

LA FINANCIARISATION DE LA MÉDECINE

Pour les économistes, le terme financiarisation fait appel à deux notions principales : celle de la provenance du capital investi, qui est supposé provenir des marchés financiers et non des banques, et celle de l'objectif du financement, dont l'objet importe peu en tant que tel car il est uniquement défini par la possibilité d'obtenir une forte rentabilité du capital investi.

Par conséquent, la financiarisation de la médecine rend compte d'une pratique faisant du service que constitue le soin, un objet spéculatif destiné à faire fructifier un placement. Cela peut être favorable lorsqu'il est nécessaire de disposer d'un capital important pour développer un service onéreux comme certains plateaux techniques ou une clinique par exemple, ou lorsque cela signifie la pratique d'une saine gestion.

Mais si l'unique finalité de l'investissement est d'obtenir un fort rendement, cela comporte des risques pour les acteurs du système de santé qu'ils soient patients, professionnels de santé ou simplement citoyens...

Les grands principes de la financiarisation doivent donc être compris et observés. Et, pour en éviter les dérives et en limiter les risques, la financiarisation doit obligatoirement être régulée, malgré les difficultés que cela comporte.

Terminologie.....	II	Remarques sur le chevauchement des concepts et pratiques.....	V
Les cliniques et les SEL : des exemples de produits financiers potentiels.....	III	En synthèse.....	VI
Pourquoi craint-on la financiarisation du système de santé ?.....	IV	INTERVIEWS. La confrontation de la financiarisation des secteurs de la santé.....	VII



TERMINOLOGIE

Un objet économique défini

D'après divers dictionnaires, la financiarisation est définie par l'accroissement du rôle du secteur financier dans le système économique d'un pays. Pour les économistes, la financiarisation, au sens strict, correspond ainsi au recours accru à des modalités de financement passant par la finance de marché plutôt que par le système bancaire traditionnel. En d'autres termes, les profits sont générés par le biais d'opérations n'ayant comme objectif que leur rentabilité à partir de la mobilisation d'une masse financière, le bien ou service produit ou utilisé n'étant qu'un objet du profit. Schématiquement, le modèle de la financiarisation trouve sa pertinence en opposant les notions de capital financier et de capital productif.

- Dans le modèle de capital financier, des financiers purs n'ont que le profit en ligne de mire à partir de la mobilisation de masses financières vers un quelconque objet pouvant en assurer la profitabilité.
- Dans le modèle de capital productif, des entrepreneurs ont pour objectif principal la création de biens et services originaux, et ils ont initialement recours pour le financement de cet objectif au secteur bancaire. Dans ce modèle, le profit est la récompense du travail et de l'innovation. La financiarisation traduit donc une inversion des perspectives, oppose en quelque sorte le trader à l'entrepreneur.

Dans le modèle de la financiarisation, le recours aux innovations financières est la règle telle la célèbre titrisation des dettes adossée à divers type d'assurances (comme le SWAP permettant d'échanger un paiement préfixé contre un paiement flottant contingent au taux de perte) de la crise des subprimes de 2007-2008.

Un monde complexe

La financiarisation résulte de la possibilité de mobiliser d'importantes masses financières. Elle s'est donc particulièrement développée aux Etats-Unis, pays dans lequel la mise en place d'un système de retraite par capitalisation a conduit des sociétés à disposer d'importantes masses financières provenant des cotisations de retraites des épargnants, masses qu'elles souhaitent faire fructifier par des investissements productifs : les fonds de pension sont devenus l'archétype des sociétés financières mobilisant des masses financières énormes dans un objectif de profit. Plusieurs entreprises (privées comme publiques), toutes les banques et les grands groupes industriels sont aussi des vecteurs de la financiarisation, afin de rentabiliser la masse financière à leur disposition dans de véritables « back office » ou bureau de derrière, face cachée de leur rentabilité.

Ces sociétés ont des structures spécifiques, souvent mal connues, entièrement dévolues à faire fructifier la trésorerie par des investissements et des opérations rentables (bourse...), dont l'objet peut être complètement différent de celui affiché par l'entreprise elle-même. C'est aussi ce que peut faire un particulier, notamment un médecin qui miserait en bourse sur des groupes ayant comme objet de générer du profit à partir d'investissements dans des groupes financiers opérant dans le service de soins.

