

SciencesPo

CHAIRE SANTÉ

NOTE

LA FINANCIARISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE : TENDANCES, ENJEUX ET PERSPECTIVES.

Juillet 2023

Par Yann Bourgueil, membre de la Chaire santé, Sciences Po
Daniel Benamouzig, titulaire de la Chaire santé, Sciences Po

Table des matières

INTRODUCTION	3
I - Appréhender la financiarisation dans le secteur de la santé	4
I.1 - Contexte et définition.....	4
I.2 - Un phénomène ancien qui se diversifie et pose question	6
I.3 - Un moment de transformation : une opportunité pour les investisseurs privés en santé ? .	8
I.4 – L'expérience d'autres pays : la place croissante d'investisseurs privés en soins primaires	10
II - Financiarisation et système de santé : premier état des lieux	13
II. 1 - Etablissements de santé privés à but lucratif : une financiarisation toujours en transformation	13
II.2 – La financiarisation aboutie de la biologie : un processus favorisé par les politiques publiques ?	15
II.3 – Le contexte mouvant de la radiologie : un potentiel important de financiarisation ?	19
II.4 - L'ophtalmologie : une spécialité de premier et de second recours	23
II.5 - Soins primaires : l'investissement privé répond à un besoin, sans être souhaité sur la forme	26
III - Les effets de la financiarisation.....	30
III.1 - Des bénéfiques qui contribuent à expliquer un certain succès.....	30
III.2 - Quelques risques de la financiarisation	32
IV - Trajectoires et perspectives.....	37

INTRODUCTION

Cette note porte sur les expressions d'un mouvement de "financiarisation" au sein du système de santé. Elle s'efforce, avec une visée exploratoire, d'identifier et d'illustrer un certain nombre de tendances récentes et d'enjeux transversaux, sans prétendre les analyser de manière exhaustive ni entièrement reposer sur des données précises à ce stade. Elle se fonde sur des échanges et réflexions conduits au sein de la Chaire Santé de Sciences Po, en relation avec la DSES de la CNAM. Elle mobilise un nombre limité d'entretiens (n = 14 à date) conduits auprès d'acteurs clés du système de santé, tant du côté d'acteurs professionnels ou économiques que d'acteurs institutionnels ou d'observateurs avisés. Cette note pourra être prolongée par des travaux plus circonstanciés portant sur certaines dimensions de la financiarisation. Elle donne lieu à l'ébauche de propositions, en aucun cas de solutions, qui doivent être appréciées plus avant, non seulement sur la base de diagnostics plus précis mais aussi d'orientations politiques et concertées avec tout ou partie des acteurs impliqués.

Les débats actuels sur la financiarisation s'inscrivent dans une histoire longue, et dans une tradition pluraliste, à la fois publique et privée, du système de santé français, qu'elle interroge à nouveaux frais. D'un côté, l'intervention renouvelée d'acteurs privés donne à voir un déplacement vers des formes de propriété, d'organisation et d'activités susceptibles d'être animées et justifiées par des logiques financières, à but lucratif. D'un autre côté, ces dynamiques associées aux acteurs privés font apparaître en creux l'importance d'une régulation à dominante collective et publique, largement socialisée, ayant vu la place de l'Etat s'accroître progressivement en termes de financement et de régulation. La thématique de la financiarisation interroge ces équilibres et pose, plus largement, la question du pluralisme du système de santé français, de ses composantes, à la fois anciennes et en évolution constante, ainsi que des capacités et formes spécifiques de régulation de ces espaces composites, ne se réduisant pas aux seules formes traditionnelles de l'action publique ou d'acteurs privés historiques. Autrement dit, la question de la financiarisation pose une série de questions, étroitement liées entre elles : la question du renouvellement des formes d'organisations privées dans le système de santé français, au sein duquel elles ont toujours existé, sous d'autres formes, notamment à dominante professionnelle plutôt que financières ; la coexistence de ces logiques privées, anciennes ou plus nouvelles, à dominante professionnelle ou financière, avec des formes d'organisation publique, elles même renouvelées ; la régulation de ces ensembles pluralistes, dont les équilibres évoluent, souvent sous l'effet même des régulations qui leurs sont appliquées. Ces dynamiques ne sont pas non plus indépendantes de changements observés au-delà de la France, qui peuvent se prolonger en France à partir de dispositions européennes, ou peuvent donner lieu à des stratégies internationales d'investissement de la part d'acteurs financiers. Ces dimensions internationales sont évoquées sans être abordées de manière approfondie ou comparative.

La financiarisation questionne aussi en creux la thématique de l'investissement nécessaire dans le secteur de la santé dans un moment de transformation de l'organisation des soins et de bascule

démographique, avec un vieillissement de la population et le départ à la retraite des médecins du baby-boom. Si les acteurs privés investissent aujourd'hui dans la santé, notamment dans le secteur ambulatoire traditionnellement libéral ou privé, n'est-ce pas parce que ce secteur est caractérisé par un sous-investissement chronique caractérisé par des accélérations brutales et des ralentissements prolongés et par une orientation à dominante hospitalière ? Le contexte macroéconomique, caractérisé par une disponibilité de capitaux, n'est-il pas de surcroît déterminant dans le développement de la "financiarisation" de santé, indépendamment de ses dynamiques et caractéristiques propres ?

I - APPREHENDER LA FINANCIARISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Avant de caractériser les évolutions récentes de la financiarisation de l'offre de soins en France, il importe d'en circonscrire les formes à travers une définition et d'en baliser les principales logiques et tendances en les mettant en regard de développements intervenus dans d'autres pays, notamment européens.

I.1 - Contexte et définition

Du point de vue de son financement, le système de santé français est caractérisé par un double système d'assurance obligatoire publique et complémentaire privé, et par la coexistence d'une offre de soins publique et privée en concurrence. La très grande majorité des soins délivrés par les acteurs de soins publics et privés est financée par les assurances maladies obligatoires et complémentaires. Une grande partie des professionnels de santé et notamment les médecins (environ la moitié d'entre eux) exerce sous un statut privé en tant que professionnels libéraux indépendants et leur activité et leurs revenus, perçus sous formes d'honoraires, sont garantis par l'assurance maladie dans le cadre d'une convention nationale.

En rachetant les cliniques privées aux médecins qui en ont été initialement les principaux financeurs, d'autres acteurs privés sont progressivement apparus dans le secteur de l'offre de soins. Ils apportent leurs capitaux, l'accès à des technologies innovantes mais également des modèles d'organisation et de management propres aux entreprises privées, caractérisées entre autres par des objectifs de rentabilité et d'efficacité. Ces acteurs privés sont divers : industriels du soin notamment hospitalier (chaînes de cliniques), de la biologie, de l'imagerie. Ils peuvent être plus éloignés des métiers de la santé, comme les fonds de pensions dont le cœur de métier est d'optimiser la rentabilité d'actifs financiers. Leur objectif est avant tout d'optimiser des flux financiers et le secteur de la santé est à ce titre attractif. Il offre des perspectives de croissance continue

étroitement corrélée à la croissance de la demande de soins et au vieillissement démographique, une demande de soins solvable puisque garantie par l'assurance maladie obligatoire et les mécanismes de solidarités garantissant l'accès aux soins des plus démunis et enfin un payeur unique avec des délais de paiement particulièrement courts (7 à 15 jours). Bien que très régulé, le système de santé présente ainsi de nombreux atouts pour des acteurs soucieux de placer et faire fructifier leurs capitaux avec des risques évaluables et en l'occurrence modérés. Les progrès des technologies numériques et les gains d'efficacité et de qualité qu'elles promettent favorisent également l'apparition d'entreprises privées (startups), soutenues par les politiques publiques, financées par des investisseurs acceptant plus de risques mais également une plus grande espérance de gains futurs par le développement rapide et massif de modèles d'organisation et de soins plus efficaces. Il s'agit également de financiarisation dans la mesure où les financeurs de ces innovations attendent à terme un retour sur investissement. Les dispositifs innovants comme les plateformes (télémédecine, prise de rendez-vous, intelligence artificielle) peuvent d'ailleurs se rapprocher des acteurs de l'offre de soins pour viser le développement d'une offre de soins intégrée verticalement (comme la récente offre d'abonnement de Ramsay proposant un accès 7/7, 24h/24h, un avis et une prise en charge médicale).

La financiarisation dans le cadre de cette note est donc le processus par lequel des acteurs privés, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteur des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi. Les mécanismes par lesquels la rentabilité est améliorée s'appuient sur des modalités de gestion et de management qui vont chercher à rationaliser les coûts (immobilier, optimiser les achats et les processus de soins comme la gestion des ressources humaines) et ou développer de nouvelles parts de marché en soutenant l'innovation tout en recherchant la sécurité et la qualité. La concentration de l'offre et la constitution de chaînes ou de groupes va selon les cas permettre des économies d'échelles ou de gammes. L'accroissement en taille, voire l'émergence de monopoles, à l'échelon territorial va également permettre de peser dans les échanges avec le ou les régulateurs notamment au moment des négociations tarifaires ou de l'attribution d'autorisations d'activité.

Les débats autour de la financiarisation donnent lieu à de nombreux malentendus. Ces débats ne sont pas non plus exempts d'usages stratégiques ni de présupposés idéologiques, qui favorisent un certain nombre d'ambiguïtés et d'approximations. Définir la financiarisation permet non seulement de spécifier ce qui est entendu par ce terme, dans un contexte où son usage est polysémique, mais aussi de distinguer la financiarisation d'autres notions auxquelles elle est associée. Sans prétendre à l'exhaustivité, la financiarisation peut être dissociée de notions dont elle est parfois rapprochée, telles que :

- La *privatisation* alléguée du système de santé : alors que la privatisation cherche à caractériser un transfert de propriété de certains segments du système de santé du secteur public vers le secteur privé, la financiarisation traduit une évolution des formes de propriété privée, quelles que soient les évolutions des frontières entre secteur public et secteur privé. La financiarisation peut s'accroître sans mouvement de privatisation, voire avec un moindre

degré de privatisation du système de santé. Elle peut aussi favoriser une extension des frontières du secteur privé, à des fins de rentabilité.

- La *rentabilité* de certains segments du système de santé : la rentabilité ou la profitabilité décrit la capacité à dégager des bénéfices de certaines activités, sans préjuger ni de la propriété des moyens rendant possible cette activité, que cette propriété soit publique ou privée, ni de la structure de cette propriété lorsqu'elle est privée. Certaines activités peuvent donner lieu à un haut niveau de rentabilité ou de profitabilité en l'absence de financiarisation, et une forte financiarisation peut être réciproquement peu rentable ou profitable.
- L'*efficacité* d'une activité : le niveau d'efficacité d'une activité traduit le rapport entre les résultats obtenus et les moyens mobilisés pour réaliser une activité, ces moyens pouvant être publics ou privés, et dans ce cas plus ou moins capitalistes et financiers. Le niveau d'efficacité n'est donc nullement lié, du point de vue des principes, au degré de financiarisation, lequel peut donner lieu à des formes d'activités peu efficaces.

En mobilisant de fortes capacités d'investissement et en faisant appel aux innovations, les acteurs de la financiarisation (groupes de cliniques, fonds d'investissements) présentent de nombreux arguments séduisants, d'autant plus qu'ils ne pèsent pas sur les comptes publics, en faveur de la modernisation des organisations de soins et d'une plus grande efficacité du système de santé. Il s'agit notamment de la concentration de l'offre de soins et la standardisation des pratiques considérées comme des conditions d'amélioration de la productivité et de la sécurité et qualité de soins. Ce sont également ces mêmes arguments et la transformation des modes de gouvernance des organisations de soins sous-jacents qu'impose une exigence de rentabilité financière qui inquiètent les professionnels de santé et de nombreux acteurs du système de santé. Plusieurs exemples récents (centres de santé dentaires, EHPAD, fraudes en centre d'ophtalmologie) illustrent les dérives d'une recherche de rentabilité appliquée de façon prédominante en matière de soins aux personnes. Plus généralement, les syndicats de professionnels de santé craignent que la recherche d'efficacité et de rentabilité prenne le pas sur l'attention au patient et le service à la population, qui caractérisent le fondement de l'éthique médicale et sont garanties par l'indépendance des praticiens.

I.2 - Un phénomène ancien qui se diversifie et pose question

L'arrivée d'acteurs financiers privés dans le secteur de la santé est un phénomène ancien qui a d'abord concerné le secteur de l'hospitalisation privée avec le rachat des cliniques et la constitution progressive en France de groupes intégrant un nombre croissant d'établissements. Ces groupes se sont ensuite concentrés et sont aujourd'hui pour partie la propriété d'industriels du soins ou d'investisseurs privés (fonds de pension) (cf. II.1).

L'histoire de la biologie médicale illustre comment les fonds d'investissement ont développé des stratégies d'acquisition et de fusions en rachetant les laboratoires aux médecins. Dans ce cas, la financiarisation a conduit à concentrer les laboratoires de biologie en France de façon importante et rapide (10 ans) (cf. II.1).

D'autres segments du système de santé comme la radiologie, l'ophtalmologie, les soins dentaires, la pharmacie d'officine et les soins primaires (centres de santé, soins non programmés, télémedecine, médecine générale) sont également concernés par l'arrivée d'investisseurs privés. Ces derniers associés aux professionnels de santé développent une offre spécifique nouvelle comme des chaînes de centres de santé, des modèles innovants entrepreneuriaux de la médecine générale comme IPSO et/ou font l'acquisition de structures de soins existantes. Plusieurs acteurs, notamment des professionnels libéraux, s'alarment des risques sur l'indépendance des professionnels, la qualité des pratiques et les risques d'inégalité d'accès aux soins que font peser l'arrivée d'acteurs privés financiers dans ces nouveaux segments du système de soins.

A contrario, dans un système de soins qui admet et reconnaît une place importante pour une offre de soins privée, l'introduction d'acteurs capables d'investir et de soutenir les transformations de l'offre de soins vers des formes plus intégrées et considérées comme plus efficaces peut également être recherchée et être soutenue (c'est ce qui s'est passé avec la restructuration de la biologie médicale dans un premier temps, ou avec certaines expérimentations dans le cadre de l'article 51). L'enjeu de la financiarisation du point de vue de la régulation est alors celui de l'adaptation des doctrines et outils de la régulation du secteur privé au service des objectifs généraux du système de santé.

Ces dynamiques, différenciées d'un segment à l'autre, peuvent trouver divers facteurs d'explication, ne relevant pas tous de dynamiques propres aux acteurs privés, qu'ils soient professionnels ou financiers. A titre exploratoire, quelques facteurs peuvent d'ores et déjà être identifiés. Il est à noter que certains d'entre eux font apparaître la financiarisation comme un effet induit par la régulation, voire par la régulation de l'assurance maladie.

- Un premier ensemble d'éléments explicatifs renvoie aux *aspirations renouvelées* des professionnels de santé, notamment libéraux, qui ne semblent plus valoriser aujourd'hui dans les mêmes proportions qu'hier le modèle de la pratique en solo. Aspirant à des formes de travail plus collectives, le cas échéant assortie d'une rémunération salariale, les professionnels, notamment les jeunes, ne font plus obstacles à des formes de regroupement des activités, qui peuvent alors être organisés de diverses manières, y compris dans le cadre d'organisations privées à dominante financière.
- En matière de soins, les évolutions techniques et le maintien d'un niveau de qualité nécessitent des *investissements* réguliers au sein du système de santé. Dans un cadre de financement à dominante publique et annuelle, ces besoins d'investissements ne sont pas nécessairement satisfaits, ne sont pas toujours anticipés ni programmés, ni ne sont suivis très précisément une fois alloués. Dans un cadre budgétaire contraint, qui n'identifie pas clairement les besoins d'investissements, divers segments peuvent pâtir, le cas échéant de

manière prolongée, d'un manque d'investissement. Le maintien de l'activité, de la technicité et de la qualité peut alors conduire des acteurs publics ou privés, notamment professionnels, à privilégier une capacité d'investissement hors du secteur public, en sollicitant des acteurs financiers privés, quelle que soit leur nature (groupes privés, banques, fonds de pension...). Un déficit prolongé d'investissement public favorise ainsi la financiarisation. Le secteur du grand âge et des Ehpad fait ici figure d'exemple, en favorisant l'intervention de groupes privés dans un contexte de faible investissement public au regard des besoins.

