sur les seuls tests Covid se sont élevées à 58 M€.

La détection des fraudes se fait, entre autres instruments, **par le recours aux techniques de big data**. L'Assurance maladie entend accroître ses actions anti-fraude avec un objectif de 500 M€ en 2024.

LE CANCER DU SEIN D'UNE INFIRMIÈRE RECONNU MALADIE PROFESSIONNELLE



Une infirmière ayant travaillé de nuit à l'hôpital pendant 28 ans, avec 873 nuits, a obtenu la reconnaissance de son cancer du sein comme maladie professionnelle. Selon le rapport d'un médecin expert dans ce dossier, **il existe un lien**

direct entre le cancer dont la soignante est victime et "le travail effectué auparavant".

L'infirmière, âgée de 62 ans, était en poste dans un CH de Moselle, au service de radiologie puis de gynécologie, entre 1981 et 2009. Outre le fait de travailler de nuit, qui expose à un risque majoré de cancer, d'autres facteurs de risque probables ont été relevés : l'exposition à des rayonnements ionisants ou encore à des produits chimiques utilisés pour stériliser le matériel médical.

ENCADREMENT DE L'INTÉRIM MÉDICAL

A compter du 3 avril, **le recours à l'intérim médical dans les établissements publics de santé est encadré**.

L'article 33 de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (26 avril 2021) prévoit la saisine systématique du tribunal par le DG de l'ARS en cas de contrat entre un établissement et un praticien ou une entreprise de travail temporaire prévoyant une rémunération supérieure aux plafonds réglementaires (1 390€ la garde).

Le comptable public devra **rejeter les paiements illégaux**.

Le ministère de la santé entend aussi **contrôler le respect du plafond de frais (170 €)** afin d'éviter tout contournement.



MSP

L'objectif de 2 000 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), fixé dans le cadre de Ma Santé 2022, est dépassé avec 2 200 Maisons. Le nouvel objectif est de **4 000 MSP d'ici la fin 2026**.

CONVENTION MÉDICALE : ET MAINTENANT ?

L'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX N'ONT PAS SIGNÉ DE NOUVELLE CONVENTION MÉDICALE. LA CNAM¹ REGRETTE LA DÉCISION DES REPRÉSENTANTS DE LA PROFESSION QUI RÉCLAMENT L'OUVERTURE RAPIDE DE NOUVELLES NÉGOCIATIONS. EN ATTENDANT, LE LITIGE CONVENTIONNEL SERA ARBITRÉ PAR ANNICK MOREL.

Quatre mois de négociations, aussi intenses que tumultueuses, n'auront rien donné. Il n'y aura pas de nouvelle convention médicale, du moins pas maintenant. Faute de signature dans les délais impartis, le litige conventionnel sera tranché par un tiers. Désignée par les partenaires conventionnels, en amont de la discussion, Annick Morel a été officiellement mandatée pour rédiger un projet de règlement arbitral. Saisie fin février par l'UNCAM², elle devra rendre sa copie aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans un délai de trois mois, soit avant fin mai. Selon des sources proches du dossier, elle pourrait même le faire fin avril. Une fois validé par les tutelles ministérielles et publié au Journal Officiel, le texte encadrera provisoirement les relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. **Arrêté pour une durée de cinq ans, le règlement arbitral n'est pas fait pour durer.** De nouvelles négociations conventionnelles pourront être lancées dans un délai de deux ans après sa publication.

Dans un communiqué diffusé début mars, la Caisse nationale d'assurance maladie fait valoir sa position sur l'échec des négociations. Elle dit « prendre acte » de cette non-signature et « regretter une occasion manquée » pour les médecins libéraux comme pour les patients, citant plus particulièrement le cas des six millions d'assurés sans médecin traitant, dont 650 000 malades chroniques. « Le rôle du médecin traitant et sa valorisation étaient pourtant au cœur des propositions de l'assurance maladie pour permettre de répondre aux besoins de ces patients », affirme-t-elle.

La CNAM laisse sa porte ouverte

Pour augmenter le temps médical disponible, considéré par beaucoup comme le principal défi du système de santé français, l'assurance maladie misait sur quatre grands leviers : reconnaître

financièrement l'engagement territorial des médecins, en particulier dans les déserts médicaux ; favoriser le recours aux assistants médicaux qui permettent aux médecins de travailler mieux sans travailler plus ; valoriser l'organisation de consultations spécialistes de proximité ; réaffirmer les rôles respectifs des médecins généralistes traitants et des médecins spécialistes. « En renforçant les moyens organisationnels, humains et financiers de la médecine libérale, la convention visait à répondre aux besoins des patients, tout en renforçant l'attractivité de la profession », insiste-t-elle.

Dans ce même communiqué, la CNAM rappelle également le poids de son "effort financier". Présenté comme un « investissement inédit au bénéfice de toute la profession », ce "plan de relance" était assorti d'une enveloppe deux fois supérieure à celle de la précédente convention, soit 1,5 milliard d'euros, dont 600 millions d'euros de revalorisations générales prévues dès cette année. Le projet n'a convaincu personne, mais... « L'assurance maladie reste résolument attachée au dialogue avec les médecins et à construire avec leurs représentants, aux niveaux national et local, les solutions pour améliorer l'accès aux soins des assurés. »

Les médecins perdent patience...

Fait assez rare pour être souligné : aucun syndicat n'a signé la proposition de convention transmise par la CNAM. Criant au gâchis, **les représentants des médecins libéraux évoquent un « simulateur » de négociation.** Au-delà du manque de moyens financiers dévolus aux partenaires conventionnels, ils dénoncent les « provocations » parlementaires qui se sont intensifiées ces derniers mois, au détriment des discussions avec

(1) Caisse Nationale d'Assurance Maladie

(2) Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

ANNICK MOREL EN BREF

Enarque de formation et ancienne inspectrice générale des affaires sociales, aujourd'hui retraitée, Annick Morel sera l'arbitre du litige conventionnel. Durant sa carrière, elle avait notamment présidé la Caisse nationale des allocations familiales et le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Elle avait également siégé durant de nombreuses années au sein du Conseil de la Cnam, en tant que personnalité qualifiée.

l'assurance maladie. Vécue comme une offense par la profession, mais aussi comme un risque majoré pour la population, la PPL Rist aura cristallisé les frustrations et les mécontentements. Elle aura surtout conduit tous les médecins libéraux dans la rue. Massivement suivie, une grève exceptionnelle avait été organisée le 14 février dernier, date de son examen en première lecture par le Sénat. « Au prétexte de lever les freins, cette loi se propose de déréguler l'accès aux soins, ouvrant la voie d'une redoutable et néfaste médecine à deux vitesses », martelaient onze syndicats médicaux dans un communiqué commun.

Derrière ces velléités législatives, **les syndicats professionnels redoutent la mise en coupe réglée de la médecine libérale, voire sa mise au ban de la société.** Ils questionnent également le choix du gouvernement, non sans déplorer le traitement de faveur réservé à l'hôpital public, que ce soit dans le cadre du Ségur de la santé ou des dernières lois de financement de la Sécurité sociale, marquées par des ONDAM³ très déséquilibrés.

Colère et désenchantement

Le miracle paraît peu probable. **Entre colère et désenchantement, les syndicats médicaux n'attendent rien ou presque du règlement arbitral, sinon des hausses tarifaires qui compensent le coût de l'inflation.** Une chose est sûre : ils ne veulent pas du Contrat d'engagement territorial imaginé par la Cnam. Jugée insultante et méprisante par les syndicats médicaux, cette « mesure anti-libérale » romprait tout simplement le principe d'égalité entre médecins. Le gouvernement choisira-t-il de l'imposer, au risque de dégrader des relations sérieusement rafraîchies par les épisodes récents ?

Tournés vers l'avenir, **les représentants de la profession réclament l'ouverture rapide de nouvelles négociations.** Les avis et les propositions varient naturellement selon les organisations syndicales, chacune ayant ses propres idées sur la valeur intrinsèque de la consultation médicale ou ses différents niveaux de rémunération, mais tous s'accordent sur **deux points essentiels : améliorer l'accès aux soins des Français et redynamiser la médecine libérale,** en mal d'attractivité et en manque de moyens financiers suffisants pour lui permettre de remplir sa mission de santé publique, garantir son renouvellement générationnel et favoriser son développement entrepreneurial. Les syndicats médicaux veulent encore croire à la politique conventionnelle, sauf l'un d'entre eux qui n'en attend plus rien, au point de plaider la cause du déconventionnement collectif pour faire plier les tutelles et reconstruire, brique par brique, la médecine de demain. ●

Jonathan ICART

(3) Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

RÈGLEMENT ARBITRAL : COMMENT ÇA MARCHE ?

La procédure du règlement arbitral est régie par le Code de la Sécurité sociale. Elle est déclenchée en cas de rupture des négociations ou en cas d'opposition à une nouvelle convention. Désigné par les partenaires conventionnels en amont de la discussion et saisi par l'UNCAM en cas de besoin, un arbitre doit alors rédiger un projet de convention sous trois mois... dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé. Durant cette phase de préparation, les représentants des médecins libéraux sont auditionnés, mais leur accord n'est pas requis. La proposition finalisée est ensuite sou-

mise aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale pour approbation et publication. En attendant, la précédente convention continue de produire ses effets. Toutes les dispositions préexistantes sont maintenues.

Une durée limitée

Une fois publié, le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans, mais il n'a pas vocation à durer. Comme le prévoient les textes, les partenaires conventionnels peuvent entamer de nouvelles négociations dans un délai de deux ans après son entrée en vigueur. Son applica-

tion cesse immédiatement, dès la publication de la nouvelle convention médicale. Le règlement arbitral n'est pas une "première" pour les médecins libéraux. La situation s'est déjà produite il y a treize ans. A cette époque, la précédente convention médicale avait été reconduite, exception faite de quelques avancées mineures, notamment sur le plan tarifaire. Exemple le plus symbolique : le tarif de la consultation des médecins généralistes était passé de 22 à 23 euros. Ce règlement arbitral avait finalement été interrompu quatorze mois après sa publication. Une nouvelle convention avait été signée le 26 juillet 2011.

DR PATRICK GASSER, PRÉSIDENT D'AVENIR SPÉ

« IL FAUT UNE STRATÉGIE CLAIRE, AMBITIEUSE ET PÉRENNE ! »

AVENIR SPÉ RÉCLAME UNE VISION CLAIRE, DES OBJECTIFS PARTAGÉS ET DES MOYENS FINANCIERS SUPPLÉMENTAIRES POUR SOUTENIR LE VIRAGE ENTREPRENEURIAL DANS LES TERRITOIRES.

■ Pour quelles raisons avez-vous refusé de signer la nouvelle convention médicale ?

Avenir Spé ne pouvait raisonnablement pas signer un projet de convention aussi défavorable aux médecins spécialistes. Trop légère et trop déséquilibrée, l'enveloppe proposée profitait quasi-exclusivement aux généralistes, que ce soit en volume ou en valeur. La plupart des spécialités n'étaient même pas concernées par les revalorisations contractuelles. Pour les plus « chanceux » d'entre nous, il aurait fallu patienter dix-huit mois avant leur entrée en vigueur. Les contraintes budgétaires sont une chose, mais la santé des patients est un sujet prioritaire. La problématique de l'accès aux soins réclame des réformes immédiates et des moyens financiers adaptés. A l'image du contrat d'engagement territorial, les solutions avancées ne répondent pas aux défis posés. Plusieurs raisons expliquent cet échec. Outre un calendrier serré, la négociation a été polluée par des interventions extérieures, aussi bien politiques que parlementaires, sans même parler des mouvements contestataires appuyés par certains syndicats représentatifs.

■ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du règlement arbitral ?

Rien... ou presque. Un modus vivendi paraît improbable, pour ne pas dire impossible, tant les positions initiales sont écartées. Les ressources budgétaires étant limitées, les marges de manœuvre sont particulièrement étroites. Avenir Spé attend néanmoins des revalorisations ciblées pour redynamiser certaines spécialités en souffrance, dont la pédiatrie, la psychiatrie, l'endocrinologie ou encore la rhumatologie, ne serait-ce que pour compenser les chocs économiques et énergétiques. Dans l'intérêt général, nous devons très rapidement reprendre le chemin des négociations, idéalement dès la publication du règlement arbitral, mais plus vraisemblablement au mois de

Dr Patrick GASSER,
président
d'Avenir Spé



septembre. La tâche ne sera pas simple, mais ils nous faudra impérativement poser les jalons de la médecine de demain. Un gros travail préparatoire doit être mené, en amont de la discussion.

■ Le code de la Sécurité sociale prévoit l'ouverture de nouvelles négociations conventionnelles dans les deux ans à venir. Quelles sont vos ambitions en la matière ?

Pour éviter de reproduire les mêmes erreurs, les partenaires conventionnels devront effectuer un bilan circonstancié de la précédente négociation, définir une nouvelle méthodologie de travail et identifier des objectifs partagés. Avenir Spé propose de tracer les grandes lignes d'une stratégie ambitieuse et pérenne, en intégrant tous les enjeux politiques, économiques et sociétaux. Appuyées par des structures de coordination comme les équipes de soins spécialisés, les entreprises médicales libérales devront rayonner dans les territoires, selon une logique de responsabilité populationnelle. Cette évolution radicale suppose une revalorisation significative des consultations et des actes techniques, mais aussi davantage de liberté tarifaire. Les pouvoirs publics devront faciliter cette transition, en accompagnant le travail aidé et en soutenant le développement entrepreneurial.

Propos recueillis
par **Jonathan ICART**

DR FRANCK DEVULDER, PRÉSIDENT DE LA CSMF

« LA CONFIANCE SERA LE MAÎTRE-MOT DE LA FUTURE CONVENTION »

LA CSMF DEMANDE DES MOYENS RENFORCÉS ET DES OBJECTIFS PARTAGÉS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET RESTAURER L'ATTRACTIVITÉ DU SECTEUR LIBÉRAL.

■ Pour quelles raisons avez-vous refusé de signer la nouvelle convention médicale ?

Ce projet de convention ne nous donnait pas les moyens nécessaires pour résoudre la problématique stratégique de l'accès aux soins. La CSMF plaide pour une politique de droits et de devoirs, claire et ambitieuse. La CNAM proposait un contrat d'engagement territorial, sélectif et inéquitable. Aucun syndicat responsable ne peut transiger sur le principe du conventionnement individuel qui rompt inévitablement l'égalité de traitement entre praticiens. Il nous reste une désagréable impression de gâchis et de mépris, accentuée par les récentes attaques parlementaires qui ont immanquablement « parasité » la négociation. La santé est le socle de notre identité nationale. Il faut impérativement préserver ce bien commun. Sans négliger la place de l'hôpital public, les médecins libéraux assurent huit prises en charge sur dix. Ils sont de loin les mieux placés pour répondre aux besoins croissants de leurs patients. Les pouvoirs publics doivent nous faire davantage confiance. Ils doivent investir massivement dans le secteur libéral.

■ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du règlement arbitral ?

La CSMF attend une réponse rapide et adaptée. Un règlement arbitral punitif et coercitif serait particulièrement malvenu, même si cette hypothèse paraît peu probable au regard des échanges préalables que nous avons pu avoir avec Annick Morrel. Une chose est sûre : son projet devra reprendre les grandes lignes de la précédente convention. Il devra également comporter des revalorisations ou des majorations ciblées pour compenser le choc inflationniste, en particulier dans certaines spécialités en difficulté, dont le tarif des consultations n'a pas augmenté depuis bien trop longtemps. La valeur du point travail devra également notamment être relevée, au moins de manière symbolique. Le règlement arbitral ne sera pas une fin en soi, mais

Dr Franck DEVULDER, président de la CSMF



sa portée ne doit pas être négligée pour autant. Si les futures négociations échouent, ce que personne ne souhaite, il s'appliquera pendant cinq ans. Les enjeux ne sont pas anodins, ni pour les médecins libéraux ni pour les patients.

■ Le code de la Sécurité sociale prévoit l'ouverture de nouvelles négociations conventionnelles dans les deux ans à venir. Quelles sont vos ambitions en la matière ?

La CSMF est guidée par un sentiment d'urgence absolue. La situation économique, sanitaire et sociale de notre pays se dégrade un peu plus chaque jour. Il nous faudra donc reprendre le chemin des négociations le plus tôt possible, idéalement dès le mois de juin. Trois conditions rédhibitoires sont néanmoins posées pour maximiser les chances de succès : élaborer une nouvelle méthodologie de travail, identifier des objectifs partagés et débattre de nouveaux moyens financiers. Les médecins libéraux sont en souffrance. Ils sont aussi en quête de sens. Dans un contexte marqué par le vieillissement, la chronicité et la pénurie, la confiance devra être le maître-mot de cette nouvelle convention. Ce sera un mantra indispensable pour améliorer rapidement l'accès aux soins et restaurer durablement l'attractivité de notre profession.

