

RADIOACTIF

M A G A Z I N E



LA FINANCIARISATION DE LA RADIOLOGIE

N° 46 - Octobre 2022



UNION NATIONALE DES
INTERNES ET JEUNES RADIOLOGUES

www.unir-radio.fr

RADIOACTIF

M A G A Z I N E



SOMMAIRE

Edito	3
Bureau UNIR 2021/2022	4
Référents 2021/2022	5
Financiarisation de la radiologie	6
La financiarisation de l'exercice de la radiologie	6
Jeune radiologue quels points de vigilance face à la financiarisation en cas d'association ?.....	10
Investisseurs financiers : Pourquoi cette déferlante ?.....	14
Regard sur la financiarisation de la médecine	16
Radiologie 2030	18
Testez vos connaissances en anatomie avec IMAIOS	22
Hotcase Radeos	23
Annonces de recrutement	28

Les Partenaires de l'UNIR

Nous remercions nos partenaires pour leur soutien



ISSN : 2264-2420

UNIR, association Loi 1901.

Editeur et régie publicitaire : Réseau Pro Santé - M. Tabtab, Directeur - 14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05 - E-mail : contact@reseauprosante.fr - Site : www.reseauprosante.fr

Maquette et mise en page : We Atipik - www.weatipik.com

Imprimé à 2300 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



UNION NATIONALE DES
INTERNES ET JEUNES RADIOLOGUES

ÉDITO

.....

Chers adhérents,

Notre profession fait face à un phénomène qui chamboule et qui pourrait menacer à court et long termes notre liberté d'exercice professionnel ainsi que les parts de notre revenu. En effet, la radiologie est une spécialité attractive qui s'exerce majoritairement en libéral, elle attire donc les groupes financiers qui n'hésitent pas à racheter des parts dans les cabinets de nos seniors qui partent à la retraite. Nous avons souhaité par ce numéro vous avertir sur les dangers qui planent sur notre avenir. Vous pourrez venir nous en parler aux JFR ainsi qu'à la soirée de l'UNiR le 8 octobre. Je tiens aussi à vous rappeler que le thème des cours des JFR cette année sera la radiopédiatrie pour vous montrer les facettes de cette belle spécialité.

Votre VP Magasine,



Clotilde Fini

Interne en 2^{ème} semestre
Paris

Clotilde Fini

BUREAU UNIR 2021/2022

Bureau UNIR 2021-2022



Paul-Gydeon RITVO
Président
Interne en 4^{ème} semestre
Paris



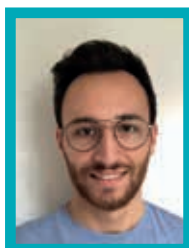
Ugo PIROCCA
Past Président
8^{ème} semestre
Besançon



Clara GILBERT
Secrétaire générale
Interne en 4^{ème} semestre
Limoges



Daniel BOU HARB
Trésorier
Interne en 4^{ème} semestre
Lyon



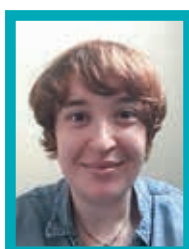
Arnaud TUAL
VP Communication
Interne en 8^{ème} semestre
Paris



Samuel MOUYAL
VP IA et Innovation
Interne en 6^{ème} semestre
Paris



Victor EYRAUD
VP Réforme
2^{ème} semestre
Amiens



Clotilde FINI
VP Mag Radioactif
2^{ème} semestre
Paris



Louis MEYBLUM
VP RI
En année recherche
Paris



Baptiste MUSELIER
Membre
2^{ème} semestre
Marseille



Marc SOUXDORF
Membre
2^{ème} semestre
Tours

Référents 2021/2022

Voici la liste des internes référents des différentes villes de France. N'hésitez pas à les contacter pour les problématiques que vous rencontrez localement ou pour toute information sur l'internat dans leur ville (choix post-ECN, inter-CHU, recherche, post-internat, échanges, etc.).

VILLE	NOM	ADRESSE MAIL
Angers	Sarah Jacquemin	sarah.jacquemin@gmail.com
Antilles Guyane	Benjamin Poussot	bpoussot@hotmail.fr
Amiens	Quentin Laferte	quentin.laferte.med@gmail.com
Besancon	Ugo Pirocca	ugo.pirocca@wanadoo.fr
	Yassine Lamfichek	lamfichekhyassine@yahoo.fr
Bordeaux	Manon Pouvreau	manon-du-ragueneau@hotmail.fr
Brest	Lemaissi Romain	lemaissiromain@orange.fr
Caen	Vincent Genneviève	vincent.gennevieve@gmail.com
	Kevin Desalos	kevindesalos@gmail.com
Clermont	Raphael Pete	rpete@chu-clermontferrand.fr
Dijon	François Lébaupin	lebaupin.francois@gmail.com
Grenoble	Paul Henry	phenry22@chu-grenoble.fr
Lille	Alexandre Jaouen	Alex.jaouen00@gmail.com
	Maxime Bugeaud	Bugeaudmax@hotmail.fr
Limoges	Charlotte Douchez	douchez.charlotte@gmail.com
Lyon	Arthur Branchu	arthur.branchu@gmail.com
Marseille	Julien Panneau	j.panneau@gmail.com
	Antoine Planche	ant.planche@gmail.com
Montpellier	Maxime Pastor	maximepastor.med@gmail.com
	Nicolas Hennequin	nicolashennequin@gmail.com
Nancy	Claire Crenner	referents.radio.nancy@gmail.com
	Hélène Blaise	
Nantes	Marion Dargelos-Descoubez	referent.radiologie.nantes@gmail.com
Nice	Paul-Alexis Ranc	passi_ranc@msn.com
Océan indien	Leila Ayache	l.aya@live.fr
Paris	Alexandre Heraud	alexandre.heraud@hotmail.fr
Poitiers	Finoana Lazanomenjahary	finoana.hanameel@gmail.com
	Adamfa Coulibaly	adamfacoulibaly@hotmail.com
	Philippe Beyssen	philippe7b@hotmail.fr
Reims	Léa Chocardelle	leachoc@hotmail.com
	Antoine Devie	antoine.devie@orange.fr
Rennes	Thibaud Morcet-Delattre	thibaud.morcet-delattre@chu-rennes.fr
Rouen	Fanny Montrognon	fanny.montrognon@gmail.com
	Julien Burel	bureljulien@live.fr
Saint-Etienne	Florent Tournes	f.tournes@gmail.com
Strasbourg	Alexiane Schoettlé	s.alexiane@yahoo.fr
	Morgane Spadi	morgane.spadi@gmail.com
Toulouse	Jean François Marque	jfmarque@hotmail.fr
Tours	Alba Henderson	hendersonalba10@gmail.com

La financiarisation de l'exercice de la radiologie



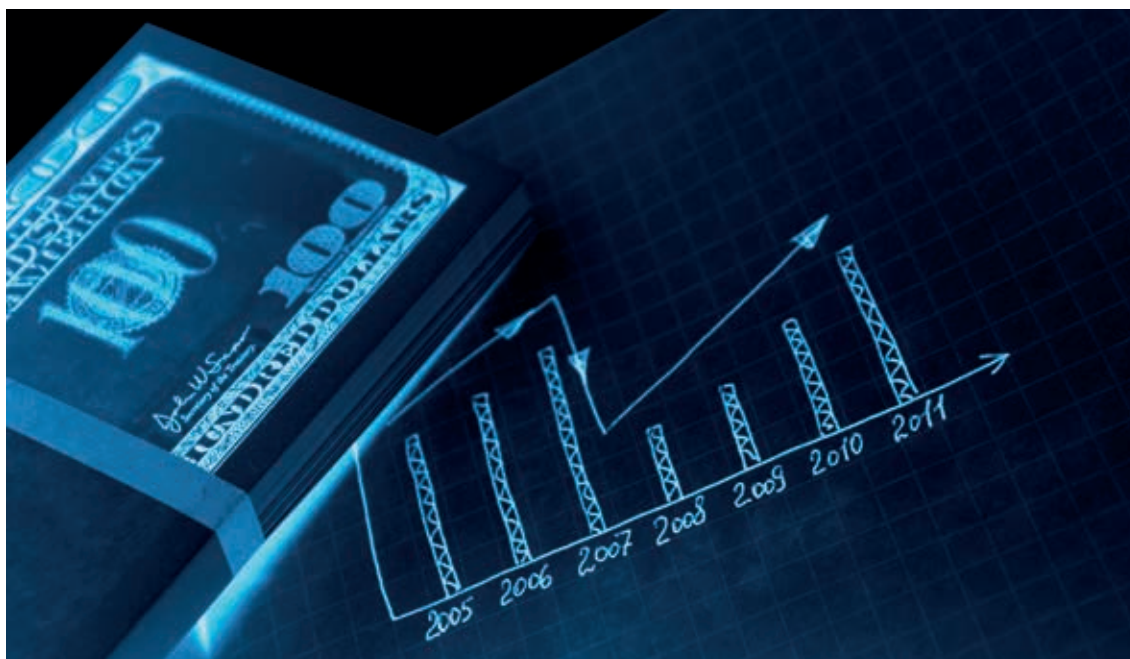
P. Jean-Paul Beregi
Président du CERF

La financiarisation de la radiologie : ce nouveau « mal » qui nous guette ! Depuis quelques années, le risque que l'IA remplace le radiologue a fait place au risque de la financiarisation de la profession... Mais au fait qu'est-ce que la financiarisation de la radiologie ? Est-ce un mal ou un bien ? un risque ou une opportunité ? tout est question de point de vue, d'éthique, de sens que nous souhaitons apporter à notre métier, de perspective, d'adaptation, ... Je vous propose après une première partie de définition du terme et du contexte de la Santé, de traiter en seconde partie le risque lui-même avec une analyse a priori (exemple HAS) et enfin de voir en troisième partie ce que le Collège et les internes doivent intégrer pour s'adapter au monde qui bouge, qui innove et que nous devons suivre, précéder, anticiper ou subir.

Définition et contexte

Derrière l'expression de « la financiarisation de la radiologie », plusieurs éléments doivent être précisés. La radiologie est une spécialité médicale qui utilise de nombreux appareils médicaux pour offrir des soins aux patients, que ce soit en dépistage, diagnostique ou thérapeutique par radiologie interventionnelle. L'investissement nécessaire à l'obtention de ces équipements (entre 500k€ et 2M€ en général par équipement), les locaux nécessaires, les contraintes réglementaires de sécurité, ... ont conduit les cabinets médicaux à se regrouper pour mutualiser les achats, les risques, partager des savoir-faire et offrir des soins variés, synergiques avec les demandes et les besoins qui sont devenus plus nombreux, plus précis. Les radiologues ont innové depuis toujours que ce soit dans les soins mais aussi dans les organisations. Aujourd'hui la radiologie est présente pour soigner de nombreuses pathologies, à tout âge, en urgence ou en programmé. D'examen complémentaires, la radiologie structure les soins médicaux et chirurgicaux ; les autres spécialités en sont dépendantes, en sont parfois jalouses, souhaitent prendre notre place lorsque l'offre radiologique n'est pas au niveau avec de sérieux soucis de pertinence, de compétences et de mauvaises pratiques.