- La *régulation des tarifs et des rémunérations* dans certains segments d'activité professionnelle relève, dans le contexte français, d'une régulation publique qui s'applique à des acteurs publics ou privés. Elle fait l'objet de négociations et d'une maîtrise budgétaire et macroéconomique, qui dans le cadre annuel des LFSS, a des conséquences sur les modèles d'activité des professionnels et des organisations d'offre de soins. Cette maîtrise peut réduire la rentabilité de certaines formes d'organisation et encourager des rapprochements et des mouvements de concentration visant à accroître la rentabilité de ces activités dans le cadre de la tarification appliquée. Bien qu'elle ne vise pas systématiquement à modifier l'organisation ni le niveau de concentration de l'offre de soins, la maîtrise des tarifs et des rémunérations peut l'induire et engager certains segments dans le sens d'une plus grande concentration, notamment dans le cas où des équipements (c'est à dire un capital) peuvent être mutualisés.
- La *régulation de la qualité et du respect de normes techniques* applicables à certaines activités peuvent, de la même manière, favoriser la concentration de certaines activités, soit parce que leur mutualisation permet de satisfaire plus facilement à ces exigences de qualité, soit parce que cette mutualisation permet de faire plus facilement la preuve réglementaire de ces exigences de qualité (respect des seuils d'activités propres aux régimes d'autorisations des activités recueil d'indicateurs, application de standards, organisation de visites...). De même que pour la tarification, la régulation de qualité peut induire, sans que ce soit nécessairement son but, une plus grande concentration des activités. La définition de la qualité adoptée et les référentiels choisis peuvent également favoriser le développement de la concentration selon qu'ils se réfèrent à des modèles industriels de qualité ou à la notion plus professionnelle de masse critique d'activité.

I.3 - Un moment de transformation : une opportunité pour les investisseurs privés en santé ?

L'épidémie de Covid-19, son impact sur l'hôpital, la baisse continue et croissante dans les 10 années à venir de la densité de médecins notamment généralistes et le départ à la retraite des cohortes importantes de médecins spécialistes comme généralistes constituent autant d'accélérateurs de la transformation de l'offre de soin. Cette transformation est caractérisée par une dynamique de regroupement et de concentration des professionnels de santé dans tous les segments d'activité. La spécialisation croissante, le progrès des techniques mais également l'évolution des attentes des professionnels favorisent ces regroupements. Se regrouper à plusieurs spécialistes ou professions

nécessite notamment pour des activités spécialisées et techniques, un investissement immobilier et matériel important. Il faut également manager et gérer des équipes importantes et diverses. Autant de transformations à accélérer, dans un contexte de “crise permanente”, marqué par la bascule démographique avec le départ massif à la retraite de médecins souhaitant céder leur patientèle et l'arrivée sur le marché du travail de jeunes médecins se projetant dans des modèles de vie et de pratiques très différents de leurs aînés.

Le processus de transformation des organisations de soins, des rôles et des pratiques professionnelles notamment dans le cadre de l'exercice ambulatoire très majoritairement privé est pourtant bien engagé depuis plus de 20 ans en France. Mais, il s'est développé de façon irrégulière et insuffisamment rapide pour faire face aux besoins de soins de la population. Si l'exercice collectif, le travail en équipes pluriprofessionnelles, la construction de lieux adaptés, l'intégration des outils numériques et le développement de pratiques managériales comme l'adoption de nouveaux modes de rémunération correspondent aux attentes des futurs professionnels, leur mise en œuvre requiert des compétences, des ressources et un engagement financier et managérial auxquels les jeunes professionnels ne sont pas préparés. La réflexion sur l'évolution des modèles d'organisation futurs de l'exercice libéral, notamment spécialisé, en lien avec les évolutions de l'environnement et de l'offre de soins, semble avoir été sous-investie par la plupart des organisations syndicales professionnelles libérales. Or, pour maintenir une offre de soins accessible sur le territoire, il faut prendre en compte les attentes des jeunes professionnels, et aménager des conditions de travail conformes à leurs attentes.

Le contexte de crise démographique est ainsi favorable à l'émergence ou au renforcement d'acteurs divers qu'ils soient publics (communes, EPCI, conseils départementaux, conseils régionaux, hôpitaux) ou privés (mutuelles, chaînes de cliniques, association de gestionnaires et professionnels, organisations professionnelles..) capables d'investir, négocier avec les autorités de régulation et de mutualiser des moyens (SI, GRH, locaux, démarches qualité) pour développer des organisations attractives. Du point de vue des investisseurs privés capables de mobiliser des ressources financières importantes, ce besoin “urgent” de structuration de l'offre de soins constitue ainsi une opportunité d'entrée ou de développement dans le secteur des soins. En offrant aux médecins qui partent à la retraite d'acheter leurs cabinets bien au-delà de la valeur habituelle du marché à condition qu'ils continuent à travailler quelques années, les acteurs financiers permettent la constitution de groupes plus intégrés et plus concentrés, dont ils deviennent les principaux gestionnaires et les décideurs. Les professionnels de santé, qui ont parfois déjà eux-mêmes engagé des opérations de rachats et de regroupements, peuvent être diversement associés à ces nouvelles formes d'organisation financière, dont ils perdent le contrôle. Le développement de nouveaux rôles professionnels non médicaux, ainsi que le développement de la télémédecine et de l'IA, dans la gestion autant que dans les pratiques, permettent d'envisager des gains de productivité. Les jeunes médecins qui arriveront en nombre sur le marché du travail dans les années à venir n'auront plus nécessairement à investir dans leur outil de travail, ni à se préoccuper des tâches de gestion et d'administration des structures de soins. Le moment paraît donc bien opportun pour investir et

restructurer l'organisation des soins avec la perspective de générer des flux financiers mais d'obtenir aussi un retour sur investissement important, à 5 ou 7 ans, par la revente des nouvelles organisations à un acteur financier ou industriel du soin d'envergure européenne ou internationale.

I.4 – L'expérience d'autres pays : la place croissante d'investisseurs privés en soins primaires

Une analyse rapide de la littérature menée par l'observatoire européen (Rechel 2023) a porté sur les investissements des entreprises dans les soins primaires et spécialisés en ambulatoire aux USA et en Europe, en mettant particulièrement l'accent sur les investissements des sociétés de capital-investissement. Les conclusions principales sont les suivantes.

La littérature la plus abondante concerne les Etats-Unis et plusieurs publications récentes témoignent d'opérations importantes de rachat de réseaux de cabinets en ophtalmologie, dermatologie et médecine générale. Entre 2010 et 2021 le capital privé investi en soins primaires a été multiplié par un facteur 100 de 15 millions à 16 milliards de dollars (Shah 2023). Si l'investissement principal s'est concentré sur les États-Unis, les investissements des sociétés de capital-investissement dans les soins primaires et soins spécialisés en ambulatoire sont de plus en plus courants dans plusieurs pays européens.

- En Allemagne, on estime qu'environ 750 des 3800 MVZ (centres de santé ambulatoires) étaient détenus par des fonds de capital-investissement (Private Equity Funds) en 2020. L'acquisition des centres de santé se fait soit par l'achat des hôpitaux qui les détiennent ou par l'achat de certains des services supports qui nécessitent des investissements importants (biologie, radiologie) et qui sont ensuite facturés aux centres qui conservent leur statut initial. Le ministre fédéral de la Santé, Karl Lauterbach, a annoncé fin 2022 qu'une loi interdisant les acquisitions de MVZ par des sociétés de capital-investissement serait promulguée en 2023.
- En Espagne, une entreprise privée s'était vu accorder en 1999 une concession par le département de la santé de la région de Valence pour fournir des soins hospitaliers et communautaires à la population bénéficiaire (modèle "Alzira"). Cette expérience de "délégation de gestion" a été abandonnée en 2018 par le nouveau gouvernement régional en partie en raison de préoccupations concernant, l'efficacité, la qualité et les coûts considérés comme trop élevés. Les travaux qui ont cherché à évaluer les effets du modèle "Alzira" sur l'efficacité et la qualité des soins n'ont pas permis de conclure sur l'intérêt du modèle.
- En Suède, à la suite d'une réforme de 2010 introduisant la concurrence entre offreurs de soins, les centres de soins primaires privés (la plupart à but lucratif) se sont développés de façon importante avec près de 40% des 1200 centres de santé suédois privés, les autres

étant toujours la propriété des régions. En 2018, environ un tiers des cabinets privés à but lucratif étaient détenus par des sociétés internationales de capital-investissement.

- Aux Pays-Bas, où les médecins généralistes sont des travailleurs indépendants principalement rémunérés à la capitation, des chaînes privées de cabinets de médecine générale ont émergé, dont certaines sont à but lucratif et sont détenues par des sociétés de capital-investissement. Leur développement se fait par le rachat des cabinets de MG au moment de leur départ à la retraite. Leur développement répond également aux attentes d'une partie des jeunes médecins généralistes qui ne souhaitent pas investir ou assumer la gestion d'un cabinet avec des contraintes administratives croissantes. Le nombre de cabinets gérés commercialement en 2022 se situait entre 45 et 230 cabinets, sur un total de 4 874 cabinets enregistrés.
- Au Royaume-Uni, l'arrivée d'investisseurs privés dans le secteur des soins primaires notamment par le financement des infrastructures a été identifiée et critiquée dès 2001. En 2011, la participation de investisseurs privés à la santé était la plus importante dans le secteur de l'hospitalisation psychiatrique (16%) et concernait également les soins dentaires (8% de l'offre), l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (8%) et plus marginalement les soins primaires et la permanence des soins (2%). Une évaluation menée sur la période 2013-2014 a montré une expérience patient moins bonne dans les cabinets de médecine générale propriété des investisseurs privés comparativement à la pratique moyenne (Cowling Laverty et al. 2017). Une enquête menée par des journalistes d'investigation en 2022 a mis en évidence l'emploi préférentiel de « physician assistant » sans supervision suffisante des médecins dans les cabinets gérés par des investisseurs privés. En 2022, le groupe d'assurance santé américain Centene Corporation a acheté un réseau de 70 cabinets de médecins généralistes, ce qui en fait le plus grand fournisseur de services de médecins généralistes pour le NHS. Ce groupe gère également des services de consultations dermatologiques et ophtalmologiques sous contrat avec le NHS.

Les investisseurs peuvent acquérir les actifs (parts sociales) des prestataires de soins ou acheter directement ces prestataires. L'acquisition des structures des soins primaires peut également se faire par l'acquisition des établissements de santé qui les détiennent (c'est notamment le cas des MVZ en Allemagne).

Le modus operandi typique des sociétés de capital-investissement consiste à lever des fonds auprès d'un nombre limité d'investisseurs partenaires, à endetter l'actif acquis (mécanismes de LBO), à réduire les coûts, à augmenter le nombre de patients ou d'interventions, puis à vendre l'actif dans un délai de 3 à 5 ans.

Les évaluations de l'impact à long terme et les résultats, tels que l'équité, l'accès et la qualité des soins, sont généralement absents. De nombreux auteurs craignent que l'arrivée des sociétés de capital-investissement menace l'accès équitable aux soins de santé, réduise la concurrence,

fragilise les perspectives économiques à long terme des offreurs de soins et la protection des données, augmente les dépenses de santé et réduit l'autonomie professionnelle.

Néanmoins, les sociétés de capital-investissement apportent également les fonds nécessaires à l'investissement dans le champ des soins primaires et à ce titre peuvent favoriser l'accès aux soins. Elles permettent de transformer les conditions d'exercice et répondent aux attentes des jeunes professionnels qui sont de travailler à temps partiel en équipe sans avoir à supporter les charges de gestion et d'administration de leurs cabinets.

Les auteurs mentionnent un besoin général d'une plus grande transparence sur les procédures d'achat, les modalités de participations et de relations entre investisseurs et professionnels de santé. L'entrée des sociétés de capital-investissement est un phénomène qui s'accélère récemment en Europe, encore mal documenté dans sa réalité et ses effets. La protection des intérêts des patients, des professionnels de santé et de la population nécessite l'introduction de régulations spécifiques.

Ces éléments de comparaison internationale apparaissent d'autant plus importants à prolonger que les dynamiques de financiarisation ont souvent une dimension transnationale, certains acteurs agissant à l'échelle internationale ou s'inspirant de modèles d'activité de certains pays pour les expérimenter dans d'autres.

II - FINANCIARISATION ET SYSTEME DE SANTE : PREMIER ETAT DES LIEUX

La présentation de la financiarisation de l'offre de soins en France est appréhendée à l'échelle des principaux segments qui ont vu s'accroître l'intervention d'investisseurs privés. Alors que certains segments ont connu de telles évolutions de manière relativement ancienne, comme l'hospitalisation privée à but lucratif, d'autres en font l'expérience plus récemment, avec des degrés de maturité inégaux, comme l'attestent les cas de la biologie médicale, de la radiologie ou de l'ophtalmologie. Au-delà de leurs dynamiques propres, ces segments donnent à voir une financiarisation des fonctions de diagnostic, dont la place, centrale dans le système de soins, pourrait encore s'accroître à l'avenir dans l'organisation des soins. Moins technologique et immobilisant moins de capitaux, le secteur des soins primaires n'est pas exempt d'évolutions, qui gagnent à être mises en regard des transformations de segments plus capitalistiques du système de soins. Considérées de manière transversale, la financiarisation de ces différents segments invite à considérer ses liens avec le déploiement territorial de l'organisation des soins, et avec les dynamiques ou tentatives de régulation publique, qui s'avèrent souvent peu efficaces pour en limiter l'étendue, voire dans certains cas favorables aux logiques de financiarisation sans que ce soit principalement leur objet.

II. 1 - Etablissements de santé privés à but lucratif : une financiarisation toujours en transformation

Le secteur de l'hospitalisation privée lucrative (MCO, SMR et psychiatrie) est considéré par de nombreux interlocuteurs comme un secteur où les processus de rachat et de regroupement sont largement achevés. Une publication récente (Alles 2022) retrace un mouvement continu de concentration puis de financiarisation, orienté vers les activités ambulatoires requérant moins d'hospitalisation complète. Cette maturité n'exclut cependant pas des mouvements financiers plus récents, et permet de mieux percevoir aujourd'hui la portée de mouvements de recomposition régionaux engagés depuis quelque temps déjà.

En 2019, le secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif (MCO, psychiatrie, SMR) représente un tiers des établissements hospitaliers et un quart des capacités d'hospitalisation partielle et complète. L'hospitalisation privée à but lucratif représente une part importante de l'activité d'hospitalisation partielle en France (38% des journées d'hospitalisation partielle, 49% en MCO, 14% en psy et 41% en SSR) et 24% des séjours en hospitalisation complète (23% en MCO, 21% en Psy et 34% en SSR) (source établissements de santé DREES 2021). Le modèle initial de la « clinique villa » a laissé la place à la clinique de groupe caractérisée par un « éclatement » des structures juridiques (société immobilière, sociétés d'exploitations pour différentes activités -

parking, restauration - Société d'exploitation libérale pour les médecins, gestion des laboratoires confiée à un groupe spécifique etc..). Le regroupement des cliniques privées dont la rationalité économique semblait peu claire pour les observateurs au début des années 2000 (Alles 2022) a néanmoins progressé de façon continue et en 2017 on dénombrait 60 groupes hospitaliers privés rassemblant 64% du secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif. En 2017, ces groupes rassemblent 70% des capacités d'accueil du secteur. Quatre principaux groupes détiennent la moitié des établissements.

Ce processus de concentration et de regroupement a été principalement mené par rachats et fusions-acquisitions permis par la financiarisation du secteur. La financiarisation s'opère soit par l'entrée en bourse de certains acteurs de l'hospitalisation privée à but lucratif (Orpéa Clinéa), soit par le rachat mené par des fonds d'investissements qui mobilisent alors des mécanismes de LBO (Leverage Buy Out). L'arrivée des capital-investisseurs a renforcé des stratégies d'expansion afin de maintenir une rentabilité élevée par des mécanismes de fusion-acquisition et de restructuration. En 2020, deux groupes (ELSAN, porté par des fonds d'investissement, et RAMSAY SANTÉ, filiale de Ramsay Health Care, société australienne cotée en bourse) dominent le marché avec plus de 30% du chiffre d'affaires. Si des acteurs financiers français comme Le Crédit Agricole sont présents, ce sont principalement des fonds étrangers qui interviennent.