L'extrapolation à la médecine

La financiarisation repose sur l'essor du capital financier, qui déborde la notion plus étroite de capital productif, exclusivement centrée sur les investissements en équipements de production. Une définition plus large de la financiarisation est la « façon dont la logique des marchés financiers irrigue des univers sociaux en dehors de leur sphère originale ».

Ainsi, lorsque l'on parle de financiarisation en médecine, c'est avec l'idée que les prestations de soins peuvent être assimilées à un objet financier, en d'autres termes un véhicule spéculatif devant permettre un retour sur investissement de bon niveau, une rémunération du capital investi : l'investissement d'un montant X permet d'envisager la revente de l'objet acheté dans un délai raisonnable avec une forte plus-value ou produit chaque année une valeur de rendement supérieure à celle de la moyenne des rendements traditionnels. Dans cette optique, les prestations de soins sont principalement analysées comme un objet financier, comme peut l'être un bien immobilier ou un placement en bourse par exemple.

La financiarisation de l'offre de soins est ainsi définie par l'Assurance-maladie comme un 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. Cette définition peut toutefois être considérée comme restrictive, car tout ou partie des détenteurs du capital investi peuvent aussi être des professionnels de santé, ou d'anciens professionnels de santé, c'est ce que suppose le terme « non directement professionnels de santé ».

FINANCIARISER LA MÉDECINE

Financiariser la médecine : faire du service que constitue l'offre de soin un produit financier, nécessitant un investissement conduisant à une gestion adaptée permettant la rémunération du capital investi.

La démarche

Financiariser un marché à fin de générer des profits substantiels repose sur une démarche à plusieurs étapes dont les principales sont la réflexion d'amont et la gestion du produit.

Ainsi, l'étape d'amont est l'analyse des potentialités de rentabilité du marché, c'est-à-dire de la possibilité qu'a un produit, en l'occurrence un service de soins, de dégager des retours sur investissement significatifs. Un aspect important est l'analyse des stratégies à déployer pour rendre un investissement rentable : prise en compte des réglementations, du cadre légal, des rapports avec les divers acteurs, possibilité de création de produits innovants, modalités de prise de contrôle et de pouvoir dans les différentes structures permettant la captation du profit généré, et donc l'analyse de la gouvernance de ces structures et des moyens de la contrôler...

L'investissement financier qui s'ensuit peut avoir recours au système bancaire traditionnel, mais va surtout être fait par des sociétés ou structures de capital-risque et des fonds de pension par exemple, aidés par les analystes du marché.

S'ensuivent la gestion du produit et la mise en œuvre de la stratégie élaborée. Elle est en général déléguée à des structures spécialisées dans ce type de produit et dont la mission est de répondre à la demande des investisseurs en leur garantissant la rentabilité demandée. Elles analysent et mettent en œuvre les sources d'économies et de profits spécifiques.

Cette gestion peut donc conduire à des regroupements de structures de soins, à l'abandon de certaines activités. Elle prend en charge les négociations avec les organismes payeurs et prend en compte le cadre réglementaire. C'est un peu comme le PDG d'un grand groupe dont le rôle est d'assurer la satisfaction des actionnaires.

LES CLINIQUES ET LES SEL : DES EXEMPLES DE PRODUITS FINANCIERS POTENTIELS

Il est possible de comprendre la financiarisation de la médecine en prenant comme exemple l'évolution historique de nombreuses cliniques en France. Le préambule est de comprendre qu'elles sont un endroit où se croisent trois pouvoirs : le pouvoir financier (on le connaît en répondant à la question : qui détient le capital ?), le pouvoir gestionnaire (on le connaît en répondant à la question : qui gère ? Ce pouvoir est l'interlocuteur ou la courroie de transmission entre les deux autres) et le pouvoir médical (on le connaît en répondant à la question : qui fait fonctionner la structure et attire les patients ?). Doivent y être ajoutés les pouvoirs réglementaire, régulateur et politique, éléments extérieurs qui tentent de prendre en compte les diverses logiques associées à ces trois pouvoirs.