La médecine de demain sera numérique, elle sera 6P (préventive, prédictive, participative, personnalisée, précise, et pertinente). La radiologie comme la biologie et la génétique jouera un rôle fondamental. Cela attire des convoitises par des groupes financiers mais aussi des groupes de cliniques. Outre la rentabilité, les investisseurs parient sur la médecine de demain. Pour bien comprendre les enjeux, nous devons analyser l'ensemble de la situation des soins en France. Notre modèle de soins repose sur la sécurité sociale qui établit des tarifs d'actes, de consultations, de remboursements de diverses prestations, ... Nos ARS sous le joug de notre ministère de la Santé s'évertuent à mailler notre territoire avec des régimes d'autorisation de soins (et encore d'équipement pour le moment malgré nos demandes répétées de considérer notre profession comme assurant des soins diagnostiques et interventionnels). De fait, notre système est très jacobin avec surveillance de tout le monde et encadrement fort des pratiques. Le système est malade entre un système public qui n'est pas autonome et un système privé qui tente de s'échapper de contrôle trop sérieux avec libéralisation des prix... des choix s'imposent pour notre gouvernement, choix qui ont été repoussés depuis des années. Va-ton vers davantage



de libéralisation pour financer un système en déficit ? Va-t-on vers une « nationalisation » ? Personne à cette heure ne peut le dire et pourtant le système craque de plusieurs côtés.

La radiologie n'échappe pas à ce tiraillement avec les rachats de structures par des fonds d'investissement ou des cliniques. Ils profitent de la fragilité du système actuel, du cash important généré par les tests COVID en

biologie, de l'absence de placements sûrs en banque en ce moment, de la difficulté de revente des parts aux jeunes qui sont en attente d'éclaircissements de la situation. Les sommes mises en jeu sont colossales mais sont-elles réellement à la hauteur de notre métier de demain ? Peut-on acheter notre savoir et nos pratiques au travers le rachat d'équipements et de locaux ? Sommes-nous identiques à la biologie ? Que pouvons-nous faire ?

Gestion du risque

La financiarisation peut être source de progrès mais aussi source de productivisme, de rationalisation exagérée, de gestion à l'indicateur économique plutôt que soignant. Pour cela, une analyse des risques a priori peut être proposée en considérant la financiarisation comme étant une menace, un risque de mauvaise pratique, de dysfonctionnement, ... Les risques ont été bien repris par une note de l'académie nationale de médecine en 2022* dont voici quelques points.

Le premier risque tient à la perte de la maîtrise de la gouvernance et de la gestion, perte du contrôle des droits financiers, perte de la qualité des soins délivrés aux patients.

Le deuxième risque tient aux contrats d'exercice, souvent imposés entre les médecins et les sociétés, les assujettissant à un arsenal de clauses sur les modalités d'exercice, à des obligations (itinérance sur des sites distincts, durée obligatoire d'exercice au sein de la société pour percevoir le solde du prix de cession, gardes et astreintes, plateformes imposées d'exercice, exclusivités d'exercice dans le ou les établissements choisis par le groupe, sanctions si les objectifs quantifiés ne sont pas atteints, nombre et types d'examens ou de vacations), voire à des limitations ou interdictions de communication.

* Radiologie, la financiarisation de tous les dangers : prévenir les risques pour les radiologues et les patients. Communiqué de l'Académie nationale de médecine, 27 juin 2022.

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

L'analyse des risques a priori consiste à considérer les risques à chaque étape des soins en

médecine. Pour la radiologie, nous établissons des cartographies de gestion des risques en lien avec une chronologie des soins délivrés : prise de rendez-vous, validation de l'indication de l'examen, accueil du patient, préparation du patient, choix du bon protocole, réalisation de l'acte, complément éventuel, interprétation, compte rendu, explication et conduite à tenir. À chaque étape, des risques apparaissent et sont prévenus par la mise en place de barrières pour éviter leur survenue. Dans le cas de la financiarisation, il s'agit de bien réfléchir aux risques potentiels et surtout à l'intérêt de faire entrer des financiers dans sa structure. Souvent, l'argument de la massification des moyens est mis en avant ; faire peur car trop petit a toujours été un bon moyen pour faire bouger les lignes. Il reste à savoir si le danger est réel, si le regroupement est nécessaire, utile, synergique... et les risques que cela comporte : perte de pouvoir décisionnel, perte des autorisations, perte des personnels, perte de son indépendance, perte de la qualité au travail, pas de choix dans les innovations, ...

Rôle du CERF et des internes

La financiarisation semble inéluctable dans certains cabinets ; elle a commencé. Le rôle du Collège qui a en charge votre formation ne doit pas se cantonner à vous former en tant que soignant, médecin et super radiologue clinicien. Vous serez amené, que ce soit en public ou en privé, à manager des équipes, à gérer des projets, à travailler avec d'autres spécialités, à discuter avec des directions hospitalières, de clinique, avec des investisseurs ! Vous êtes tous des « chefs d'entreprises » et l'exercice isolé de la radiologie n'existera plus. Vous devez apprendre à travailler en équipe, une équipe soudée, unie, polyvalente, pluri-professionnelle voire pluridisciplinaire, pour assurer des soins 24/7/365. Le radiologue est le protecteur des patients qu'il soigne et doit tout mettre en œuvre pour pouvoir exercer son métier avec une qualité et une sécurité exemplaire.

À travers les module PRO1 et PRO2, le Collège assure un enseignement transversal avec des enseignants du public et du monde libéral. Cependant, pour m'y consacrer personnellement, le constat est le peu d'intérêt des internes pour le monde professionnel ; les internes doivent apprendre beaucoup de techniques de radiologie (radiographie, scanner, IRM, échographie, radiologie interventionnelle), dans toutes les sur-spécialités... L'internat de radiologie demande beaucoup d'investissement en sus des qualité médicales et humaines qui ont été acquises pendant l'externat ; les internes, bien que très bien classés à l'ECN (EDN demain) connaissent beaucoup de choses mais doivent encore connaître davantage. Les premières années sont bien chargées en cours par e-learning et ateliers de simulation divers, sans compter le terrain. Ce n'est qu'une fois acquis

toutes les connaissances de base et de certaines spécialités que l'interne s'intéresse au rangement, à la vie extérieure... comme la recherche ou l'enseignement, le monde libéral demande du temps pour en comprendre tous les rouages. Cela fait peur et nous assistons actuellement à une hésitation d'installation de beaucoup d'internes devant la méconnaissance des enjeux, un monde qui bouge et donc qui fait peur, des valeurs de parts qui fluctuent... bref la téléradiologie, les remplacements dans les îles sont des refuges que beaucoup prennent pendant les premières années après la sortie de l'internat ou de l'assistantat. Sur un plan personnel, cela est sans doute épanouissant. Sur un plan de la discipline, c'est catastrophique. En ne s'impliquant pas dans l'organisation de son métier de demain, en restant passif, le radiologue cautionne ce système financier qui a tendance à racheter tous les cabinets qui ne trouvent pas de remplaçants ou en difficulté.

La profession milite pour que la radiologie soit considérée comme une spécialité de soins à part entière. Bien au-delà des équipements, nous délivrons des soins radiologiques dans le cadre de dépistage, d'activité diagnostique, de radiologie interventionnelle, de suivi... Nous devons évoluer comme les autres disciplines vers un régime d'autorisation de soins radiologiques et sortir du concept technique des autorisations par équipement ou de plateau technique. La radiologie travaille dans des unités de radiologie diagnostique et/ou des unités de radiologie thérapeutique en utilisant des équipements. La valeur ajoutée est bien celle du médecin et non des équipements. C'est un leurre de laisser penser que d'autres spécialités peuvent exercer notre métier ; le CERF se bat pour une for-

mation de haute qualité qui ne peut être résumé à connaître des rudiments d'IRM ou de scanner ou d'échographie ; ce n'est pas en 6 mois de temps, comme le pensent certaines spécialités, que nous pouvons apprendre tous les soins radiologiques qui passent par la pertinence, le choix et optimisation des acquisitions, l'interprétation et les conduites à tenir après les examens réalisés. Nous devons offrir un projet médical et soignant couvrant la proximité et l'expertise dans tous les domaines. L'équipe radiologique est notre garant de survie et c'est pourquoi nous sommes rentrés dans l'accréditation des équipes, accréditation accordée par la HAS,

pour bien mettre en avant la valorisation des soins et des Hommes plutôt que des normes de structures ou d'équipements. La maîtrise des organisations avec l'évaluation par les pairs (ODPC-RIM) est un point clé de la bonne utilisation des soins délivrés.

Le Collège est très impliqué avec le Conseil National Professionnel de la Radiologie sur tous ces aspects.

Il assure les cours de la formation initiale jusqu'à la Vie professionnelle pour former les radiologues à la bonne compréhension du milieu extérieur, aux enjeux de travailler ensemble, de la qualité, de bien communiquer avec le patient car ce sera lui qui validera notre valeur ajoutée +++ Il milite pour la qualité des soins assurés par des professionnels compétents, formés, impliqués dans leur exercice au quotidien comme l'atteste leur investissement dans l'accréditation des équipes qui valide les obligations DPC (Développement Professionnel Continu) et en 2023 la CPP (Certification Périodique des Professionnels de Santé).

Nous devons évoluer comme les autres disciplines vers un régime d'autorisation de soins radiologiques et sortir du concept technique des autorisations par équipement ou de plateau technique.

Jeune radiologue quels points de vigilance face à la financiarisation en cas d'association ?



M^e Vincent Guillot
Triller

Avocat associé
GS Avocats

La question de la financiarisation de la radiologie interroge légitimement et préoccupe de nombreux jeunes radiologues. Pour analyser à quel niveau doit se porter la vigilance en cas d'intégration à un groupement, il faut d'abord rappeler de quelle manière cette financiarisation est possible.

En quoi les modes d'exercice de la radiologie permettent-ils à des acteurs du secteur financier d'intégrer les cabinets de radiologie ?

Les modes d'exercice de la radiologie libérale sont les mêmes que pour tous les autres médecins. Il est possible d'exercer soit individuellement, soit sous la forme d'une société.

En cas d'exercice individuel, le praticien dispose ou non de sa patientèle propre. Il peut exercer pour le compte d'une autre structure par l'intermédiaire d'un simple contrat, s'installer et exercer son art en toute indépendance, ou bien il peut créer une structure ou intégrer un groupement déjà existant.

Comme chacun le sait, s'agissant de la radiologie, les structurations les plus simples tendent à se raréfier. Le regroupement des radiologues et l'exercice sous la forme de sociétés est rendu aujourd'hui quasi-incontournable afin d'assurer une mutualisation des moyens suffisante pour permettre l'acquisition et la détention du matériel nécessaire à l'activité (IRM, Scanner, etc.).

La structuration sous la forme de sociétés présente de surcroît des intérêts, juridiques, économiques et fiscaux qui attirent naturellement les médecins spécialistes.