Malgré la relative maturité du marché, pour certains observateurs, le cycle de la génération de rentabilité et de rachat ne semble pas s'épuiser. Ils mentionnent notamment les sociétés foncières comme étant une nouvelle modalité de la financiarisation. Les foncières rachètent l'immobilier aux cliniques ou groupes de cliniques et leurs louent ensuite ces locaux tout en optimisant leur gestion. La vente immobilière permet aux cliniques ou chaînes de cliniques, qui ont moins besoin de capacités d'hospitalisation complète en raison de leur orientation vers l'activité ambulatoire, de générer des revenus soit pour investir, soit pour garantir un retour sur investissement. La concentration et la financiarisation concernent également les sociétés foncières, comme l'illustre le rachat récent de la société Icade Santé par la société Primonial Reim pour assurer sa croissance européenne.

La Fédération de l'Hospitalisation Privée est elle-même impactée par la concentration du secteur, les groupes de cliniques y prenant désormais une place prépondérante. La présidence des syndicats régionaux est assurée par un représentant de groupes de cliniques dans plus de la moitié des régions. La stratégie de déploiement et de rachat, longtemps peu compréhensible pour les observateurs extérieurs, prend aujourd'hui son sens dans une logique régionale qui correspond également aux stratégies d'achat des groupes. Le regroupement régional permet de limiter le déplacement des médecins hors des groupe et de mieux répartir les partages d'activité entre cliniques dans un même groupe notamment dans la perspective des nouveaux régimes d'autorisation (exemple du seuil de 50 opérations par an en chirurgie bariatrique pour avoir une autorisation). C'est également dans une logique régionale que l'on peut comprendre l'extension d'un groupe comme Ramsay vers le secteur ambulatoire. Le groupe Ramsay Santé, qui a racheté le

groupe Capio d'origine suédoise, fortement implanté en Suède dans la gestion des centres de santé, met à profit son savoir-faire acquis en Suède dans le domaine des soins ambulatoires en France en s'engageant dans l'expérimentation article 51 Primordiale. En investissant dans la création de centres de santé, le groupe peut à la fois s'étendre dans une région où il est particulièrement bien implanté avec la possibilité de constituer à terme des filières d'adressage vers les cliniques. La logique de développement territorial peut également se comprendre avec une perspective de constituer des acteurs incontournables, « *too big too fail* », à cette échelle notamment dans le dialogue avec l'Agence régionale de santé. Les groupes de grande taille sont considérés comme de gros employeurs par l'état (150 000 à 160 000 emplois pour l'hospitalisation privée) et ils peuvent s'engager sur des objectifs dans la discussion avec l'Agence régionale de santé. Le secteur des soins privés lucratifs est également investi notamment sur des activités ambulatoires considérées comme très lucratives par des « *pure players* » (Nephrocare, Diaverum). Les stratégies de rachat en biologie et en radiologie qui se font à des prix très élevés sont également le fait de « *pure players* », entreprises spécialisées sur un segment d'activité avec des stratégies de concentration dans des grands groupes internationaux.

II.2 – La financiarisation aboutie de la biologie : un processus favorisé par les politiques publiques ?

La biologie prend une place essentielle en médecine. Selon l'Académie nationale de médecine 70% des décisions médicales sont prises à partir des résultats d'analyses biologiques. 70% d'entre eux sont réalisés dans le secteur privé.

La trajectoire de l'activité de biologie privée en France apparaît aux yeux de nombreux observateurs comme le modèle de l'activité médicale libérale financiarisée (Autorité de la concurrence 2019, Leymarie 2021, Bonnefont-Rousselota 2023, Leymarie 2022). La concentration et à l'industrialisation de la biologie médicale, historiquement détenue et pilotée par les professionnels de santé, a été souhaitée et promue par les pouvoirs publics qui, ont facilité la possibilité de regroupement et l'apport de capitaux extérieurs aux professionnels de santé. La concentration des plateaux techniques et l'application de normes de qualité issues de l'industrie étaient perçues comme des moyens d'améliorer la qualité et de récupérer les gains d'efficacité permis par les progrès techniques et dont les biologistes ont longtemps été les principaux bénéficiaires (la biologie médicale était, dans les années 90, en tête des spécialités médicales les mieux rémunérées). Ces politiques ont également permis, sans que cela soit souhaité, une prise de contrôle des activités de biologie par des opérateurs financiers, notamment européens et internationaux, qui ont contourné la réglementation française par des montages originaux en cascade et par le principe d'équivalence européen entre laboratoires de biologie qu'ils soient détenus par des professionnels (cas français) ou des investisseurs privés (en Allemagne, Suisse et Italie notamment). Face à ces dynamiques,

L'Etat a adopté en France un cadre juridique national, défini en 2013 et visant à bloquer la financiarisation du secteur. Cette réponse s'est révélée inopérante pour limiter le processus de financiarisation car elle ne s'appliquait pas aux groupes déjà constitués. L'épidémie de Covid-19 a remis en lumière l'importance de la biologie médicale (seul moyen de faire le diagnostic formel de Covid-19), son importance pour organiser la lutte contre l'épidémie (diagnostiquer les cas, suivre l'évolution de la maladie) et son intérêt pour les investisseurs à la recherche de rentabilité.

Nous présentons ici les principales étapes de la régulation et les raisons de sa faible efficacité. Il s'agit aujourd'hui d'une vision partielle et nécessairement incomplète qui mérite une étude plus exhaustive et contradictoire pour en tirer des leçons quant aux mécanismes de régulation à mettre en place pour les différents segments d'activité médicale.

La loi de 1975 a instauré le principe d'indépendance professionnelle en imposant que les laboratoires de biologie médicale ne peuvent être dirigés que par un biologiste médecin ou pharmacien diplômé exerçant dans le laboratoire. Elle consacre également l'indépendance financière en imposant que le capital soit détenu par un ou des biologistes exerçant dans le laboratoire de biologie médicale. En interdisant la prise de participation d'un biologiste dans un autre laboratoire, la loi limite la concurrence en argumentant que l'objectif est d'éviter la constitution de chaînes de laboratoire et l'investissement de groupes financiers ou bancaires dans le secteur. Les années 80 et 90, âge d'or de la biologie médicale, ont vu se développer un grand nombre de laboratoires de biologie privée (4 200 en 1980 avec en moyenne 9,7 employés par laboratoire de biologie médicale). Leur rentabilité s'accroît avec l'automatisation des techniques d'analyses et la hausse de la demande de soins et des prix stables.

Ce n'est qu'à partir de 1989 qu'est engagée une première révision « marginale » de la nomenclature de biologie. L'organisation syndicale efficace des biologistes et l'atomisation de la tutelle ont permis le maintien de nomenclatures favorables aux biologistes (Leymarie 2021). La biologie médicale était la profession médicale la mieux rémunérée entre 1980 et 1990. A partir de 1990, la concentration des laboratoires est recherchée avec la création des Sociétés d'Exercice Libérale (SEL) qui apparaissent dans le paysage des professions libérales à la demande des professions juridiques. Déclinée dans le secteur de la santé, la SEL apporte d'importantes innovations. Par rapport aux formes traditionnelles encadrées par la loi de 1975, elle permet d'exploiter jusqu'à cinq laboratoires, à condition qu'ils soient situés dans trois départements limitrophes. La loi introduit aussi l'ouverture du capital de la SEL à des personnes morales extérieures à la profession dans la limite de 25% des parts. Du point de vue médical, le regroupement des laboratoires permet de répondre à une spécialisation croissante en associant des biologistes de spécialités différentes. Le regroupement des cabinets en SEL est cependant modeste puisque dix années après l'apparition des SEL, seules 20% des exploitations personnelles ont rejoint l'exercice associé.

En 2001, la loi Murcef (Mesures Urgentes à Caractère Économique et Financier) introduit un régime dérogatoire pour les laboratoires d'analyse médicale à travers l'ajout d'un article "5-1" à la loi de 1990 ayant introduit les SEL. Les nouvelles dispositions permettent à des biologistes de posséder majoritairement le capital de laboratoires d'analyse médicale dans lesquels ils n'exercent pas. Cette disposition permet la constitution de chaînes en cascades par quelques biologistes entrepreneurs qui constituent des groupes régionaux, voire nationaux. Mais c'est par le principe de l'équivalence européenne (un laboratoire de biologie européen détenu par des investisseurs privés est considéré à l'égal d'un laboratoire de biologie médicale en France où les professionnels sont les actionnaires majoritaires) que des sociétés commerciales parviennent à pénétrer le secteur. Des sociétés européennes de biologie, propriétés d'acteurs financiers et industriels, s'engagent dans un processus de rachat en cascade de laboratoires français. Le groupe Suisse Unilabs, coté en Bourse, entre par exemple en France en 2001 par le biais d'une filiale italienne.

L'endiguement du mouvement de financiarisation, entrepris par voie législative en 2013, s'avère inefficace. Le dispositif réglementaire et juridique mis en place par l'ordonnance Ballereau et la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 relative à la biologie médicale poursuivaient l'objectif d'amélioration de la qualité de la biologie médicale en rendant l'accréditation obligatoire et en permettant l'organisation multisite des laboratoires. Si la concentration était souhaitée, elle ne devait pas se faire par la poursuite du mouvement de financiarisation (fin de l'applicabilité de l'article 5.1 introduit par la loi Murcef de 2001 permettant à des personnes physique ou morales de prendre plus de 50% des part d'une SEL ou d'un SPFPL). Elle était encadrée par des règles prudentielles dont l'application a été confiée aux ARS. Le modèle alors défendu est bien celui de la biologie médicale à la française. Mais dans les faits, ces mesures ont été inefficaces pour plusieurs raisons.

La norme de l'accréditation COFRAC rendue obligatoire aux laboratoires a été considérée par de nombreux responsables de laboratoires de petites tailles comme très exigeante et coûteuse à mettre en œuvre, ce qui les a incités à vendre leur laboratoire et a renforcé le processus de concentration. Cette dernière était au demeurant un objectif explicitement assumé dans les rapports préliminaires (IGAS, Ballereau).

La suspension de l'application de l'article 5.1 de la loi MURCEF a stoppé la possibilité pour de nouveaux acteurs de prendre des parts majoritaires dans des SEL ou des SPFPL mais n'étant pas rétroactive elle a permis aux sociétés qui s'étaient constituées avant 2013 de continuer à se développer. La coexistence de deux régimes juridiques, a favorisé les groupes constitués avant 2013. Ces derniers ont alors augmenté leurs parts de marché de façon très importante malgré la création de règles prudentielles visant à éviter la constitution de monopoles ou de positions dominantes en biologie.

La faible efficacité des règles prudentielles s'explique par la publication tardive des décrets (parution en mars 2017, quatre ans après la promulgation de la loi) mais également par leur difficile

application. Celle-ci était du ressort des Agences régionales de santé, qui manquaient d'informations et d'expertise juridique face aux avocats représentant les laboratoires.

En conclusion, si la biologie privée s'est concentrée rapidement, cette dynamique a surtout été portée par des acteurs industriels et financiers. Le nombre de structures juridiques de laboratoires est passé de plus de 2625 à 377 entre 2009 et 2021. Le nombre de sites de prélèvement a augmenté sur la période (4080 en 2009 à 4160 en 2021) mais le nombre de plateaux techniques est passé à 700 en 2021. En 2021, les six plus grands groupes de biologie privés (Biogroup-LCD, Inovie, Synlab, Eurofins et Unilabs) concentrent 62% des sites et cumulent 61% du chiffre d'affaires de la biologie privée (Rapport charges et produits 2022).

La concentration croissante conduit-elle à une disparition progressive du modèle professionnel de la biologie médicale ?

Pour l'Académie nationale de médecine et l'Académie nationale de pharmacie, il subsiste encore 30% de laboratoires indépendants, propriété de biologistes. Mais les académies anticipent que si rien n'est fait, quatre à cinq groupes privés constitueront dans les années à venir l'essentiel de l'offre privée. Cette situation serait principalement causée par une diminution globale des effectifs de biologistes en raison du départ à la retraite à venir de biologistes qui ne seront pas remplacés. Pour les auteurs du rapport, le désintérêt des jeunes médecins pour la spécialité de biologie médicale est attesté par le recul de la position de la biologie médicale dans le classement aux choix d'internat en médecine (43^e position sur 44 spécialités) et par l'importance du nombre de postes vacants (15%). Le non-choix de la spécialité serait lié à la dégradation des conditions de travail (statut précaire de travailleur non salarié au sein des laboratoires privés sans véritable participation aux sociétés), un attrait intellectuel moindre de l'exercice et une rémunération en baisse. Si les postes ouverts à l'internat de pharmacie en biologie sont tous occupés, le nombre de postes offerts est insuffisant pour remplacer les départs. Certains en viennent à se demander si l'objectif n'est pas essentiellement de maintenir une offre pour les hôpitaux et la recherche.

Le rapport des académies pointe un ensemble de risques pour l'avenir de la biologie médicale. Le mécanisme de rachat par LBO ne risque-t-il pas de s'essouffler et de fragiliser l'ensemble si la rentabilité n'est pas au rendez-vous ? La constitution de monopoles présente des risques pour la continuité de l'offre de soins en cas de crise sociale ou de faillite. La concentration des plateaux techniques peut également limiter l'accès en urgence aux examens notamment en dehors des heures d'ouverture des sites de prélèvements quand leur gestion est optimisée (ouverture deux heures le matin et non disponibilité dans la journée ou pendant les heures de permanence des soins). Enfin, la dynamique de concentration peut également réduire l'offre de biologie à l'hôpital, dont une partie pourrait alors être transférée au secteur privé. Au total, il règne une forte incertitude quant à l'évolution de ce secteur et notamment quant aux effets de la publication de l'ordonnance

du 8 février 2023 (voir ci-dessous). Cette ordonnance va-t-elle conduire au démantèlement des groupes constitués qui de fait ne sont plus conformes à la loi ?

II.3 – Le contexte mouvant de la radiologie : un potentiel important de financiarisation ?

Le secteur privé de la radiologie est souvent considéré comme le futur terrain de développement de la financiarisation, après la biologie. L'analyse d'un rapport récent réalisé par la société Xerfi témoigne de l'intérêt économique du secteur privé de la radiologie. Les perspectives de développement apparaissent importantes et s'accompagnent d'un degré de concentration et de regroupement des cabinets de radiologie libérale déjà élevé, et de l'apparition de fonds d'investissements dans le secteur. Ces recompositions donnent cependant lieu à des initiatives professionnelles : les radiologues libéraux s'organisent et envisagent le développement d'un nouveau capitalisme professionnel comme alternative à la financiarisation. Reste à savoir si ces initiatives sont de nature à s'opposer efficacement aux logiques financières.

II.3.1. Une nouvelle organisation professionnelle comme alternative à la financiarisation

A ce jour, la financiarisation de la radiologie libérale apparaît comme un processus en cours, relativement limité. La prise de contrôle par des opérateurs financiers non professionnels visant à générer des bénéfices par la revente ou la gestion optimisée s'opère au travers de réseaux intégrés de radiologues, mais semble-t-il également au travers de groupements qualifiés d'indépendants, qui s'engagent dans des partenariats avec des acteurs financiers, à l'instar de l'initiative Vidi Capital. Selon les professionnels interrogés, le processus de prise de contrôle des organisations professionnelles est le suivant : *“le réseau intégré démarche des cabinets de radiologie et propose aux médecins proches de la retraite de racheter leurs parts à trois fois leur valeur (traditionnellement entre médecins il semble que ce soit plutôt 1,1 fois la valeur). Cela induit des conflits dans les cabinets et peut conduire l'ensemble des médecins à vendre. Cependant, c'est au vendeur de payer tous les frais (environ 1/3). On lui propose également de réinvestir dans la société (1/3) et il lui reste au total un tiers du prix de vente après l'opération. Le professionnel doit généralement s'engager à travailler pour la structure pendant plusieurs années, et à son départ, FIT installe un MER avec un MG et fait de la téléradiologie”*.