Propos recueillis par **Jonathan ICART**

DR CORINNE LE SAUDER, PRÉSIDENTE DE LA FMF

« RIEN NE SERA POSSIBLE SANS UN INVESTISSEMENT CONSÉQUENT »

LA FMF RÉCLAME DES MOYENS FINANCIERS PLUS IMPORTANTS POUR RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE LIBÉRALE ET FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT ENTREPRENEURIAL.

■ Pour quelles raisons avez-vous refusé de signer la nouvelle convention médicale ?

Ce projet de convention est un déni de réalité. Il ne répond ni aux attentes ni aux besoins des médecins libéraux, et encore moins à ceux de nos patients. La proposition financière de l'assurance maladie est clairement insuffisante. La hausse mineure du tarif de la consultation médicale a été vécue comme une insulte. Le contrat d'engagement territorial aussi. Symbole parmi les symboles, il nous a été demandé de travailler plus pour gagner moins pendant dix-huit mois, en attendant l'entrée en vigueur de la plupart des revalorisations tarifaires prévues pour cet exercice contraint. C'est totalement inacceptable, surtout dans le contexte actuel. Si la philosophie dérange, la méthode est également discutable. Rédigé de manière unilatérale par la CNAM, le texte final nous a été présenté pour approbation quatre jours avant la date fatidique. La FMF refuse catégoriquement ce projet, tant sur le fond que sur la forme.

■ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du règlement arbitral ?

Le règlement arbitral sera probablement le « 49.3 » de la convention médicale. Les orientations ministérielles et les équilibres budgétaires n'ayant pas évolué, la marge de manœuvre d'Annick Morel sera particulièrement étroite. La FMF espère néanmoins des revalorisations ciblées, ne serait-ce que pour compenser le coût de l'inflation. Elle ne veut pas du CET qui est une mesure anti-libérale et inégalitaire par essence. Nos arguments ont été entendus, mais seront-ils considérés pour autant ? Rien n'est moins sûr. Quoi qu'il en soit, cette étape intermédiaire nous en dira plus sur les intentions réelles du gouvernement. Les récentes provocations parlementaires nous font craindre un contournement de la médecine libérale, au profit de professions paramédicales soi-disant plus disponibles, mais au détriment

Dr Corinne
LE SAUDER,
présidente
de la FMF



des patients qui pâtiront de la moindre qualité du service rendu. Nous y sommes farouchement opposés.

■ Le code de la Sécurité sociale prévoit l'ouverture de nouvelles négociations conventionnelles dans les deux ans à venir. Quelles sont vos ambitions en la matière ?

La profession doit resserrer les rangs et faire front commun face aux tutelles. Il nous faut identifier des propositions fortes qui conviennent au plus grand nombre, et les imposer comme point de départ de la future négociation qui devra impérativement être lancée dans les meilleurs délais. La médecine libérale est une espèce en voie de disparition. Elle doit être protégée et non détruite. Aucune transformation durable du secteur ambulatoire ne sera possible sans un investissement financier conséquent et une ligne directrice claire. Le message de la FMF est limpide : les pouvoirs publics doivent nous donner les moyens de nos ambitions pour restaurer l'attractivité de la médecine libérale et favoriser son développement entrepreneurial. Nous sommes les mieux placés pour proposer des solutions efficaces qui répondent aux besoins de nos patients dans les territoires.

Propos recueillis
par **Jonathan ICART**

DR AGNÈS GIANNOTTI, PRÉSIDENTE DE MG FRANCE

« LE GOUVERNEMENT DOIT PRENDRE SES RESPONSABILITÉS ! »

MG FRANCE RÉCLAME UN PLAN STRATÉGIQUE POUR RESTAURER L'ATTRACTIVITÉ DE LA PROFESSION ET COUVRIR LES BESOINS DE SANTÉ DE TOUTE LA POPULATION.

**Dr Agnès
GIANNOTTI,
présidente
de MG
France**



■ Pour quelles raisons avez-vous refusé de signer la nouvelle convention médicale ?

Ce projet de convention ne répond pas aux problématiques actuelles, que ce soit sur le plan organisationnel, financier ou humain. Son contenu traduit une profonde méconnaissance de notre quotidien et de celui des Français. Le cadre de ces négociations ignorait totalement les deux principaux enjeux du moment : restaurer l'attractivité du médecin généraliste traitant et soigner une population touchée par le vieillissement et la chronicité. Au lieu de proposer une vision stratégique claire et pérenne, l'Etat se contente de solutions ponctuelles qui privilégient la réponse aux demandes immédiates aux réels besoins de soins. Épuisée et déconsidérée, voire méprisée, notre profession est au bord de la rupture. Nous ne pouvons pas accepter d'en faire plus, qui plus est sous la contrainte, sans d'abord obtenir les rattrapages tarifaires que nous demandions légitimement, soit une consultation de base valorisée à hauteur de trente euros.

■ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du règlement arbitral ?

Idéalement, ce règlement arbitral devrait dessiner les contours de la future négociation conventionnelle, en repartant sur des bases plus saines et des positions plus réalistes, pour relever les grands défis systémiques. Il faut impérativement s'appuyer sur

l'existant, en renforçant les moyens des médecins traitants en activité, donner envie aux jeunes de s'installer et considérer la médecine générale au même titre que les autres spécialités médicales. Une chose est sûre : rien ne sera possible sans une profonde remise en question des orientations fixées dans la lettre de cadrage ministérielle. Au-delà, le règlement arbitral devra surmonter deux écueils majeurs. Cette « convention de substitution » ne devra pas durer et le contrat d'engagement territorial ne devra surtout pas y figurer. Le principe du « travailler plus pour gagner plus » n'est pas acceptable. L'imposer fera fuir les médecins généralistes et diminuer l'accès aux soins des patients. Le gouvernement doit prendre ses responsabilités.

■ Le code de la Sécurité sociale prévoit l'ouverture de nouvelles négociations conventionnelles dans les deux ans à venir. Quelles sont vos ambitions en la matière ?

Les grands enjeux n'ont pas changé. Nos attentes et nos propositions non plus. La médecine libérale doit être structurellement réformée pour répondre aux besoins de santé croissants de nos concitoyens, qui ne se réduisent pas aux populations jeunes, non malades et souvent aisées. Dans un contexte marqué par le vieillissement, la chronicité et la pénurie, les médecins généralistes traitants ne disposent pas des moyens humains et financiers suffisants pour remplir leurs missions de santé publique auprès de ces patients. L'attractivité de notre profession doit être rapidement restaurée, en redonnant du sens et des perspectives au métier. Tant que les conditions préalables ne seront pas réunies, à savoir une enveloppe financière suffisante et un cadrage satisfaisant, MG France ne retournera pas autour de la table des négociations. Aucun système de soins au monde ne peut fonctionner sans médecin traitant.

Propos recueillis
par **Jonathan ICART**

DR SOPHIE BAUER, PRÉSIDENTE DU SML

« LA SANTÉ EST UN INVESTISSEMENT ET NON UN COÛT ! »

LE SML EXIGE UNE VISION STRATÉGIQUE CLAIRE ET DES MOYENS FINANCIERS ADAPTÉS POUR BÂTIR UNE MÉDECINE DE POINTE QUI PRENDRA MIEUX EN CHARGE LES PATIENTS.

■ Pour quelles raisons avez-vous refusé de signer la nouvelle convention médicale ?

Le SML assume pleinement son choix. Il nous a été demandé de signer le projet de convention médicale le plus anti-libéral de l'histoire, ce que nous avons catégoriquement refusé. Parmi d'autres contraintes, souvent irréalistes, l'assurance maladie voulait nous imposer une sorte de contrat de travail individualisé qui ne concernait pas tous les médecins et dont la rémunération ne permettait même pas de compenser le coût de l'inflation. Le SML est farouchement opposé à toute forme de conventionnement individuel qui placerait son signataire dans une position de faiblesse face à la caisse. Au-delà du contenu, la manière laisse aussi à désirer. Il n'y a pas eu de négociations, mais plutôt des convocations mêlant informations et injonctions, sans la moindre co-construction. Une trentaine de pages ont été « discutées » sur un total de trois-cents. La version finale nous a été transmise dans la nuit du vendredi pour une signature le mardi. Nous ne cautionnons pas ces méthodes.

■ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du règlement arbitral ?

Nous avons rencontré Annick Morel pour lui présenter nos arguments et notre vision du système de santé. Nous avons le sentiment d'avoir été écoutés, mais nous ne croyons pas au miracle. A minima, nous attendons des revalorisations ciblées pour amortir les chocs économiques et énergétiques. Le règlement arbitral ne doit pas durer, mais quelques principes généraux méritent néanmoins d'être rappelés. Le SML réclame une totale égalité de traitement entre praticiens. La convention médicale doit concerner tous les médecins, sans exception. **La CNAM doit également cesser cette partie de « poker menteur » qui consiste à ponctionner certaines spécialités, comme les biologistes ou les radiologues, pour en revaloriser d'autres.** Une chose est sûre : il manque une vision stratégique claire et des

Dr Sophie BAUER, présidente du SML



moyens financiers adaptés pour bâtir une médecine de pointe et garantir le renouvellement générationnel. Le secteur 2 est régulièrement malmené. Tous les médecins libéraux devraient avoir accès à un espace de liberté tarifaire.

■ Le code de la Sécurité sociale prévoit l'ouverture de nouvelles négociations conventionnelles dans les deux ans à venir. Quelles sont vos ambitions en la matière ?

Nous voulons une vraie négociation menée dans un véritable esprit de co-construction. Aucune réforme structurelle de la médecine libérale ne sera possible dans le périmètre budgétaire actuel. Des ressources nouvelles devront être débloquées pour revaloriser significativement les consultations et les actes techniques. Ce sera une condition sine qua non pour développer notre activité, recruter de nouveaux collaborateurs et mieux les rémunérer. L'entreprise médicale libérale présente aujourd'hui les meilleures garanties pour répondre aux besoins de la population et porter des projets de santé publique pertinents dans les territoires. Il faut redonner la main au corps médical, y compris en matière de gouvernance. Il faut surtout considérer la santé comme un investissement et non plus comme un coût pour redynamiser l'offre de soins. Le logiciel institutionnel doit être rapidement mis à jour.

Propos recueillis par **Jonathan ICART**

DR JÉRÔME MARTY, PRÉSIDENT DE L'UFML

« TOUT DÉTRUIRE POUR TOUT RECONSTRUIRE ! »

L'UFML PLAIDE POUR UN MODE DE PAIEMENT UNIQUE ET UNE REVALORISATION SIGNIFICATIVE DU MONTANT DE LA CONSULTATION MÉDICALE, QUITTE À ORGANISER UN DÉCONVENTIONNEMENT COLLECTIF.

■ Pour quelles raisons avez-vous refusé de signer la nouvelle convention médicale ?

Comment accepter la négation même du paritarisme ? Le mot « négociation » a été littéralement usurpé, voire galvaudé. Il n'y a eu aucune place pour la discussion, malgré le poids des injonctions. Comme un symbole, des pans entiers de la convention ont été débattus au Parlement, à l'image de la loi Rist. Le résultat final est caricatural. Frappé du sceau présidentiel, ce modus operandi en dit long sur le mépris des corps intermédiaires, mais aussi de la médecine libérale, dont la survie économique importe peu les dirigeants de ce pays. La philosophie générale est semblable à la méthode employée. Le contrat d'engagement territorial est une abomination. Les propositions économiques ne valent pas mieux. Proposer 26,5 euros, c'est une insulte. Proposer 30 euros non indexé sur l'inflation, c'est une ineptie. L'UFML refuse de conduire la profession au suicide...

■ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du règlement arbitral ?

Aucune ! Le règlement arbitral sera soumis aux ministres de tutelle pour approbation et publication. Je les vois mal se désavouer et revenir sur leur décision initiale. Ce sera probablement la dernière étape d'un long processus de destruction organisé. Ce n'est un secret pour personne, les pouvoirs publics ont patiemment démolé la médecine libérale depuis trente ans. Entièrement focalisé sur l'hôpital public, le gouvernement actuel apporte la touche finale, en dérégulant totalement le secteur ambulatoire, au mépris de la qualité et de la sécurité des soins. Nous sommes probablement arrivés au bout du chemin conventionnel. Certains pensent même que les tarifs médicaux seront désormais fixés dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). L'UFML ne sera pas un exécutant des basses œuvres du pouvoir exécutif qui veut tout "uberiser". Les médecins libéraux

Dr Jérôme MARTY,
président
de l'UFML



doivent reprendre leur destin en main dans l'intérêt des patients et de la santé publique. Il faut tout détruire pour tout reconstruire.

■ Le code de la Sécurité sociale prévoit l'ouverture de nouvelles négociations conventionnelles dans les deux ans à venir. Quelles sont vos ambitions en la matière ?

Une simple réforme paramétrique ne suffira pas. L'UFML propose une véritable révolution systémique. Nous plaidons ouvertement pour un mode de paiement unique et une revalorisation significative du montant de la consultation, soit cinquante euros, qui ne coûtera pas plus cher à la Nation. Mieux rémunérée, la profession sera plus attractive, plus efficace et surtout plus efficiente. Cette transformation est compromise par une vision purement comptable des dépenses de santé, mais nous irons au bout de notre idée, quitte à organiser un déconventionnement collectif. Si nous parvenons à convaincre entre 10 000 et 15 000 médecins, nous ferons tomber la jurisprudence du tarif d'autorité, fondée sur la rareté. L'Etat devra assumer ses responsabilités et rembourser les patients. Ce nouveau secteur sera une véritable alternative au chaos ambiant.

Propos recueillis
par **Jonathan ICART**

« LES POUVOIRS PUBLICS DOIVENT NOUS FAIRE DAVANTAGE CONFIANCE ! »

ASSOCIÉ AU SEIN DU CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE, DE RADIOTHÉRAPIE ET D'ONCOLOGIE DE DORDOGNE (CIMROD), FRANÇOIS JAMBON ANALYSE LES GRANDS DÉFIS DU SECTEUR DE LA RADIOLOGIE. SELON LUI, LES SOCIÉTÉS MULTI-SPECIALITÉS PRÉSENTENT DE NOMBREUX ATOUTS POUR OPTIMISER LES PARCOURS DE SOINS ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU À LA POPULATION.



Dr François JAMBON,
Radiologue libéral à Périgueux

■ **Développement technologique, ressources humaines, accès aux soins... Quel regard portez-vous sur le secteur de la radiologie libérale ? Quels sont les principaux défis auxquels la profession est confrontée ?**

Indispensable au bon fonctionnement du système de santé, la radiologie libérale est le pilier du diagnostic médical, très loin devant l'hôpital. Positionnée aux interfaces critiques du parcours de soins, elle assure près des trois-quarts des examens d'imagerie en France. Particulièrement dynamique, le progrès technologique trace de nouvelles perspectives, notamment dans le champ du théranostique et de la radiologie intervention-

nelle, qui profiteront très largement aux patients. L'augmentation et le vieillissement de la population se traduit néanmoins par une hausse importante de la demande de soins, qui tend également à se complexifier. Comme d'autres spécialités, notre profession traverse une grave crise démographique, tant sur le plan médical que paramédical. Nous manquons de radiologues. Nous manquons de secrétaires. Nous manquons surtout de manipulateurs en électroradiologie.

■ **Pour quelles raisons ?**

Un effet de ciseau menace ouvertement le développement de notre activité, favorisée par une politique d'autorisation de matériels lourds plus volontariste. Trop longtemps restreint par les pouvoirs publics, **le nombre d'internes formés chaque année ne permet pas de compenser les nombreux départs en retraite.** En augmentation constante, la raréfaction du temps médical disponible est accentuée par deux tendances lourdes : la féminisation de la profession et les aspirations de la jeune génération, qui recherche un meilleur équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée. Le manque de ressources humaines ne concerne pas uniquement les radiologues. La population des manipulateurs, elle aussi victime de sa pyramide des âges, décline dangereusement. Ecoles de formation en nombre insuffisant, invisibilisation de la filière sur Parcoursup, taux d'abandon élevé en première année, échappement international des jeunes diplômés... Plusieurs raisons structurelles compromettent le renouvellement générationnel. Une chose est sûre : la chute des effectifs devient problématique. Sans manipulateurs,



les radiologues ne pourront pas faire fonctionner pleinement les nouveaux équipements installés, au détriment des patients. Au-delà des aspects démographiques, plusieurs freins persistants devront être levés pour relever le défi de l'accès aux soins.