Il existe plusieurs types de structures, mais les sociétés d'exercice libéral (« SEL », telles que les SELARL, SELAS, etc.) tendent à prédominer. Dans une SEL la patientèle commune est détenue directement par la société, qui

exerce la profession par l'intermédiaire de ses membres associés.

Une fois cette structure de base constituée, y sont souvent accolées d'autres sociétés, par exemple une holding (SPFPL), qui permet notamment des montages fiscaux intéressants, et/ou des sociétés commerciales (par exemple SAS ou SARL) qui porteront les plateaux techniques et/ou le personnel.

Ces organisations, plus ou moins complexes, sont en partie soumises aux règles du droit commun des sociétés ce qui, comme chaque radiologue de France le sait aujourd'hui, n'a pas manqué d'attirer l'attention des fonds d'investissement.

À l'instar des biologistes, de nombreux radiologues sont séduits par les offres particulièrement alléchantes proposées par les investisseurs. Ils assument parfois totalement cette position. Ils préfèrent alors parler de « recapitalisation » plutôt que de financiarisation.

L'arrivée depuis quelques années des acteurs financiers dans le secteur de la radiologie induit a contrario une préoccupation parfaitement légitime, non seulement des jeunes radiologues qui envisagent d'exercer en libéral, mais également d'une tranche tout entière de la profession¹ voire des juristes concernés par le sujet.

¹ Voir par exemple : « La financiarisation, mirage ou opportunité », Clara Ferrand, Dr. Imago, 15 mai 2021.

En effet, même en présence de règles théoriquement protectrices de leur indépendance, et du discours toujours très rassurant des investisseurs, la présence d'acteurs économiques extérieurs au sein des groupements engendre souvent des conditions d'exercice plus défavorables pour les praticiens que s'ils en étaient absents².

Le 27 juin 2022 dernier l'académie de médecine a publié un communiqué afin d'alerter sur les effets de la financiarisation qu'elle va

jusqu'à titrer : « Radiologie ; financiarisation de tous les dangers »³.

Elle indique très explicitement qu'« appuyées sur l'effondrement de la démographie des radiologues, ces offres financières attractives masquent mal plusieurs risques pour les professionnels et les patients. ».

Il existe pourtant des textes censés garantir l'indépendance des professionnels de santé notamment exerçant en société.

L'indépendance des radiologues est-elle suffisamment garantie par les textes en vigueur ? À l'évidence pas suffisamment

Pour mémoire, l'article **R. 4127-5** du code de la santé publique portant code de déontologie médicale prévoit que : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* ».

Le législateur a mis en place plusieurs textes censés protéger cette dernière lorsque les praticiens exercent sous forme de SEL.

Les articles **5 et 6 de la loi du 31 décembre 1990** prévoient que : les radiologues en exercice doivent détenir directement ou indirectement plus de 51 % du capital et des droits de vote de la SEL dans laquelle ils exercent⁴.

L'article **R. 4113-12** du code de la santé publique ajoute que le quart au plus du capital d'une SEL peut être détenu par une personne n'exerçant pas la profession de médecin. Dès lors, non seulement les radiologues en exercice dans la société doivent en principe être majoritaire, mais toute participation de tiers non professionnel de santé est en principe limitée à 25 %.

L'article **R. 4113-13** du même code prévoit qu'il est interdit pour toute personne physique ou morale exerçant, sous quelque forme que ce soit, l'activité de prestataire de services dans le secteur de la médecine de détenir des participations dans les SEL.

Pourtant, et malgré ce dispositif apparemment protecteur, les moyens pour prendre le « contrôle » des cabinets ou groupements de radiologues sont variés et le plus souvent relativement opaques au premier abord.

En effet, comme soulevé maintenant régulièrement par les analystes du sujet, la notion de contrôle n'est pas uniquement liée à la détention du « capital » et des « droits de vote » dans la société exerçante.

- ♦ Le « contrôle de fait » sur le groupement d'imagerie peut d'abord porter sur l'environnement de la société exerçante, notamment les autres entités du groupe.

Comme indiqué ci-dessus, il existe souvent d'autres structures : GIE (groupement d'intérêt économique), SARL, SAS qui portent les plateaux techniques, voire même souvent disposent des autorisations d'imagerie lourde, qui elles ne sont pas protégées par la loi de 1990.

Rien n'interdit aux investisseurs de prendre le contrôle de ces sociétés et donc de maîtriser directement l'outil de travail des radiologues. La société financière facture alors souvent aux praticiens une redevance destinée à couvrir les frais de fonctionnement et les charges d'investissement des centres.

² Sur ce point, le lecteur est renvoyé au numéro 39 de la revue Radioactif : La Radiologie a-t-elle de l'avenir ? Mai 2020 « La financiarisation de la radiologie : Quel intérêt pour le radiologue ? »

³ Communiqué de l'Académie nationale de médecine, 27 juin 2022, « Radiologie, la financiarisation de tous les dangers : prévenir les risques pour les radiologues et les patients ».

⁴ 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, telle que modifiée par la loi n° 2015-990 du 6 août 2015.

Ce point est fondamental pour les financiers qui cherchent à rentabiliser rapidement les investissements et qui se focalisent parfois sur la valorisation des plateaux techniques, sans tenir compte des contraintes de l'exercice médical qui sont, elles, au cœur du métier radiologique.

La question de la pertinence du maintien de la possibilité pour des non-radiologues de détenir les plateaux techniques doit être matériellement posée puisqu'elle conditionne fortement l'activité médicale.

À ce titre, l'académie de médecine, dans son récent communiqué propose de remplacer la procédure actuelle d'autorisation d'équipements lourds par une autorisation d'activités de soins en imagerie, à l'instar de celles de la radiologie interventionnelle neurologique, cardiaque et de la médecine nucléaire.

- ◆ Plus subrepticement, le contrôle exercé par l'investisseur tiers peut être interne à la SEL ou à la SPFPL (holding) malgré les textes protecteurs. Ainsi, des mécanismes juridiques contraignants, qui reposent souvent sur l'exploitation du vide laissé par la loi de 1990, peuvent être imposés aux praticiens.

Certaines pratiques deviennent maintenant courantes, par exemple en distinguant les droits financiers des droits de vote⁵, par la création d'actions de « préférences » au

sein des SEL, ou encore en concentrant les pouvoirs dans une structure, un comité de direction, directoire ou autre au sein duquel les décisions sont prises, privant souvent le président praticien de tous pouvoirs.

Si formellement les conditions de détention du capital et de majorité sont respectées, les radiologues ne disposent plus du pouvoir effectif de gérer leur activité.

- ◆ Enfin, la prise de contrôle peut résulter de l'environnement contractuel accessoire aux statuts : pacte d'associé, règlement intérieur, existence d'un contrat d'exercice, projet médical, etc. Ces contrats, par nature non publiés, contiennent fréquemment des clauses ou des obligations particulièrement contraignantes pour les praticiens, notamment parfois de réinvestir dans les sociétés du groupe ou par exemple pour les contrats d'exercice des gardes et astreintes, des durées obligatoires d'exercice au sein de la société pour percevoir le solde du prix de cession, une exclusivité d'exercice, itinérance sur les sites distincts, des sanctions en cas d'objectifs non atteints, etc.

Ces contrats souvent imposés peuvent dénaturer l'exercice et l'indépendance du professionnel, le libre choix par un médecin de son correspondant et par conséquent la liberté de choix des patients.

Quels points de vigilance en cas d'intégration à une structure existante ?

Le radiologue qui souhaite intégrer une structure comprendra facilement à la lecture de ce qui précède qu'il convient d'être particulièrement vigilant et ce d'autant qu'il est fréquent que des conventions imposent l'exclusivité au candidat pendant toute la durée des négociations.

Il est donc fondamental, avant toute discussion, que le médecin puisse identifier avec précision quel cabinet il approche.

Certains documents sont publics et enregistrés au greffe du tribunal de commerce, mais d'autres sont confidentiels et devront être communiqués.

⁵ Voir par exemple l'article de M^e Priscille Bex, revue *Dr Imago*, « Le cadre réglementaire de l'intégration d'un investisseur extérieur à une structure d'imagerie médicale », juillet 2022.

À cette fin, le radiologue doit demander et analyser, le cas échéant avec l'aide d'un avocat spécialisé et d'un expert-comptable l'ensemble de la documentation contractuelle nécessaire à un engagement en pleine connaissance de cause (statuts, règlements intérieurs, pactes d'actionnaires et leurs contenus s'ils existent, existence d'actions de préférences, contrats d'exercice, organigramme du groupe, modalités de récupération des bénéficiaires sur les forfaits techniques, modalités de versement des dividendes, etc.).

Il faut donc être patient, méticuleux et réclamer tous les documents utiles à l'analyse de la structure avant de s'engager.

Il arrive parfois que des praticiens déçus, après s'être engagé un peu rapidement dans une structure rencontrent des difficultés à en sortir, voire à se réinstaller par la suite.

Il est fréquent que des clauses de non-concurrence et de non-réinstallation viennent entraver un changement de cabinet ou une installation dans les conditions souhaitées par le jeune radiologue déçu.

S'agissant du retrait, dans un arrêt récent et très remarqué, la Cour de cassation a estimé que : « à défaut de dispositions spéciales de la loi l'autorisant, un associé d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée d'avocats ne peut se retirer unilatéralement de la société, ni obtenir qu'une décision de justice autorise son retrait, peu important le contenu des statuts »⁶.

Cet arrêt, transposable aux professions de santé, est évidemment lourd de conséquences puisque le praticien devra impérativement obtenir l'accord de ses confrères pour lui racheter ses titres.

Indépendamment des précautions individuelles à prendre en cas d'intégration à un cabinet d'imagerie déjà existant, l'académie de médecine dans le communiqué évoqué ci-dessus formule 5 propositions pour tenter de préserver l'indépendance de la radiologie dans l'intérêt non seulement des professionnels, mais également du patient.

Elle invite notamment le Conseil national de l'Ordre à alerter les CDOM et les praticiens sur les risques éthiques et déontologiques engendrés par la présence d'acteurs économiques extérieurs au sein des cabinets.

Le législateur s'est également saisi de la question puisque la loi du 14 février 2022⁷, autorise le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toutes les dispositions permettant de : « Faciliter le développement et le financement des structures d'exercice des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, à l'exclusion de toute ouverture supplémentaire à des tiers extérieurs à ces professions du capital et des droits de vote. ».

Cette Ordonnance devrait donc intervenir au plus tard le 14 février 2023 et en principe modifier les règles relatives à la question des actions de préférences mais également du retrait dans les SEL.

S'il est évident que la réflexion doit se faire à l'échelle globale de la profession, la vigilance individuelle reste néanmoins, et pour le moment, la meilleure protection pour assurer au radiologue qui souhaite exercer en libéral des conditions d'exercice acceptables.