Anciennement, les cliniques étaient le plus souvent détenues par des chirurgiens, voire des obstétriciens, rarement des médecins ou des radiologues, qui de plus les géraient. Les trois pouvoirs étaient donc exercés par les mêmes personnes. Dans les années 1980, parce qu'il fallait moderniser les cliniques ou vendre les parts de capital pour les départs en retraite, des médecins possédant ou souhaitant acquérir des cliniques se sont tournés vers les banques. Certains, dans ces structures financières, ont compris l'intérêt de prendre possession du capital de ces établissements en faisant en sorte que la gestion en soit améliorée, ce qui pouvait conduire à la laisser temporairement aux médecins mais le plus souvent à la faire prendre en charge par des spécialistes de la gestion.

C'est ainsi que progressivement, de très nombreuses cliniques ont vu leur trois pouvoirs appartenir à trois structures différentes, des structures financières détenant le capital, des administratifs gestionnaires et des médecins exerçant leur profession, en négociation constante avec les gestionnaires. Aujourd'hui, il n'est pas rare que les médecins ne sachent pas qui détient le capital de la clinique dans laquelle ils exercent hormis les quelques parts qu'ils en possèdent.

La mainmise de groupes financiers sur les cliniques est un exemple type de financiarisation de la médecine ou un



outil du système de soin est utilisé comme un objet financier permettant de dégager des bénéfices pour les possesseurs du capital de ces groupes.

La financiarisation gagne aussi les sociétés d'exercice libéral (SEL) de médecins qui jusqu'à il y a peu étaient exclusivement détenues par des associés exerçant la médecine notamment dans certaines spécialités comme l'imagerie médicale et l'ophtalmologie. Depuis peu, la réglementation permet à des tiers non professionnels de santé de détenir 25 % du capital social des SEL et à des médecins n'y exerçant pas d'en détenir aussi des parts, avec comme réserve que la majorité des droits de vote doit être détenue par les médecins qui exercent dans la SEL. Mais l'innovation et l'imagination de ceux qui souhaitent détenir le contrôle et augmenter la rentabilité de ces SEL ont dû être réglementées. Ainsi, à propos de dérives constatées dans des SEL de vétérinaires, le Conseil d'Etat a rappelé en 2023 des éléments qui peuvent conduire les médecins à perdre leur indépendance en exerçant au sein de SEL. Il a ainsi perdu de contrôle des professionnels de santé lorsque (cf. revue du CNOM n° 87 septembre-octobre 2023 Médecins) :

- le tiers non-exerçant contrôle, via un conseil de surveillance, l'ordre du jour des assemblées ;
- la nomination et la révocation du président de la société (qui est en vertu de la loi, un professionnel) dépendent de ce comité de surveillance ;
- le comité peut limiter les pouvoirs du président par des autorisations, notamment en cas de recrutement de professionnels ou de prises de participation ;
- les associés-exerçants doivent s'engager à céder leurs actions au tiers investisseur.

La financiarisation a des avantages potentiels, par exemple en permettant d'atteindre les objectifs des politiques publiques lorsqu'il y a nécessité d'investissements ou de restructurations importantes et lorsqu'elle est gage d'une gestion saine. Elle peut aussi représenter une manne financière intéressante pour les professionnels de santé.



POURQUOI CRAINT-ON LA FINANCIARISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Une entreprise de service, et un cabinet médical en est une, quelle que soit sa taille, doit être gérée de façon à n'être ni déficitaire ni neutre en matière de balance entre les entrées et les sorties. Elle doit pouvoir dégager un profit qui est la rémunération de l'entrepreneur, en l'occurrence le médecin. Mais le profit ne peut constituer l'unique finalité de l'entreprise au point que toute la stratégie de l'entreprise soit orientée vers l'augmentation du profit. Or, si le service de soins est envisagé principalement comme un produit financier, la crainte est que toute la stratégie de l'entreprise soit orientée vers la recherche du profit au détriment de la qualité du service, mais aussi du bien-être et de la rémunération des employés.

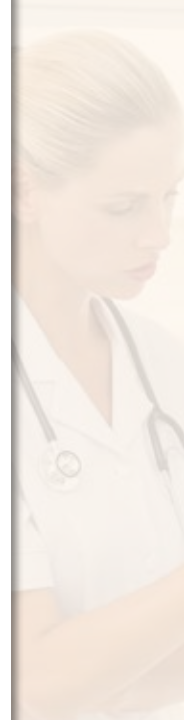
Il y a plusieurs moyens de créer ou d'augmenter la rentabilité ou les bénéfices potentiellement générés par le service de soins, c'est-à-dire d'obtenir un retour sur investissement de bon niveau. Et chaque moyen n'exclut pas les autres. Quelques-uns seront rapportés dans les lignes qui suivent.