■ Quels sont ces freins persistants que vous évoquez ?

Les décideurs politiques doivent nous donner les moyens économiques de nos ambitions de santé publique. Les tarifs radiologiques stagnent depuis trop longtemps, malgré la hausse du coût de la vie, amplifiée par une conjoncture inflationniste. De manière injuste et injustifiée, les salariés de notre branche n'ont pas profité des revalorisations accordées aux personnels hospitaliers dans le cadre du Ségur de la santé. Idem pour les radiologues libéraux qui n'ont pas obtenu la moindre compensation financière, en dépit de leur implication sans faille depuis le début de la crise sanitaire. Longue, complexe et incertaine, la réforme de la nomenclature des actes médicaux devra impérativement tenir compte de ces différents paramètres. L'attractivité de notre filière doit être restaurée. Les pouvoirs publics devront également nous faire davantage confiance, notamment pour l'attribution de nouveaux équipements, que nous financerons nous-mêmes. Je ne connais aucun radiologue qui investira à perte. Seuls les besoins des patients devraient primer. Dans un contexte marqué par la pénurie, la chronicité et le vieillissement, **les pouvoirs publics devront considérer la santé comme un investissement et non plus comme un coût...**

■ Comment améliorer durablement l'offre de soins radiologique dans les territoires ?

Le maillage territorial de la radiologie libérale est homogène. Le réseau est bien structuré et la profession bien organisée. Il faudra toutefois installer de nouveaux équipements lourds, mais

aussi mieux les répartir dans les territoires, pour répondre aux besoins croissants des patients. Certains établissements de santé peuvent largement se passer de machines supplémentaires, contrairement à certains sites radiologiques, clairement sous-équipés. Appuyée par les nouveaux projets régionaux de santé, la réforme du régime des autorisations devra y contribuer. ARS¹ en tête, **les pouvoirs publics devront penser l'offre radiologique dans une logique de proximité, seul véritable levier pour améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.** Imaginé et porté par la FNMR, le principe des Plateaux d'Imagerie Médicale Ambulatoire de Proximité (PIMAP) répond parfaitement à ces enjeux. Idéalement installés dans des « zones blanches », en périphérie des grandes villes ou dans les campagnes, ces plateaux techniques ambulatoires pourraient permettre de désengorger les urgences, mais aussi de réduire les déplacements et les transports sanitaires, souvent très coûteux.

■ Que peut-on attendre du déploiement des outils numériques de coordination, notamment dans le secteur de la radiologie ?

Soutenu par le Ségur du numérique en santé, le déploiement de Mon espace santé va optimiser la structuration des parcours de soins et la coordination des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients. Qu'il s'agisse de comptes-rendus ou des images, **la disponibilité et le partage des éléments radiologiques permettra d'éclairer la décision médicale, mais aussi d'améliorer la pertinence des soins**, en réduisant notamment les examens redondants et/ou inutiles. La numérisation de ces documents permettra par ailleurs de prévenir les oublis et les pertes. Tous les outils numériques ne se valent pas pour autant. Régulièrement citée en exemple, la

(1) Agence Régionale de Santé

71 %

5,7 millions d'IRM sont réalisées chaque année par des praticiens libéraux sur un total de 8 millions, selon la Conférence nationale des URPS ML.

télé-radiologie n'est pas une solution viable pour renforcer l'accès aux soins. Certains territoires sous-dotés deviendraient encore moins attractifs. Plus problématique encore, la généralisation de cette pratique entraînera une baisse quasi certaine de la qualité du service rendu aux patients, sans même parler du risque de solutions dégradées de remplacement des radiologues.

■ Le modèle des sociétés multi-spécialités présente de nombreuses garanties en matière d'accès aux soins. Quels sont ses principaux atouts ?

Ce modèle organisationnel présente une garantie essentielle, celle de fluidifier le parcours des patients, grâce à la mutualisation des ressources, des expertises et des équipements radiologiques. La radiologie, la radiothérapie et la médecine nucléaire sont complémentaires par essence. Cette mise en commun des moyens humains et techniques est particulièrement efficace dans le diagnostic, le traitement et le suivi des cancers. Ce mode de coopération simplifie la gestion de la prise en charge médicale. La plupart du temps, ces sociétés possèdent un système d'information unique et un secrétariat commun qui facilitent le partage d'information et la prise de rendez-vous. Les sociétés multi-spécialités sont également bénéfiques pour les radiologues, dont les conditions de travail sont grandement améliorées.

■ Vous exercez au sein du CIMROD. Quelles sont les grandes caractéristiques de cette structure, notamment sur le plan organisationnel ?

Le centre d'imagerie médicale de radiothérapie et d'oncologie de Dordogne est implanté au sein de l'Hôpital Privé Francheville, situé à Périgueux. Enregistrée sous le statut de SELARL⁽²⁾, notre société libérale regroupe seize associés, soit neuf radiologues, trois radiothérapeutes, deux oncologues médicaux, mais aussi deux médecins nucléaires qui nous ont rejoints en janvier dernier pour compléter notre offre clinique, significativement renforcée par l'installation d'un nouveau plateau technique entièrement dédié à cette activité. Caractéristiques notables : nous avons tous la même rémunération et nous nous arrangeons pour avoir un volume de travail équivalent. Outre ces locaux

communs, propres aux trois disciplines médicales représentées, **les radiologues de la structure gèrent aussi quatre cabinets périphériques**, dont un à Périgueux et trois dans les territoires avoisinants, où ils réalisent des vacations à tour de rôle. Ils partagent équitablement leur temps entre la clinique et ces différents lieux de pratique.

■ Quel bassin de population couvrez-vous, et pour quels résultats ?

Le CIMROD propose une offre multi-spécialisée, avec des expertises et des équipements de pointe, mais aussi une offre radiologique de proximité dans des territoires plus reculés. Il couvre une très large partie des besoins du département en radiothérapie et en médecine nucléaire, soit un bassin de population compris entre 250 000 et 300 000 habitants. Pour la radiologie conventionnelle, la zone couverte est plus restreinte. Le centre principal et ses antennes périphériques maillent le nord et le centre de la Dordogne. Les résultats de cette association sont globalement très positifs. Nos conditions de travail sont excellentes, les relations entre confrères sont bonnes et les patients se disent satisfaits du service proposé. Signe particulier : nous sommes identifiés comme un acteur de référence par les tutelles, ce qui nous facilite clairement la tâche pour débloquer des financements, obtenir de nouvelles autorisations de matériels lourds ou encore valider des projets de santé publique.

■ Quelles sont vos recommandations pour démocratiser ce modèle ?

Nous ne sommes pas un cas isolé. Les bénéfices de ce modèle organisationnel ont été constatés dans de nombreuses structures radiologiques. Le partage équitable des honoraires est probablement le point le plus important. Dans notre société, tous les associés ont les mêmes revenus, ce qui simplifie énormément les relations entre confrères. Le temps de travail doit également être le plus équilibré possible pour limiter les blocages et les frustrations. **Quelle que soit la configuration choisie, il ne faut jamais perdre de vue l'essentiel : le tout profite au collectif.** La spécialité la mieux lotie du jour ne sera pas forcément celle du lendemain. Les choses changent très vite. Tout seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin.

Propos recueillis
par **Jonathan ICART**

(2) Société d'exercice libéral à responsabilité limitée



Élections du président et du bureau restreint de la FNMR

Les médecins radiologues libéraux réalisent le Dr Jean-Philippe MASSON président de la FNMR

Le Dr Jean-Philippe Masson, médecin radiologue libéral, installé à Carcassonne, a été élu, samedi 18 mars à **l'unanimité pour un nouveau mandat à la présidence** de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR).

Après un mandat débuté en 2020 avec la crise Covid qui a mis en suspens nombre de sujets importants pour la radiologie libérale, **le Conseil d'administration a demandé** au Dr Jean-Philippe Masson de poursuivre son action pour mener à terme ces dossiers.

Jean-Philippe Masson a rappelé les engagements pris au nom des radiologues libéraux pour aboutir à un protocole imagerie avec la CNAM, reposant sur la pertinence médicale et la prise en charge par les radiologues des seuls produits de contraste multipatients en scanner et en IRM.

La réforme des autorisations d'équipements lourds et d'activité en radiologie interventionnelle, la révision de la nomenclature des actes médicaux, les négociations pour une nouvelle convention médicale donnant toute leur place aux médecins spécialistes sont des sujets prioritaires qui seront au centre des préoccupations du nouveau bureau.

Le Conseil d'administration a aussi élu, **à l'unanimité, le bureau restreint de la Fédération** proposé par le président.

Conformément aux statuts de la FNMR, le nouveau bureau prendra ses fonctions en juin 2023.

Bureau restreint élu le 18 mars 2023 :

Président : Dr Jean-Philippe MASSON,

1^{er} Vice-Président : Dr Bruno SILBERMAN,

Secrétaires généraux : Dr Jean-Christophe DELESALLE, Dr Jean-Charles LECLERC,

Secrétaires généraux adjoints : Dr Paul-Marie BLAYAC, Dr Philippe COQUEL,

Trésorier : Dr Dominique MASSEYS,

Trésorier adjoint : Dr Jean-Charles GUILBEAU



TEMOIGNAGE DE RADIOLOGUE

LE CHOIX DE LA SELARL



Dr Coralie RICHA SICARD
Radiologue à Paris

Quel est le statut juridique de votre groupe ?

SELARL Société d'Exercice Libérale A Responsabilité Limitée

Pourquoi l'avez-vous choisi ?

Initialement nous l'avons choisi pour la possibilité d'exercer à plusieurs radiologues sur plusieurs sites géographiques.

Quels en sont les avantages ? les inconvénients ?

Les avantages sont multiples : la SELARL est une société à responsabilité limitée, cela signifie que la responsabilité sociale (et non professionnelle) des associés est limitée au montant des apports au capital qu'ils ont réalisés. En cas de dettes professionnelles, les biens personnels et la famille du professionnel

libéral sont à l'abri des créanciers. La rémunération des gérants est fixée directement par les gérants eux-mêmes. Cette rémunération détermine le montant des cotisations sociales à verser car c'est la rémunération réelle perçue par le gérant qui sert de base de calcul des cotisations sociales. L'exercice en SELARL permet donc aux gérants majoritaires d'optimiser le montant des charges sociales à payer en jouant sur la rémunération versée.

D'autre part, **la transmission des parts comme toutes décisions importantes doit être validée à la majorité des 3/4 des associés exerçants.**

Les inconvénients sont liés au cadre rigide de ce type de société : rédaction de statuts précis encadrés par la loi, tenue d'assemblées générales et la comptabilité qui est plus complexe que dans d'autre type de société.

Si c'était à refaire, le referiez-vous ? Oui

PAROLE DE RADIOLOGUE

L'INTÉRÊT D'UNE SELARL



Dr Éric BRUGUIÈRE
Radiologue à Toulouse

Quel est le statut juridique de votre groupe ?

Nous venons de passer en SELARL le 1^{er} janvier 2023 (nous étions auparavant société de fait - SDF). Le groupe partage ses charges au sein de 5 sociétés civiles de moyens (SCM), afin de porter nos activités d'imagerie sur chacun de nos deux sites d'exercice.

Pourquoi l'avez-vous choisi ?

- structure plus moderne, avec une personnalité morale.
- facilite l'organisation des partenariats en imagerie (au contraire de la SDF, où le groupe était vu comme 19 radiologues séparés).
- nécessité de remettre à plat nos statuts et notamment les règles de prise de décision.

**RÈGLES DE VOTE CLAIRES,
PERSONNALITÉ MORALE
MIEUX ADAPTÉE**

- risque vis-à-vis du régime d'autorisations de radiologie interventionnelle, avec nécessité plusieurs fois évoquée d'être dans une structure d'exercice avec personnalité morale.
- possibilité de loger les parts sociales de la société anonyme d'un de nos établissements d'exercice dans la SELARL à la place d'une détention individuelle.
- projet avec des activités multisites.

Quels en sont les avantages ? Les inconvénients ?

Avantages : règles de vote claires, personnalité morale mieux adaptée pour des partenariats divers, exercice multisites facilité, possibilité de création d'un statut d'associé 1 part.

Inconvénients : mise en place d'une comptabilité d'engagement plus rigoureuse, changement récent du plafond de frais professionnel, période de transition SDF-SEL complexe, difficulté de remise à plat des statuts et du règlement intérieur à 19 associés.

Si c'était à refaire, le referiez-vous ?

OUI

LES CABINETS MÉDICAUX DE SPÉCIALITÉ VERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ALLÉGÉS ?

LA FNMR A TRAVAILLÉ DANS LA PERSPECTIVE DE LA CRÉATION DU STATUT D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ EN IMAGERIE. PUIS, LA FNMR A CONSIDÉRÉ QUE CE STATUT POURRAIT ÊTRE ÉLARGI À D'AUTRES SPÉCIALITÉS EN VUE DE LA CRÉATION D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE SPÉCIALITÉS (LIBÉRALES) MÉDICO-TECHNIQUES.



Maître Marie-Christine DELUC
Avocate associée
Cabinet AUBER

Cette réflexion s'inscrivait dans l'objectif initial de la réforme des autorisations des EML qui les faisait passer à **des autorisations d'activités de soins qui imposaient quasiment le statut d'établissement de soins**. Le constat a aussi conduit à reconnaître que la spécialité des radiologues répond, d'ores et déjà, à un certain nombre des critères exigés des établissements de santé et que ce passage n'aggraverait donc pas les charges qui pèsent déjà sur les cabinets.

Ce statut d'établissement serait aussi une reconnaissance de la position de la radiologie dans le parcours de soins.

Enfin, **l'intérêt de ce statut** serait également de :

- Permettre des coopérations public-privé dans le cadre de GCS privés
- Mettre un frein au risque de financiarisation des groupes
- Bénéficier des différentes mesures qui s'appliquent aux établissements de santé.

Description sommaire d'un futur statut d'établissement de santé de spécialité :

Missions (Voir tableau des "Missions et obligations des établissements de santé" ci-dessous)

Les établissements de santé de spécialité auraient des missions élargies au développement

LE STATUT D'ÉTABLISSEMENT SERAIT AUSSI UNE RECONNAISSANCE DE LA POSITION DE LA RADIOLOGIE DANS LE PARCOURS DE SOINS.

professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical, de mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositions de vigilance destinées à garantir la sécurité sanitaire.

Amélioration des pratiques professionnelles

La qualité d'établissement de santé de spécialité implique, outre les exigences identiques pour les cabinets libéraux en termes de qualité des équipements, de respect des décisions de l'Autorité de Sûreté Nucléaire, de démarches et de mise en place de la radioprotection si la spécialité utilise des radiations ionisantes, l'obligation de s'engager dans des démarches visant à améliorer les pratiques professionnelles telles que la conformité des demandes d'examen, le respect du guide du bon usage des examens d'imagerie, la conformité des comptes-rendus des examens ou actes...

Les cabinets sont, pour la grande majorité, d'ores et déjà, engagés dans ce type de démarches.

L'évolution des structures est passée de « petits cabinets » avec peu de personnels à des struc-

(1) AFNOR NF S99 300 publiée en juillet 2021)



tures plus « lourdes ». Le statut "d'établissement de santé" est un cadre qui favoriserait la mise en œuvre de procédures d'évaluation et de certification, plus adapté.

A cet égard, le Conseil Professionnel de la Radiologie avec la DGS a élaboré une norme AFNOR, *Démarche qualité en imagerie médicale*¹, qui doit être prochainement élargie à l'Europe entière. Elle fera également l'objet d'un audit par les pairs dès la fin de 2023.

Patients

En établissement de santé, outre les informations en termes de risques et le recueil de son consentement éclairé, le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction, ce qui pourrait permettre de publier des indices de satisfaction sur les réseaux sociaux appuyés sur des données objectives. L'établissement de santé engage sa responsabilité au titre des infections nosocomiales. Les établissements de santé de spécialité auraient ainsi l'obligation de souscrire une assurance de responsabilité civile couvrant les risques d'infections des patients et des salariés.

Cette obligation qui n'existe actuellement pas pour les cabinets libéraux comporte un risque car la Cour de cassation pourrait être amenée à reconnaître la qualité d'établissements de santé à des cabinets libéraux et ainsi leur imposer de réparer, sans faute démontrée, les risques liés aux infections nosocomiales.