Vincent GUILLOT-TRILLER

Avocat associé, GS Avocats

19 rue d'Anjou, 75008 Paris

@ : v.guillot@guillot-sanchez.com

Tél. : 06 78 78 77 59

⁶ Cass. 1^{ère} civ. 12 décembre 2018, n° 17-12.467.

⁷ Loi n° 2022-172 du 14 février 2022 en faveur de l'activité professionnelle indépendante.

Investisseurs financiers : Pourquoi cette déferlante ?



D^r Henri Guerini
Vice-président de l'UFML-S
Syndicat
Secrétaire général adjoint
de la SIMS
henri.guerini@gmail.com

L'inquiétude est sans doute la motivation de ce numéro consacré à la tentative de mainmise des financiers sur le monde de la radiologie. Inquiétude justifiée, car elle implique un changement de paradigme sans précédent dans le secteur libéral qui modifiera également tout l'écosystème radiologique français. En effet, nous ne sommes qu'au début de ce tsunami et les futurs acteurs de la radiologie que vous êtes pouvez encore empêcher les ravages qu'il a déjà infligés à la biologie. Certaines professions comme les pharmaciens ont réussi le tour de force de l'éviter et je suis certain que nous pouvons y arriver, notamment grâce à vous, les plus jeunes.

Tous les éléments sont en effet réunis pour que les financiers « fondent » sur la radiologie libérale :

- ♦ **Une démographie défavorable :** De nombreux radiologues sont proches de la retraite avec un trou démographique (cicatrice du numerus clausus) interdisant le renouvellement harmonieux de la profession. La difficulté de trouver un successeur incite les futurs retraités à céder aux propositions des financiers.
- ♦ **Un contexte d'instabilité des structures :** Les baisses successives des forfaits techniques, censés permettre le financement des machines et du personnel, mettent une pression majeure sur les cabinets libéraux. Alors même que l'inflation galope et que le coût des matériaux et du personnel ne cesse d'augmenter, l'État laisse toujours planer une menace sur nos structures qu'il n'a cessé de fragiliser. Il n'est donc pas très compliqué pour un financier de convaincre les plus anciens d'entre nous d'abandonner la gestion de plus en plus délicate d'une structure de plus en plus fragilisée, et même de convaincre les plus jeunes de céder à la facilité.
- ♦ **Les décotes successives des actes d'imagerie :** Comme pour la biologie, l'État n'a cessé de baisser la valeur des actes d'imagerie. Ces baisses successives ont contribué à augmenter les cadences et la pression sur les cabinets. Elles ont également déstabilisé notre profession, ce qui, comme pour nos collègues biologistes, sert d'argument aux investisseurs pour acheter la tranquillité d'esprit des radiologues en leur promettant un salariat et un rachat de leurs parts.
- ♦ **La faiblesse syndicale et ordinale :** Pendant des années, ces décotes successives ont été actées par nos syndicats. La création de sociétés souvent pyramidales (les plus anciens possédant le plus de parts) isolant le plateau technique et l'absence de règles ordinales fermes concernant ces sociétés, ont contribué à créer des conditions idéales pour l'arrivée des fonds d'investissement. Certains responsables syndicaux n'ont d'ailleurs pas été les derniers à ouvrir la porte aux financiers, ceci expliquant peut-être cela. Il semble que cette attitude soit en train de changer avec des prises de position récentes plus fermes, mais bien trop tardives. Ces changements de position doivent maintenant passer par une refonte idéologique syndicale profonde (charte syndicale) et un renouvellement générationnel.
- ♦ **La complicité récente des ARS :** Malgré des signaux au rouge, malgré les alertes données par les syndicats et plus récemment par l'Académie de médecine, malgré les affaires récentes concernant les EPAHD, les ARS ont souvent fermé les yeux sur l'attribution des dernières autorisations d'équipement lourd à des structures déjà aux mains de ces investisseurs.



- ♦ **L'aveuglement de notre Société savante** qui s'est caché les yeux à chaque baisse de cotation, a nié son impact qualitatif sur le tissu radiologique actuel et surtout sur les futures générations de radiologues et n'a su ni anticiper ni dénoncer ce risque.
- ♦ **Le développement de la téléradiologie :** Cette dernière a permis le fonctionnement de structures sans ou avec un minimum de radiologues sur site, et à la radiologie de se rapprocher du modèle de la biologie avec un minimum de médecins sur place, une dépersonnalisation et une externalisation des interprétations faisant le jeu des financiers. La téléradiologie qui séduit beaucoup d'entre vous scie la branche sur laquelle vous vous tenez.

Faut-il pour autant baisser les bras ? Je ne le crois pas.

Ce constat vous semblera peut-être dur, mais il explique pourquoi cette vague déferle maintenant et comment ne pas renouveler les erreurs du passé.

Le risque majeur est celui d'une polarisation de la radiologie libérale composée de :

- ♦ Mégastructures appartenant aux financiers dont la finalité principale ne sera plus un projet médical mais un projet financier avec des radiologues salariés ayant perdu leur liberté.

- ♦ Structures à échelle plus humaine appartenant à des radiologues soucieux de leur indépendance, portant avant tout un projet médical.

Vous êtes ceux qui peuvent faire pencher la balance vers l'un ou l'autre de ces deux modèles.

Si vous choisissez l'indépendance, le prix à payer sera élevé : la vigilance, l'exigence, le fait d'avoir pour guide le projet médical et la qualité des examens, l'implication dans la vie de votre cabinet et dans la défense de la profession.

Je vous rappelle simplement cette fable de Jean de La Fontaine : Le Loup et le Chien.

Après que le chien lui ait vanté les avantages de sa condition, le loup, tenté, découvre que le chien porte un collier et il lui dit :

« – Attaché ? dit le Loup : vous ne courez donc pas où vous voulez ?

– Pas toujours ; mais qu'importe ? »

Lisez cette fable, et comme le loup, faites le bon choix.

Rien n'est fini, tout commence.

Regard sur la financiarisation de la médecine

M^e Sidonie Hill
Avocate associée
MCU associée à l'université
de Tours

Les modalités d'exercice des activités médicales connaissent actuellement de nombreuses évolutions

Dans le secteur libéral, ces évolutions sont tournées vers davantage de regroupements, une forte structuration des groupes et la recherche de modes d'exercice variés à l'effet de répondre aux différentes aspirations des médecins concernant l'exercice de leurs activités.

Parmi ces évolutions, figure le mouvement actuel de « financiarisation de la médecine » qui peut s'entendre en résumé, comme le fait que d'autres personnes que les médecins exerçant leurs activités au sein d'une struc-

ture soient financièrement intéressées à son développement et/ou que des tiers non liés à des activités médicales soient financièrement intéressés aux résultats d'un « plateau technique ».

Ce mouvement suscite des craintes, voire des suspicions d'un certain nombre de médecins et l'Académie de Médecine vient de se saisir du sujet. Un vif débat s'est instauré entre médecins (toutes générations confondues), opposant les « pour » et les « contre » ce mouvement.

Rappel des grandes craintes et suspicions

Si le fait que des tiers puissent indirectement bénéficier d'activités financées par l'Assurance Maladie peut heurter certains par principe, ce sont davantage la hausse des valorisations que ce mouvement entraîne et les risques de détérioration des conditions de travail qui suscitent les débats.

En effet, ce mouvement de financiarisation actuel, dans lequel différents acteurs, de plus en plus nombreux et variés d'ailleurs, s'intéressent au secteur médical pour y investir, fait monter les valorisations des activités médicales, ce qui a une incidence sur la valeur d'entrée d'un médecin au sein d'une structure, que cela concerne le prix de « cession » de ces activités ou la valeur à laquelle il peut lui être proposé d'entrer au capital. Cet accroissement des valeurs se réalise notamment au détriment des jeunes médecins, puisqu'il peut conduire les plus âgés à procéder à une opération financière au lieu de leur céder leur activité ou aboutir à une augmentation du « prix d'entrée » des

plus jeunes qui se trouve mécaniquement majoré.

Ce mouvement fait également craindre une perte d'indépendance des médecins dans l'exercice de leurs activités, et la perte de la maîtrise de leur outil de travail par les médecins. La crainte est, naturellement, que la rentabilité devienne la seule boussole de l'activité médicale. Ce qui conduirait non seulement au risque d'avoir pour seul objectif d'augmenter la quantité des actes facturés, avec donc un risque de baisse de la qualité des actes réalisés et de la détérioration des conditions de prise en charge des patients.

Cela s'accompagnerait d'une détérioration des conditions de travail des médecins, par l'augmentation des cadences qui en résulterait.

Certaines de ces craintes se comprennent, il faut donc avoir certaines exigences concernant la réalisation d'opérations de financiarisation.

Les exigences qu'il faut avoir dans les opérations de financiarisation

Les opérations de financiarisation sont variées et certaines peuvent s'inscrire dans un projet médical fort et chercher à concilier les intérêts en présence, surtout au regard du mouvement actuel qui touche plus profondément l'organisation des professions médicales et les conditions d'exercice de ces activités.

La nécessité d'un projet au service des activités médicales

De telles opérations ne doivent pas se limiter au fait que les fonds versés par le « tiers investisseur » servent uniquement à rémunérer les médecins qui céderaient à cette occasion tout ou partie de leur outil de travail.

Une telle opération doit plutôt s'inscrire dans un projet servant l'exercice des activités médicales, qui sera soutenu grâce aux financements reçus.

Le regroupement actuel des activités médicales, cumulé au changement des mentalités des médecins qui souhaitent se concentrer sur l'exercice de leurs activités et être moins impliqués dans une gestion chronophage, conduisent à la mise en place d'organisation reposant sur des équipes administratives plus structurées et importantes. Cela a un coût.

Il en est de même concernant le fait de pouvoir offrir aux médecins exerçant au sein d'une même structure des modalités d'exercice de leurs activités médicales variées, pour pouvoir répondre le mieux possible à leurs différentes attentes. Cela implique de regrouper un plus grand nombre de médecins, pouvant avoir des degrés d'implication variés au sein du groupe, et donc une équipe administrative structurée pour assurer le fonctionnement. De même, certains groupements tendent à mettre fortement en avant des exigences de qualité dans l'exercice de leurs activités, tant en termes d'équipements que de prise en charge des patients. Cela aussi a un coût.

La nécessité d'une préservation de l'indépendance des médecins : les points d'attention

Les points d'attention sont naturellement différents selon les modalités par lesquelles l'opération de financiarisation est structurée.

Pour le dire brièvement, une opération peut porter sur une structure d'exercice ou sur un plateau technique.

Lorsque l'opération porte sur un plateau technique, il faut veiller à ce que le contrat permettant aux médecins d'avoir accès à ce plateau technique (i) leur assure la pérennité de cet accès et (ii) ne contienne pas de clauses financières conduisant les médecins à devoir modifier les conditions d'exercice de leurs activités pour pouvoir maintenir un certain niveau de rémunération. Il faut également veiller à ce que les accords intervenus en amont imposent au cocontractant de maintenir un certain niveau de qualité des équipements avec suivi des évolutions technologiques, et des conditions d'activité.