Un premier moyen consiste à diminuer le coût d'investissement, par exemple, par le rachat d'une clinique en difficultés de paiement pour laquelle on pense qu'une gestion mieux adaptée permettra rapidement de retrouver du profit. Une fois celui-ci retrouvé, il est alors possible de garder la clinique pour sa rentabilité ou de la revendre avec une importante plus-value.

Au-delà de l'origine des capitaux investis et du coût d'un éventuel rachat d'une structure de soins, on peut comprendre que l'expression « financiarisation de la médecine » du fait du modèle qui est le sien, présuppose que cette entreprise financière fait courir divers risques en contradiction avec l'éthique médicale.

Ainsi, en créant ou en reprenant une structure de soins, il est toujours possible de minimiser la part d'investissement en ayant recours à des produits et prestations de mauvaise qualité (d'où la nécessité d'une réglementation et d'un encadrement de ces pratiques).

Il est aussi possible de produire le service au moindre coût ou de choisir de développer prioritairement les produits les plus rentables et les moins à risques. Il est aussi possible d'avoir une approche telle celle de l'industrie du luxe en proposant une prestation d'aspect luxueux et donc chère autour du soin (voire du bien-être) en augmentant le prix à la charge du client et avec une marge substantielle : chambres premium en maternité, dépassements d'honoraires excessifs, accueil personnalisé, peignoir et parfums à disposition dans les cabines des cabinets de gynécologie, voirie à l'entrée de la clinique (l'imagination est ici sans limites)... l'objectif est la sélection d'une clientèle solvable appartenant à la sphère du luxe.



Il est tout aussi possible de minimiser les coûts de fonctionnement en utilisant un matériel de mauvaise qualité, renouvelé uniquement en cas de carence extrême et donc de ne pas proposer aux personnels médicaux et paramédicaux les outils leur permettant un exercice fiable et de qualité. Il est possible d'augmenter les reversements ou redevances dues par les médecins à la structure et de limiter les rémunérations des salariés... il est possible de développer une stratégie visant à assurer le monopole d'un type de soins dans une région...

L'enjeu est souvent perceptible pour les cardiologues quand il s'agit de déterminer qui doit posséder les matériels permettant les gestes techniques comme une table de coronarographie par exemple : le ou les médecin(s) ou la structure ? Et alors, moyennant une redevance ou une rémunération à l'acte spécifique et des contrats contraignants ne permettant pas d'exercer hors de la structure si celle-ci est en situation de domination. Un cardiologue voulant exercer un acte technique nécessitant un plateau technique n'a alors plus le choix de ses plages horaires et de ses modalités de rémunération.

Enfin, certains actes dégagent des marges plus importantes que d'autres eu égard aux coûts qu'ils génèrent et il peut être tentant de pousser à leur consommation ou à la sélection de patients relevant principalement de ces actes. Ainsi, il y a divers risques identifiés et la financiarisation de la médecine fait craindre qu'une modalité de gestion d'un service de soins conduise à :

- une dégradation de la qualité des soins dans une logique dominante de rentabilité, avec comme conséquence une augmentation des dépenses publiques liée aux logiques des acteurs financiers ;
- une sélection des patients et de l'offre de soins, notamment en excluant les cas complexes et les patients les moins solvables, en réduisant l'accès aux soins par une augmentation des coûts et du reste à charge ou par les conséquences de restructurations amenant à réduire le nombre de sites ou à fermer certaines activités comme un service d'urgence par exemple, pour augmenter la rentabilité d'un établissement. Ainsi, il existe une possibilité, déjà constatée dans certains territoires de modification de la structure de l'offre de soins et de sa représentation ;
- une perte d'autonomie professionnelle des médecins et un conflit potentiel de valeurs entre des logiques financières et des logiques professionnelles. Le risque est celui de la perte de l'indépendance du médecin, notamment en matière d'organisation de l'activité médicale, de liberté des prescriptions médicales et des actes professionnels. Ainsi, les risques existent tout à la fois pour les patients, les professionnels de santé et le régulateur et payeur.