Objectifs

L'établissement de santé doit donner des précisions sur les objectifs qu'il se fixe pour mettre en œuvre les objectifs du schéma d'organisation des soins, notamment au regard de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la continuité et de la prise en charge globale du patient. Son projet doit mettre en avant la réparti-

tion des examens par pathologie (ostéoarticulaire, cancer, AVC, démence, pédiatrie...), la typologie des patients et filières de prises en charge par pathologies, état de santé des patients (valide, fauteuil, brancard), l'origine géographique des patients, etc.

L'établissement de santé signe un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, dans lequel il décrit ses démarches visant à améliorer les pratiques professionnelles ; l'établissement s'engage, avec description des méthodes utilisées (ex pour la radiologie : conformité des demandes d'examen, respect du guide du bon usage des examens d'imagerie, conformité des comptes-rendus radiologiques...).

Ces pratiques ont déjà cours dans de nombreux cabinets.

La valorisation du projet médical de l'établissement au sein du territoire va impliquer une réponse du projet médical aux besoins de la population du territoire, éventuellement par :

- Des mutualisations, extension de nouvelles implantations pour compenser des zones désertifiées
- L'instauration de centres de référence
- Des partenariats et coopérations possibles :
 - Co-utilisations et conventions signées : public/établissement de santé
 - Appartenance à des réseaux de santé
 - Modes de collaboration (GCS, GIE, conventions...)
 - Participation à des réunions pluridisciplinaires : RCP, autres

Information

L'établissement de santé doit mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins, et transmettre aux organismes d'assurance maladie et à l'ARS des informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité.

Ces informations sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.

PDS

Selon les spécificités de la spécialité qui nécessiteraient ou non d'assurer la permanence des soins, et, en cas de besoin :

- Permanence sur site (astreinte, garde, télé interprétation) et en l'absence de permanence sur site, participation contractualisée à la permanence des soins dans le territoire.

- Continuité des soins : modalités (pour le site et/ou les spécialistes y travaillant) de participation à la continuité des soins pour la prise en charge de pathologies spécifiques sur le territoire de santé ou dans la région.

Gouvernance

Enfin et non des moindres, la gouvernance des établissements de santé de spécialité serait réservée exclusivement aux médecins en exercice au sein de l'établissement et son capital, comme pour celui des SEL, limité pour les capitaux extérieurs et réservé aux médecins en exercice.

Ressources

Pour l'ensemble de ses missions, l'établissement

de santé peut bénéficier de ressources en provenance des ARS, des fonds européens, nationaux : Santé Publique France, la Fondation de France, régionaux, départementaux ou locaux : Conseil Régional, DRAAF, conseils départementaux, CAF, collectivités locales au titre, par exemple, de la politique de la ville. Mais également des financements pour des projets de recherche dans le cadre d'appels à projet.

En conclusion, l'établissement de santé allégé de spécialité, bénéficiaire d'une autorisation d'activité de soins serait un moyen de mieux structurer l'exercice professionnel pour une prise en charge encore plus sûre des patients et d'instaurer un garde-fou contre la financiarisation de la spécialité. ●

MISSIONS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Exigences	Articles :
Missions des établissements de santé	Code de la santé publique Code de la sécurité sociale CSP : L6111-1
Participation à la permanence des soins	CSP : L6111-1-3, L6111-1-4
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	CSP : L6144-1, L6161-2-2 II
Relatives aux procédures d'évaluation/certification	
Évaluation/certification des ES conduite par la HAS	CSP : L6113-1 À 6 ET R 6113-13
Autres exigences	
Conférence médicale d'établissement	CSP : L6144-2, L6161-2, R 6164-1 À R 6164-5
En matière d'organisation de la démocratie en santé / participation aux salariés dans les organes délibérant des ES privés	CSP : L6161-1
Commission / représentants des usagers	CSP : L1112-3, R 1112-79 À 1112-94
Demande une habilitation au service public hospitalier	CSP : L6112-3
Département de l'information médicale. Analyse de l'activité	CSP : L6113-7
Assurer la représentation des salariés dans leurs organes de gouvernance	CSP : L6161-1
Disposer d'une chambre mortuaire	CSP : L6111-5
Conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	CSP : L6114-1
Conclure un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins	CSS : L162-30-2
Transmission de données aux ARS et organismes d'assurance maladie	CSP : L6113-8
Relatives au champ RH et statutaire	
Liste des catégories de personnels médicaux que les établissements publics de santé (EPS) sont autorisés à recruter	CSP : L6152-1
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 « 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. »	CSP : L6152-5-1
Limitation des possibilités de facturation des patients	CSP : L1111-3-4
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 associés aux soins.	CSP : L6111-2 ET R 6111-9 À 11
Pharmacies à usage intérieur	CSP : L5126-1 À 11, R 5126-1 À 115
Financement / Facturation des ES	CSS : L162-22-6
Médicaments et DM pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation	CSS : L162-22-7

LES OUTILS JURIDIQUES POUR EXERCER



Maitre Alix DOMAS-DESCOS
A2D Avocats

Quels sont les principaux outils juridiques dont dispose un médecin radiologue ou un groupe de médecins libéraux pour organiser leur exercice professionnel et les moyens liés à leurs activités ?

Comme tout opérateur, le médecin libéral (ou le groupe de médecins libéraux) dispose pour structurer son exercice professionnel et les moyens nécessaires à son activité, de nombreux outils juridiques. Si certains sont communs à toute entité économique et relèvent des législations civiles ou commerciales (code de commerce, code civil), d'autres sont plus spécifiques et dépendent pour partie d'une réglementation plus encadrée, issue de lois ou d'ordonnances spécifiques, comme les sociétés d'exercice libéral, ou du code de la santé publique ou du code de sécurité sociale (groupement de coopération sanitaire ou médico-social par exemple).

**Quelles caractéristiques principales retenir ?
Quels avantages et différences entre eux ?
Comment identifier le ou les bons outils ? Pour quelles finalités ?**

Quelques repères et observations permettent aisément de se repérer dans cette boîte à outils, qui évolue constamment du fait des besoins, des objectifs et du projet médico-entrepreneurial des professionnels et qui permettront à chacun de s'approprier ces mécanismes juridiques pour leur structuration.

1. LES PRINCIPAUX OUTILS CONVENTIONNELS AU SUPPORT DE L'ORGANISATION DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL DU MÉDECIN OU DU GROUPE DE MÉDECINS LIBÉRAUX

Longtemps, les médecins libéraux n'ont eu accès qu'à des outils conventionnels (contrats) pour organiser leurs relations d'exercice, que ce soit entre eux ou avec d'autres opérateurs, comme les

LE MÉDECIN LIBÉRAL (OU LE GROUPE DE MÉDECINS LIBÉRAUX) DISPOSE POUR STRUCTURER SON EXERCICE PROFESSIONNEL DE NOMBREUX OUTILS JURIDIQUES

cliniques ou les hôpitaux. Ils répondaient et répondent toujours à un exercice individuel ou fractionné ou groupé ; Ils répondent aussi, comme nous le verrons un peu plus tard, aux besoins d'organisation des activités médicales, administratives ou médico-techniques.

Au titre de l'organisation des moyens, par voie de contrat ou convention, il y a lieu de noter les principales catégories suivantes :

→ Le contrat d'exercice en commun

Ce contrat d'exercice est conclu **entre médecins d'une même spécialité, pour les besoins de leurs activités et de leur exercice en commun** notamment.

Basé sur la définition des droits et devoirs de chacun, sur des thématiques de répartition des droits d'exercice ou d'accès aux cabinets et plateaux techniques, ce type de contrat régit les rapports entre médecins : temps d'exercice, planning, congés, solidarité, remplacement, utilisation des moyens (nous verrons en infra organisé aussi par d'autres vecteurs).

Cela permet d'organiser collégalement un exercice commun de la profession ou de la spécialité. Ce contrat repose en premier lieu sur une négociation entre parties et la définition des modalités médicales, économiques ou techniques. Son exécution est en second lieu soumise à la bonne foi de tous et des clauses de révision ou d'évaluation périodique peuvent y être insérées. Les parties restent libre de déterminer les modalités et conditions d'agrément (d'inclusion dans leur



contrat, droits et obligations) d'un nouveau médecin ; de même concernant les conditions de retrait ou de cessation d'activité forcée.

Il est régi principalement par le droit civil comme toute convention et doit être, en application des règles déontologiques gouvernant la profession de médecin, communiqué ainsi que ses avenants ou annexes au Conseil de l'Ordre qui est garant de l'indépendance d'exercice et du respect des règles déontologiques. Les difficultés d'exécution sont soumises à la conciliation ordinale et permettent un règlement entre pairs de celles-ci sans forcément un recours contentieux au juge (nécessaire toutefois si la conciliation ou la transaction sont impossibles) ; en sus, une conciliation ou une médiation par un tier choisi demeure possible également.

→ La société de fait (SDF) pour la mise en commun des honoraires :

Le contrat d'exercice en commun s'accompagne bien souvent, d'une **mise en commun d'honoraires ; les médecins restant exerçants à titre individuel mais dans un cadre collectif** (le contrat d'exercice en commun), la mise en commun des honoraires s'effectue au moyen de la création entre eux d'une société de fait (SDF), dont l'objet est de percevoir les honoraires générés par chacun et d'assurer une gestion commune de ceux-ci et des quotes-parts revenant à chacun en fonction de son activité. Déclarée à l'administration fiscale, cette société cependant n'a pas de personnalité morale propre et ne peut donc être un sujet de droit à part entière. Elle ne peut contracter pour le compte des médecins qui l'ont constituée et ne peut porter directement des investissements ou contrats (ces opérations relèveront alors soit de contrats spécifiques, dont les médecins seront partie chacun ou pour partie, ou d'une indivision de fait, créée entre eux).

→ Le contrat de collaboration (libérale ou salariée) :

Des conventions spécifiques, normées par l'Ordre des médecins afin de garantir un exercice indépendant, existent également comme les contrats de collaboration libérale ou salariée, conclus entre médecins ou les contrats de remplacement. La volonté des parties est régie par les règles civiles mais également les règles ordinales pour assurer une bonne définition et une bonne exécution des missions de chacun.

Y sont identifiés les moyens mis à disposition du médecin collaborateur ou remplaçant, les modalités de son exercice, notamment en termes de planning, usage des moyens et rémunération.

Ces contrats sont soumis à conciliation ordinale et pour la collaboration salariée, relèveront aussi du code du travail.

→ Les contrats d'exercice avec les cliniques ou les hôpitaux :

Ces conventions relèvent principalement du droit civil privé (volonté des parties) mais certaines sont empruntées de droit public, notamment dans le cadre de contrats de participation aux missions de service public ou de permanence des soins conclus avec les hôpitaux.

Leur objet, **leur périmètre dépend étroitement des relations médecins/établissements mais également des autorisations dont disposent l'établissement (soins, EML, activité, sites etc.) et de son projet même.** Il peut s'agir de conférer à un médecin ou un groupe de médecins un droit d'exercice exclusif ou privilégié au sein de l'établissement, pour une ou plusieurs modalités ou simplement consentir une mise à disposition de temps machine (EML).

Leur pérennité dans le temps peut être impactée par les changements d'actionariat ou de direction dans l'établissement de santé, comme

par les modifications du périmètre des médecins intervenant au service ou sur les équipements installés au sein de l'établissement (par eux même ou par l'établissement).

Une redevance est généralement appelée par l'établissement, contrepartie des moyens mis à disposition. Une quote-part des forfaits possibles (si le médecin contribue par ses propres ressources à l'exploitation de l'EML) est possible mais elle est sujette à négociation avec l'établissement. Les clauses de révision sont fréquentes tout comme les tentatives de renégociation, même en leur absence. Des clauses de conciliation ou d'arbitrage peuvent être incluses dans ces contrats.

→ Des contrats courants, usuels, de droit privé et même parfois de droit public :

Acquisition de matériels, emprunts, baux, crédits-baux, convention de succession, protocoles, occupation du domaine de l'hôpital, télé-médecine, etc. Ces contrats sont divers. **Leurs objet et modalités dépendent principalement de l'opération visée** ; le médecin ou le groupe agit ici comme n'importe quel opérateur économique et conclut les conventions indispensables au support de son activité, au gré de ses besoins. Ces conventions et sociétés de fait sont des outils très souples, malléables et donc adaptables aux attentes et contraintes de tout médecin ou groupe dans son exercice ; cependant, ils ne permettent pas une totale fédération des médecins dans leur exercice en commun et la gestion collégiale de leurs moyens. Ils limitent également la possibilité de coopérer ou de contracter avec des tiers, fournisseurs, bailleurs, établissements, notamment pour des questions de responsabilité ou de garantie qui se trouvent alors prises personnellement par le médecin et dont il devra répondre, à charge pour lui de se faire garantir ou d'appeler en garantie ses autres partenaires médecins.

L'évolution de l'exercice, et pour l'imagerie médicale, la nécessité de fédérer les médecins dans leurs accès et investissements des plateaux techniques ont conduit à recourir à d'autres formes d'organisation pour l'exercice comme pour les moyens.

2. LES PRINCIPAUX OUTILS DE L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ

Plusieurs outils, par voie de création de société, permettent d'organiser non seulement les moyens au support des activités mises en commun, mais aussi d'assurer l'exercice même de la profession.

Cela regroupe principalement, pour les médecins :

- Les sociétés en participation (SEP) dont l'objet n'est pas directement l'exercice de la profession mais l'organisation des modalités de l'exercice en commun et du partage des résultats et des activités communes.

- Les sociétés civiles professionnelles (SCP), dont l'objet est l'exercice de la profession et in fine des moyens au support celle-ci.
- Les sociétés d'exercice libéral (SEL), dont l'objet est l'exercice de la profession et in fine des moyens au support celle-ci, et dont l'activité demeure civile malgré la forme commerciale

Des entités favorisant la coopération comme les SISA, sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, pourraient aussi prétendre à entrer dans ces classifications mais leur constitution et leur fonctionnement (sur le principe du salariat du médecin exerçant) conduisent à la classer de préférence dans les outils de coopération.

→ La société en participation (SEP) :

La SEP est régie par les dispositions des articles 1871 à 1872-1 du code civil et par le code de déontologie médicale également. **Elle ne revêt pas la personnalité morale et en conséquence ne peut porter directement des engagements.**

La société en participation n'est donc connue que de l'Ordre, de l'administration et des associés qui la composent ; elle permet néanmoins d'organiser les rapports d'exercice et de solidarité entre médecins, l'association ou le retrait des associés contribuant et utilisant ses moyens. Toutefois, elle favorise la solidarité économique entre les associés, puisque ceux-ci sont tenus indéfiniment à l'égard des tiers des engagements pris par chacun d'eux en leur qualité d'associé. Cela a fortement restreint l'utilisation d'une telle forme. La forme SEP, civile usuelle, peut être utilisée entre groupes pour organiser une activité commune ou les fruits de celle-ci. Les statuts (la convention) entre les associés déterminera ce qui est mis, réglé, ou partagé en commun. Les statuts restent confidentiels ; seuls les médecins associés et l'Ordre en ont connaissance ; il n'y a pas de publication comme pour les SEL ou les SCP.

→ Les sociétés d'exercice de la profession de médecin : société civile professionnelle (SCP) et société d'exercice libérale (SEL) :

Les sociétés d'exercice **ont pour objet l'exercice de la profession de médecin, d'une ou plusieurs spécialités** ; elles permettent de régir les modalités d'exercice entre les médecins associés et exerçant en son sein, ainsi que de fixer les modalités d'utilisation des moyens ou plateaux techniques, sur un ou plusieurs sites d'exercice. Elles permettent également d'interagir avec d'autres opérateurs ou tiers économiques pour le compte du groupe ainsi constitué. Leur reconnaissance est liée principalement aux besoins des professionnels de santé de structurer leurs activités et mises en commun pour disposer d'un revenu plus constant, d'une solidarité encadrée et pour satis-



faire à des investissements parfois importants. Il ne s'agit pas pour autant, d'entités autonomes réglementairement ; leur forme sociale est commune à celle que peut emprunter tout autre professionnel économique, mais dont une loi, une ordonnance ou un ordre a pu et peut réglementer l'usage, le titre et la constitution.