Lorsque l'opération porte sur une structure d'exercice, dont le « tiers investisseur » deviendra directement ou indirectement associé, il faut veiller au strict respect des dispositions du Code de la santé publique réservant aux médecins exerçant dans la structure les décisions susceptibles de retentir sur leur exercice professionnel. On rappellera que la gouvernance doit être assurée par des médecins exerçant au sein de la structure, et que seuls les médecins exerçants peuvent se prononcer sur l'agrément d'un nouvel associé au sein de la structure.

On voit ainsi que l'arrivée de financiers peut avoir une utilité. Mais chacun doit rester dans son domaine et il est absolument exclu que les financiers aient un pouvoir de décision susceptible d'orienter indirectement l'exercice de la médecine. Leurs droits doivent être limités à un retour financier, et leur pouvoir de décision à la protection de leur investissement. Tout cela s'organise rigoureusement lors de leur entrée.

VIDI

Radiologie 2030

Notre vision n'a pas changé depuis la création de VIDI et l'évolution renforce chaque jour notre conviction, nous devons garder la maîtrise de notre outil de travail car nous sommes les mieux armés pour faire face aux défis que nous devons affronter.

Dans le contexte actuel, il est sans doute utile de rappeler les fondamentaux de notre projet.

En dehors de la pandémie qui perturbe nos organisations, mais nous oblige aussi à nous adapter rapidement, nous devons faire face à un triple défi afin de répondre au mieux aux besoins de la population : démographique, technologique et financier.

Démographique, c'est le plus prégnant, nous payons les décisions des gouvernements qui ont volontairement limité le nombre de médecins en formation à 3500 alors qu'il eût été nécessaire d'en former au moins deux fois plus. Nous sommes au plus creux de la courbe qui ne retrouvera les effectifs de 2006 qu'en 2030 et encore les radiologues seront 9,8 % moins nombreux en 2030 qu'en 2006 (Drees N°679 février 2009). De plus notre spécialité évolue, nos compétences augmentent mais nous sommes de plus en plus spécialisés dans un nombre limité des champs de l'imagerie.

Technologique, nos métiers évoluent très rapidement, sont et seront fortement impactés par l'intelligence artificielle que nous devons être capables d'intégrer dans nos pratiques pas seulement médicales mais dans la gestion de nos workflows. Ces évolutions technologiques, la mise en place de nouveaux outils notamment de communication, Cloud, lignes à hauts et très hauts débits, la sécurité informatique ont un coût qui connaît une croissance exponentielle. De plus, la prise en compte de l'impact environnemental de nos activités est incontournable, engageant notre responsabilité (Kovacsik H, et al., Vous avez dit « green radiology » ? Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle (2022), <https://doi.org/10.1016/j.jidi.2021.12.005>).

Par ailleurs, « en 2020 la DCSi s'est élevée en France à 284,5 Md€, soit 12,4 % du PIB (contre 11,3 % en 2018 – Drees, 2021).

Parmi les pays de l'OCDE, la France est l'un des pays qui consacre le plus de richesse à la dépense courante de santé : si l'on se compare avec les autres pays développés, seuls les États-Unis, l'Allemagne et la Suisse dépensent davantage. Notre pays mobilise par ailleurs un peu plus de richesse nationale pour la santé que la Suède, le Japon ou le Canada.

Dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses de santé, après avoir été un poste fortement dynamique, progressent aujourd'hui au même rythme que leur PIB. Cependant, avec une augmentation moyenne annuelle de 2 % depuis 2015, on constate que la France a une hausse moins forte que des pays comme les États-Unis ou l'Allemagne (+ 4 % en moyenne). Le respect de l'Objectif national d'Assurance maladie, depuis maintenant une dizaine d'années (2010), en est à l'origine. Cette tendance a cependant pris fin avec la crise sanitaire, qui a provoqué une très forte croissance des dépenses de santé (+ 15 Md€) et un creusement des déficits. »

(Fiche thématique Vie publique. Dernière modification 30 novembre 2021 à consulter sur <https://cutt.ly/kVvnMD6>).



D^r Laurent Verzaux
Directeur Général de VIDI
Membre du Conseil de Surveillance de la SFR
Membre du Bureau de la FNMR

Ce pourcentage du PIB consacré à la santé ne peut pas croître indéfiniment !

À cette réalité, s'ajoute le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques qui vont mathématiquement augmenter la demande de soins. En 2030, 21 millions de Français auront plus de 60 ans soit près d'un tiers de la population.

La radiologie doit faire sa révolution, si nous ne modifions pas considérablement et fondamentalement nos pratiques et nos organisations actuelles, nous serons incapables de répondre aux besoins de la population ce qui nous sera à juste titre reproché.

C'est bien pour éviter une telle situation que nous anticipons et mettons en place les modalités du « cabinet 2030 ».

Les radiologues du réseau VIDJ savent le rôle essentiel de l'imagerie dans le parcours de vie de chacun et comment ils peuvent aider à supporter les accidents de la vie s'ils sont là ou au contraire, les aggraver s'ils ne savent répondre à temps. Ils sont conscients de leur responsabilité sociale et sociétale afin que chaque patient puisse bénéficier du meilleur examen, réalisé le plus efficacement et confié pour analyse et interprétation au radiologue compétent dans la spécialité.

Pour atteindre cet objectif, les radiologues du réseau VIDJ refusent d'assister passivement au démantèlement de la spécialité au profit d'acteurs financiers à qui la situation démographique n'a pas échappé qui drapés dans les habits de la vertu sont capables de promouvoir des solutions de prestations de service séduisantes aux yeux des tutelles proposant notamment la promotion de professions intermédiaires.

Les radiologues du réseau VIDJ sont promoteurs de l'évolution des métiers paramédicaux qui doivent monter en compétence mais dans l'objectif d'apporter une réponse cohérente à l'organisation de l'imagerie et pas seulement une prestation.

Deux chiffres clés, 233 sous-préfectures, 136 GHT, qui sont de taille variable mais rencontrent tous des difficultés organisationnelles de l'imagerie ou vont les rencontrer à très court terme.

Les centres de proximité ne peuvent plus rester isolés et doivent pouvoir s'intégrer dans les projets territoriaux des groupes plus structurés afin de ne pas laisser créer des déserts médicaux.

Concrètement quelles solutions proposer pour garantir l'accès à l'imagerie du dépistage à la radiologie interventionnelle sans oublier la permanence des soins, faut-il rappeler notre rôle essentiel dans la prise en charge des AVC, des embolies pulmonaires ?...

Les réponses s'appuient sur un trépied que nous maîtrisons, déjà déployé par certains d'entre nous, que nous avons la capacité de rapidement mettre en œuvre sur l'ensemble des territoires : Téléradiologie, Compétence, Pertinence.

Téléradiologie, nous avons avec TéléVidj l'outil qui permet d'amener la compétence au plus près de chaque territoire, notre modèle organisationnel qui associe télé-radiologie et présentiel répond aux attentes des patients et des équipes médicales et paramédicales. Il est facilement perfectible en facilitant la téléconsultation souvent nécessaire lors de la restitution des examens.

La gestion du temps médecin invite à proposer des organisations en appui avec nos collaborateurs.

Compétence, faut-il rappeler que depuis plus de vingt ans, les meilleurs élèves des facultés de médecine choisissent à l'issue du concours de l'internat la radiologie ? Notre spécialité qui a la chance d'avoir accueilli les cerveaux les plus brillants ne serait pas capable d'être innovante et devrait laisser à des acteurs financiers le soin de gérer à leur place ?

Radiologie 2030



Nous avons la compétence et la maîtrise des technologies, nous participons aux développements des outils d'intelligence artificielle qui feront de nous demain des radiologues augmentés qui garderont pour autant la responsabilité de la réalisation de l'acte et de son interprétation ce que nous revendiquons.

Pertinence, ce thème porté par la profession depuis plusieurs années doit maintenant prendre toute sa dimension notamment dans le cadre du tant attendu DMP, de l'utilisation de l'INS et de la gestion des datas afin d'éviter les examens redondants.

Rappelons les quatre valeurs ajoutées du radiologue : « valider la demande et donc la prise en charge. C'est la première valeur ajoutée du radiologue. La deuxième valeur ajoutée est la réalisation des actes que les radiologues contrôlent en présentiel ou à distance, en coopération avec les manipulateurs. La qualité de la réalisation est un élément primordial de la troisième valeur ajoutée du radiologue : l'interprétation de l'examen, qui doit être accompagnée d'un compte rendu structuré et diffusé. Enfin, la conclusion doit comporter une orientation ou une conduite à tenir qui constitue la quatrième valeur ajoutée du radiologue ».

Ce trépied constitue le socle du nouveau workflow qu'il faut nécessairement mettre en place au risque redisons-le de ne pas

“
Nous avons la compétence et la maîtrise des technologies, nous participons aux développements des outils d'intelligence artificielle qui feront de nous demain des radiologues augmentés qui garderont pour autant la responsabilité de la réalisation de l'acte et de son interprétation ce que nous revendiquons.
 ”

répondre à la demande. Il faut libérer du temps médecin, par la pertinence et la compétence du radiologue augmenté qui gagnera du temps dans l'analyse notamment des examens de suivi des pathologies chroniques mais aussi de dépistage. Compétence qui doit diffuser au plus près des territoires grâce aux outils de communication.

Pour mettre en œuvre un tel projet il faut des moyens financiers nécessaires à la restructuration de l'imagerie. C'est une magnifique opportunité pour les radiologues d'investir afin de piloter eux-mêmes ces changements organisationnels qui permettent d'assurer le portage des centres d'imagerie et la transition générationnelle.

Relisons l'histoire de la radiologie depuis plus de cent ans, et souvenons-nous qu'Antoine Béclère s'est battu plus de vingt ans pour que la radiologie reste aux mains des médecins !

Voir-Comprendre-Soigner, c'est le sens de notre métier que nous souhaitons préserver.



Exercer au sein du réseau Vidi

Un réseau de **65 groupes** d'imagerie médicale indépendants.

Un réseau détenu exclusivement par ses **1070 radiologues**.

Un réseau pour défendre et promouvoir des valeurs, l'entraide et le partage d'expérience.