Aux yeux des représentants professionnels interrogés, la financiarisation constitue bien une menace, mais elle leur apparaît moindre qu'en biologie, la concentration étant limitée par la nature même de l'activité. Comme la biologie et l'anatomie pathologie, l'imagerie médicale est une activité essentielle pour la réalisation du diagnostic en médecine. Les conditions d'exercice sont cependant distinctes sur un point essentiel, lié à la proximité et à la présence de professionnels. Dans le cas de l'analyse biologique, l'activité diagnostique peut être concentrée sur des plateaux techniques, le prélèvement pouvant être réalisé à distance du patient et du médecin. Dans le cas des actes d'imagerie, l'activité diagnostique nécessite au contraire la rencontre du patient, de la machine et

d'un opérateur (MER et/ou médecin). L'interprétation des images acquises peut néanmoins dans de nombreux cas être réalisée à distance voire décalée dans le temps. Les activités de dépistages à partir de l'image comme dans le cancer du sein justifient également un maillage du territoire, avec des lieux d'imagerie en proximité dans la mesure où les mammographes doivent pouvoir être facilement accessibles. Ainsi, le caractère strictement médical de l'activité d'imagerie ne permet pas, aux yeux de représentants professionnels interrogés, une industrialisation et une concentration poussée de l'activité d'imagerie, comme pour la biologie. Par ailleurs, le risque d'arrivée en France de structures d'imagerie européennes détenues par des fonds d'investissement pouvant racheter des cabinets ou groupes de radiologues libéraux n'existe pas dans la mesure où il n'y a pas comme en biologie ce principe d'équivalence européenne. L'accès direct au manipulateur radio n'existe pas, à ce jour, et ce dernier ne peut faire que de l'acquisition d'image (pour mémoire l'acte d'échographie dans le passé a été introduit puis retiré dans le décret d'acte des MER et les sages femmes formées peuvent réaliser des échographies obstétricales). De même, le développement de l'intelligence artificielle dans le cadre de la lecture des images restera pour très longtemps sous le contrôle du médecin et en appui de ce dernier. L'interprétation reste un acte médical (notons cependant que l'intelligence artificielle peut aussi venir en assistance à un médecin généraliste ou un MER).

Les pouvoirs publics ont récemment réagi face au risque de financiarisation à travers l'ordonnance du 8 février 2023 relative aux professions libérales (juridique, vétérinaire, notaires et médecins) dont la portée dépasse le système de santé. Ce texte vise à protéger les activités des professions libérales d'investisseurs non professionnels. En matière de santé, elle prévoit la transmission annuelle obligatoire de toutes les informations contractuelles et de toute prise de participation au Conseil national de l'ordre des médecins, qui peut en principe s'opposer à la création de nouvelles sociétés juridiques. Elle limite aussi le mécanisme de prise de contrôle d'investisseurs par le biais d'« actions préférentielles ». Ce mécanisme permet, malgré la limitation de la participation des partenaires non professionnels à 25% du capital des SEL, d'investir de façon importante dans la société d'exploitation (actions préférentielle) et de prendre ainsi le contrôle en imposant au professionnel majoritaire dans la société d'exercice de verser un loyer à la société d'exploitation. Le professionnel de santé perd ainsi son indépendance même s'il reste majoritaire dans la société d'exercice. L'ordonnance du 8 février 2023, qui semble répondre en partie à l'alarme de l'Académie nationale de médecine d'avril 2022 devrait protéger l'indépendance professionnelle de la radiologie. Plusieurs décrets d'application seront publiés par le Conseil d'Etat.

Face à ces évolutions, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues organise une défense du modèle professionnel sur plusieurs fronts. Pour cette organisation, l'enjeu est de continuer à « être un radiologue libre », échappant au contrôle financier d'investisseurs non professionnels. A travers un large ensemble d'initiatives, se dessine une sorte de contre-modèle professionnel, reprenant certaines propriétés d'une intégration industrielles et financière, comme celle qui a été observée en biologie, en les déployant à l'échelle d'un exercice contrôlé par les membres de la profession.

Sans faire ici l'objet d'une analyse approfondie, les actions comprennent notamment :

- Un label qualité (Labelix) conçu par les radiologues a fait l'objet d'une démarche ancienne, en compétition avec la COFRAC (organisme qui a conçu le label qualité des laboratoires de biologie). Il s'agissait de produire un référentiel adapté à la prise en charge du patient dans les cabinets de radiologie (accueil, sécurité, confidentialité...), le référentiel que proposait la COFRAC étant perçu comme trop industriel.
- L'engagement en faveur d'un modèle de groupe multi spécialités associant par exemple des cardiologues et des radiologues qui peuvent partager des ressources d'imagerie en commun, notamment pour réaliser des interventions (un séminaire à Bordeaux en avril 2022 a été entièrement consacré aux sociétés pluri spécialités).
- La communication sur la réalité et les risques de la financiarisation auprès des radiologues et la promotion du modèle professionnel notamment auprès des jeunes. Un séminaire de la FNMR a été consacré à ce thème en mars 2019. La position de la FNMR est de convaincre et de démontrer que le risque de perte d'indépendance est majeur et qu'il est possible d'investir en se regroupant. Les radiologues ont également constitué une association spécifique pour faire la promotion de la radiologie indépendante et libre le Corail (Collectif pour une Radiologie Indépendante et Libre).
- Une démarche spécifique auprès des jeunes médecins radiologues, qui ont la possibilité de faire des stages, cependant peu nombreux, dans des structures libérales au cours de leur internat. A ce titre, la FNMR a réalisé une publication spécifique orientée vers les internes et les cabinets de radiologie existants pour leur proposer des stages d'interne. La FNMR organise également une communication spécifique ciblée vers les internes pour présenter et promouvoir l'exercice libéral. L'accent est mis sur la garantie d'indépendance et le sujet de la financiarisation des groupes est présenté comme un risque réel.
- Le développement de services aux cabinets et groupes de médecins radiologues en constituant une centrale d'achat (de type coopératif) à faible coûts d'adhésion et pouvant redistribuer d'éventuels bénéfices à ses membres.
- Développer la formation des médecins au management avec la création de Forcomed.
- L'orientation vers l'intégration territoriale avec la participation à la constitution de GIE avec les hôpitaux pour la gestion et l'utilisation de matériels d'imagerie, cabinets de radiologie installés dans des hôpitaux de proximité sont des pratiques qui existent mais qui ne semblent pas affichées comme stratégiques pour lutter contre la financiarisation.

En résumé, la FNMR identifie le risque tangible de la financiarisation et s'appuie sur l'expérience de la biologie et sur le constat que le processus de financiarisation de l'imagerie est, semble-t-il, resté peu développé aux Etats-Unis (selon les interlocuteurs rencontrés la financiarisation de l'imagerie n'y dépasserait pas 15% des cabinets) pour considérer que le risque peut être maîtrisé par des logiques professionnelles organisées.

La publication de l'ordonnance du 8 février 2023 témoigne selon les professionnels que l'État s'est engagé à garantir l'indépendance des professions de santé libérales tout en appelant à la

concentration et la recherche de gains d'efficience. La stratégie de la FNMR est de poursuivre la concentration et l'organisation territoriale par les médecins eux-mêmes dans des ensembles de cabinets plus importants. L'alternative au capitalisme financier est alors un capitalisme professionnel, comme le formule un intervenant du séminaire de 2019 : *“Aujourd’hui, le radiologue, qui est un médecin avant tout, doit également être un capitaliste, pour pouvoir gérer un groupe de deux cent cinquante salariés tel que le nôtre et le faire évoluer. Nous pensons que le radiologue du 21^e siècle doit avoir une vision du territoire. Il doit être présent aussi bien au niveau des cabinets de proximité, des cliniques que des hôpitaux ? Il doit rester loin des fonds d’investissements et construire des ponts entre les différents groupes de radiologie du département. Et c’est ainsi que la radiologie libérale pourra garder sa spécificité et sera le partenaire privilégié des tutelles”*.

II.3.2. Des risques persistants de financiarisation de la radiologie médicale

Pour certains de nos interlocuteurs, notamment juristes, la seule défense du capitalisme professionnel par la protection juridique de la prise de contrôle du capital des sociétés professionnelles est risquée et constitue peut-être une illusion. Les jeunes radiologues sont très attirés par des modes d'exercice permettant de concentrer leur activité professionnelle sur quelques jours (avec de longues journées de travail) dans la semaine en réalisant des analyses à distance d'images acquises localement. La conversion des jeunes radiologues au modèle des radiologues libres au nom de la défense de l'intérêt de leurs patients, ne paraît pas acquise. Les prix proposés par les groupes « intégrés » aux médecins seniors pour le rachat de leur cabinet sont tellement élevés que la défense de la valeur professionnelle et l'idéal de la transmission à des jeunes radiologues ne résiste pas à la perspective de réalisation d'un capital conséquent (voir inespéré) à quelques années de la retraite. Partant de ce constat, la financiarisation ne peut être stoppée.

Le développement des plateformes de téléradiologie qui semblent offrir un cadre et des conditions de travail attractifs pour les jeunes médecins est d'ailleurs un mode d'entrée privilégié des acteurs financiers. En se positionnant comme des fournisseurs de services de télétransmission aux acteurs privés comme aux hôpitaux publics, qui ont des déficits de radiologue très importants, les groupes de téléradiologie se transforment en producteurs de soins en rachetant des cabinets de radiologie dont ils transforment la structure juridique au moment du rachat. La SEL devient une SAS dont l'opérateur est propriétaire, cette SAS vend ensuite des prestations multiples (matériel, locaux, RH) à une nouvelle SEL composée des médecins qui n'est plus qu'une société d'exercice et qui devient de ce fait prestataire pour la SAS acquise par le groupe. Le modèle de rachat et de concentration s'apparente alors à celui qui s'est développé avec les groupes de cliniques privés. Les médecins perdent alors le contrôle sur l'outil de travail et deviennent prestataires du groupe.

Enfin, du point de vue des juristes, les mécanismes de contrôle mis en place par les textes propres aux professions libérales risquent d'être inefficaces. Soit, ils ne seront pas appliqués ou seront

appliqués trop tard (précédant de la biologie ou les décrets d'application sont sortis tardivement ou pas du tout), soit les règles seront détournées par les juristes aguerris des groupes financiers et leur application sera rendue difficile en raison d'un manque d'expertise et de moyens adaptés du côté des tutelles, aussi bien au sein des Agences régionales de santé (voir précédent de la biologie) que des instances ordinales.

En conclusion, pour ces juristes, la financiarisation du secteur privé paraît inexorable tant que les professionnels de santé libéraux continuent à défendre un modèle de profession médicale libérale indépendante avec le soutien des régulateurs. Le capitalisme professionnel ne résistera pas face au capitalisme financier qui le rachètera ou le colonisera et ce en dépit des règles d'encadrement qui seront à chaque fois spécifiques et difficiles à appliquer. Ne faut-il pas penser autrement et à ce titre, se dégager même de la notion de « financiarisation » qui est une façon d'encapsuler la problématique de l'investissement et de la régulation en santé dans une opposition secteur privé contre secteur public favorable aux acteurs traditionnels qui ne permet pas l'émergence de propositions et d'acteurs nouveaux. Organiser la lutte contre la financiarisation sans autre alternative que le capitalisme professionnel permettrait ainsi paradoxalement le déploiement du processus de financiarisation.

II.4 - L'ophtalmologie : une spécialité de premier et de second recours

L'ophtalmologie est une spécialité de premier et de second recours, à exercice principalement libéral, très organisée. Cette spécialité développe et met en œuvre une réflexion prospective depuis plus de 20 ans. Confronté aux difficultés croissantes d'accès aux soins et au développement possible de l'optométrie en France, le SNOF (Syndicat National des Ophtalmologistes Français) a promu dès 2003 le développement du travail aidé avec l'orthoptiste afin d'améliorer l'accessibilité aux ophtalmologistes. Le cadre organisationnel (cabinet d'ophtalmologie avec plusieurs postes de travail), juridique (protocole) et financier (valorisation de l'acte orthoptiste) dans le cadre du travail aidé a permis d'augmenter la productivité et les revenus des ophtalmologues libéraux et semble bien avoir permis de réduire les durées d'attente pour accéder à un rendez-vous (sources SNOF). Le développement des optométristes et d'une offre concurrentielle sur les activités de prescription de lunettes a ainsi été bloqué en France, les opticiens pouvant cependant renouveler des lunettes dans un cadre limité.

Une offre alternative à celle des médecins libéraux s'est néanmoins développée sous la forme d'une association de professionnels de santé et de gestionnaires avec le dispositif « point vision » ainsi qu'avec des chaînes de centres de santé promus par des acteurs non professionnels. L'ouverture de centres de santé a été simplifiée par l'ordonnance de janvier 2018, qui a élargi la variété des acteurs pouvant créer des centres de santé. Elle ne conditionnait plus leur ouverture à l'autorisation préalable de l'Agence régionale de santé, tout en rappelant certaines conditions de fonctionnement (respect du tiers payant, financement dans le cadre du secteur 1, caractère non lucratif...). Cette

ordonnance a précisé que les bénéficiaires des centres de santé ne peuvent pas être distribués, ce qui semble en limiter l'intérêt pour des acteurs à la recherche d'une rentabilité financière.

Plusieurs opérateurs ont néanmoins investi dans la constitution d'une offre de centres de santé principalement urbaine, avec l'objectif revendiqué d'améliorer l'accès aux soins visuels. Certains centres de santé ophtalmologiques ont multiplié les actes, surfacturé leur activité et ont semble-t-il parfois développé une pratique considérée comme non conforme au cadre légal car reposant principalement sur les orthoptistes. Ces pratiques ont fait l'objet de contrôles, de recours et de sanctions juridiques. Le constat de dérives similaires par des centres de santé dentaires a conduit à réglementer spécifiquement les centres de santé pour leurs activités ophtalmologiques, orthoptiques et dentaires. Leur ouverture ainsi que leur suivi d'activité sont désormais soumis à un agrément préalable des Agences régionales de santé (PPL portée par la Présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Fadila Khattabi, et votée en mars 2023). La responsabilité de leur contrôle a été transférée aux Agences régionales de santé et le risque de dérives semble avoir été circonscrit.

La financiarisation n'est pas abordée directement par le SNOF, dont la préoccupation principale est de maintenir le rôle prééminent du médecin ophtalmologue dans les soins visuels, qu'ils relèvent de l'acuité visuelle ou de la chirurgie (argument de qualité, santé publique, sécurité et pertinence des soins). La financiarisation est évoquée à travers le développement des mauvaises pratiques, dans les centres de santé qui sont principalement guidés par des logiques de rentabilité et qui peuvent, grâce au travail aidé, conduire les gestionnaires de centres à mettre en première ligne des orthoptistes sans que des médecins voient le patient. L'autre dérive observée dans les centres de santé est celle de la réalisation d'actes non pertinents (par exemple faire l'ensemble des examens requis pour quelqu'un de 60 ans et plus à une personne de 20 ans, bilan orthoptique, voire rééducation dont la durée n'est plus limitée) et l'étalement de factures sur plusieurs jours afin de masquer l'extension des actes au contrôle de l'assurance maladie. La pratique du tiers-payant aurait l'intérêt de masquer la surfacturation au patient.

Le réseau Point Vision illustre un exemple de financiarisation dans le secteur de l'ophtalmologie. Il s'agit d'un Groupement d'intérêt économique (GIE) constitué en holding par un groupe de trois personnes, dont un médecin ophtalmologiste issu de l'industrie pharmaceutique. Initialement, les médecins conservent un statut libéral au sein d'un cabinet type (2 OPH en S2 avec OPtam, un remplaçant, une secrétaire et un orthoptiste). Les médecins sont associés au sein d'une Société d'exercice libéral (SEL) et partenaires du GIE. Ils ne s'occupent pas des locaux qui sont gérés de façon standardisée, ni de la gestion administrative. Ils ne recrutent pas les orthoptistes qui sont salariés par le GIE. La constitution du GIE Point vision a été permise par l'apport de capitaux privés qui ont été obtenus par levées de fonds successives en 2012 et 2013. Un fonds d'investissement de type *private equity* (Abenex) a acheté une partie des parts des fondateurs et a investi dans ce projet, en espérant le revendre à 5 ans. La vente, qui avait été envisagée auprès de chaînes de cliniques, s'est finalement faite vers un fonds d'investissement américain, ARES, avec une participation de la BPI comme associé minoritaire pour un montant beaucoup plus élevé en 2021. La stratégie actuelle de Point vision serait de racheter des cabinets d'ophtalmologie et de les transformer en centres de santé où les médecins seront à terme salariés. Plusieurs regroupements importants d'ophtalmologistes ont été récemment approchés par des consultants missionnés par des fonds d'investissements. Le développement et la financiarisation du réseau Point vision s'apparente au processus de financiarisation décrit en imagerie médicale. Les investisseurs proposent des services de gestion (achats, comptabilité, GHR), de système d'information ou de télémedecine. Ils offrent des locaux aux professionnels libéraux, regroupés dans des SEL contractualisant avec ces structures constituées en sociétés d'exploitation. La transformation des cabinets libéraux en centres de santé n'empêcherait pas la possibilité pour les holdings détenues par les investisseurs de facturer leurs services aux centres de santé. La financiarisation s'opère par le biais de fournisseurs de services qui prennent ainsi progressivement le contrôle d'organisations de soins.