En l'espèce, pour garantir l'indépendance d'exercice et le respect des règles déontologiques de la profession de médecin, ces sociétés sont régies par des dispositions communes, figurant au code civil et au code de commerce, selon leurs formes, et par des dispositions spécifiques notamment incluses au code de déontologie médicale lui-même codifié au code de la santé publique ou imposées par des lois spécifiques telles que la loi n°66-879 du 29 novembre 1966 ou la loi n° 90-1258 du 30 décembre 1990 relative à l'exercice en société et désormais recodifiées (presque à droit constant) à l'ordonnance n°2023-77 du 8 mars 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées.

La constitution des sociétés d'exercice est soumise à contrôle ordinal et inscription sur un tableau dédié. Par ailleurs, leur convention constitutive (statuts) s'accompagne généralement d'un règlement intérieur, charte, convention etc. qui détaille l'organisation de l'activité et des moyens entre les médecins ; des compléments quant à la gouvernance ou les rapports entre associés (retrait, cessation d'activité, etc.) peuvent aussi y être détaillés ou portés dans un pacte d'associés. Ces documents sont également soumis à l'Ordre, notamment pour garantir qu'aucune disposition ne porte atteinte à l'indépendance d'exercice du médecin et à ses obligations.

→ **Les sociétés civiles professionnelles :**

Elles sont constituées entre médecins, de même

spécialité ou non. Aux statuts figurent l'identité des associés exerçants et leur participation au capital ainsi que les règles de gouvernance (prises de décisions et représentation auprès des tiers) de la société. Cette forme est ancienne. Ces dispositions sont complétées par d'autres, impératives, figurant au code de déontologie médicale permettant de soumettre la constitution et le fonctionnement des SCP, dans les rapports d'exercice, au contrôle ordinal.

Les SCP ont la personnalité morale par leur immatriculation (SIRET) et à ce titre sont des sujets de droits qui peuvent être titulaire de droits et d'obligations (exercice, accès aux plateaux techniques, actions de coopération, autorisation d'activité ou de sites, etc.). La société peut conclure tout engagement, convention ou garantie, au support de l'activité et de l'exercice de la profession des associés la constituant.

Les gérants sont des médecins associés exerçant en son sein. Les statuts fixeront leurs pouvoirs et les conditions de réunion des associés médecins en assemblée générale. Les conditions d'association sont également déterminées légalement et statutairement, protégeant ainsi leur caractère fermé.

La principale limite au recours à la forme de SCP en imagerie est liée à la responsabilité et aux conditions de retrait d'un associé exerçant très encadrée et favorable à l'associé retrayant dont la participation pourra être acquise par tout ou partie de ses coassociés.

Il n'est pas possible pour un médecin associé d'une SCP d'exercer sa profession en dehors de la SCP (sauf dans des cas particuliers, limitativement autorisés et encadrés ordinalement).

→ **Les sociétés d'exercice libéral (SEL) :**

Civiles par leur activité, elles sont commerciales par leur forme et peuvent être constituées sous forme de :

- Société anonyme (SELAFA) (rare)
- Société à responsabilité limitée (SELARL)
- Société par actions simplifiée (SELAS)
- Société en commandite par actions (SECLA) (rare)

Elles sont constituées d'associés médecins exerçant en son sein, de même spécialité ou non, et permettent ainsi une mise en commun des honoraires. **La composition et l'ouverture du capital social des SEL est très encadré et contrôlé, l'indépendance d'exercice restant la clé de voûte de l'outil.** D'anciens médecins en exercice en son sein, d'autres médecins exerçant en dehors d'elle, des sociétés de participations financières des professions libérales (SPFPL de médecins) peuvent aussi être associés. Des participations sont interdites (comme par exemple, les cliniques ou les pharmaciens, qui ne peuvent donc détenir tout ou partie d'une SEL). Un tiers, non exerçant, ne

peut détenir plus de 25 % du capital et des droits de vote. Mais dans certaines formes, par le jeu de la déconnexion droits de vote/droits financiers, il peut détenir la majorité des droits financiers, économiques produits par la SEL.

La constitution et le fonctionnement de toute SEL étant soumis au contrôle ordinal, ces sociétés sont donc réglementées et leur gouvernance partiellement encadrée : les conditions de décisions sont fixées aux statuts et doivent répondre aux impératifs fixés au code de déontologie médicale et réglementairement imposés pour les professions médicales. Des compléments ou départs sont observés et inclus dans des pactes, protocoles extra statutaires ; ceux-ci sont à communiquer aux instances ordinaires et ne peuvent contenir dans l'esprit ou l'application de dispositions contraires à cet encadrement légal ou porter atteinte à l'indépendance d'exercice. De plus, la composition du capital et les quotités de détention sont soumises à communication ordinaire.

Les SEL ont la personnalité morale par leur immatriculation (SIRET) et à ce titre sont des sujets de droits qui peuvent être titulaires de droits et d'obligations (exercice, accès aux plateaux techniques, actions de coopération, autorisation d'activité ou de sites, etc.). La société peut conclure tout engagement, convention ou garantie, au support de l'activité et de l'exercice de la profession des associés la constituant. Les dirigeants sont associés professionnels en exercice dans la SEL (la forme de SELAFA permet des tiers externes mais de façon limitée).

L'exercice est exclusif à la SEL ; un médecin ne peut en outre exercer que dans une autre SEL et ne peut pas détenir plus de deux participations dans une SEL.

Par ailleurs, les majorités d'agrément d'un nouvel associé exerçant au sein de la SEL sont fixées légalement et s'imposent aux associés ; elles sont différentes d'une forme à l'autre (3/4 des associés médecins exerçants pour les SELARL, 2/3 des associés médecins exerçants pour les SELAS).

A noter que pour permettre une meilleure organisation et maîtrise du capital par les professionnels en exercice au sein de la SEL, le législateur a créé les sociétés de participation financière des professions libérales (SPFPL) ; cette forme, réglementée par l'Ordre et par l'Ordonnance n°2023-77 du 8 mars 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées, succède à la loi n° 90-1258 du 30 décembre 1990. **La SPFPL n'est pas une société d'exercice, mais un outil capitalistique qui permet aux médecins radiologues associés de détenir indirectement par cette société une participation dans une SEL** (ils doivent toutefois détenir individuellement et par participation directe un titre au moins dans la SEL dans laquelle il exerce ; ce lien est nécessaire pour permettre l'exercice médical).



3. LES PRINCIPAUX OUTILS AU SUPPORT DE L'ORGANISATION DES MOYENS NÉCESSAIRES AUX ACTIVITÉS DES MÉDECINS RADIOLOGUES LIBÉRAUX

Comme tout entrepreneur, le médecin libéral ou le groupe (constitué en SDF ou SEL) doit recourir pour organiser et optimiser ses moyens (humains, techniques, informatiques, etc.), à des outils ; ce peut être sous forme de contrats, comme exposé précédemment, mais la pérennité et la stabilité des relations est parfois difficile à garantir ; ce peut être aussi par voie de groupements, par sociétés, par association ou groupement d'intérêt économique (GIE) ou encore de groupement coopération sanitaire (GCS) - ces deux derniers étant aussi utilisés en matière de coopération public/privé.

→ La société civile de moyens (SCM) :

Personne morale de droit privé immatriculée (SIRET), la société civile de moyens (SCM) est une forme sociétaire très souple, adaptable aux projets médico-techniques de tout radiologue ou groupe de médecins radiologues.

De nature civile, elle n'accueille en son sein que des entités de même nature civile [ce qui exclut de facto les sociétés commerciales telles que les cliniques ou les sociétés de plateaux techniques (SA, SARL, SAS)], personne physique (professionnel de santé) ou personne morale (SEL ou SCP par exemple).

Son objet exclusif est la mise en commun de moyens ; en aucun cas, elle ne peut exercer la profession de médecin. Ses finalités sont très diverses, du fait de sa grande polyvalence et de sa grande liberté d'organisation interne, en gouvernance comme en gestion ; quelques exemples : mise en commun de personnel, mise en com-

mun d'équipements matériels lourds, mise en commun de biens et services divers (consommables, bureautique, standard, etc.).

Elle est administrée par un ou plusieurs gérants et par décision collective des associés. Les statuts détermineront les pouvoirs relevant des gérants et de l'assemblée ; peuvent ainsi être déterminés des seuils d'investissements ou d'engagement au-delà desquels ce sera la collectivité des associés qui décidera.

La SCM est principalement régie par le code civil et les statuts qui la matérialise. Son fonctionnement budgétaire et financier comme les modalités d'organisation ou de répartition des moyens entre les associés seront généralement traduits dans un règlement intérieur. En matière de coopération, la SCM est parfois utilisée comme support aux maisons médicales ou pour organiser un circuit patient spécifique.

Ses statuts fixeront aussi les conditions d'agrément ou d'exclusion d'un membre (notamment des entités assujetties à TVA ou en cas de changement de contrôle lors d'un regroupement professionnel par exemple).

→ L'association loi 1901 :

Outil de nature civile, ancien, mais toujours utilisé, l'association loi 1901 permet de **fédérer des médecins radiologues ou groupes, du même ou de territoires de santé différents autour d'un projet commun, d'une action ou d'une représentation commune**, comme par exemple en matière de filières de soins ou de télémedecine. L'association pourra alors être le porte-parole représentatif de ses membres de la communauté d'intérêts qu'ils ont placés dans celle-ci. L'association pourra également promouvoir des actions de communication, de publication ou de formation.

Son administration (bureau, président, secrétaire, trésorier notamment) et son fonctionnement restent souples et adaptables à l'évolution des partenariats créés.

→ La société civile :

A mi-chemin entre la SCM et l'association, la société civile a pour objet de fédérer les médecins ou groupes associés sur une action ou une représentation spécifique comme par exemple la gestion d'une participation ou de temps d'exercice sur un plateau technique de scanner ou d'IRM. Elle peut également les regrouper pour une prise de participation dans un groupement d'intérêt économique ou un groupement de coopération sanitaire qui disposerait d'autorisations d'EML et gérer ainsi à travers cette participation et leurs droits au sein de la société civile la répartition de l'activité d'imagerie en coupe. Régie par le droit civil et dotée d'une personnalité morale de droit privé, immatriculée (SIRET), elle représentera

ses membres et pourra prendre tout engagement entrant dans son objet ; son administration reste souple et au travers d'une cogérance et des assemblées générales.

→ Le groupement d'intérêt économique (GIE) :

Le groupement d'intérêt économique (GIE) a été créé par l'ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 et est utilisé dans de nombreux secteurs : bancaires, industriels, technologiques, ressources humaines, etc. **Son objet est de faciliter ou développer l'activité de ses membres, ainsi que d'améliorer ou d'accroître les résultats de celle-ci.** Son activité doit se rattacher à l'activité économique de ses membres : chaque membre du groupement doit exercer une activité économique qui trouve son prolongement dans celle du GIE. C'est donc naturellement que le GIE a trouvé sa place en imagerie médicale : mutualisation des personnels, gestion des services informatiques, call center, locaux, détenteur d'autorisation EML, etc. En matière de coopération, ce type de groupement permet de porter les mutualisations de moyens entre secteur public et secteur libéral (mais sans pour autant porter l'activité). De nombreuses coopérations et investissements en imagerie en coupe sont réalisés par le truchement des GIE au sein duquel sont membres un établissement public de santé et un ou plusieurs groupes libéraux.

Personne morale de droit privé dont la constitution et le fonctionnement sont codifiés aux articles L251-1 et s. du code de commerce, immatriculé (SIRET), le GIE est administré par un ou plusieurs administrateurs, nommés par les membres dans les conditions définies à la convention constitutive. Leurs pouvoirs et ceux dévolus à la collectivité des membres (assemblées) sont déterminés avec une grande liberté et une forte souplesse. Les conditions de fonctionnement des services et biens promus par le groupement comme les règles d'affectation des charges et redevances peuvent être fixées dans un règlement intérieur qui restent adaptables.

Les conditions d'agrément ou de retrait sont également fixées par les statuts ; des critères particuliers, distinctifs, peuvent être introduits ainsi qu'une période minimale d'engagement.

→ Le groupement de coopération sanitaire (GCS) :

Outil de coopération public/privé, et porté spécifiquement par le code de la santé publique - article L.6133-1 et s. et R.613361 et s. (et dans sa version médico-sociale par le code de la sécurité sociale), le groupement de coopération sanitaire est une personne morale, dotée de la personnalité morale par approbation de sa convention constitutive par le directeur général de l'ARS.

Au moins un des membres doit être établissement de santé ; à défaut, le groupement ne pourra être reconnu dans une forme GCS.

Sa nature juridique dépend de sa composition : constitué exclusivement entre entités de droit public, il sera de droit public ; constitué entre des médecins libéraux (exerçant individuellement ou en société) et un établissement public, il sera aussi de droit public. Les conventions qu'il conclura seront influencées par cette nature (notamment concernant les mises à disposition ou le recrutement de personnels) ainsi que son fonctionnement budgétaire (les GCS de droit public sont soumis à l'obligation d'une nomenclature comptable et budgétaire publique avec la présence d'un agent comptable).

Trois grandes familles de GCS existent, déterminées en fonction des objets confiés au groupement :

- GCS établissement de santé qui détiendra et exploitera des autorisations (il sera établissement de droit privé ou de droit public, selon sa nature) ; son échelle tarifaire lui sera déterminée ;
- GCS de moyens qui aura pour objet de mutualiser des moyens pour faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres, organiser et gérer des fonctions logistiques, réaliser ou gérer des équipements communs, permettre l'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux exerçants ;
- GCS exploitant, dont l'objet est d'exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres (des mentions spécifiques sur ces autorisations, leurs gestions déléguées et les responsabilités encourues seront introduites dans la convention constitutive) ;

La convention constitutive sera généralement accompagnée d'un règlement intérieur détaillant le fonctionnement opérationnel et technique du groupement.

La gouvernance est encadrée : le code de la santé spécifie les compétences relevant exclusivement de l'assemblée des membres (et les conditions de vote et de majorité) et celles relevant de l'administrateur, seul organe dirigeant institué (un suppléant est intronisé en cas de carence). Le fonctionnement organique est donc contraint et peu de place est réservé aux membres et à leur volonté d'organisation ou de représentation.

Par ailleurs, un rapport d'activité annuel est à remettre à l'ARS. Le directeur dispose également d'un pouvoir fort de dissolution du groupement en cas de manquement grave ou réitéré à ses obligations légales ou réglementaires. Cette tutelle peut être contraignante dans l'administration et la gestion des équipements, plateaux techniques et équipes dépendant d'un GCS.

→ **Le plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) :**

Ce n'est pas en soi une entité de coopération, dotée de la personnalité morale et donc en capacité de porter des engagements ou investissements et de conclure en tant que telles des conventions.

Le plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) répond à un appel à projet, présenté à et par l'ARS et qui répond à des besoins de santé spécifiques, non couverts.

Ce projet, concept « médical/médico-technique » sera animé et porté par une personne morale de coopération, GIE ou GCS, et parfois avec un réseau de conventions accompagnantes.

La durée d'une autorisation de PIMM est de 7 ans ; la coopération se trouve donc chronométrée dans sa mise en œuvre et sa pérennité suspendue à la poursuite ou non de sa configuration.

Les conditions de rémunération des praticiens exerçants dans le cadre de ces plateformes d'imagerie mutualisées peuvent déroger aux règles statutaires et conventionnelles (c'est là presque le seul attrait).

Le PIMM est réglementé dans sa conception et sa reconnaissance ARS par l'article L.6122-15 du code de la santé publique mais son déploiement nécessitera de recourir à d'autres outils.

→ **Les sociétés commerciales de plateaux techniques (SA, SARL, SAS) :**

La nécessité de fédérer des groupes de médecins libéraux et des groupes avec des cliniques (sujets de droit privé et constitués sous forme de sociétés commerciales) ainsi que les besoins d'investissements (techniques, équipementiers, immobiliers, etc.) ont conduit à la **création entre médecins ou entre médecins et cliniques à des sociétés commerciales de type société à responsabilité limitée (SARL), société anonyme (SA) ou société par actions simplifiée (SAS) dont l'objet est la détention et l'exploitation d'équipements matériels lourds.**

Ces sociétés sont réglementées dans leur forme, leur constitution et leur fonctionnement organique par les dispositions du code de commerce des formes sociales concernés. Le fonctionnement opérationnel du plateau technique obéira quant à lui au respect des normes professionnelles (HAS, ASN, etc.) et dépendra de l'autorisation d'EML accordée à la société.