REMARQUES SUR LE CHEVAUCHEMENT DES CONCEPTS ET PRATIQUES

Le médecin-financier malgré lui

Le modèle sous-entendu par la financiarisation peut être celui développé, directement ou indirectement, par des professionnels de santé.

Si, par financiarisation, on suppose une structure dont la gestion est guidée par des financiers purs, une gestion ayant comme objet essentiel la rentabilité peut aussi être à l'œuvre lorsque des spécialistes se regroupent pour créer un plateau technique de haut niveau et à investissement élevé, voire plusieurs plateaux, comme en ophtalmologie, en radiologie et en biologie par exemple, mais aussi en dentisterie et en médecine vétérinaire. On retrouve le même schéma de risques potentiels alors qu'ici le capital est détenu par des professionnels de santé.

Le fait que le capital soit détenu par des professionnels de santé n'est en effet pas synonyme d'une gestion plus éthique, car adaptée à une demande en phase avec les besoins et par laquelle les médecins exercent alors pleinement leur pouvoir et gardent leur indépendance.

Parfois, même si la philosophie première n'est pas la rentabilité à tout prix, les investissements (et le souhait de retour sur investissement) sont tels que les mêmes risques sont possibles : perte progressive de l'indépendance du médecin par rapport à la structure financière qu'il a créé, dégradation du service offert par souci d'économie, inflation d'actes non pertinents, orientation vers les actes les plus rentables, sélection des patients « les plus rentables »... Ainsi, le médecin qui participe à un tel groupe et qui pense parfois que, parce qu'il détient le capital, ne sera pas soumis aux contraintes d'un groupe de financiers purs est parfois exposé aux mêmes contraintes in fine.

La bonne gestion doit rester la base

La financiarisation n'est pas l'antonyme du secteur public.

La rentabilité n'est pas synonyme de dégradation ou risque de dégradation du service, mais peut et devrait être

jugée comme le gage d'une bonne gestion des ressources matérielles et humaines. Il est ainsi caricatural d'opposer un service privé ou libéral qui serait de mauvaise qualité au prétexte qu'il ne peut se permettre d'être déficitaire et un service public qui serait gage de qualité parce qu'il ne serait pas orienté par le profit, autorisant implicitement une gestion plus aléatoire et conduisant à dégrader la qualité du service produit.

On peut aussi se demander si les autorisations d'exercice en secteur privé et de dépassements d'honoraires avec reversement dans le secteur public ne sont pas aussi le témoin d'une gestion déficitaire qui participe à une financiarisation rampante du secteur public qui ne dirait pas son nom.

Les difficultés du régulateur

Juger de l'atteinte aux principes fondamentaux de l'exercice de la médecine et des droits des patients n'est pas chose aisée, notamment car cela suppose parfois de juger de la pertinence médicale d'un soin ou d'un geste technique et en cela diverses logiques peuvent s'opposer : celle du soin, celle de la pertinence eu égard aux données acquises de la science, au cas particulier du patient et à ses demandes et celle du coût pour la collectivité. Tout laisse à penser que ce sont surtout les pratiques majoritairement déviantes qui sont analysées en vue de sanctions potentielles et que le régulateur, même s'il lui est parfois reproché un aspect tatillon sur certains dossiers, n'a que des possibilités modérées et heureusement limitées de s'immiscer dans la relation médecin-malade offrant parfois une large marge de manœuvre à la mise en place de stratégies ayant la rentabilité comme principe premier.

L'exemple nord-américain

Une des évolutions possibles de la financiarisation peut être envisagée en prenant comme exemple la situation aux Etats-Unis. Dans ce pays, la prise en charge financière des soins est faite par des groupes financiers - dénommés « assurances-santé » : ils collectent les cotisations auprès des entreprises pour financer les soins de leurs employés. Une particularité de leur mode de gestion est que ces groupes font un appel d'offres auprès des hôpitaux pour évaluer le prix des soins qu'ils produisent et ils passent alors un marché pour une durée donnée avec l'hôpital jugé comme le plus intéressant financièrement.