**Retrouvez Vidi lors des JFR
Stand n°112 - Hall Passy**

ET

Venez échanger avec les radiologues du réseau Vidi à l'occasion du déjeuner UNiR

**le samedi 8 octobre
de 11h30 à 13h30**

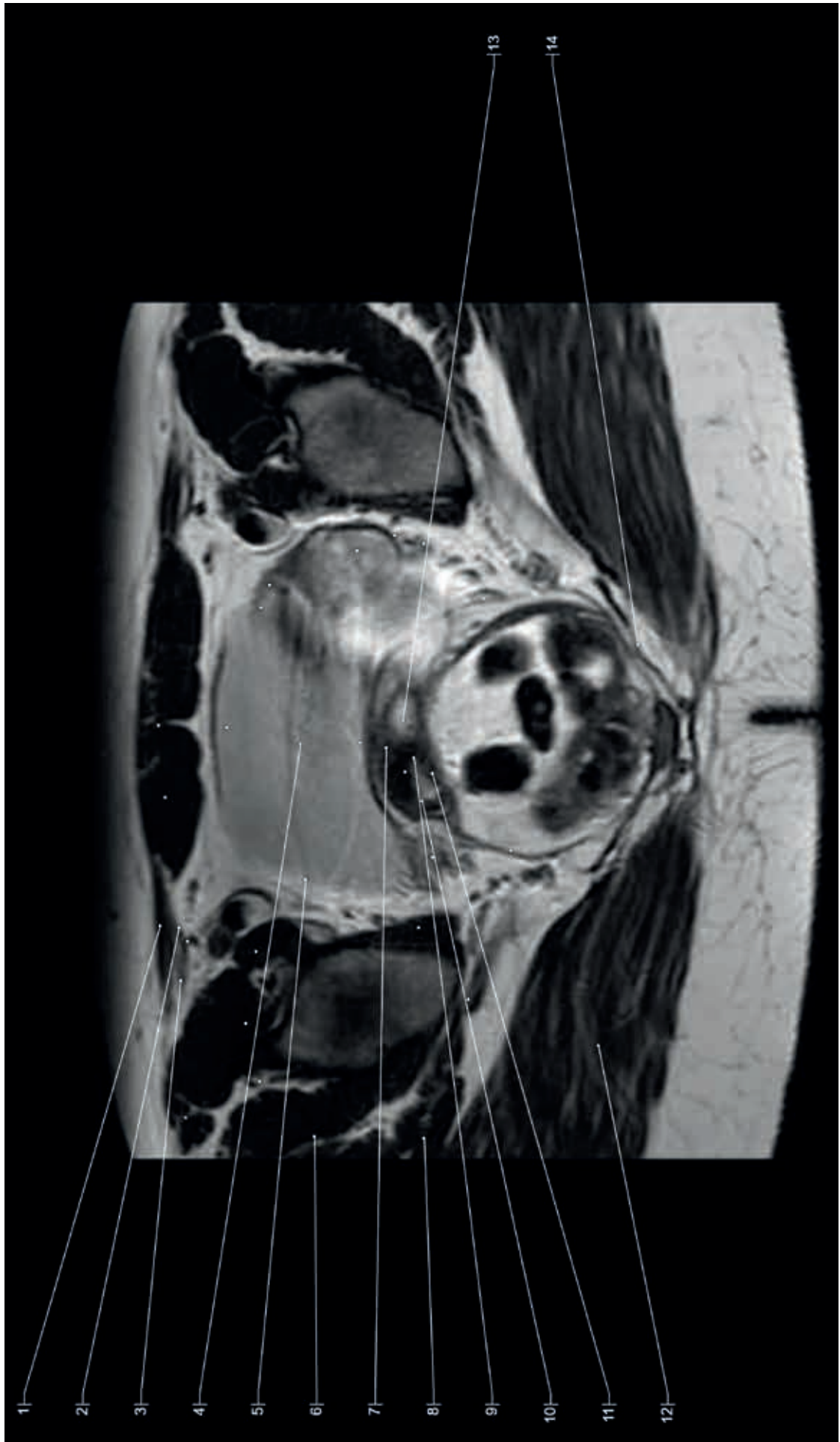
et posez leur
toutes vos questions

Retrouvez toutes les annonces sur unir-radio.fr et groupe-vidi.fr

vidi

Testez vos connaissances en anatomie avec IMAIOS

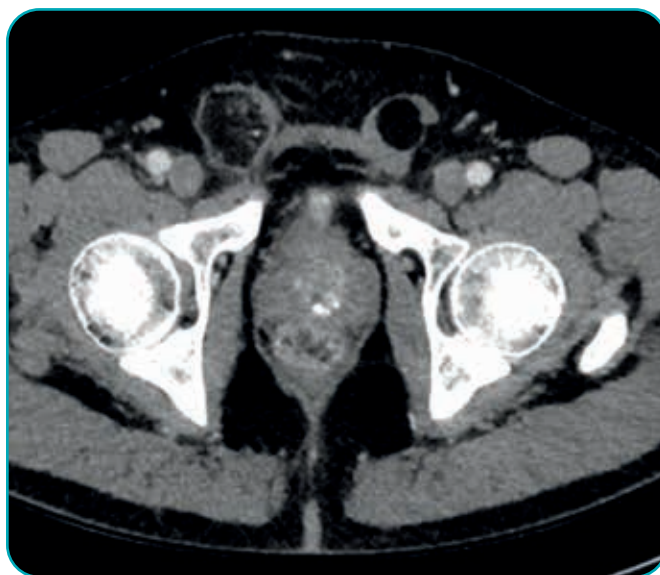
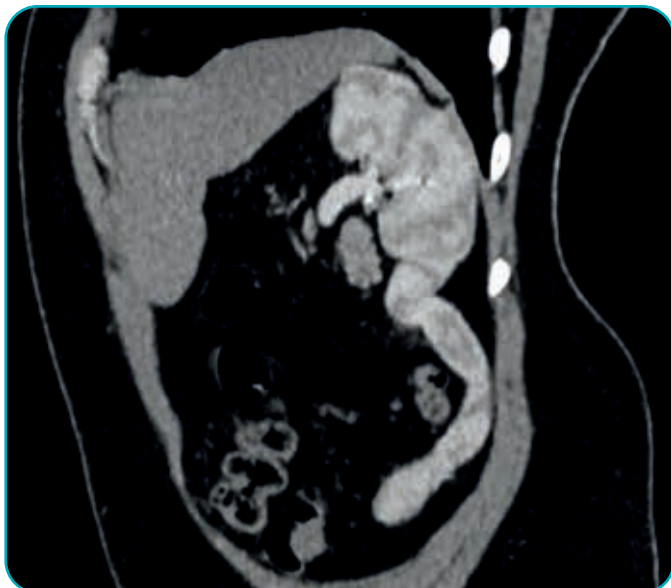
Solution page 24



Hotcase Radeos solution page 25

RADEOS

Patient de 58 ans suivi pour une hyperéosinophilie chronique avec atteintes hépatique et cardiaque, sans autre antécédent. Le patient est asymptomatique. Un scanner abdomino-pelvien, dont quelques images sont présentées, est réalisé dans le cadre de la surveillance systématique de son atteinte hépatique.



Anne Ribrag
Interne 8^{ème} semestre
Hôpital Beaujon, Clichy,
France



P^r Maxime Ronot
Hôpital Beaujon, Clichy,
France

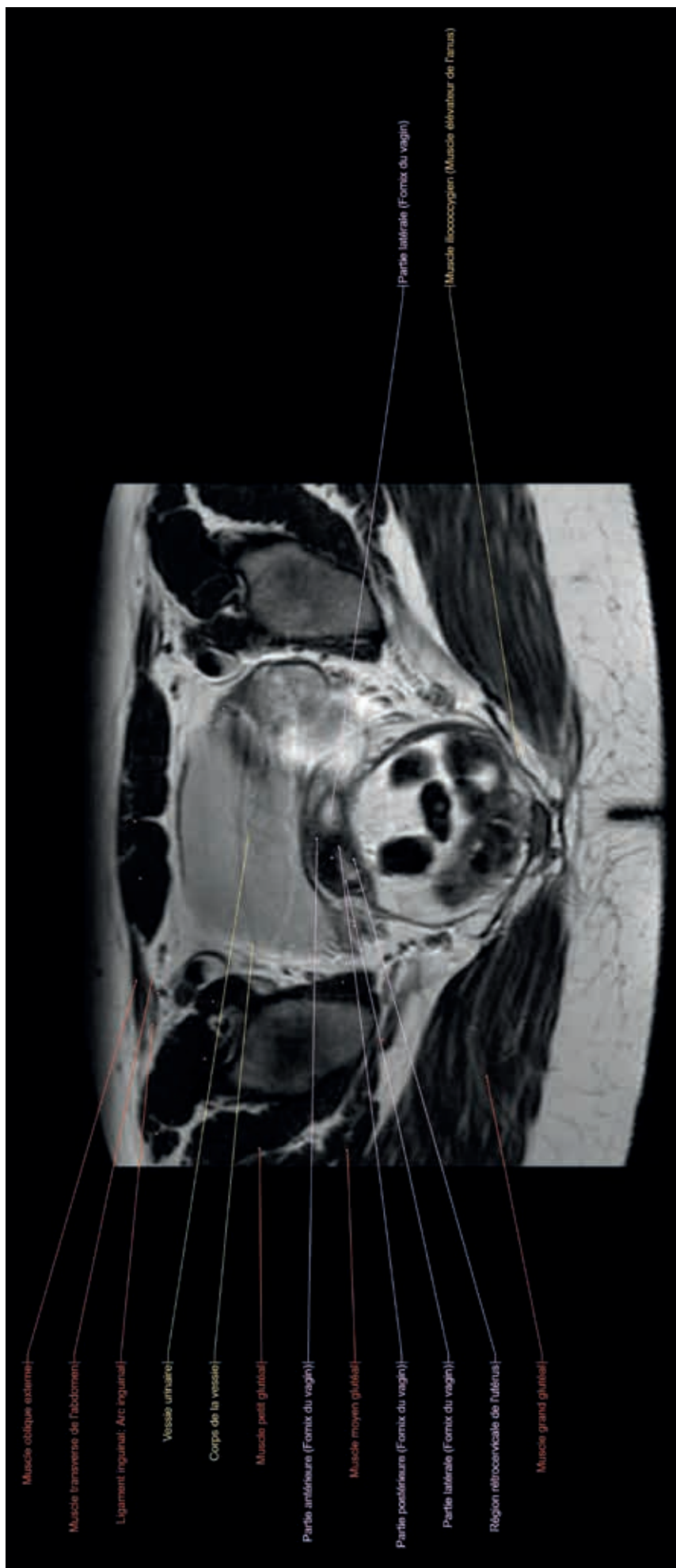
QCM

Quel diagnostic vous permet d'expliquer l'ensemble des anomalies observées ?

1. Splénose du flanc gauche
2. Fusion spléno-gonadique
3. Rates accessoires
4. Polysplénie
5. Cryptorchidie

Testez vos connaissances en anatomie avec IMAIOS

Publié page 22



Solution Hotcase Radeos publié page 23

La fusion spléno-gonadique est une malformation congénitale rare correspondant à la fusion de la rate avec la gonade, le plus souvent gauche (98 %) par une portion de parenchyme splénique aberrant.

Cette anomalie est majoritairement observée chez l'homme jeune (95 %), mais peut être découverte à tout âge. La fusion surviendrait entre la 5^{ème} et la 8^{ème} semaine de développement embryonnaire, après la rotation gastrique, au moment où les tissus splénique et gonadique sont à proximité. Lors de la migration gonadique vers le pelvis, le tissu splénique fusionné est alors soit « étiré » sous forme d'une bande restant connectée à la rate primitive, soit se détache de la rate primitive pour migrer avec la gonade. On distingue ainsi deux grandes formes de cette anomalie :

- ♦ La forme continue, la plus fréquente (55 %), comme dans notre cas, dans laquelle il persiste une connexion entre le tissu splénique fusionné à la gonade et la rate primitive ;
- ♦ La forme discontinue, dans laquelle le tissu splénique fusionné a perdu toute connexion avec la rate primitive ; cette forme étant considérée comme une variante de rate accessoire.