Les conditions de gouvernance, d'agrément d'un nouvel associé, de retrait ou d'exclusion, de changement de contrôle, etc. fonctionneront selon les dispositions commerciales les régissant et les dispositions spécifiques qu'il est possible d'introduire aux statuts. L'indépendance d'exercice ne sera pas garantie ni protégée par la forme sociale mais par le pacte des associés ou toute convention extra statutaire (convention d'exercice par exemple) conclue par le médecin radiologue. Il

s'agit donc de coopérations fragiles, qui reposent sur la bonne foi dans la définition comme l'exécution des engagements et requièrent donc une attention particulière dans son pilotage.

4. QUELS CRITÈRES DE CHOIX ?

Il n'existe pas de solution ni de modèle unique ; l'outil à choisir ou la combinaison à retenir dépend du projet médical et entrepreneurial dans lequel souhaite s'investir les radiologues. Certes la qualité des cocontractants et les finalités recherchées du partenariat orienteront vers une forme conventionnelle (contrat) ou organique (société, groupement) ; bien souvent, ce sera une combi-

naison d'outils ou une gradation dans le déploiement du projet.

Il importe cependant que les outils retenus soient conçus pour être adaptés et adaptables ;

un cadre formel, trop rigide, bloquerait l'objet et les relations entre parties ce qui aboutirait à résilier ou dissoudre le partenariat. Il importe aussi de se poser les bonnes questions : quels engagements, quels investissements, quelles responsabilités, quelles gouvernances notamment, et avant toute chose, pour quelles finalités le médecin - ou le groupe de radiologues - souhaite-t-il structurer son exercice et ses moyens ? ●

PUBLI-REDACTIONNEL

LE LABEL LABELIX® POUR LES ÉQUIPES : VALORISER POUR IMPLIQUER ET FIDÉLISER SES COLLABORATEURS

Pour la majorité des individus, le label Labelix est synonyme de réglementations et de procédures. Or, le label Labelix ne s'arrête pas à cela, loin de là. En effet, par son contenu et ses exigences, le référentiel Labelix couvre des thèmes clés humains donnant plusieurs avantages et bénéfices aux collaborateurs, notamment :

- **1. Meilleure organisation et structure** : une démarche qualité mise en place efficacement permet de mieux organiser les processus de travail (harmonisation, protocoles, procédures, façon de faire), clarifier les rôles et responsabilités des collaborateurs et fournir des méthodes pour améliorer le quotidien.
- **2. Contribution des équipes** : Labelix donne l'opportunité aux services d'imagerie de désigner des référents ayant le rôle clé d'assurer la maîtrise et l'efficacité de leur processus (hygiène, identitovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, ...). Ce rôle complémentaire permet de professionnaliser, valoriser ses collaborateurs et de les impliquer dans le projet commun souhaité par la direction.
- **3. Satisfaction au travail** : en travaillant dans un environnement où la qualité et les rôles sont valorisés, les collaborateurs peuvent ressentir une plus grande satisfaction et un sentiment de fierté dans leur travail. En effet, une démarche qualité peut offrir une reconnaissance pour les efforts accomplis et pour les résultats obtenus.
- **4. Sécurisation de l'environnement de travail** : toute entreprise craint pour la santé et l'intégrité de ses collaborateurs. L'accident de travail est la bête noire pour le maintien et la continuité des activités. De ce postulat, l'approche Labelix permet de s'assurer que les risques auxquels les salariés sont exposés sont suffisamment compris et maîtrisés et que l'environnement

de travail (locaux, salles d'examen, ...) et équipements utilisés atteignent un niveau de sécurité optimal dans leur utilisation quotidienne.

- **5. Développement des compétences** : la mise en place d'une démarche qualité peut également offrir des possibilités de formation et de développement des compétences pour les collaborateurs exprimés en partie lors des entretiens professionnels. Par exemple, cela peut inclure les formations aux bonnes pratiques de travail, au suivi des formations obligatoires en radioprotection, ...).
- **6. Amélioration de la communication** : la démarche qualité peut également améliorer la communication entre les collaborateurs et les différents services du centre d'imagerie. En effet, une meilleure compréhension des processus de travail peut aider à mieux comprendre les besoins de chacun et à faciliter les échanges d'informations.

En somme, une démarche qualité est bénéfique pour les collaborateurs car elle permet d'améliorer l'efficacité et l'efficience des processus de travail, ce qui peut aider à créer un environnement de travail plus agréable, plus structuré et plus stimulant pour les employés.

Pour finir, dans le contexte actuel de sous-effectif et de difficultés de recrutement, il est fondamental de chercher et parvenir à fidéliser ses collaborateurs plutôt que de chercher sans cesse à en recruter d'autres. La mise en place du label Labelix vous aide à structurer cette approche.

Romain LEBOULANGER
Carron Consultants

Quel que soit votre mode d'exercice, engagez-vous dans la démarche **qualité Labelix**, pour vos patients, vos équipes, vos structures.

Si vous n'êtes pas encore labellisés, demandez la documentation pour entrer dans la démarche à : info@labelix.org

LABELIX

CONTACTEZ-NOUS

LABELIX · 168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris

Tél. 01 82 83 10 21 · Fax : 01 45 51 83 15 · info@labelix.org

L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES RÉGLEMENTÉES

PRISE SUR LE FONDEMENT DE LA LOI DU 14 FÉVRIER 2022 EN FAVEUR DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE INDÉPENDANTE, L'ORDONNANCE¹ TANT ATTENDUE ET RELATIVE À L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES RÉGLEMENTÉES VIENT DE PARAÎTRE.



Maître Marie-Christine DELUC
Cabinet Auber



Maître Alix DOMAS-DESCOS
A2D Avocats

Cette « réforme » s'inscrit dans une volonté générale de rendre plus lisibles et accessibles les règles applicables à l'exercice sous forme de société ; elle vise également à lutter contre la complexité des multiples régimes d'exercice ouverts.

Aux motifs que :

L'exercice sous forme de société, bien qu'il demeure minoritaire chez les professionnels libéraux, est de plus en plus prisé (le recours à la forme sociétaire est ainsi passé de 26.6% à 31.1% en 2017) car il répond au besoin croissant d'investissement des professionnels dans leur structure.

Selon le Gouvernement, la complexité des règles applicables à cet exercice, leur opacité, la multiplication des régimes d'exercice ouverts et l'empilement des textes sont autant d'éléments dissuasifs pour les professionnels.

Que retenir : Quels apports, modifications ou évolutions relever ?

Les objectifs de cette ordonnance :

- simplifier et mettre en cohérence les règles relatives aux professions libérales soumises à un statut législatif et réglementaire particulier,

- faciliter le développement et le financement des structures d'exercice des professions libérales à l'exclusion de toute ouverture supplémentaire à des tiers du capital et des droits de vote,
- sécuriser l'exercice et renforcer l'indépendance des professionnels.

Entrée en vigueur

Les dispositions de l'ordonnance entrent en vigueur au 1^{er} septembre 2024.

Des dispositions transitoires sont toutefois prévues en faveur de certaines sociétés (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA, SPFPL, etc.), qui disposent d'un an à compter de cette entrée en vigueur pour se mettre en conformité avec certaines exigences.

LES DISPOSITIONS DE L'ORDONNANCE ENTRENT EN VIGUEUR AU 1^{ER} SEPTEMBRE 2024.

Principalement, une codification à droit constant :

Sont donc abrogées la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles et la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, dont la substance est reprise au sein de l'ordonnance.

(1) Ord. n° 2023-77, 8 févr. 2023 : JO 9 févr. 2023 : Conseil des ministres, 8 février 2023



Il s'agit donc pour l'essentiel d'une codification à droit constant et d'une mise en cohérence des différentes options ouvertes pour l'organisation de l'exercice professionnel.

Le professionnel exerçant au cœur de l'exercice

L'ordonnance, dans son souci de clarification, a redéfini les professions libérales réglementées et la délimitation des contours des trois familles les regroupant (les professions de santé, les professions juridiques et judiciaires et les professions techniques et du cadre de vie).

Ces professions sont soumises à un statut législatif ou réglementaire où leur titre est protégé. Elles sont tenues, quel que soit le mode d'exercice de leur profession et conformément aux textes qui régissent leur accès et leur exercice, au respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle susceptibles d'être sanctionnés par l'autorité compétente en matière disciplinaire.

Dans le domaine de la santé, les professions libérales réglementées regroupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du patient, des prestations mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées.

Le professionnel exerçant demeure la personne physique ayant qualité pour exercer de façon indépendante et conformément aux textes qui régissent sa profession.

Le professionnel exerçant conserve donc son statut protégé et les règles déontologiques ou normes professionnelles spécifiques qui lui sont applicables.

La réalisation des actes de gestion ne confère pas la qualité de professionnel exerçant.

Concernant les sociétés civiles professionnelles et les sociétés en participation :

Les dispositions pré existantes concernant les SCP sont reprises au sein de l'ordonnance.

A noter que l'ordonnance prévoit la possibilité désormais pour les personnes morales d'être associées au sein d'une société en participation (SEP) de professions libérales.

Cette disposition est de nature à permettre aux associés quel que soit leur mode d'exercice de mettre en commun leurs honoraires et de permettre à chaque associé, professionnel exerçant de la SEP d'exercer au sein de la structure de son choix.

Le maintien des SCM

Comme précédemment les SCM sont une des formes permettant l'organisation des moyens d'exercice : leur objet exclusif restant, comme actuellement, de faciliter à chacun de leurs membres l'exercice de leur activité.

Concernant les SEL :

Une présentation améliorée des règles de constitution et de fonctionnement

La loi de 1990 était devenue, au gré des réformes, illisible. Les dispositions codifiées permettent désormais une présentation plus lisible des caractéristiques essentielles des sociétés d'exercice libéral (constitution, dénomination, exercice, etc.). Des décrets complémentaires, profession par profession, restent possibles et vont être pris. Il faudra être vigilant quant à l'évolution des règles spécifiques des SEL gouvernant l'exercice médical et regroupées au sein de la partie réglementaire du Code de la Santé Publique.

Le maintien des règles actuelles sur la détention du capital et la répartition des droits de vote en SEL

Les dispositions spécifiques actuelles sur les règles de détention du capital, notamment par un tiers non exerçant et sur la répartition du capital et des droits de vote demeurent.

Les participations interdites ou encadrées peuvent être réglementées par décret lorsque cette détention serait de nature à mettre en péril l'exercice de la profession dans le respect de l'indépendance des professionnels exerçants associés et de leurs règles déontologiques propres.

L'encadrement statutaire des modalités de retrait d'un associé exerçant en SEL

Autres mesures de clarification : il est désormais spécifié que les statuts peuvent prévoir les modalités de retrait d'un associé professionnel exerçant.

Il est vrai qu'en pratique le retrait d'un associé exerçant donnait quelques fois lieu à de cocasses conciliations ou transactions.

Les mesures statutaires ou portées au règlement intérieur pourront donc être reprises et retravaillées.

Des règles de gouvernance SEL et de pouvoir de décision maintenues

Les règles de gouvernance sont réaffirmées autour de la notion de l'associé dirigeant professionnel exerçant son activité au sein de la SEL, dans les règles actuelles et selon les formes dévolues à la société (SELARL, SELAS, SELAFA, commandite).

Les dirigeants restent les associés professionnels en exercice au sein de la société.

Force est de constater qu'il n'est pas, par cette ordonnance, apporté de modification ou d'interdiction sur les modalités de droits de vote qui peuvent toujours être déconnectées de la détention du capital. Le principe des actions de préférence n'a pas été remis en cause.

Des montages avec des tiers extérieurs et non exerçants qui détiendraient 99 % des droits financiers resteraient donc possibles, avec les mêmes limites dont l'indépendance d'exercice, le respect des règles de gouvernance et des répartition assignées droits de vote / capital.

Concernant les SPFPL :

Extension de l'objet et obligation renforcée de communication ordinale

Les Sociétés de Participations Financières des Professions Libérales, constituent un outil de gestion capitalistique apprécié des professionnels pour favoriser le développement économique et la structuration des groupes, notamment en imagerie médicale.

Leur périmètre a été élargi à la détention, la gestion et l'administration de tous biens et droits immobiliers et à la fourniture de prestations de services, sous réserve toutefois, comme c'était déjà le cas, que ces missions soient destinées exclusivement au fonctionnement des sociétés ou groupements dans lesquels elles détiennent une participation.

Les personnes morales peuvent désormais être admises comme associées au sein des SPFPL, y compris les personnes européennes ; les SPFPL peuvent être mono professionnelles ou pluri professionnelles notamment pour les professions juridiques, d'expert-comptable ou techniques. Une nouvelle disposition relative à la survivance des holdings est notamment introduite afin d'éviter

LES DIRIGEANTS RESTENT LES ASSOCIÉS PROFESSIONNELS EN EXERCICE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ.

aux professionnels des dissolutions non voulues en cas de transmission d'une SEL unique détenue par une SPFPL.

L'indépendance, une caractéristique essentielle remise en avant

Par un contrôle accru des Ordres et/ou Autorités compétentes auxquels, **une fois par an**, la société (y compris les SPFPL) adresse un état de la composition de son capital social et des droits de vote afférents, ainsi que la version à jour des statuts.

Doivent également être adressées par les associés de la société, les conventions contenant des clauses portant sur l'organisation et les pouvoirs des organes de direction, d'administration, ou de surveillance ayant fait l'objet d'une modification au cours de l'exercice écoulé.

Il s'agit ici de restaurer le contrôle ordinal de l'indépendance d'exercice et de tenter de mettre fin à des usages de communication partielle, notamment des pactes et conventions qui pourraient, dans leur esprit ou leurs effets, être contraires aux dispositions légales. Etant rappelé que le défaut de communication comme la communication partielle constituent des motifs de poursuites disciplinaires.

Dans le même souci de protection de l'indépendance du professionnel exerçant, l'ordonnance permet le rachat par la société de ses parts ou actions à l'expiration des délais légaux de détention des titres, en cas de retrait du professionnel exerçant ou en cas de décès (auprès de ses ayants droit) ; cela contribue à clarifier les conditions de détention autour des associés exerçant et limite les cas de détention contraires à l'esprit des textes.

Les délais de mise en conformité pour satisfaire aux exigences de détention du capital et des droits de vote sont portés d'un à deux ans pour permettre une transition négociée plus aisée et la régularisation des situations non conformes aujourd'hui.

Quid des sociétés qui ne sont pas dans les clouds ? Aura-t-on un contrôle renforcé et audité par l'Ordre des schémas actuels ou à venir ? ●

L'ORDONNANCE SUR L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES RÉGLEMENTÉES

NOUS VOUS PRÉSENTONS, CI-DESSOUS, AVEC LEUR AIMABLE AUTORISATION, L'ANALYSE DES SERVICES JURIDIQUES DU SYNDICAT DES BIOLOGISTES MÉDICAUX, BIOMED, SUR L'ORDONNANCE RELATIVE À L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES RÉGLEMENTÉES.



Dans le cadre du plan sur le travail indépendant présenté par le président de la République le 16 septembre 2021, la direction générale des entreprises (« DGE ») a mené pendant plusieurs mois une réflexion sur les règles applicables aux professions libérales réglementées, en concertation avec les représentants de ces profes-

sions, dont le syndicat Les Biologistes Médicaux (Les BIOMED), pour les biologistes médicaux.

C'est à la suite de ces discussions qu'a été publiée, le 8 février 2023, l'ordonnance relative à l'exercice en société des professions libérales règlementées¹ (« PLR »), qui abroge la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 relative aux SEL, la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles, et vise à regrouper d'une façon plus claire et intelligible les grands principes applicables aux professionnels exerçant leur profession libérale au sein de sociétés.

Les BIOMED

ANALYSE DE L'ORDONNANCE N°2023-77 DU 8 FÉVRIER 2023 RELATIVE À L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ DES PROFESSIONS LIBÉRALES RÉGLEMENTÉES

Au-delà des modifications tendant à la simplification et à la clarification du texte, l'ordonnance définit désormais **trois « familles de professions »**, les biologistes médicaux étant inclus dans celle des « *professions de santé* » dont le régime commun est posé aux articles 68 à 79 de l'ordonnance :

L'ordonnance définit également des notions essentielles que sont la « *profession libérale réglementée* », et le « *professionnel exerçant* » (défini comme la personne physique inscrite à l'ordre, et réalisant « *de façon indépendante des actes relevant de sa profession ou de son ministère* »).