Pour les représentants de la profession des ophtalmologistes, le risque principal est le développement d'une concurrence dans l'accès aux soins par le développement de l'accès direct, qu'il soit présentiel ou dématérialisé. La logique médicale qui vise à encadrer et limiter l'accès direct à l'orthoptiste freine les perspectives de gains financiers. Cependant, la problématique de l'accès aux soins, qui semble avoir été en partie résolue par le modèle du travail aidé, se pose aussi en termes financiers. La plupart, sinon tous, les jeunes ophtalmologistes diplômés peuvent s'installer en secteur 2 et tous ne choisissent pas nécessairement le cadre de l'OPTAM, ce qui peut conduire à limiter à terme l'accès aux soins des populations les moins bien couvertes et réintroduire l'intérêt de l'accès direct à l'orthoptiste.

Anticipant l'accroissement des effectifs des jeunes spécialistes comme l'évolution de leurs attentes, les professionnels envisagent le renforcement du travail en équipe autour du médecin (orthoptistes,

opticien, infirmier, assistant médical) et la constitution de pôles de santé capable de déployer de l'expertise médicale sur des antennes éloignées avec des consultations avancées. Ce mode d'organisation permettrait également de donner un débouché professionnel aux nouveaux arrivants dans le métier. Selon une enquête du SNOF auprès de ses adhérents, un tiers des ophtalmologistes sont prêts à ouvrir des sites secondaires et manifestent leur intérêt pour consulter d'autres patients dans des contextes différents. Cette approche territoriale s'inscrit dans la perspective du développement d'équipes de soins spécialisées qui pourront faire de la planification locale et répartir les contraintes. Cependant, selon les professionnels rencontrés il n'y a aujourd'hui pas assez de stages d'internes en libéral (40 par an actuellement). Les jeunes médecins ne connaissent pas l'exercice libéral et ne sont pas formés à la gestion. Le monde académique est fermé à l'enseignement de la gestion (gestion RH, lire un bilan, définir des contrats collectifs...). Le développement sur les territoires de pôles de santé gérés par les professionnels avec des exercices multisites avec des moyens de communication et des ressources en intelligence artificielle, constitue une alternative professionnelle au processus de financiarisation. Le développement d'une offre territoriale intégrée est également investi par les opérateurs investisseurs qui commencent à proposer des cabinets secondaires clés en main. Cet aspect est à investiguer plus en détail.

II.5 - Soins primaires : l'investissement privé répond à un besoin, sans être souhaité sur la forme

Le champ des soins primaires confronté à la diminution du nombre de médecins généralistes a fait l'objet de nombreuses actions incitatives visant à maintenir l'accès aux soins. Le rapport HCAAM de septembre 2022 sur les soins de proximité revient sur les nombreuses mesures portant aussi bien sur la formation, l'évolution des rôles professionnels, les modalités de rémunération que la promotion de modèles d'organisation des soins plus à même de répondre aux attentes des professionnels. L'introduction de ces innovations a été progressif et soutenue par de nombreux travaux d'évaluation dans les années 2000 et 2010. Le cadre expérimental de l'article 51 a ouvert la voie à de nouvelles formes de rémunération et d'organisation qui concernent en grande partie le champ des soins primaires. Ces innovations permettent des réorganisations importantes du travail entre professionnels au sein de maisons de santé ou de centres de santé. La généralisation de ces formes d'organisations peut offrir de nombreuses opportunités pour des opérateurs capables de soutenir leur déploiement.

Plusieurs expérimentations sont portées par des opérateurs jusqu'alors peu présents dans les soins primaires. Il s'agit par exemple du projet Primordial de la chaîne de clinique Ramsay, ou de l'expérimentation portée par l'organisation IPSO, qui est un réseau de cabinets de médecine générale intégré dans une organisation regroupant des investisseurs privés, experts en organisation et en systèmes d'information et professionnels de santé.

Parallèlement aux expérimentations de l'article 51, des changements dans l'organisation des soins primaires ont été accélérés par l'investissement volontariste, à partir de 2019, dans les nouvelles formes professionnelles d'organisation territoriale (les CPTS), par le financement de postes d'assistants médicaux, l'augmentation du nombre d'infirmières Asalée et le soutien à l'exercice infirmier en pratiques avancées. Dans le rapport cité, le Hcaam recense un grand nombre d'exemples témoignant d'une mobilisation effective des professionnels comme des tutelles pour promouvoir ces formes rénovées de l'exercice libéral en soins primaires. Il fait également le constat de changements trop lents au regard des besoins de transformation des modèles de pratiques libérales. Si les modes d'organisation innovants comme les MSP sont attractifs pour les jeunes professionnels, ces derniers semblent moins enclins et moins préparés à les bâtir et les faire vivre. Les obstacles et les difficultés à surmonter sont nombreux pour des professionnels principalement formés et motivés par la pratique clinique. L'immobilier et le foncier freinent aujourd'hui beaucoup le développement de ces lieux de soins et parfois menacent leur pérennité quand les charges deviennent trop lourdes à supporter après le départ d'un ou de plusieurs partenaires. La gestion administrative et la gestion du personnel comme celle des systèmes d'information et des relations avec les tutelles représentent également des tâches chronophages que tous les professionnels ne veulent pas nécessairement assumer dans le cadre libéral.

De sorte que les transformations de l'exercice libéral en soins primaires, qui sont la voie privilégiée d'adaptation du système de soins depuis vingt ans, ne permettent pas de répondre à la tension très forte qui s'exerce aujourd'hui sur ce secteur. Cette situation favorise l'émergence d'opérateurs divers, publics ou privés, capables de mobiliser rapidement des ressources financières et techniques permettant d'offrir des conditions et des cadres de travail répondant aux attentes des nouveaux professionnels et de prendre en charge les fonctions supports nécessaires au bon fonctionnement d'organisations collectives (15 professionnels en moyenne dans les MSP conventionnées ACI et 26 salariés en moyenne par centre de santé polyvalent en 2021). Ces opérateurs créent ou rachètent des centres de santé. Les acteurs publics peuvent être des hôpitaux (comme cela est proposé en région Nouvelle Aquitaine ou par l'APHM à Marseille), des collectivités territoriales (des communes), des départements (Saône et Loire), voire des régions (Centre val de Loire) ainsi que des acteurs privés à but lucratif comme la chaîne de clinique Ramsay, qui tire parti de son expérience antérieure de gestion de centres de santé en Suède, avec Capio, ou la chaîne de centres soins non programmés Urgencemed (filiale du groupe Santé Cie présent en France et en Allemagne).

L'offre de centres de santé détenus par des investisseurs privés paraît encore peu développée en France. Il semble néanmoins que le processus soit émergent dans le secteur des soins primaires et mérite une observation attentive, au même titre que le développement des centres de santé dentaires et ophtalmologiques. Au-delà des enjeux de coûts, de qualité et d'autonomie professionnelle, le développement de centres de soins non programmés pose question dans le cadre des actions menées pour réguler l'accès aux soins non programmés. Le positionnement des

centres de soins privés sur les soins non programmés permet de répondre à court terme à une demande de soins non satisfaite mais il peut aussi être associé à une dérive consumériste et à de possibles augmentations des dépenses, avec la réalisation de bilans systématiques (examens bio, radio). Le développement de ces centres, qui ne sont pas soumis à autorisation préalable de l'Agence régionale de santé (sauf pour les activités dentaires et d'ophtalmo depuis la loi Khattabi), ne se fait pas nécessairement dans les lieux de pénurie médicale et peut entrer en concurrence non seulement avec des pratiques libérales plus traditionnelles mais aussi avec des mesures visant à organiser les soins primaires dans la durée et sur une base territoriale. L'arrivée des investisseurs financiers semble s'appuyer sur les mêmes ressorts que ceux constatés dans les autres pays d'Europe (création de conditions de travail attractives, horaires, locaux adaptés standardisés, absence de charge administrative, travail en équipe et gestion du personnel, réponse à un besoin d'accès non satisfait, nouvelles modalités de rémunération sous forme de forfaits, capitations ou subventions...). Le rôle des opérateurs de services numériques (plateformes, téléconsultations, prise de rendez-vous...) et l'articulation avec l'organisation des soins au domicile, appelé à se développer, devra faire l'objet d'une exploration plus approfondie.

En conclusion de ce rapide tour d'horizon, il ressort que la financiarisation de l'offre de soins en France, s'est tout d'abord développée dans le secteur des établissements de soins privés lucratifs ou les acteurs industriels avaient déjà en partie remplacé les acteurs professionnels privés. La restructuration des établissements privés lucratifs (regroupement de cliniques, fermetures de petites maternités, développement de l'activité ambulatoire) s'est inscrite dans l'orientation des politiques de santé qui visaient la réduction des moyens d'hospitalisation. C'est ensuite la constitution de groupes régionaux de cliniques privés qui semble avoir guidé les stratégies des investisseurs. Le mouvement de concentration et d'intégration de l'offre de soins privés paraît toujours dynamique et semble pour certains groupes s'étendre vers le secteur ambulatoire. Les acteurs de la financiarisation sont divers (fonds de pension, acteurs industriels de santé cotés en bourse, association d'acteurs professionnels et d'acteurs financiers, foncières) et les modalités de la financiarisation paraissent suivre des chemins différents selon les segments de soins concernés. Ces logiques semblent associées à des acteurs multiples ; liées aux opérateurs industriels pour la biologie médicale, aux plateformes numériques pour l'imagerie, aux chaînes de cliniques pour les soins primaires. Les investisseurs parfois associés à certains professionnels de santé semblent avoir bien identifié, et souvent mieux que les organisations professionnelles et académiques, l'importance des transformations nécessaires du secteur ambulatoire, massivement privé en France, et l'intérêt des futurs professionnels de santé pour des modalités d'exercice renouvelées pour lesquelles la propriété de l'outil de travail n'est plus une condition nécessaire.

C'est en outre souvent le régulateur et financeur public qui a rendu possible ou dans certains cas favorisé l'intervention de capitaux privés dans le secteur de la santé, tout en cherchant à préserver l'indépendance des professions libérales. Les professions de santé ont parfois bénéficié d'innovations juridiques visant à favoriser le regroupement et le développement des sociétés de

professions libérales qui ne leur étaient pas spécifiquement destinées (loi sur les SEL en 1990, ordonnance du 8 février 2023). Les professions de santé ont aussi pu faire l'objet de mesures spécifiques, visant à améliorer la qualité ou à maîtriser les dépenses, ayant eu pour objectif de promouvoir une modernisation par la concentration et l'industrialisation des organisations, comme dans le cas de la biologie. Ces mesures paraissent avoir largement échappé à leurs initiateurs, qui ne souhaitaient pas nécessairement renforcer le poids des acteurs financiers dans la gestion et la gouvernance du système de santé. Ces derniers, en raison de leur taille, de leurs capacités d'investissement et de leur dimension internationale, ont pu exploiter des failles réglementaires ou contrer des mesures de régulation difficilement applicables par les services de l'État, peu équipés pour surveiller des dynamiques complexes et rapides, contrer des démarches délibérées de contournement. Ce constat interroge quant aux outils et moyens nécessaires pour limiter ou réguler la prise de contrôle des acteurs financiers sur les organisations de soins.

Les professions de santé elles-mêmes ne sont pas exemptes d'ambiguïté au regard des risques que représentent la financiarisation pour leur propre organisation professionnelle. La prise de contrôle par des opérateurs financiers de cabinets privés suppose qu'il y ait des vendeurs, qui résistent difficilement aux offres financières qui leur sont faites, à dessein. Le caractère très élevé des offres d'achat explique la difficulté des professionnels à résister, notamment à l'approche de la retraite. Parallèlement, les stratégies de regroupement de certains acteurs professionnels peuvent les conduire à devenir eux-mêmes des acteurs financiers, soit parce qu'ils basculent une fois constitués en réseau vers des acteurs financiers, soit parce qu'ils se consacrent essentiellement à des activités de gestion au sein d'organisations plus collectives. Ces dynamiques professionnelles sont de nature à introduire et à renforcer de nouveaux clivages dans les professions concernées, dont les membres ne partagent plus nécessairement les mêmes intérêts stratégiques ni économiques. Il semble ainsi se manifester un écart croissant entre les générations de médecins les plus âgés, défenseurs d'un modèle de profession libérale indépendante qu'ils cherchent à préserver, mais qui peuvent aussi céder leurs cabinets le moment venu, et les jeunes professionnels, qui arrivent sur le marché du travail en nombre toujours croissant, notamment parmi les spécialistes, mais qui ne se projettent plus dans les mêmes modèles et se montrent plus ouverts à des cadres de travail qu'ils ne contrôlent pas directement mais qui leur laissent également plus de temps libre.

L'intérêt du patient est aussi souvent mis en avant dans la défense du modèle professionnel, contre la financiarisation. Si les dérives observées pour les centres de santé dentaires ont mis en avant le risque de la non-qualité, voire des menaces pour la sécurité des soins, c'est bien pour préserver l'accès aux soins des patients sur les territoires que le développement de ces formes d'exercice a été facilité. Le soutien de la Banque Publique d'Investissement au réseau Point Vision, dont la mission annoncée est de faciliter l'accès aux soins, témoigne de l'intérêt porté à cette solution par les pouvoirs publics afin de faciliter l'accès des patients aux soins. L'enjeu de l'organisation territoriale et de l'accès aux soins paraît constituer une voie possible de dialogue entre le régulateur

et les professions libérales, menacées par une financiarisation qui prospère autour de l'enjeu critique de l'accès des patients à des soins de proximité.

III - LES EFFETS DE LA FINANCIARISATION

Face à ces évolutions, la financiarisation est l'objet de vifs débats, de nature non seulement descriptive mais aussi normative. Ils en soulignent les avantages et inconvénients, qui ne sont pas identiques selon les acteurs et les points de vue. Cette section expose quelques bénéfices et risques associés à la financiarisation, tels que décrits dans la littérature ou identifiés lors d'entretiens. La répartition de ces arguments en bénéfices ou en risques, proposée à des fins de clarification, est bien entendu discutable dans la mesure où chaque bénéfice théorique peut être associé à un risque et réciproquement.

III.1 - Des bénéfices qui contribuent à expliquer un certain succès

III.1.1 - La modernisation technique et rapide de l'offre de soins

La lenteur des adaptations de l'offre de soins est pour partie attribuée à une forte inertie et résistance des professionnels aux changements souhaités. Cette inertie peut s'expliquer par une faible appropriation des enjeux et des moyens de la transformation par les acteurs professionnels eux-mêmes et leurs représentants étant en manque de modèles proprement professionnels de cette transformation. Elle peut également s'expliquer par la difficulté des autorités de régulation à intégrer elles-mêmes les conséquences de ces transformations sur leur propre rôle et pratiques de régulation. L'investissement nécessaire pour mener à bien ces transformations est également sous-estimé ou n'est pas suffisamment synchronisé avec les autres actions de transformations qui portent notamment sur la réforme de la recherche et surtout de la formation (formation à l'exercice en équipe, formation à la gestion, au management ou à la dimension collective de la santé).

Face à ces constats, la financiarisation présente l'avantage de mobiliser des ressources importantes pour mener à bien des transformations permettant de concentrer et rationaliser l'offre de soins privée dans une perspective d'efficacité accrue. Le recours à des acteurs extérieurs apportant à la fois capitaux, savoir-faire nouveaux ainsi qu'une gouvernance s'imposant aux professionnels de santé revient alors en quelque sorte à sous-traiter l'action de transformation de l'offre de soins à ces acteurs, qui deviennent dans le même temps gestionnaires et décisionnaires. Si la financiarisation n'a pas été souhaitée dans le secteur de la biologie médicale, l'objectif assumé de la politique publique était bien celui de la productivité et de la baisse des coûts à qualité améliorée. Au final, l'offre de soins de biologie médicale a ainsi été « rapidement » restructurée sans mobiliser d'investissement public et en introduisant des modes de gestion directement importés du secteur privé. Si la transformation est rapide et les gains perceptibles à court terme (ce qu'il faudrait encore

évaluer), il convient également d'élargir la focale sur les critères et la temporalité permettant de juger de l'efficacité. Ainsi pour la biologie, qu'en est-il de l'accès aux soins en urgence sur le territoire ? Qu'en est-il de la réponse à la diversité des besoins des patients ? Quels sont les effets sur la gestion des ressources humaines médicale comme non médicale ? Comment la concentration des acteurs pèse sur la définition des politiques (mise en œuvre du dépistage pendant l'épidémie de Covid-19 par exemple) et la détermination des prix, et pour quelle efficacité ? Enfin, "la modernisation" est-elle vraiment au rendez-vous ?