Une cryptorchidie est associée dans un tiers des cas.

D'autres malformations congénitales peuvent être retrouvées, plus fréquemment dans la forme continue, comme des anomalies des membres, une micrognathie, des anomalies cardiaques, une fente palatine, etc.

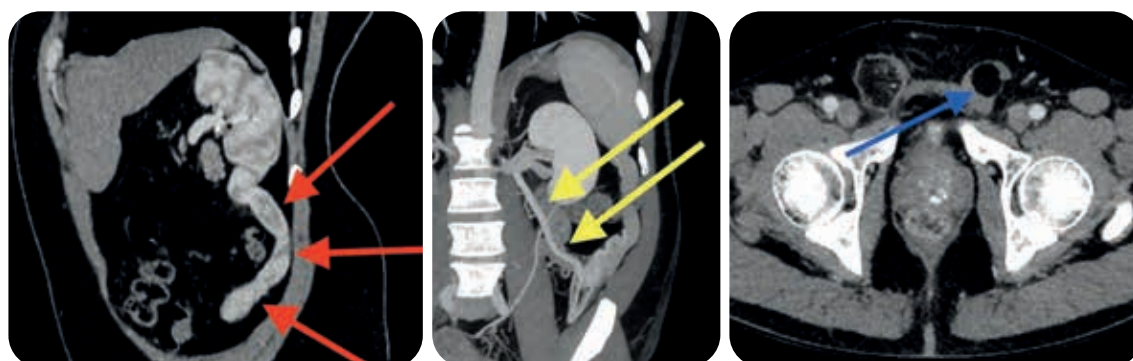
Cette malformation est la plupart du temps de découverte fortuite mais peut également être diagnostiquée lors de l'exploration d'une masse scrotale, d'une hernie inguinale ou d'une cryptorchidie.

Au scanner, le diagnostic repose sur l'identification de tissu splénique ectopique, de densité spontanée et de rehaussement identiques à ceux de la rate primitive (**flèches rouges**), fusionné à la gonade, dont le rehaussement est généralement moins intense.

Dans la forme continue, le tissu splénique fusionné est connecté à la rate primitive et se présente généralement sous la forme d'une structure tubulée étendue de la pointe de la rate primitive au pôle supérieur de la gonade (**flèches rouges**). Dans la forme discontinue, on observe une rate accessoire, totalement déconnectée de la rate orthotopique.

La fusion peut siéger dans l'abdomen, dans le canal inguinal ou en intra-scrotal en fonction de la présence ou non d'une cryptorchidie associée, se traduisant par une bourse vide (**flèche bleue**).

Dans les cas où la gonade est difficilement individualisable c'est l'identification du pédicule gonadique qui permet de la localiser (**flèches jaunes**).



Le principal risque évolutif est le développement d'une néoplasie testiculaire, ce sur-risque étant surtout décrit en cas de cryptorchidie associée.

La prise en charge thérapeutique reste controversée, certains auteurs préconisant une résection chirurgicale systématique afin de confirmer le diagnostic et d'exclure une tumeur testiculaire, d'autres prônant l'abstention thérapeutique. Une orchidopexie voire une orchidectomie sont indiquées uniquement en cas de cryptorchidie associée.

Bibliographie

1. Youssef Kadouri et al. Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Splenogonadal Fusion: A Literature Review. *Case Reports in Urology*. 2020.
2. Amir Qadeer et al. Splenogonadal fusion: a radiologic-pathologic correlation and review of the literature. *Radiology Case Reports*. 2020.
3. Dandu R. Varma et al. Sonographic and CT features of splenogonadal fusion. *Pediatric Radiology*. 2007.
4. G Cazalas. Fusion spléno-gonadique associée à une cryptorchidie intra-abdominale chez l'adulte. *Journal de Radiologie*. 2010.
5. Abou Bakr M Khairat et al. Splenogonadal fusion: case presentation and literature review. *J Pediatr Surg*. 2005.
6. Gerasimos Alivizatos et al. Splenogonadal fusion: Report of a case and review of the literature. *International journal of urology*. 2005.
7. Ravikanth Jakkani et al. Discontinuous splenogonadal fusion diagnosed on computed tomography. *Indian J Radiol Imaging*. 2016.
8. Prakash Manikka Lakshmanan et al. A surprising content of congenital hernia: complete splenogonadal fusion band. *BMJ Case Rep*. 2014.
9. D. Cortes et al. The pathogenesis of cryptorchidism and splenogonadal fusion: a new hypothesis. *British Journal of Urology*. 1996.



1er réseau de groupes d'imagerie médicale indépendants en France



un réseau pionnier engagé pour l'excellence des diagnostics et des soins sur tout le territoire

qui accompagne ses patients sur tout leur parcours d'imagerie médicale, du dépistage à l'interventionnel

qui donne accès à un ensemble de radiologues surspécialisés dans tous les domaines de compétences

Le réseau Vidi en chiffres :

- 1100 radiologues
- 330 centres
- 440 EML
- 4000 salariés
- 10 M de patients par an

Les Annonces de Recrutement

FRANCE

SIMAGO recherche ses futurs Radiologues H/F remplaçants, collaborateurs, associés... rejoignez-nous !



Le groupe Simago, l'un des plus grands regroupements en France entre radiologues libéraux, recherche ses futurs associés. Tous les cabinets du réseau Simago sont fortement dotés en imagerie en coupe, solutions de téléradiologie interne et d'aide au diagnostic pour permettre un exercice médical de la meilleure qualité possible.

Profils polyvalents ou spécialisés.

- Entrée gratuite
- Aucune gestion administrative
- Statut d'associé (à parts égales)
- Plateaux techniques complets
- Rémunération libérale très attractive
- Possibilité de devenir actionnaire

45
Sites

56 IRM
et
Scanners

110
Radiologues

+ 1 100 000
RDV par an

110 m€
Chiffre
d'affaires



Votre contact :
Kelly PELENDO, Recrutement médical
+33 (0)7 66 30 92 30
kelly.pelendo@groupe-simago.com
www.simago.fr



www.linkedin.com/company/simago/



IMPf

IMAGERIE MEDICALE DE LA PLAINE DE FRANCE

**Groupe en développement constant,
de 44 associés, présent en Île-de-France**
(Paris – 92 – 93 – 78 – 77),
basé sur 4 cliniques,
11 cabinets, 4 hôpitaux

ÎLE-DE-FRANCE

RECHERCHE

MÉDECINS RADIOLOGUES OU INTERNES

pour des remplacements réguliers ou ponctuels



Installation rapide possible après des remplacements fixes.

Le groupe dispose de **plateaux techniques très complets, modernes et de qualité**
en imagerie conventionnelle comme en imagerie en coupes, d'une équipe de plus 350 salariés et
d'une gestion administrative et juridique centralisée.

Inscription au Conseil de l'Ordre et URSSAF obligatoire.

Indemnisation : 1 200 euros par jour.



N'hésitez pas à prendre contact :

alonguet@impf.fr
06 71 34 82 41

<http://www.impf.fr/>



RECHERCHE

DES RADIOLOGUES

(de préférence en secteur 2)
pour des remplacements en vue d'une installation



POUR TOUTE INFORMATION,
VEUILLEZ CONTACTER
le **Docteur Franck KOSKAS**
Par email à : **drfranckkoskas@gmail.com**
Par téléphone au **06 65 48 48 25**

**Groupe d'imagerie médicale
composé de 14 radiologues exerçant sur 5 sites en
Essonne (91)**

- Clinique Jules Valles à Athis-Mons (91)
- Hôpital Privé d'Évry (91)
- Clinique Pasteur et centre de radiothérapie à Ris-Orangis (91)
- Centre médical Chaumont à Palaiseau (91)
- Hôpital d'Orsay (91)

**Groupe dynamique en croissance
disposant d'un plateau technique complet et récent**

- 3 IRM
- 3 scanners
- 4 Mammographes avec tomosynthèse
- Macrobiopsies
- 4 tables capteur plan
- Cone beam
- 8 Échographes

**Conditions d'installations et d'exercices
très favorables**

- Pas de droit d'entrée dans la SELAS (création d'une Holding).
- 3 à 4 jours de travail par semaine, ambiance de travail agréable.
- Temps partiel possible.
- 10 semaines de congés payés.
- Pas de garde.
- Prise en charge par la SELAS des cotisations obligatoires (URSSAF, CARMF).



IMAGERIE
MÉDICALE
DU BASSIN
LORIENTAIS

Acteur majeur de la région Lorientaise, le Groupement d'Imagerie Médicale du Bassin Lorientais présente une équipe de 12 radiologues associés en SELARL. Le groupe est composé de 6 cabinets situés entre Lorient et Quimperlé, dont 1 dans une clinique.

NOUS RECHERCHONS nos futurs(es) associés(ées) à temps plein ou temps partiel ou des remplaçants

en RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE et INTERVENTIONNELLE

Rejoignez-nous et bénéficiez d'une activité polyvalente dans une région au cadre privilégié : Longues plages pour s'adonner aux activités variées de la mer, nombreux terrains de golf, la campagne à proximité, un patrimoine riche et varié à découvrir, les Vieilles charrues en juillet à 1 heure de route, le Festival Interceltique en août, la Capitale à 3 heures en train (TGV).

Environnement de travail :

Vous disposerez d'un plateau technique complet, moderne et performant :

- Tables de radiologie, échographes récents.
- Mammographes avec tomosynthèse.
- Ostéodensitomètres.

ainsi qu'une activité d'imagerie en coupe :

- Deux Scanners (Canon).
- Deux IRM (Siemens) dans deux sites cliniques, avec équipements récemment renouvelés.

Pourquoi nous rejoindre :

- Possibilité de travailler à temps plein ou à temps partiel.
- 9 semaines de congés annuels.
- Structure SELARL, SPFPL acceptées.
- SCIs restructurées, intégration facilitée et encouragée.
- Secteur 2 OPTAM bienvenu.

Si vous êtes dynamique et que vous avez envie de vous impliquer dans un groupe à fort potentiel,

alors rejoignez-nous



Vous pouvez nous contacter par e-mail :
isabelle.rigault@orange.fr
ou par téléphone au : **06 72 73 33 70**



CABINET DE RADIOLOGIE « VALLÉE DE LA GARONNE » DANS LE SUD-OUEST

RECHERCHE ASSOCIÉ(E) OU REMPLAÇANT(E) RÉGULIER

Large bassin de population entre Bordeaux et Agen.

Autorisation IRM privée pour mise en service 2023



Augmentation de l'activité :

2 sites principaux Langon (33) et Marmande (47).

Large accès à l'imagerie en coupe IRM et scanner au CH de Langon et de Marmande. Travail en étroite collaboration avec la clinique Sainte-Anne de Langon sur le même site que le cabinet (orthopédie, urologie, onco, gastro...).
Activité standard radio échographie en cabinet de ville.