Les notions d'« *organe professionnel* » et de « *principe d'indépendance* », qui avaient été définies dans le projet d'ordonnance (le principe d'indépendance l'étant par référence à sa fina-

« L'ORDONNANCE DÉFINIT ÉGALEMENT DES NOTIONS ESSENTIELLES QUE SONT LA PROFESSION LIBÉRALE RÉGLEMENTÉE, ET LE PROFESSIONNEL EXERÇANT ».

lité de « *garantir sa capacité à prendre des décisions professionnelles libres de toute influence extérieure* »), ne le sont plus dans la version définitive, ce dont on peut s'étonner alors que

(1) www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047106119



l'indépendance professionnelle est l'un des principes communs à l'ensemble des professions libérales réglementées.

De façon plus spécifique aux biologistes médicaux, tout au long de la concertation menée avec la DGE, les Biomed ont rappelé **les menaces pesant actuellement sur l'indépendance professionnelle des biologistes médicaux**, et tenté de limiter certains excès. En particulier, les Biomed recommandaient :

- **s'agissant des droits financiers des associés professionnels au sein des sociétés d'exercice**, de s'assurer que les professionnels détiennent des droits financiers - et non pas seulement décisionnels - leur assurant collectivement la majorité des droits financiers, ou de limiter les droits financiers et décisionnels pouvant être octroyés aux associés non professionnels, en s'assurant que ceux-ci ne leur octroient pas un contrôle de fait de la société d'exercice ;
- **s'agissant des droits décisionnels des associés professionnels**, d'empêcher la mise en œuvre, au sein des groupes, de comités contrôlés par des associés non professionnels détenant de facto des droits de nature à retirer aux biologistes médicaux l'indépendance résultant de leur détention majoritaire du capital ;
- **de renforcer significativement les pouvoirs de contrôle des ordres compétents**, s'agissant de

LES ACTIONS DE PRÉFÉRENCE NE PEUVENT CONDUIRE À DONNER AUX ASSOCIÉS NON PROFESSIONNELS LA DIRECTION DE FAIT DE LA SOCIÉTÉ.

l'indépendance des associés professionnels, notamment au vu de leurs droits financiers et décisionnels effectifs au sein de la société d'exercice.

Si l'ordonnance inclut certaines avancées, en réponse aux demandes portées par les Biomed, elle est loin de résoudre l'ensemble des difficultés soulevées.

En premier lieu, la loi d'habilitation n'autorisant pas le gouvernement à procéder à une « *ouverture supplémentaire à des tiers extérieurs à ces professions du capital et des droits de vote* », l'ordonnance ne modifie pas les règles sur ces sujets sensibles.

La loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 étant abrogée, le régime applicable aux « SEL dérogatoires » disparaît. L'ordonnance prévoit que les sociétés disposent d'un **délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de la présente ordonnance pour se mettre en conformité** avec les exigences de celui-ci (article 134 de l'ordonnance) à l'exception des obligations d'information des ordres (prévues à l'article 44 de l'ordonnance, cf. infra).

Sur la demande des Biomed, l'article 50 prévoit des limites (minimales) à l'octroi d'actions de préférence aux associés non-professionnels, en indiquant que « *les droits particuliers attachés aux actions de préférence mentionnés à l'article L.228-11 du code de commerce ne peuvent faire obstacle ni à l'application des règles de répartition du capital et des droits de vote, ni aux dispositions relatives à la gouvernance mentionnées aux articles 58, 59 61 et 62* », ce qui revient à rappeler que les droits particuliers attachés aux actions de préférence ne peuvent conduire à donner aux associés non professionnels la direction de fait de la société.

Malgré les demandes faites par les Biomed de limiter les « *droits décisionnels* » accordés aux sein des sociétés d'exercice à des associés non-professionnels (investisseurs), et alors que figurait dans le dernier projet d'ordonnance un article précisant que les organes statutaires ou extra-statutaires « *ayant pour objet de contrôler les décisions prises par la société* » étaient soumis aux mêmes règles de composition que les organes légaux visés par les articles 56 et suivants de l'ordonnance, cet article a été écarté de la version définitive de l'ordonnance. Il est seulement clarifié le fait que dans la SELAS, non seulement le président mais également « *les dirigeants* », ce qui inclut notamment d'éventuels directeurs généraux, ou les membres d'un conseil d'administration, doivent être des professionnels exerçant au sein de la société (article 61).

Pour répondre à la préoccupation de la profession tenant à la faible effectivité du contrôle exercé par les ordres sur l'indépendance effective des biologistes au sein des sociétés d'exercice, l'ordonnance clarifie l'obligation faites aux sociétés d'exercice d'adresser à l'ordre les éventuels pactes d'associés (« *les conventions contenant des clauses portant sur l'organisation et les pouvoirs des organes de direction, d'administration et de surveillance ayant fait l'objet d'une modification* », article 44 de l'ordonnance).

En revanche, en parallèle de l'information sur « *la composition de son capital social et des droits de vote* » il n'est pas prévu d'information sur les droits financiers et décisionnels détenus par les associés non professionnels dans la version définitive de l'ordonnance, privant les ordres professionnels d'une vision complète des pouvoirs au sein des sociétés d'exercice.

S'agissant des sociétés de participation financière de professions libérales, il est précisé que celles-

« L'ORDONNANCE CLARIFIE L'OBLIGATION FAITES AUX SOCIÉTÉS D'EXERCICE D'ADRESSER À L'ORDRE LES ÉVENTUELS PACTES D'ASSOCIÉS ».

ci peuvent « *détenir, gérer et administrer tous biens et droits immobiliers et fournir des prestations de services, sous réserve que ces activités soient destinées exclusivement aux sociétés ou groupements dans lesquels elles détiennent des participations. Sous cette réserve, elles peuvent notamment détenir des parts sociales ou actions de toute société à forme civile ou commerciale aux seules fins d'acquérir et d'administrer des immeubles.* » (article 110). ●

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE LA SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE

Ordonnance n° 2023-77 du 8 février 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées

NOR : ECOI2232830R

Le Président de la République,

Sur le rapport de la Première ministre, du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et de la ministre déléguée auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des petites et moyennes entreprises, du commerce, de l'artisanat et du tourisme,

CHAPITRE II

DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Article 68

Les dispositions du présent chapitre sont applicables aux sociétés constituées pour l'exercice d'une profession de santé au sens de l'article 2.

Section 1

De la détention du capital et des droits de vote

Article 69

Par dérogation à l'article 46, plus de la moitié du capital social de la société d'exercice libéral peut aussi être détenue :

1° Par tout professionnel exerçant la profession constituant l'objet social de la société ou par toute personne morale exerçant l'objet social de la société ;

2° Par des sociétés de participations financières de professions libérales, à condition que la majorité du capital et des droits de vote de celles-ci soit détenue par tout professionnel exerçant la profession constituant l'objet social de la société ou par toute personne morale, établis en France ou par une personne européenne au sens de l'article 4, exerçant la profession constituant l'objet social de la société d'exercice faisant l'objet d'une prise de participations.

Des décrets en Conseil d'Etat peuvent écarter l'application du présent article afin de tenir compte des nécessités propres à chaque profession et dans la mesure nécessaire au bon exercice de la profession concernée, au respect de l'indépendance de ses membres ou de ses règles déontologiques propres.

Article 70

Afin de tenir compte des nécessités propres à chaque profession, des décrets en Conseil d'Etat peuvent prévoir que des personnes autres que celles mentionnées aux articles 46 et 47 puissent détenir une part, qu'ils fixent, inférieure à la moitié du capital des sociétés constituées sous la forme de sociétés à responsabilité limitée, de sociétés par actions simplifiées ou de sociétés à forme anonyme. Toutefois, ces personnes ne peuvent détenir individuellement plus du quart du capital.

Les statuts d'une société constituée sous la forme d'une société en commandite par actions peuvent permettre aux personnes mentionnées à l'alinéa précédent de détenir individuellement une part du capital pouvant être supérieure au quart de ce capital, tout en restant inférieur à la moitié de celui-ci.

Article 71

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 225-123 du code de commerce, aucun droit de vote double ne peut être attribué aux actions des sociétés constituées sous la forme de sociétés à responsabilité limitée, de sociétés par actions simplifiées ou de sociétés anonymes, lorsqu'elles sont détenues par des actionnaires autres que des professionnels exerçants réalisant leur activité au sein de la société.

Lorsque les statuts prévoient qu'il est créé ou que pourront être créées des actions à droit de vote double, celles-ci sont attribuées à tous les actionnaires ayant la qualité de professionnel exerçant et réalisant leur activité au sein de la société. Il peut être prévu que cette attribution est suspendue à la condition d'une ancienneté dans l'actionnariat qui ne pourra dépasser deux années.

Par dérogation à l'article L. 225-124 du code de commerce, les actions à droit de vote double transférées, pour quelque cause que ce soit, perdent leur droit de vote double dès lors que le bénéficiaire du transfert n'est pas un professionnel en exercice au sein de la société.

Article 72

Les parts sociales ou les actions peuvent faire l'objet du contrat de bail prévu aux articles L. 239-1 à L. 239-5 du code de commerce au seul profit de professionnels salariés ou de collaborateurs libéraux en exercice au sein de la société qui deviennent alors associés.

Article 73

Un décret en Conseil d'Etat peut préciser les conditions dans lesquelles les associés peuvent mettre des sommes à la disposition de la société, au titre de comptes d'associés. Ce décret fixe, notamment, le montant maximum des sommes susceptibles d'être mises à la disposition de la société et les conditions applicables au retrait de ces sommes. Il peut comporter des dispositions différentes selon la forme sociale choisie ou selon la catégorie d'associé concernée au regard des articles 46 et 47.

Article 74

Afin de tenir compte des nécessités propres à chaque profession, et dans la mesure nécessaire au bon exercice de la profession concernée, au respect de l'indépendance de ses membres ou de ses règles déontologiques propres, des décrets en Conseil d'Etat peuvent limiter le nombre de sociétés constituées pour l'exercice d'une même profession libérale réglementée dans lesquelles une même personne physique ou morale peut prendre des participations, directes ou indirectes.

Section 2

Du fonctionnement de la société

Sous-section 1

Des sociétés à responsabilité limitée

Article 75

Pour l'application des dispositions de l'article L. 223-14 du code de commerce, l'exigence d'une majorité des associés représentant, au moins, les trois quarts des porteurs de parts exerçant la profession au sein de la société est substituée à celle d'une majorité des associés représentant, au moins, la moitié des parts sociales.

Sous-section 2

Des sociétés anonymes

Article 76

Nonobstant toute disposition contraire prévue par les statuts ou par une disposition législative, les cessions d'actions de sociétés d'exercice libéral à forme anonyme sont soumises à un agrément préalable donné, dans les conditions prévues par les statuts :

- 1° Soit par les deux tiers des actionnaires ayant la qualité de professionnel exerçant au sein de la société ;
- 2° Soit par les deux tiers des membres du conseil de surveillance ayant la qualité de professionnel exerçant au sein de la société s'il s'agit d'une société anonyme avec directoire et conseil de surveillance, ou par les deux tiers des membres du conseil d'administration ayant la qualité de professionnel exerçant au sein de la société s'il s'agit d'une société anonyme avec conseil d'administration.

Sous-section 3

Des sociétés par actions simplifiées

Article 77

L'agrément de nouveaux associés d'une société par actions simplifiées est donné par les associés exerçant leur activité au sein de la société à la majorité des deux tiers. Pour l'application des clauses statutaires mentionnées aux articles L. 227-16 et L. 227-17 du code de commerce, il est fait application de cette même règle de majorité.

Sous-section 4

Des sociétés en commandite par actions

Article 78

Le ou les associés commandités sont des personnes physiques, ayant la qualité de professionnel exerçant, réalisant régulièrement leur activité au sein de la société.

Article 79

L'agrément de nouveaux actionnaires commanditaires est donné par les associés commandités à la majorité des deux tiers.

MOI, RADIOLOGUE

j'ai **5** bonnes raisons

d'adhérer à la FNMR

- 1 L'union fait la force**
Parce que la FNMR est **le seul rempart** contre les baisses tarifaires
- 2 L'indépendance financière**
Pour que le médecin radiologue puisse rester maître de **son outil de travail** et garder la maîtrise de **son plateau technique**
- 3 L'équipement d'imagerie médicale**
Parce que **la FNMR défend auprès des ministères** l'augmentation du nombre d'équipements et que ses représentants régionaux soutiennent vos demandes
- 4 Le dépistage du cancer du sein**
FORCOMED, créée par la FNMR, est **la seule agréée pour la formation des 1^{ers} et 2^{nds} lecteurs du dépistage organisé** que la FNMR a lancé depuis 2004
- 5 La téléradiologie et l'intelligence artificielle**
La FNMR participe à la Charte de la téléradiologie et à l'essor de l'Intelligence Artificielle à travers **DRIM France IA**, écosystème d'IA, conçu par les radiologues, pour les radiologues

AVEC LA FNMR,

JE ME FAIS ENTENDRE ET JE DÉFENDS MON EXERCICE DE MÉDECIN RADIOLOGUE LIBÉRAL.

PLASMA RICHE EN PLAQUETTE : VERS UN TRAITEMENT DE L'ARTHROSE ?

Les résultats des recherches récentes montrent que l'arthrose (OA) doit être considérée aujourd'hui comme une maladie articulaire inflammatoire chronique de basse intensité. Il s'agit, en effet, d'une **pathologie complexe qui affecte l'ensemble des tissus articulaires** et caractérisée par une destruction progressive du cartilage articulaire, conduisant à la douleur et à la perte fonctionnelle.

L'OA est une maladie multifactorielle dans laquelle interviennent le vieillissement, les prédispositions génétiques, le sexe, les facteurs biomécaniques, l'obésité et les traumatismes. Son développement est influencé par la présence de co-morbidités telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète.

Le cartilage articulaire est un tissu conjonctif non vascularisé et non innervé qui peut subir de nombreux changements biomécaniques et biochimiques, résultant de microtraumatismes ou de modifications liées à l'âge [1]. Ces changements conduisent à une dégradation de la matrice extracellulaire (MEC) avec modification du phénotype et réduction du nombre de chondrocytes. En outre, en raison du potentiel mitotique faible des chondrocytes articulaires, ce tissu présente une capacité d'auto-réparation limitée. De ce fait des blessures mineures peuvent évoluer vers la dégénérescence du cartilage [2] [3] [4].

Aujourd'hui, **de nouvelles perspectives thérapeutiques non invasives de médecine régénérative sont testées**, telles que la régénération in vivo du cartilage par thérapie cellulaire ou l'administration de PRP (Platelet Rich Plasma).

Plusieurs études récentes chez l'animal ont en effet montré une action stimulante du PRP sur les chondrocytes à synthétiser de la MEC cartilagineuse avec un effet réparateur sur le cartilage arthrosique [5].

Les mécanismes d'action du PRP sont multiples. Avec ses activités anti-nociceptives et anti-inflammatoires, le PRP réduit la douleur et



ralentit la progression de la pathologie [6]. Il est capable de moduler les niveaux de cytokines inflammatoires et influence ainsi l'homéostasie globale de l'articulation, ce qui réduit en particulier l'hyperplasie de la membrane synoviale [7].

Le PRP est un produit dérivé du sang avec une concentration en plaquettes supérieure au niveau de base du sang [8].

Plus de 4000 molécules bioactives sont présentes dans le sécrétome plaquettaire [9]. Le PRP est ainsi une source de cytokines et de facteurs de croissance susceptibles de déterminer le comportement des chondrocytes [10]. Administré dans une articulation arthrosique, le PRP stimule la survie, l'adhérence et la prolifération des cellules mésenchymateuses multipotentes (CSM) et permet le recrutement des CSM au niveau de la lésion [11] [12]. Il stimule également la synthèse des composants de la matrice du cartilage (PG et collagène de type II) par les chondrocytes favorisant ainsi la réparation du cartilage [5] [13] [14]. Enfin certains facteurs de croissance comme TGF- β réduisent les effets cataboliques des cytokines et des MMP. Il a en effet été montré que le PRP dans un milieu de culture a une action anti-inflammatoire via la régulation négative de voies de signalisation cataboliques [11] [15] [16] [17] [18] [19] [20].

Concernant les synoviocytes dans l'arthrose, l'étude préclinique de E. Anitua et al. a montré une augmentation de la production d'acide hyaluronique (HA) en présence de PRP, ce qui suggère que le PRP dans l'injection intra-articulaire pourrait fonctionner comme une source de production endogène d'HA par les synoviocytes [21]. Les injections de PRP ont un effet direct sur la composition du liquide synovial (augmentation de la teneur en HA) et un effet indirect sur la synthèse locale d'HA par les synoviocytes [22].