III.1.2 - La mise aux normes de qualité

Le recours aux acteurs privés permet ainsi de mettre en œuvre des démarches d'amélioration de la sécurité et la qualité de soins par la mise aux normes des structures et l'application des standards de qualité optimaux. Dans le cas de la biologie, la concentration des analyses sur de grands plateaux techniques a été mise en avant comme un moyen d'améliorer la qualité des examens (rapport Ballereau). L'adoption d'un référentiel de qualité très exigeant et coûteux inspiré du monde industriel (et considéré par certains biologistes comme une usine à gaz) aussi bien dans la procédure que dans les conditions d'applications a été mis en avant par de nombreux biologistes pour justifier leur décision de vendre. La constitution de groupes régionaux d'offres de soins privés permet également de s'adapter à l'évolution des normes, dans la mesure où le groupe de clinique à l'image d'un GHT paraît capable de réorganiser les activités de soins entre ses établissements afin de satisfaire aux conditions d'activités et donc de qualité requise par le régime des autorisations. Il est intéressant de noter que la fédération nationale des médecins radiologues a très tôt pris l'initiative de constituer son propre label qualité (Labelix) en concurrence avec l'organisme ayant réalisé le référentiel qualité pour la biologie médicale (la COFRAC). Le Label « labelix » s'inscrit dans l'affirmation du caractère professionnel de l'activité d'imagerie et apparaît ainsi comme un moyen de garantir son indépendance vis à vis de modèles plus "industriels" de la qualité. La nature même du référentiel qualité selon qu'il se réfère à des modèles de pensée et de pratique professionnelle ou industrielle, la bureaucratie et les coûts qu'il génère, peut ainsi être envisagée comme un bénéfice ou un déterminant de la concentration voire de la financiarisation. Il convient dès lors de s'interroger sur les modèles de la qualité et de labellisation mis en œuvre et portés par des acteurs aux intérêts principalement financiers potentiellement plus orientés vers la réponse à la demande dans une logique consumériste. La définition de la qualité, ses normes mais également les coûts de sa mesure comme de sa mise en œuvre apparaissent bien comme des moyens indirects d'influer et réguler la financiarisation des soins.

III.1.3 - Un modèle d'exercice séduisant pour les « nouveaux » professionnels ?

Le rapport au travail et à l'engagement vocationnel des professionnels de santé suit une évolution profonde qui est également celle des nouvelles générations dans leur ensemble. Les conditions de travail, l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, la prise en compte de situations de pénibilité, l'intérêt pour le travail en équipe, la plus grande ouverture aux pratiques coopératives comme le désintérêt pour l'entrepreneuriat ou l'exercice libéral isolé sont autant de caractéristiques

qui détournent les jeunes professionnels de l'exercice privé traditionnel. Si les formes d'exercice pluriprofessionnelles, type Maison de Santé Pluriprofessionnelle, attirent les jeunes professionnels, elles n'en restent pas moins complexes à élaborer, animer et porter. L'exercice salarié en centres de santé portés par des opérateurs privés ou la redéfinition d'une nouvelle articulation entre professionnels de santé et organismes gestionnaires privés de structures de soins peut permettre d'offrir des conditions de travail plus en phase avec les attentes des jeunes professionnels. Les investisseurs privés sont plus à même d'offrir des conditions de travail attractives en raison de leurs capacités à modéliser et généraliser à l'échelle de groupes de nouveaux modèles d'organisation (système d'information, locaux types, management des ressources humaines, formation continue...). Leur taille permet également d'assumer financièrement le temps de montée en charge des nouvelles organisations pour atteindre l'équilibre financier.

L'exercice en groupe qui est particulièrement développé chez les jeunes professionnels varie selon les spécialités. Pour plusieurs leaders syndicaux (radiologues, ophtalmo, généralistes), l'exercice libéral, ses contraintes comme ses avantages sont particulièrement mal connus des jeunes médecins. La formation théorique à la gestion et au management d'une structure privée comme les possibilités de stage d'interne en exercice libéral sont encore très insuffisants selon les leaders de la profession (radiologues, ophtalmologues). Il semble d'après les enquêtes réalisées auprès des médecins en fin de formation (source radiologues), que l'indépendance professionnelle passe par la possession de son outil de travail et la maîtrise des décisions sur les modalités d'exercice. Cette notion d'indépendance professionnelle et les conditions de sa garantie se trouve ainsi mise en exergue mais de quoi parle-t-on ? Choix des matériels pour travailler, choix des horaires et temps de travail, choix dans les recrutements de collaborateurs, choix des niveaux et des modalités de rémunération ?

III.2 - Quelques risques de la financiarisation

III.2.1 – Menaces sur les principes et valeurs du modèle Français : rhétorique ou réalité ?

Le financement du système de santé français repose sur les mécanismes de solidarité fondateurs de l'assurance maladie obligatoire « chacun contribue selon ses moyens et bénéficie selon ses besoins ». La solidarité s'opère entre personnes malades et bien-portants mais également entre riches et pauvres. C'est en permettant effectivement à chacun, partout sur le territoire, d'être soigné à qualité équivalente selon ses besoins, que se concrétise le principe de solidarité. Le constat et la perception d'inégalités, notamment territoriales et sociales, dans l'accès aux soins de qualité sous l'effet notamment de la baisse de la démographie médicale menace le principe de solidarité. La confiance dans les institutions incarnant la solidarité, qu'il s'agisse de l'assurance maladie ou l'État dont le rôle est croissant dans la gestion du système de santé, peut être mise à mal devant les difficultés récurrentes d'accès aux soins ou face à des scandales associés à une recherche

exacerbée de rentabilité financières au détriment de la qualité et de la sécurité de soins (affaire Médiateur, scandale Orpéa, dérives de pratiques en centre dentaires).

Les principes de rentabilité, d'efficience ou de recherche de profit ne sont pas étrangers au système de santé français. Ils ont pu constituer un ressort de motivation pour de nombreux acteurs, notamment professionnels (motivations dites "extrinsèques" par les économistes), y compris sous l'impulsion des pouvoirs publics, sous forme d'incitations économiques. Pour autant, le développement de logiques financières est perçu, à tort ou à raison, comme un élément de déstabilisation, voire de rupture, dans la mesure où les logiques de profitabilité s'en trouvent exacerbées, d'une part, et dans la mesure où ces logiques sont mises en œuvre par des acteurs économiques qui s'organisent selon des logiques plus industrielles et financières que professionnelles, en réduisant d'autant la prégnance de logiques historiques, à dominante publique et professionnelle. Les acteurs professionnels ne manquent pas de percevoir ces antagonismes, vis-à-vis desquels ils se situent. Ils peuvent aussi invoquer cette menace à des fins stratégiques, dans le cadre de leurs relations avec les régulateurs ou avec le législateur.

La récurrence, voire la permanence des crises, la difficulté à résoudre les problèmes d'accès aux soins, favorise l'émergence d'une offre de soins alternative, privée et payante, proposant un accès réputé facile et rapide à des soins dits « sûrs et de qualité » (plateformes de téléconsultations, centres de soins non programmés, médicaments accessibles par internet...). Les risques pesant sur la solidarité apparaissent liés à la nécessité de paiements de la part des patients, paiements qui ne sont pas nécessairement accessibles à tous, ainsi qu'au risque de nouveaux opérateurs privés de privilégier certaines formes de prises en charge, financièrement plus rentables, au détriment d'autres, non moins nécessaires. La perception dans la population d'un accroissement des logiques financières à visée lucrative dans le système de soins français est associée à une menace pour la solidarité et pour l'égalité, très largement valorisées et considérées comme constitutives du système de santé français. Fondée ou non, la perception de cette menace renforce la défiance vis-à-vis des autorités de régulation, soupçonnée de laisser faire, voire de promouvoir, ces nouvelles logiques économiques.

III.2.2 - Tension sur les valeurs professionnelles

Le mouvement de financiarisation affecte en profondeur les logiques traditionnelles de l'organisation à dominante professionnelle des soins en France. Historiquement, cette dernière s'est largement construite autour de la promotion d'un modèle libéral associé aux principes professionnels d'égalité entre pairs et de pratiques largement individualisées, dépourvue de principes hiérarchiques extérieurs à la profession. Cette forme d'organisation professionnelle a été nettement tempérée, notamment dans le domaine hospitalier, mais elle a perduré comme horizon de référence pour de nombreux professionnels de santé et pour de nombreuses instances professionnelles, qu'elles soient syndicales ou ordinales par exemple. Cette logique oriente aussi les normes juridiques d'organisation des soins, en plaçant les professionnels en mesure de contrôler directement leur activité, de manière plus ou individuelle ou collective. Les mouvements actuels de recomposition

des soins mettant l'accent sur la coordination et la coopération sont plus collectifs qu'auparavant, mais ils ne remettent pas en cause les principes traditionnels à dominante collégiale. La financiarisation constitue au contraire une rupture aux conséquences extrêmement concrètes. Elle change les formes de contrôle de l'activité, et de ses dimensions économiques en particulier, en les déplaçant d'acteurs professionnels, qu'ils soient individuels ou collégiaux, vers à des acteurs financiers ne relevant pas principalement d'espaces professionnels. Elle introduit ce faisant un principe de contrôle vertical et hiérarchique sur les pratiques professionnelles. Ce principe de contrôle n'est pas étranger aux formes traditionnelles d'organisation des soins, que l'on songe à l'organisation hiérarchique de l'hôpital par exemple, mais il est ici exercé dans des proportions accrues par des acteurs privés à but lucratif, aux dépens des formes de contrôle professionnelles, jusqu'alors dominantes dans certains segments du système de soins.

Ces transformations ont des effets en cascade, qui peuvent être observés à l'échelle de certains segments, et qui gagneraient à être davantage étudiées de manière plus transversale. L'intégration verticale induite par la financiarisation accentue la rationalisation des activités, à des fins de rentabilité. La rationalisation des dépenses, l'optimisation des recettes, la standardisation des pratiques, les choix d'investissements dans certaines techniques ou l'automatisation des processus de soins peuvent heurter des logiques ou des repères professionnels, les professionnels de santé se trouvant alors intégrés dans une organisation plus vaste, à dominante industrielle et financière, sur laquelle ils ont perdu le contrôle, au détriment des valeurs d'autonomie, de collégialité et de responsabilité individuelle attachée au modèle professionnel (Nolte 2022).

Ces nouvelles formes de contrôle qui font l'objet de résistance y compris dans les organisations privées ne sont pas sans effet sur les conditions d'exercice de l'activité de soins. La gestion de la ressource humaine peut faire l'objet d'une rationalisation, à travers un recours accru aux CDD, à l'extension des heures de travail, à des formes de contrôle ou de répartition de la valeur moins favorables aux professionnels. Au moment de l'épidémie de Covid-19, les laboratoires indépendants n'ont pas vécu de telles tensions, les bénéfices ayant été mieux partagés avec les salariés que dans les groupes de biologie (Leymarie 2021). Des tensions pourraient déboucher, comme dans d'autres secteurs, sur des mouvements sociaux pouvant aller jusqu'à menacer la permanence du service à la population en cas de grèves, observées dans de grands groupes de laboratoires. Le statut et les niveaux de rémunération des jeunes médecins biologistes sont également perçus comme dégradés et l'une des raisons principales du désintérêt des jeunes pour l'exercice de la profession. Ces risques là encore ne sont pas spécifiques aux logiques de financiarisation et peuvent également être observés dans le secteur public quand les modalités de management et les contraintes financières imposent des procédés de travail et des choix d'investissement qui échappent aux professionnels. Ils mériteraient en tout état de cause d'être mieux documentés.

III.2.3 - Menaces sur la pérennité et l'intégration « horizontale » territoriale de l'offre de soins ?

Les groupes privés peuvent répondre à des logiques de marchés par bassin de population, avec des acteurs prenant en charge des formes territorialisées de coordination, en entrant activement en relation avec d'autres composantes territoriales de l'offre de soins, en proposant des services non disponibles ou dont ils ont en grande partie le monopole (biologie et potentiellement imagerie). Cette logique territoriale peut cependant aussi être contrariée par des logiques de groupes, voire par des interventions d'acteurs internationaux peu soucieux des particularismes locaux, et plutôt attentifs au déploiement de modèles déjà relativement standardisés (exemple des centres de soins non programmés). Ils peuvent trouver une place localement, surtout en cas de forte demande. La constitution d'acteurs privés concentrant une part importante de l'offre de soins à l'échelle du territoire national ou régional peut conduire au renforcement de la dynamique d'intégration verticale dans une logique de concurrence avec le secteur public hospitalier qui s'organise lui-même en Groupes Hospitaliers de Territoires. Le risque serait alors d'aller à l'encontre des efforts visant à intégrer ou tout au moins organiser l'offre de soins à l'échelon territorial pour assurer l'égalité d'accès aux soins en faisant appel à des mécanismes de régulation territoriaux dans lesquels ils ne s'intègrent pas. Cet enjeu concerne aussi l'organisation de l'accès aux soins spécialisés, aux soins de première ligne comme la permanence des soins (offre de télé-médecine non intégrée dans l'organisation territoriale de soins).

III.2.4 - Les effets de sélection des activités et des patients

Pour plusieurs interlocuteurs, le renforcement des logiques financières dans les cliniques peut conduire à privilégier les activités rentables ou des activités qui ne présentent pas de problèmes de recrutement. Il peut s'agir typiquement d'une maternité de taille limitée pour laquelle, l'organisation de la permanence des soins est difficile, et qui présente des risques professionnels importants ou un service d'urgence qui sera amené à fermer à certains moments en raison de la difficulté à recruter du personnel. C'est alors dans la qualité et la continuité du dialogue avec l'Agence régionale de santé que s'exprimera le souci plus ou moins grand de la recherche de rentabilité et/ou d'inscription dans l'offre de soins au service à la population. Les activités ambulatoires de diagnostic comme la biologie et l'imagerie peuvent également faire l'objet de sélection. Les actes rentables, rapides à réaliser pouvant être effectués par des opérateurs non médicaux seront privilégiés au détriment des actes complexes, longs ou considérés comme mal rémunérés. Ces arguments sont souvent évoqués sans études empiriques à ce jour. Ce risque n'est pas spécifique à la financiarisation et s'observe également avec des offreurs de soins libéraux (installation dans les territoires à haute densité de population ou particulièrement favorisés notamment pour les médecins en secteur 2, évitement de prise en charge de patients âgés polypathologiques etc.), comme publics (effets de sélection des patients à des fins de constitution de cohorte de recherche). Les stratégies des acteurs financiers peuvent également conduire à une réduction voire suppression d'une offre de soins considérée comme non rentable dans un agenda qui peut être déconnecté des processus souvent

longs de transformation et réorganisation de l'offre de soins. Cependant, c'est également cette capacité à s'adapter en répondant à l'incitation de la tarification qui a été recherchée par le régulateur et a conduit à réduire l'offre de soins hospitaliers. La fermeture des petites maternités au nom de la qualité et la sécurité des soins a été une politique menée avec constance et efficacité.

III.2.5 - L'augmentation des dépenses et de santé, des coûts et l'émergence d'un nouveau cadre de régulation ?

La littérature cite l'augmentation des dépenses comme un risque de la financiarisation (Singh 2022). Le volume des soins peut augmenter sous l'effet de stratégies visant à optimiser les actes réalisés, voir leur codage au détriment de la pertinence. Dans le contexte français, ces pratiques considérées comme frauduleuses ont été dénoncées dans le secteur des soins ophtalmologiques et des soins dentaires. Par exemple, les stratégies peuvent consister à réaliser pour tout patient y compris les jeunes, l'exhaustivité des examens qui doivent être réalisés pour une personne de plus de 60 ans. Le cadre du travail aidé peut être en partie contourné, en remplaçant de façon frauduleuse un ophtalmologiste par un orthoptiste ou en réalisant la consultation ophtalmologique à distance de façon asynchrone sans respecter le cadre légal du travail aidé.