6 associés exerçant en SELARL.

Un jeune associé ancien assistant des hôpitaux depuis Janvier 2020.
Possibilité d'activité partielle spécialisée (ostéo, imagerie de la femme...).
Compétence en interventionnel ostéo-articulaire et en imagerie de la femme appréciée.

Temps plein 4J/semaine.

Conditions d'entrée dans le groupe attrayantes. Horaires confortables.

Rémunération attractive.

Remplaçants 950 euros/jour. Vacances adaptées à vos compétences.

Cadre de vie privilégié du Sud-ouest à la campagne en étant proche de Bordeaux.

POUR PLUS D'INFORMATIONS N'HÉSITEZ PAS.

CONTACT SANS ENGAGEMENT !

Dr Mathieu CABANNES : m.cabannes@gmail.com – 06 32 04 06 51

Dr Eric VILLENEUVE : eric.villeneuve@free.fr – 06 49 47 18 00



SELAS de 10 associés - Moyenne d'âge 45 ans - MONTAUBAN 82
30 mn Nord de Toulouse - Exerçant sur 2 sites :

Clinique du Pont de Chaume Groupe ELSAN (330 lits et 125 médecins)
et Clinique Boyé (80 lits et 40 praticiens)

Cherche remplaçants en vue d'association ou collaboration

PLATEAU TECHNIQUE COMPLET

- 1 IRM 3T GE.
- 1 IRM 1,5T GE polyvalente en GIE.
- 1 IRM 1,5T Siemens en GIE.
- 1 TDM GE 64 barettes Spectral (2016).
- 1 TDM Siemens 128 barettes (2021).
- 4 échographes Toshiba (2016 et 2018).
- ConeBeam.
- Secteur sénologique complet : Sénographe avec tomosynthèse HOLOGIC 2019, échographe SUPERSONIC et Mammotome).
- Accès salle vasculaire pour radiologie interventionnelle digestive et oncologique.

ACTIVITÉ PLURIDISCIPLINAIRE

Oncologie médicale et radiothérapie - Partenariat ONCOPOLE Toulouse - Chirurgie viscérale, urologique, orthopédique et vasculaire, centre de dialyse, médecine nucléaire...
Participation RCP hebdomadaires.

DOMAINES DE COMPÉTENCES

Activités généralistes + sur-spécialisation (digestif, ORL, neuro, cancéro, urologie, imagerie de la femme, interventionnel...).

Idéalement ancien CCA.

TEMPS DE TRAVAIL

Temps plein 4 jours/semaine ou temps partiel 3 jours/semaine, 8 semaines de congés, 1 semaine de congés, astreintes à domicile, télétravail.



Conditions d'installations favorables.

Peu de concurrence locale.

Région attractive : Toulouse, 2h de la Méditerranée, de la côte Atlantique et des pistes de ski.



CONTACTS : Virginie GAUTIER, Responsable RH
v.gautier@i3r82.fr



VALENCE DRÔME ARDÈCHE RECRUTE DES RADIOLOGUES ASSOCIÉS OU REMPLAÇANTS

LE GROUPE

10 radiologues / 6 radiothérapeutes.
Groupe dynamique au sein de l'Hôpital Privé Drôme Ardèche. Fort potentiel de croissance.

Le centre d'imagerie offre une activité variée avec la possibilité de remplacements réguliers en radiologie interventionnelle, échographie, Doppler, sénologie, ostéo-articulaire, Cone beam, IRM, scanner, vasculaire interventionnel écho et scanner.

- Forte activité de SÉNOLOGIE avec MICRO et MACROBIOPSIE, en lien avec un institut du sein.
- Forte activité d'OSTEO-ARTICULAIRE et DIGESTIVE en lien avec les chirurgiens de la clinique.
- Forte activité ONCOLOGIQUE en lien avec le centre de radiothérapie, les oncologues et les chirurgiens.
- Forte activité de VASCULAIRE INTERVENTIONNEL.

PLATEAU TECHNIQUE

- Bloc de radiologie interventionnelle.
- 2 scanners.
- 3 IRM.
- NEHS digital (ex NGL).

RADIOLOGUES ASSOCIÉS

À temps plein ou à temps partiel environ 345 vacations pour 1 ETP.

Profil recherché : Généralistes ou spécialiste d'organe ou spécialiste en vasculaire interventionnel ou digestif interventionnel.

CONDITIONS DE RÉMUNÉRATIONS ET PRISE EN CHARGE

- Organisation des remplacements à l'avance.
- Hébergement en Hôtel 4* pris en charge et réservé par le Centre.
- Prise en charge des frais de transport.
- 500 €/vacation.

CADRE DE VIE

Région attractive, climat agréable, proximité du lieu de travail, immobilier abordable, à proximité des grandes villes tout en vivant à la campagne proche montagne et mer.

Facile d'accès en TGV à 2h de Paris, 1h de Marseille, 3h de Lille, 4h de Bruxelles.



CONTACTS :

Dr Sandrine PAGES - aev@sfr.fr
Stéphanie LIABEUF, Responsable RH
sliabeuf@radiologie-drome-ardeche.fr

IMR/Scanner Vallée du Rhône/Imagerie Nouvelle Vallée-du-Rhône
214-294 Boulevard Général de Gaulle
07500 GUILHERAND-GRANGES
Ligne Directe : 04 75 81 67 67
<https://www.radiologie-drome-ardeche.fr>



AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

LE CENTRE
HOSPITALIER
MÉTROPOLE
SAVOIE

RECHERCHE UN RADIOLOGUE

Le CHMS regroupe les hôpitaux de Chambéry (hôpital neuf) et d'Aix-les-Bains et compte 1 924 lits et places 5 051 professionnels.

Le plateau technique est particulièrement complet, dont :

- **Imagerie médicale :**
 - 3 scanners.
 - 3 IRM dont 1,5Tesla à large ouverture et 3Tesla.
 - 1 mammographe numérique capteur plan avec option tomosynthèse et système de stéréotaxie automatisé couplé avec un échographe dédié.
 - 4 salles d'imagerie numérisée capteur plan.
 - 1 salle de radiologie interventionnelle avec capteur plan et acquisition rotationnelle installée au bloc opératoire central.
 - 2 appareils dédiés radiographie au lit capteur plan.
 - 1 TEP.
- **Radiothérapie :** 3 accélérateurs de particules, 1 scanner de simulation.
- **11 salles de bloc central et 10 salles blocs ambulatoires.**
- **1 robot chirurgical DA VINCI XI de dernière génération.**
- **Laboratoire de biologie médicale :** Cytogénétique, biochimie et hémostase.
- **Service d'anatomie et cytologie pathologiques.**

L'équipe de radiologues est actuellement constituée de 14 radiologues (11,20 ETP) et 40 manipulateurs.

- Possibilité aménagement temps plein sur 4 jours.
- Possibilité d'une activité libérale.
- Permanence des soins : Téléradiologie (Astreinte de sécurité).



Cet établissement à taille humaine, aux relations avec la direction et entre services de qualité, offre par ailleurs un excellent cadre de vie et un environnement très attractif sur le plan culturel et touristique.



En 2021, l'activité représente :

- 51 231 entrées en hospitalisation complète et 86 519 entrées.
- 86 857 passages aux urgences.
- 22 184 interventions chirurgicales.
- 3 236 accouchements.

Le budget annuel d'investissement est de 12,8 millions €, dont 3 millions € pour les équipements biomédicaux.

Merci d'adresser
votre candidature à :

dam@ch-metropole-savoie.fr

Pour tout complément d'information :

Dr Mathilde CLERC, Chef de service
mathilde.clerc@ch-metropole-savoie.fr

Le Centre d'Imagerie Médicale Auxerre

RECHERCHE RADIOLOGUE (H/F)

Pour remplacement, 1300 euros/jour minimum (8h-18h) dans une clinique en pleine expansion, avec un plateau technique complet (mammo/écho/IRM/scanner ...). Possibilité de cumuler plusieurs jours d'affilée. Et des demi-vacations supplémentaires. Équipe dynamique et jeune.

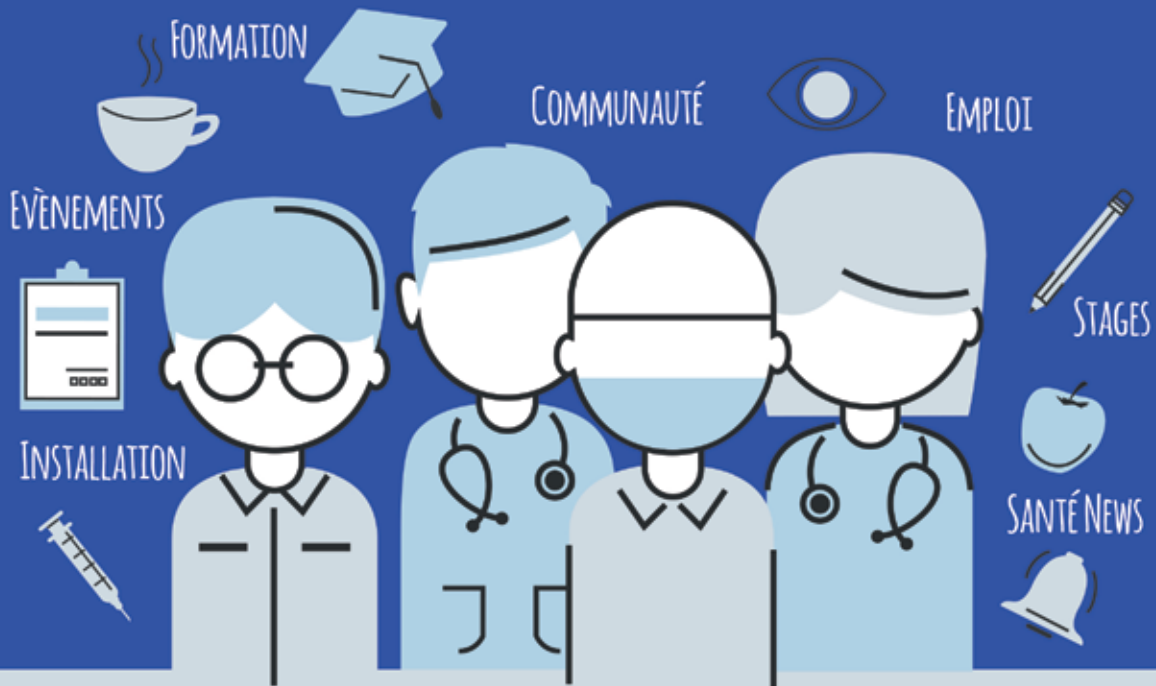
Logement payé (chambre d'hôte ou hôtel selon préférence). Bonne ambiance. À 1h30 de Paris !



Contact : Dr HOUILLIEZ Patrick , houilliezpatrick@hotmail.fr – 06 08 67 70 75



BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



RÉSEAU PRO SANTÉ

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France

e
pôle emploi

UniHA

FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVES NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