Ainsi **le PRP en libérant des facteurs actifs induisant des mécanismes de régénération tissulaire, démontre des propriétés anti-arthrosique en agissant sur différentes cibles simultanément** [22] [23]. Cette action thérapeutique multi-cible permet la délivrance d'un cocktail de molécules conduisant à briser le cercle vicieux qui conduit à la progression de l'OA.

Bien que la littérature clinique soit discordante, la majorité des méta-analyses montrent que les injections intra articulaires de PRP chez les patients arthrosiques sont une alternative sûre et efficace pour réduire la douleur, et améliorer la fonctionnalité de l'articulation du genou et de la qualité de vie des patients atteints de gonarthrose.

Mais toutes les méta analyses font la même conclusion : les méthodes de préparation du Prp et les populations traitées sont trop hétérogènes

pour conclure à l'efficacité du Prp comparé à un autre traitement (HA - Corticoïdes - Serum physiologique)

En fait les ECR reviennent à comparer l'efficacité d'une vitamine (le médicament testé) à une alimentation complète (le Prp). En effet le sérum du Prp contient in fine plus de 4000 biomolécules qui interagissent sur les voies inflammatoires, anaboliques et cataboliques, et que l'on compare à un seul principe actif !!!!

Dans ces conditions, les ECR sont mal adaptés à l'analyse pertinente de l'efficacité du PRP.

Seul un registre national, colligeant une grande quantité de données (plusieurs dizaines de milliers de patients) sur les traitements par PRP en situation de vie réelle, nous permettra d'avancer sur les schémas thérapeutiques et la bioformulation du PRP adapté à chaque patient, en fonction des différents phénotypes d'arthrose. ●

Dr Alain SILVESTRE

Spécialiste d'imagerie de l'appareil locomoteur
Radiologie interventionnelle et médecine régénératrice de l'appareil locomoteur
Médecin attaché Inserm U 1034
Membre du conseil scientifique du GRIIP

Références : (Pour consulter la bibliographie complète Les renvois de note se réfèrent à la bibliographie complète de l'article sur le site fnmr.fr

ELECTIONS BUREAUX FNMR

ÉLECTIONS DES SYNDICATS DÉPARTEMENTAUX

● AIN

■ Élection du nouveau bureau le 16 mars 2023 :

Présidente : **Dr Pascale FOUQUE** - Meximieux
Secrétaire générale : **Dr Corinne METENIER KUNZ** - Saint-Genis-Pouilly
Trésorier : **Dr Guillaume LOUIS** - Bourg-en-Bresse

● HERAULT

■ Élection du nouveau bureau le 20 mars 2023 :

Président : **Dr François KLEIN** - Saint-Jean-de-Vedas
Secrétaire général :
Dr Jean-François ADELL - Béziers
Trésorier : **Dr Jérôme BENIS** - Clermont-l'Hérault
Vice-Président :
Dr Mathieu TBOUL - Castelnau-le-Lez

● PARIS

■ Élection du nouveau bureau le 24 mars 2023 :

Présidente : **Dr Coralie RICHA SICARD** - Paris 14^{ème}
Secrétaire général :
Dr Laurent COMBESCURE - Paris 13^{ème}
Trésorière : **Dr Cécile FARGES** - Paris 12^{ème}
Membres du bureau :
Dr Marie FLORIN - Paris 13^{ème}
Dr Johann HAYOUN - Paris 14^{ème}

● SEINE-SAINT-DENIS

■ Élection du nouveau bureau le 24 mars 2023 :

Président : **Dr One-Aly TAYEBJEE** - Villepinte
Secrétaire général : **Dr Marc SEBBAG** - Pantin
Trésorier : **Dr Patrick LAUGAREIL** - Villemomble
Trésorier-adjoint : **Dr Djilali LACHEHEB** - Villepinte

Traitements articulaires et tendineux par le plasma enrichi en plaquettes



RADIOLOGUE



ENSEIGNEMENT EN LIGNE



60 MINUTES



119 EUROS

724

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les bases nécessaires à la pratique des injections de plasma enrichi en plaquettes (PRP) dans les tendinopathies chroniques, les chondropathies et l'arthrose
- Faire le point sur la littérature scientifique

DÉROULÉ DE LA FORMATION

1. Prérequis physiopathologiques (en accès libre)
2. Intérêt du PRP dans les Chondropathies et l'Arthrose
3. PRP en Arthrose : Etudes animales
4. PRP et Arthrose : Etudes cliniques
5. Indications et contre-indications
6. Modalités thérapeutiques : Comment ?
7. Plasma enrichi en plaquettes et tendon
8. PRP et tendinopathies : études cliniques
9. Plasma riche en plaquettes : Quand ?
10. Plasma riche en plaquettes : Comment ?
11. Supplément : Principales études

FORMATEUR :

Dr Alain Silvestre,
médecin radiologue libéral spécialiste
de l'appareil musculo-squelettique



N° 11007 30 - NIMES

Groupe indépendant, 9 radiologues, cause retraite recherche associé(e). Activité en clinique et cabinet, spécialités à développer, téléimagerie en cours d'installation. Possibilité de temps partiel.

Contacts :

fabrice_turpin@yahoo.fr

N° 11006 62 - SALLAUMINES (PRÈS DE LENS)

Mono site, recherche remplaçant(e) spécialisé(e) en sénologie, horaires adaptés au choix du médecin. 11 salariés et 3 médecins temps partiels spécialisés en radio standard et dentaire, échographie, scanner et gestes infiltratifs.

Contacts :

Mme Sandrine RIOU : contact@radiologieartemis.fr

N° 11005 75 - PARIS 19

Recherche en vue d'association, ACCA secteur 2. 1 site avec table radio capteur plan, mammographe capteur plan, 4 échographes, cône beam, ostéodensitomètre, scanner et IRM. Ouverture à proximité d'un second cabinet (scanner et IRM) en juillet prochain. Exercice polyvalent avec activité spécialisée souhaitée. 7 vacations par semaine.

Contacts :

julien.lambron@gmail.com

N° 11004 52 - CHAUMONT

Cabinet de radiologie, SELARL 4 radiologues, recherche remplaçant(e)s en vue d'association. Cabinet indépendant, au sein d'une clinique. Mammo avec tomosynthèse/mammotome, 4 écho, cône beam, 2 salles de radio, ostéo. Large accès scanner et IRM (GIE 50% avec l'hôpital à 50m). Scanner siemens août 2022 et IRM Siemens août 2021. Activité en pleine croissance, variée et polyvalente. Pas de garde ni d'astreinte.

Contacts :

Sabrina BADINA : mf.radiologie.cmc@wanadoo.fr

N° 11003 97 MARTINIQUE - FORT-DE-FRANCE

Selarl 6 radiologues. Recherche remplaçant(e)/associé(e) Cabinet privé dans clinique, activité variée (2 tables de radio, 2 salles d'écho, 1 mammo, 1 salle vasculaire, 1 scan et 2 IRM). Avion et hébergement pris en charge. Minimum 2 semaines de remplacement requis.

Contacts :

poline.lavaud@radiosaintpaul.fr

Site : www.radiologie-saint-paul.fr

N° 11001 77 - PONTAULT-COMBAULT

A céder cabinet de radiologie/echo/mammo. Fin juillet 2023.

Contacts :

Dr Jacques ZAGZAG

Tél. : 06 70 00 84 01 - jacques.zagzag@wanadoo.fr

N° 11002 71 - GUEGNON

Groupe 3 radiologues, projet de regroupement juin 2023 avec groupe de 5 radiologues. 3 cabinets. Recherche associé(e) pour éviter financiarisation. 3 IRM en GIE, 2 scanners. Pas de garde.

Contacts :

Dr Pierre SOUSSAND

Tél. : 06 78 00 79 72 - pierre.soussand@wanadoo.fr

N° 10990 51/52/55 - CHALONS-EN-CHAMPAGNE, VITRY-LE-FRANCOIS, SAINT-DIZIER, BAR-LE-DUC, VERDUN, LANGRES

21 radiologues et 1 médecin vasculaire. Recherche associé(e) s ou remplaçant(e)s (idéalement ACCA), Secteur 2. Très large accès à l'imagerie en coupe (18 Scanners et IRM). Plateau technique de dernière technologie (conventionnelle et imagerie en coupe). Large implantation dans les hôpitaux publics.

Contacts :

Delta Imagerie médicale

FETTIG Isabelle : 03 25 56 97 77 - ifettig@delta-imagerie.com

BAILLY Cédric : 03 25 56 97 76 - cbailly@delta-imagerie.com

Dr LECLERC Jean-Charles

Tél. : 06 08 95 65 85 - jeancharles.leclerc@cegetel.net

N° 10992 77 - CHELLES CENTRE VILLE

Recherche manipulateur en radiologie diplômé (H/F) - temps plein - CDI - travail en journée, poste à pourvoir immédiatement. Matériel de dernière génération, radiologie numérique, dentaire / cône beam, mammographie tomosynthèse, densitométrie osseuse. 2^{ème} semestre 2023, nouveau site avec plateau technique complet dont scanner et IRM.

Contacts :

hamidderridj@free.fr - cim.chelles.senigout@gmail.com

Site : <http://imageriederridj.fr>

N° 10983 11 - CARCASSONNE

Tivoli Dôme Imagerie 16 radiologues, recherche remplaçant(e) s ou associé(e)s. Multisites dont 3 scanners et 3 IRM (GIE avec CHG). Activité polyvalente dont mammographie et radiologie interventionnelle sur mammotome et table arceau en clinique MCO.

Contacts :

Tél. : 04 68 25 58 90

Dr Claire MATHIEU : clairebesancenot@hotmail.fr

Dr C SABRA : sabrachadi@yahoo.fr

Directrice administrative : Mme FULQUIER :

f.foulquier@radiologie-tdi.fr - Site : www.radiologie-tdi.fr

N° 10994 77 - MELUN

SELARL, 25 salariés répartis sur 3 sites. Recherche associés (H ou F) secteur 2/OPTAM, temps plein, 7 vac/hebdo, vac sup sur demande. Plateau technique récent et complet, 1 clinique : scanner Philips 64 barrettes, IRM Siemens en 2023. 2 cabinets ville : mammo num/tomosynthèse, écho Canon Aplio 500, densito, cône beam. GCS plateforme public-privé, 2 scanners Philips - 4 IRM 1t corps entier Siemens, Philips, GE, mammo

**Vous pouvez consulter
les annonces sur le site Internet
de la FNMR :**

www.fnmr.org

**Les adhérents de la Fédération peuvent
déposer leur annonce directement sur le site
à partir de l'espace adhérent.**

num/tomosynthèse, 5 échographes Canon Aplio 500, Nouveau scanner 2023.

Contacts :

Dr LEMIERE : 06 31 79 66 37 - radiolemiere@gmail.com

Dr BENAÏSSA 06 18 82 77 53 - azben91@yahoo.fr

Service administratif :

Tél. : 01 64 39 78 14 - compta@radiologie-melun.com

N° 10995 77 - MELUN

Selarl, 25 salariés répartis sur 3 sites. Recherche internes, remplaçants en imagerie médicale (H ou F). Vacation semaine, garde samedi Santépôle, garde dimanche et jour férié Santépôle.

Contacts :

Dr LEMIERE

Tél. : 06 31 79 66 37 - radiolemiere@gmail.com

Dr BENAÏSSA : 06 18 82 77 53 - azben91@yahoo.fr

Service administratif :

Tél. : 01 64 39 78 14 - compta@radiologie-melun.com

N° 10993 77 - CHELLES

Groupe de 5 radiologues, 2 sites centre ville. Recherche associé(e)s / remplaçant(e)s, secteur 2 de préférence. Matériel de dernière génération : échographie / écho obst/doppler, radio num, radio num dentaire/cône beam, mammographie tomosynthèse/macro et micro-biopsie, densitométrie osseuse, infiltration, scanner et IRM. Création au 2ème semestre 2023, nouveau site avec plateau technique complet dont scanner et IRM.

Contacts :

hamidderridj@free.fr - cim.chelles.senigout@gmail.com

Site : <http://imageriederridj.fr>

N° 10997 16 - CHATEAUBERNARD

Structure 2 radiologues cherche remplaçant 1 départ à la retraite fin décembre, en vue, association, collaboration... Cabinet en clinique, 2 salles radio capteurs plans, 1 salle d'échographie, 1 mammographe capteur avec tomo, ostéo, panoramique, scanner et IRM. Pas d'astreinte.

Contacts :

pierrick.morales@gmail.com

Site : <https://radiologiecognac.com>

N° 10998 38 - SAINT-MARCELLIN

(40 MIN DE GRENOBLE - 20 MIN DE LA GARE DE VALENCE).

5 associés en SCM, large plateau technique, 1 scanner sur site et

3 IRM. Activité diversifiée dont activité sénologique importante. Cède activité d'associé en Selarl temps partiel (2 jours/semaine) avec possibilité de temps plein (4 jours/semaine) ou modulable (8 semaines de vacances). Possibilité de remplacements, toutes dates, pendant l'année 2023.

Contacts :

compta.msg@orange.fr ou annickmeullenet@orange.fr

ou tel. : cabinet 04 76 38 85 58

N° 10999 73 - ALBERTVILLE

Cabinet libéral 5 radiologues. Activité variée, adaptable selon les compétences et envies de chacun, possibilité de développer l'activité ostéoarticulaire, forte patientèle de sportifs, 2 tables de radio, ostéodensitomètre, cône beam, mammographe micro-dose, 4 échographes, vacances scanner et IRM. Cherche associé temps plein, mais toute proposition sera étudiée avec intérêt.

Contacts :

lecoanet.cecile@free.fr

OFFRE D'EMPLOI

N° 10996 20 - BASTIA

Groupement radiologique, recherche manipulateur (trice), en CDI à pourvoir immédiatement, équipe de 6 manipulateurs, 35 heures annualisées avec astreintes, tickets restaurant, prime d'assiduité de 13ème mois, intéressement, aide au logement pendant la période d'essai, aide au déménagement, reprise ancienneté. Activité au sein d'un cabinet et d'une clinique, radiologie standard, mammo avec tomosynthèse, cône beam, ostéodensitométrie, scanner (Siemens GO TOP) avec interventionnel.

Contacts :

Dr LEONETTI , Dr MARMOUSET

Tél. : 04 95 31 97 35

Envoyez CV à l'adresse : paul.c@radiologiecorse.fr

REMPLACEMENT

N° 11000

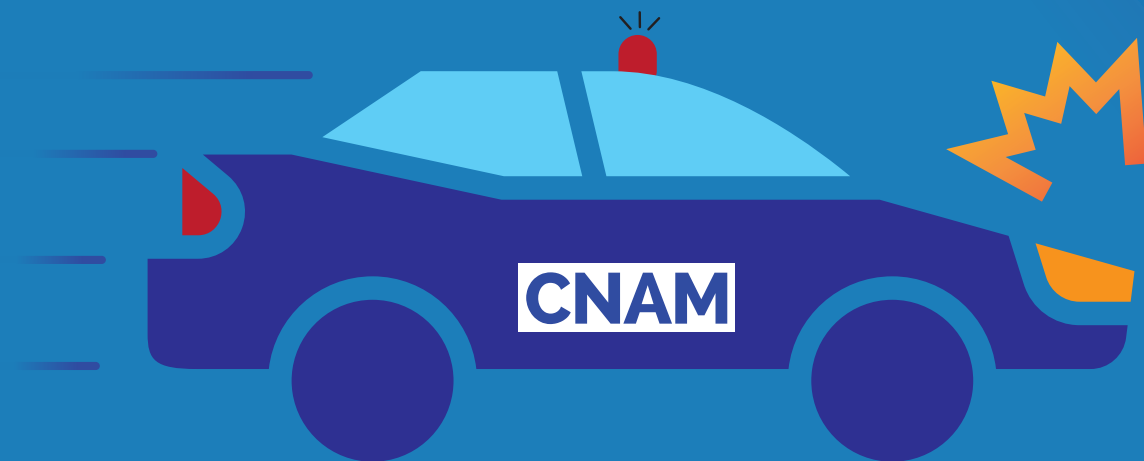
Radiologue retraité actif. Cherche remplacement structure libérale, de préférence Lyon ou environs. Radio sénologie, scanner et IRM surtout ostéo articulaire. Disponible février 2023.

Contacts :

messaoud.ouslimani@gmail.com

FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS RADIOLOGUES

168, RUE DE GRENELLE – 75007 PARIS



CONVENTION MEDICALE