La financiarisation et la concentration d'une grande partie de l'offre entre les mains de quelques acteurs peut également conduire au renforcement des capacités de négociation avec le régulateur mais également avec les professionnels de santé travaillant au sein des structures privées. Le précédent de la biologie a alerté le régulateur qui a compris durant l'épidémie de Covid-19 à quel point il s'est retrouvé « piégé » quand il a fallu s'appuyer sur quelques grands groupes pour généraliser la réalisation des tests Covid-19, la biologie hospitalière n'étant pas en situation de faire face. La gratuité des tests PCR comme la fixation du prix de remboursements semblent avoir été largement induits par la forte pression de certains laboratoires (Leymarie 2021) qui avaient acquis de nombreux appareils pour réaliser des dosages PCR qu'ils ont ainsi pu rentabiliser. De même, la grève de la remontée des informations dans SIDEP a été menée à l'initiative d'un nombre limité de laboratoires. Le risque de voir des examens non rentables moins réalisés est également évoqué. La constitution dans un segment de soins de quelques groupes très organisés pouvant mobiliser des ressources juridiques, techniques et politiques importantes à l'échelon national comme à l'échelon européen (recours du laboratoire Unilab auprès de la Cour de Justice européenne contre l'état Français et du CNOP) ou international peut conduire à affaiblir la position du régulateur dans les négociations tarifaires et affaiblir l'efficacité des mécanismes de régulation. Quelles sont alors les positions des syndicats professionnels en situation de négocier avec l'assurance maladie lorsque les structures dans lesquelles ils exercent sont principalement détenus par ces acteurs financiers ? Comment anticiper les failles exploitables à l'échelon supranationale de la régulation ?

IV - TRAJECTOIRES ET PERSPECTIVES

IV.1 – Anticiper : trajectoires et scénarios

Il s'agit dans cette section d'esquisser une réflexion prospective en explorant différents modèles polaires d'évolution possibles de la financiarisation du système de soins. Cette réflexion s'inscrit dans la continuité des transformations de l'organisation du système de soins engagées par les lois santé de 2016 et 2019 et le projet Ma santé 2022. Cette transformation systémique vise à organiser le système de santé à partir de la demande de soins, sur une base territoriale en visant la structuration du système en niveaux de soins plus coordonnés. Les acteurs publics et privés, qu'ils soient des établissements ou des professionnels libéraux, sont ainsi appelés à assumer de façon plus explicite et formelle des missions d'accès aux soins et d'organisation des parcours qui requièrent coordination, partenariat, partage de ressources et de moyens. De nombreux chantiers ont été ouverts ou renforcés : investissement dans le numérique et définition de la stratégie numérique avec les Grades, développement et financement de nouvelles MSP, poursuite du financement des CPTS, financement à terme de 10 000 assistants médicaux, création et bientôt généralisation du SAS, labellisation des hôpitaux de proximité, multiplication des expérimentations article 51 dont plusieurs arrivent à échéance en 2023 et 2024. Les appels à l'investissement public dans la formation, et la réorganisation des soins de proximité sont récurrents de la part de syndicats de professionnels libéraux qui défendent dans le même temps le statut libéral de l'exercice. A l'inverse, nombre de syndicats ou mouvements de professionnels libéraux, parfois très locaux, revendiquent une libération des tarifs et appellent au déconventionnement pour reprendre l'initiative sur la modernisation de leurs organisations de soins. Confrontés à des perspectives inquiétantes en termes d'accès aux soins, plusieurs acteurs publics prennent l'initiative d'investir dans l'offre de soins et se positionnent comme opérateurs, souvent contre l'avis des organisations libérales. Au final, la transformation de l'offre privée professionnelle ne va pas de soi. Elle est lente au regard des besoins et requiert des moyens financiers et des savoir-faire dans le domaine du management et de l'administration de la santé, aujourd'hui insuffisamment développés et financés. Plusieurs scénarios polaires sont dès lors envisageables, traduisant l'émergence d'un paysage dominé par des acteurs financiers, par des acteurs publics ou par des évolutions intermédiaires, au fil de l'eau.

IV.1.1. Scénario A : la financiarisation aboutie des soins ambulatoires

Dans ce scénario, des investisseurs privés achètent à grande échelle des cabinets privés en soins primaires et dans certains segments de soins spécialisés. Ils opèrent ces regroupements dans le cadre de groupes existants ou par l'intermédiaire de plateformes de télémedecine et de services de soins. Un secteur privé à but lucratif et financiarisé remplace un autre secteur privé à dominante professionnelle et libérale. Il mobilise des moyens favorisant la transformation d'organisations de soins à partir de savoir-faire acquis dans d'autres pays ou dans d'autres secteurs (investissement, économies d'échelle, management des ressources humaines, contrôle de gestion, systèmes

d'information...). En rachetant leurs cabinets à des médecins proches de la retraite et en les transformant en centres de santé, ces opérateurs financiers offrent une perspective de retraite confortable et un maintien en activité, même partiel, à ces professionnels. Ils offrent aussi des conditions de travail attractives aux jeunes professionnels (absence de gestion administrative, horaires maîtrisés, travail collectif...). Ces derniers peuvent être salariés ou non. Différentes modalités de participation des professionnels sont envisageables selon les opérateurs privés (associés, salariés, prestataires...). Les opérateurs privés sont en situation d'offrir des services intégrés aux professionnels comme aux patients (télémédecine, télé expertise). Le développement de fonctions associées à l'exercice médical (assistant médical, infirmière de santé publique, IPA) ainsi que des forfaits sont particulièrement adaptés. Les opérateurs privés sont organisés sur une base territoriale et négocient avec l'Agence régionale de santé dont ils sont un interlocuteur identifié.

Des formes à dominante professionnelles sont envisageables, à l'image des projets des radiologues et des ophtalmologues. Ce sont alors des entreprises de médecins de grande taille qui ont internalisé les fonctions de gestion et de coordination. Ces entreprises professionnelles ont constitué des leviers de développement et de croissance et de développement auprès de financeurs traditionnels (banques). Certaines dynamiques peuvent aussi prendre des formes coopératives ou s'organiser autour de services communs partagés (groupement d'employeurs, organisations tierces de type Asalee ou des organisations non lucratives de type Equilibres inspiré de Burtzoorg aux Pays-Bas). Ces contrats peuvent être définis sur une base territoriale. Les cahiers de charges et les moyens de les suivre sont particulièrement détaillés et développés (cf. expérience des centres de santé ou de la clinique Capio en Suède, modèle Alzira en Espagne). L'administration et les collectivités territoriales ont renforcé leurs capacités de contractualisation et des fonctions de contrôle, voire de sanctions, sont mises en œuvre en matière de qualité, de dépenses, d'accès aux soins. Le secteur ambulatoire privé professionnel est réorganisé, concentré et optimisé. Ces organisations professionnelles sont sollicitées par des investisseurs privés. L'investissement n'est pas supporté par la puissance publique. Ces organisations assurent leur fonctionnement par le développement de contrats collectifs avec les régulateurs (paiements au forfait ou à la capitation, généralisation d'IPEP...).

IV.1.2. Scénario B : la structuration publique de l'offre de soins ambulatoires

Ce scénario repose sur l'observation ou la conviction que la financiarisation des soins par des acteurs gestionnaires et financiers n'est pas souhaitable en termes de santé publique, de régulation territoriale ou de lutte contre les inégalités sociales de santé, et qu'il s'avère en pratique impossible de la réguler. Il s'agit alors de limiter son expansion par le développement d'une offre de soins largement financée par le secteur public et d'engager une relation plus intégrée avec le monde professionnel autour de missions de service public. Le principe est de limiter le développement de la financiarisation. Les investissements sont réalisés par les pouvoirs publics ou mobilisent des acteurs proches de l'État, comme la Caisse des Dépôts et Consignation. La gestion de l'offre de

soins est confiée à des opérateurs publics décentralisés (municipalité, EPCI, conseil départemental) ou à des établissements de soins publics et/ou privés non lucratifs. Exerçant une responsabilité populationnelle, les hôpitaux concourent aux investissements nécessaires pour développer une offre coordonnée à l'échelle du territoire, sous forme de centres de santé, le cas échéant équipés de plateaux techniques de moyenne technicité. Cette offre publique est étroitement articulée à l'Université et à la formation des professionnels. Ces derniers peuvent conserver un statut libéral dans un cadre mixte ou public. Le déploiement effectif du SAS constitue une étape dans le développement de ce scénario, le service d'accès aux soins étant un service public placé à terme en situation de régulation de l'accès aux soins. Les activités diagnostiques (biologie, imagerie, anatomopathologie) ont fait l'objet d'investissements importants et sont partagées avec les opérateurs privés. Les écarts de rémunération entre secteur privé et secteur hospitalier sont réduits.

IV.1.2. Scénario C : financiarisation régulée “au fil de l'eau”

Partant de l'organisation pluraliste du système de soins et de la coexistence d'acteurs et de logiques multiples particulièrement stable, on peut envisager une financiarisation qui se développe de façon hétérogène selon les segments du système de santé et les mécanismes de régulations sectoriels adoptés au cas par cas. Ce scénario prolonge des dynamiques émergentes dans les secteurs ophtalmologiques, dentaires, biologiques ou radiologiques en particulier. L'investissement public est principalement concentré sur le secteur des établissements de santé publics, tandis que le secteur privé professionnel et libéral est appelé à se réorganiser dans le cadre conventionnel (ACI CPTS, MSP, AM). L'administration de l'assurance maladie soutient la transformation des organisations de soins par le financement de fonctions supports, qui accélèrent le développement des MSP, des CPTS ainsi que le développement progressif d'un écosystème “logistique” à la main des professionnels, dont la configuration varie selon les régions et les dynamiques locales (URPS, fédérations MSP, CPTS, société de conseil, prestataires de services divers). La financiarisation est surveillée et étroitement régulée grâce à des fonctions de surveillance et de régulation concentrées et constituées à cet effet à l'échelle nationale et régionale.

IV.2 – Principes de régulation et d'action

La régulation de l'offre et des activités de soins vise des objectifs multiples de sécurité, qualité, accès et soutenabilité qui s'opposent parfois et peuvent favoriser le renforcement des positions d'investisseurs privés de façon inattendue ou non souhaitée. La défense de l'indépendance professionnelle et la lutte contre les dérives “gestionnaires” en centres de santé ont conduit à l'adoption de nouveaux cadre juridiques et de procédures d'encadrement réglementaires. L'expérience de la biologie médicale montre que la possibilité de prise de contrôle d'acteurs financiers sur l'offre de soins, que personne ne souhaitait, n'a pas été suffisamment anticipée et que les mesures spécifiques visant à préserver l'indépendance professionnelle se sont avérées inefficaces. Le déploiement des logiques gestionnaires portées par des investisseurs privés peut

également être perçu comme le témoin d'une absence de réponse professionnelle aux enjeux du système de santé. La lutte contre la financiarisation doit alors non seulement comprendre la défense de l'indépendance professionnelle mais aussi le soutien aux acteurs porteurs d'un renouvellement des logiques professionnelles privées dans un cadre de soins qui renforce la structuration en niveaux de soins dans un cadre territorial ou l'organisation de l'accès aux soins, géographique comme financier, devient un enjeu central.

IV.2.1 - Leviers de régulation

Plusieurs leviers de régulation publique apparaissent utiles pour faciliter, réguler ou limiter la financiarisation.

Les autorisations

La refonte du régime d'autorisation des activités de soins ou d'installation des équipements lourds engagé depuis plusieurs années est entré en vigueur au 1^{er} juin 2023. Ce nouveau régime d'autorisations vise notamment à organiser la gradation des soins avec des objectifs d'accès, de qualité en introduisant de nouvelles normes adaptées à l'évolution des pratiques (ratios d'équipement, seuils d'activité) et simplifier les procédures administratives d'autorisation comme leur renouvellement. Ces nouvelles règles vont impacter les stratégies de groupes de cliniques privés qui se déploient à l'échelle régionale comme celles des stratégies d'investisseurs qui s'intéressent au secteur de l'imagerie et notamment l'installation des équipements lourds. Il paraît nécessaire d'analyser comment le nouveau régime des autorisations prend en compte ou non le processus de financiarisation. D'une façon plus générale, se pose la question de savoir si le cadre contractuel des autorisations et si les conditions de sa mise en œuvre concrète est suffisant au regard des enjeux de l'accès aux soins. Dans quelle mesure les autorités délivrant ces autorisations ont les moyens de suivre, d'évaluer et de reconduire de façon argumentée et stratégique, et non pas automatique, les autorisations délivrées ? Les difficultés que les Agences régionales de santé rencontrent dans le suivi et l'application des règles prudentielles relatives à la réorganisation de la biologie illustrent ces limites. Plus récemment la réintroduction d'un régime d'autorisation plus stricte pour les activités d'ophtalmologie et les activités dentaires en centres de santé avec la PPL Khattabi de mars 2023, témoignent des dérives possibles d'une simplification des procédures d'autorisation. La question d'éventuels contrôles et de sanctions assorties le cas échéant pose aussi des difficultés en cas de manquements, dans la mesure où d'éventuelles suspensions d'autorisation se traduisent aussi par une réduction de l'offre de soins dans un contexte où elle est souvent déjà critique, voire concentrée localement au sein d'une organisation monopolistique sur un territoire.

Les formes juridiques

La financiarisation des activités de soins prend appui sur des statuts et des dispositions juridiques, qui les rendent possibles, les favorisent ou y font au contraire obstacle. Les pouvoirs publics ont la capacité de peser sur ces dispositions et d'accompagner leurs évolutions. Parallèlement, le droit

peut aussi être utilisé selon des formes appropriées par des acteurs économiques souhaitant en tirer le meilleur parti, en mobilisant une expertise spécialisée pour identifier des failles, des vides juridiques ou des dispositions susceptibles d'être orientées à leur avantage, voire pour développer une activité d'influence à l'échelle nationale ou européenne pour promouvoir certaines évolutions.

En tant que levier stratégique, l'environnement juridique de la financiarisation mérite toute l'attention des pouvoirs publics. La pluralité des statuts de sociétés impliquées, qu'il s'agisse de SEL, de SAS, de SISA ou de SIC constitue un élément clé des évolutions en cours. Certains enjeux, comme la gouvernance, le partage des dividendes ou la protection du patrimoine en cas d'investissement, constituent des éléments qui sont au cœur du mouvement de financiarisation et ne peuvent être ignorés. Les stratégies de protection juridique mises en œuvre dans certains secteurs, comme la biologie, semblent avec le recul avoir été prises en défaut, au bénéfice d'une financiarisation accrue. La récente ordonnance du 8 février 2023 semble offrir une protection aux professions réglementées, y compris dans le domaine des soins, son application au secteur de la santé repose sur la publication de décrets à paraître et ses effets, encore difficiles à évaluer, ne sont nullement garantis.

De manière plus générale, le maniement du levier juridique semble à la fois indispensable, en tant que condition de possibilité de certaines activités, et largement insuffisant au regard des capacités juridiques déséquilibrées en faveur d'acteurs économiques pouvant réunir une expertise spécialisée pour engager à des fins stratégiques un véritable travail juridique, permettant de tirer le plus grand avantage du droit existant et de peser politiquement sur ses évolutions d'une manière souvent d'autant plus efficace qu'elle reste discrète en raison de sa technicité.

Une analyse rétrospective des outils juridiques mobilisés jusqu'alors pour réguler la financiarisation portant sur les conditions de leur déploiement, leur efficacité et les stratégies adoptées pour les contourner paraît nécessaire. Elle pourrait porter en premier lieu sur le cas de la biologie.

La dimension européenne de la régulation doit également faire l'objet d'une attention particulière. La spécificité nationale des systèmes de santé conduit la Cour de justice européenne à arbitrer en faveur de réglementations spécifiques en fonction du principe de subsidiarité, qui est alors opposé au droit de la concurrence. Le cas de la biologie est à ce titre exemplaire, la CJUE ayant donné raison à l'État français dans sa volonté de réguler la financiarisation contre le principe d'équivalence (décision qui n'avait d'ailleurs pas été anticipée et avait conduit les responsables français à considérer le principe d'équivalence comme un impératif s'imposant à l'État Français).

La tarification

En matière de rémunération, les pouvoirs publics et l'assurance maladie disposent d'un puissant outil de régulation à travers la tarification des activités. Historiquement construite autour de la rémunération d'actes, elle évolue aujourd'hui vers des formes plus diversifiées, notamment à travers l'introduction de forfaits. L'examen des logiques accompagnant la financiarisation de certains segments du système de soins conduit à constat ambigu en matière de tarification et de régulation des rémunérations des professionnels.

D'un côté, le paiement à l'acte ne semble pas avoir garanti une attractivité suffisante pour permettre le prolongement de pratiques professionnelles individuelles, en ne permettant pas de réaliser les investissements technologiques nécessaires, de satisfaire les exigences en termes de normes de qualité, ou en présentant simplement un niveau suffisant de rémunération individuelle compatible avec de nouvelles attentes d'équilibre entre vie personnelle et professionnelle. Jugé insuffisant pour permettre ces évolutions, le paiement à l'acte a pu être jugé restrictif et avoir induit une préférence pour d'autres modèles de pratique professionnelle, y compris organisée sur des bases financières. D'un autre côté, le paiement à l'acte des mêmes pratiques semble suffisamment attractif, et souvent suffisamment rentable, pour encourager des acteurs financiers à s'engager dans ces transformations, dans l'espoir d'en retirer des profits. De sorte, que l'usage de la tarification par les pouvoirs publics semble ici entre deux eaux, pas suffisamment rentables pour certains, et peut-être excessivement pour d'autres, tout en étant défini de manière unique, quel que soit le contexte des pratiques professionnelles solvabilisées par les pouvoirs publics.

L'évolution des principes de rémunération, du seul principe du paiement à l'acte vers des formes de rémunération différenciées, pourrait conduire les pouvoirs publics à envisager des formes de rémunération différenciées, selon les contextes de dispensation des soins et des modèles économiques auxquels ils correspondent. Incertitudes juridiques sur la faisabilité au regard du droit de la concurrence. Ces derniers pourraient prendre en compte des structures de coûts différenciées, des possibles économies d'échelle différentes, ou encore impliqués. Des précédents en matière de régulation du médicament, ou certains prendre en compte non seulement l'activité de soins mais aussi la rentabilité financière agrégée des opérateurs arguments avancés récemment au cours des négociations conventionnelles avec les biologistes semblent aller dans ce sens. En tout état de cause, l'évolution des principes de tarification d'activités concernées par un mouvement de financiarisation offre aux pouvoirs publics une prise sur ces transformations, qu'ils solvabilisent de fait.

IV.2.2 - Des contre-modèles professionnels existent : sont-ils assez puissants ?

Les professionnels de santé sont sensibles au mouvement de financiarisation qui affecte, souvent très concrètement leur environnement. Ils s'organisent et cherchent à y réagir en envisageant des contre-modèles associant les caractéristiques de modes d'exercice professionnels contrôlés par les professionnels, et plus spécifiquement par des médecins, avec des formes de regroupement nécessitant des investissements et une immobilisation de capital, le cas échéant extérieur à la seule sphère professionnelle.

La mutation des modèles d'organisation de la médecine privée ambulatoire est engagée autour du développement de l'exercice collectif le plus souvent mono spécialité. Le niveau de concentration est très lié au niveau d'investissement nécessaire, dans l'imagerie notamment, mais aussi à l'importance de la relation avec le patient dans l'activité de soins, comme en psychiatrie. Les radiologues ont déjà engagé de vastes processus de regroupement et ont développé des mécanismes de rémunération au temps de travail, l'ensemble des actes produits étant mutualisés

au sein des formes juridiques (SEL et SCP). Ces regroupements prennent une dimension territoriale et peuvent s'engager dans des partenariats avec des établissements privés ou publics (GIE ou Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisée). La dimension territoriale des regroupements, avec l'organisation en pôles dotés d'antennes secondaires, est envisagée par les ophtalmologues, qui anticipent une augmentation du nombre d'ophtalmologues. Ces modèles proposent des organisations de soins visant à améliorer l'accès aux soins (travail aidé, consultations secondaires) tout en préservant l'accès premier au médecin comme condition de qualité et de sécurité des soins. La maîtrise de ces nouvelles formes d'organisations de soins par les médecins est une condition de leur efficacité, la financiarisation étant perçue comme une menace, dans la mesure où les logiques gestionnaires chercheront à réduire le rôle du médecin.

Ces contre-modèles professionnels, dont l'ophtalmologie constitue un bon exemple, envisagent leur développement en faisant appel à des capitaux bancaires et à la motivation professionnelle de l'exercice indépendant. Il semble également que ces modèles soient attractifs pour des jeunes médecins qui pour leur grande majorité s'installent en secteur 2, menaçant ainsi l'accès aux soins. La tension entre l'accessibilité financière des soins et le développement de ces modèles ne peut que s'accroître, le secteur 2 constituant dès lors un enjeu prioritaire de régulation. D'autres regroupements, notamment en médecine générale, se limitent le plus souvent à la mise en commun de moyens, chacun générant son propre revenu sans partage intégral ni redistribution au *pro rata temporis*.

Si la forme juridique de la SISA a permis la contractualisation collective d'un ensemble de professionnels variés au sein des MSP, elle ne résout pas la question de la détention du patrimoine des MSP. Le départ d'un ou de plusieurs professionnels ayant des parts dans la SCI quand elle existe peut fragiliser l'équilibre global de l'équipe et sa pérennité. La lenteur du développement des MSP s'explique souvent par la difficulté à trouver des lieux mais aussi des accords entre professionnels de santé pour investir en commun (les infirmières libérales intervenant à domicile ont des besoins de locaux moins importants que les médecins généralistes ou les kinésithérapeutes). Des modèles pluri professionnels coopératifs sous forme de SCIC associant collectivité territoriale et usagers qui ont été introduits peinent à se développer. Le développement de l'équipe de soins primaires associant deux à trois médecins généralistes avec 5 à 6 autres professionnels (assistant médical, infirmière de santé publique type Asalee ou une IPA) intervenant auprès de la même patientèle peut constituer le noyau dur plus stable d'un ensemble plus vaste de type MSP. Les réponses professionnelles aux besoins de réorganisations (travail en équipe, intégration du numérique, positionnement territorial) sont très diverses selon les spécialités médicales. La plupart des organisations professionnelles libérales traditionnelles sont restées longtemps sur la défensive sans anticiper les transformations de la ressource humaine, des besoins et des technologies du numérique, laissant en quelque sorte la place aux opérateurs extérieurs pour proposer et mettre en œuvre ces changements. L'appui sur les jeunes professionnels qui a été important dans le domaine de soins primaires pourrait être plus important dans les autres spécialités qui restent encore largement façonnées par leur formation principalement hospitalière. Le syndicat Avenir spé soutient

le développement des équipes de soins spécialisées et propose le développement de sociétés pluri spécialistes tandis que la CSMF a lancé l'initiative du cabinet médical du futur. Ces initiatives témoignent d'une volonté de se saisir de ces enjeux mais leur traduction opérationnelle dans des organisations fonctionnelles semble encore à venir. La conciliation des défis géographiques et financiers d'accès aux soins avec les revendications de revenus des professionnels paraît en outre difficile dans le cadre conventionnel.

Les modèles en cours de définition associant des logiques et des formes de contrôle professionnelles à des logiques de regroupement et d'investissement financier, quel que soit la nature et le statut, méritent une connaissance plus approfondie, soit sous forme de cas d'intérêt, soit sous formes de modèles types susceptibles de favoriser un essaimage si ces options devaient être favorisées.

IV.3 - Ébauche de propositions

IV.3.1. Augmenter les connaissances dans un contexte évolutif

La financiarisation de certains segments du système de santé donne à voir des évolutions rapides et différenciées, quoique convergentes du point de vue de leurs dynamiques, de leurs expressions et de leurs conséquences. Les mesures mises en œuvre pour en limiter les conséquences ont des effets qui ne sont pas immédiats et qui sont parfois contre-performants. Ces éléments restent mal connus, y compris de la part des principales institutions chargées de la régulation, à l'échelle nationale ou régionale, publique ou ordinaire notamment. La nécessité de connaître et d'analyser les dynamiques de financiarisation devrait conduire à soutenir dans la durée des études et travaux administratifs ou académiques, y compris rétrospectifs. Ces travaux devraient être conduits dans une perspective interdisciplinaire associant en particulier des compétences en économie, en sociologie, en science politique et en droit. Elles ne relèvent pas seulement de logiques de connaissance, ils relèvent aussi d'une logique de surveillance des mouvements en cours, de manière à rendre possible leur régulation à différentes échelles et dans un contexte où le régulateur est souvent fragmenté.

Une manière de procéder serait la mise en place d'un observatoire de la financiarisation, doté de compétences d'investigation, en mesure de connaître et d'analyser les mouvements actionnariaux, les opérations de fusion-acquisition, et de nouer des liens avec les différentes autorités de régulation concernées (autorité de la concurrence, régulation des professions libérales, suivi des normes et démarches qualité en santé, régimes et décisions d'autorisation...). Certaines disposent d'informations qu'il serait utile d'analyser et de mettre en regard. Le CNOM semble par exemple disposer d'informations contractuelles et juridiques tandis que les ARS paraissent en position privilégiée d'observation et de discussion avec les professionnels ou les entreprises de certains secteurs. Cet observatoire de la financiarisation devrait être en mesure d'éclairer en amont et en aval les impacts de dispositions ou de décisions visant à réguler ou autoriser certaines activités de

soins ou à protéger les professions libérales. Le suivi de la mise en œuvre de l'ordonnance de février 2023 et de ses effets paraît par exemple à court terme déterminant.

Au-delà de l'observation des mouvements de financiarisation eux-mêmes, cet observatoire pourrait aussi étudier et anticiper la place des acteurs privés, notamment financiers, dans une régulation plus large du système de santé, en considérant les modalités de prise en compte du secteur privé sanitaire, de ses mutations et de ses effets plus généraux sur les politiques de santé.

IV.3.2. Agir plus en amont : l'investissement public

Aux yeux de nombreux observateurs, l'intérêt des investisseurs privés dans les activités de soins est favorisé par un manque d'investissement public dans le secteur de la santé. La thématique de l'investissement en santé a fait l'objet de travaux récents de la part du HCAAM dans la poursuite de l'avis du 22 avril 2021 sur la régulation du système de santé (à paraître). Principalement centré sur l'offre de soins publique et les établissements hospitaliers, l'investissement est le plus souvent cyclique, à l'occasion de plans dédiés (hôpital 2007, hôpital 2012). Ces derniers sont souvent introduits au coup par coup, en réponse à des situations de crise, sans perspective stratégique et de long terme. Le secteur ambulatoire est en outre peu intégré dans une vision d'ensemble de l'investissement, même s'il fait l'objet d'investissement par un ensemble de mesures visant à soutenir le développement de maisons de santé, d'organisations territoriales des soins comme les CPTS, ou d'innovations dans le cadre des projets Territoires santé numérique ou articles 51. L'investissement public peut aussi prendre des formes moins centralisées. Les collectivités territoriales investissent également (régions, départements, EPCI communes) dans des proportions et avec une efficacité mal documentée. Localement, des groupes ou des établissements de santé publics peuvent aussi concourir à ces investissements, en déployant par exemple des centres de santé en ville. Une approche plus large et documentée de l'investissement en santé permettrait d'objectiver les montants réellement affectés au système de santé et mieux repérer les manques, les besoins de financements, les à-coups dans le temps. Elle permettrait aussi de mieux définir la place et les rôles possibles de l'investissement privé en vis-à-vis des capacités publiques, centrales ou décentralisées. Une approche plus anticipatrice et stratégique de l'investissement permettrait de soutenir des démarches de mutualisation entre secteurs par exemple sur des plateaux techniques à visée diagnostique en imagerie (PIMM) ou en biologie. Cette approche permettrait d'inclure ou renforcer le rôle des collectivités territoriales et de leurs bailleurs traditionnels (CDC) et d'inclure des partenaires privés intéressés par des placements à la rentabilité garantie sans nécessairement viser une rentabilité élevée et le risque de fragilisation de l'offre que cette exigence contient.

IV.3.3. Créer une autorité de régulation de la financiarisation

La financiarisation du système de santé constitue un enjeu de régulation qui nécessite le renforcement de moyens de surveillance, de contrôle et le cas échéant de sanctions de la part d'une fonction de régulation. Au regard des processus pris en compte, cette dernière nécessite la mobilisation d'expertises diverses dans la durée (expertise juridique, économique, santé publique, science des organisations...). L'établissement d'une autorité nationale chargée de contrôler

l'application des règles (autorisations de regroupements, fusions, rapprochements) permettrait de disposer d'une expertise suffisante pour renforcer auprès des ARS les moyens d'évaluation et d'expertise juridique des stratégies de groupes financiers. Une telle autorité devrait s'appuyer sur l'expertise existante dans les services centraux et déconcentrés de l'État des différents ministères impliqués (santé, justice, économie). La constitution de cette autorité éviterait un émiettement des fonctions de régulation au sein de multiples tutelles peu à même de coordonner en temps réel l'exercice de leurs fonctions de régulation, alors que les dynamiques économiques et capitalistiques en jeu sont quant à elles souvent agiles et en partie irréversibles.

Bibliographie

Allès Laura, Les transformations du capitalisme hospitalier français – Un secteur aux mains de la finance de marché, *Économie et institutions* [En ligne], 30-31 | 2022, mis en ligne le 01 septembre 2022, consulté le 05 novembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/ei/7375> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ei.7375>.

Autorité de la concurrence, Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée. Katja Rohrer-Herold, Dheepa Rajan, Sophie Lopes, <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/sites/default/files/commitments//19a08.pdf>.

Bonnefont-Rousselota D. et al, Rapport 22-12. La biologie médicale en France : évolutions et enjeux au nom du groupe de travail interacadémique des Académies nationales de médecine et de pharmacie. *Bull Acad Natl Med* 207 (2023) 3—15.

Cowling TE, Laverty AA, Harris MJ, Watt HC, Greaves F, Majeed A. Contract and ownership type of general practices and patient experience in England: multilevel analysis of a national cross-sectional survey. *J R Soc Med*. 2017 Nov;110(11):440-451. Doi: 10.1177/0141076817738499. Epub 2017 Nov 2. PMID: 29096580; PMCID: PMC5728622.

Leymarie, Antoine, L'échec de la lutte contre la financiarisation des laboratoires de biologie médicale, *Tribunes de la santé* 2022/3 (N° 73), pages 75 à 85.

Leymarie, Antoine, La financiarisation de la biologie médicale. Socio-économie d'un secteur de la santé. Mémoire de Master 2 de Sciences économiques et sociales Institutions, Organisations, Economie et Société (IOES) Université Paris-Dauphine, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Mines-Paris. Juillet 2021.

Nolte, T.N.; Miedaner, F.; Sülz, S. Physicians' Perspectives Regarding Private Equity Transactions in Outpatient Health Care—A Scoping Review and Qualitative Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 15480. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315480>.

Rechel Bernd, Florian Tille, Peter Groenewegen, Rob Timans, Giovanni Fattore, Private equity investment in Europe's primary care sector, a call for research and policy action; *European Journal of Public Health*, Vol. 33, No. 3, 354–355.

Shah Soleil, M.Sc., Hayden Rooke-Ley, B.A., and Erin C. Fuse Brown, J.D., M.P.H. , Corporate Investors in Primary Care — Profits, Progress, and Pitfalls, *n engl j med* 388;2 nejm.org January 12, 2023.

Singh Yashaswini, MPA; Zirui Song, MD, PhD; Daniel Polsky, PhD, MPP; Joseph D. Bruch, PhD; Jane M. Zhu, MD, MPP, MSHP Association of Private Equity Acquisition of Physician Practices With Changes in Health Care Spending and Utilization *JAMA Health Forum*. 2022 ;3(9):e222886. doi:10.1001/jamahealthforum.2022.2886.

Demain, quelle entreprise ? Dr Patrick Gasser, président d'avenir spé, "les sociétés pluri spécialités" FNMR séminaire de Bordeaux avril 2022 ; <https://fnmr.fr/les-societes-pluri-specialites-une-evolution-indispensable-pour-les-medecins-specialistes/>.