Dès lors, les affiliés d'une assurance-santé déterminée (et choisie par l'entreprise et non par l'employé) devront être soignés dans l'établissement de soins ayant passé le marché avec cette assurance-santé afin d'être pris en charge. Les patients n'ont donc pas le choix de leur établissement de santé, sauf à payer tout ou partie des soins de leur poche. Plus encore, les médecins n'ont pas non plus le choix de l'assurance-santé avec laquelle leur hôpital a passé un accord, et donc leurs patients seront ceux qui dépendent d'une assurance-santé donnée et pas d'une autre.

Ainsi, si le contrat entre l'hôpital A et l'assurance-santé Y n'est pas renouvelé au terme d'un certain délai parce que cette assurance-santé Y a dorénavant passé contrat avec l'hôpital B, tous les patients pris en charge par Y devront dorénavant être soignés par l'hôpital B. Si l'assurance-santé Z, passe alors contrat avec l'hôpital A, le médecin de A, perdra quasiment du jour au lendemain les patients qui étaient pris en charge par Y et devra prendre en charge ceux de l'assurance-santé Z.

EN SYNTHÈSE

La financiarisation du système de santé est progressivement à l'œuvre depuis 30 à 40 ans en France avec plusieurs risques bien identifiés. Certains risques constatés ont conduit à des scandales publics (tels ceux du groupe ORPEA), à un renforcement de l'encadrement d'exercice (notamment pour les centres de soins dentaires) ou à des interdictions de fonctionnement pour certaines structures voire certains groupes.

L'innovation et la capacité à saisir les opportunités étant au centre de la recherche du contrôle et du profit, de multiples formes de financiarisation se font jour, comme les plates-formes de rendez-vous, les cabines de téléconsultation dans les lieux publics... justifiant la vigilance des médecins, des patients et des régulateurs sur toutes les formes d'atteinte à la qualité du service et à l'indépendance des médecins.

L'analyse des tenants et aboutissants et la régulation de la financiarisation constituent des enjeux tant pour les patients que pour les médecins et les régulateurs, afin d'en limiter les risques identifiés et d'en atténuer les conséquences. Tous les acteurs sont cependant sur une ligne de crête quand ils abordent ce problème puisqu'ils doivent prendre en compte plusieurs logiques, comme celle de la nécessité de produire des soins de qualité dans le respect de l'éthique, c'est-à-dire de faire en sorte que les soins restent un bien commun, et celle d'une bonne et saine gestion, puisque le système est financé par ses ayants droit. ■



LA CONFRONTATION DE LA FINANCIARISATION DES SECTEURS DE LA SANTÉ

Différentes spécialités sont confrontées depuis plusieurs années à la financiarisation de leur secteur. C'est notamment le cas de l'ophtalmologie et de la radiologie.

Nous avons rencontré les **Drs Vincent Dedes** et **Jean-Philippe Masson**, qui président respectivement le Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) et la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR, syndicat des radiologues libéraux).

Le Cardiologue : Depuis quand parle-t-on de financiarisation pour l'ophtalmologie et la radiologie ?



Jean-Philippe Masson : En radiologie la financiarisation a commencé à bas bruit il y a une dizaine d'années lorsque des groupes de cliniques privées ont racheté des centres d'imagerie installés dans leurs locaux. C'est à partir de 2016-2017 qu'elle a pris de l'ampleur lorsqu'un ex-directeur financier d'un de ces groupes s'est lancé dans le rachat de centres de radiologie. A l'époque la réglementation rendait cela possible.



Vincent Dedes : Pour l'ophtalmologie cela fait environ une dizaine d'années.

Le Cardiologue : Comment se manifeste-t-elle ?

J.-Ph. M. : Les groupes financiers font des propositions de rachat à des radiologues, notamment ceux qui sont en fin de carrière et qui ont du mal à trouver des successeurs. Ces propositions se montent à environ 3 fois la valeur de la part et s'accompagnent de conditions variables. La plupart du temps, les radiologues doivent s'occuper des démarches juridiques, ce qui représente un investissement. Puis le groupe les incite à réinvestir 30 à 40 % de la somme qu'ils vont toucher dans le groupe financier. Le reste est perçu sous condition de continuer à exercer pendant quelques années, le temps que le groupe trouve des successeurs pour faire fonctionner le centre. Or beaucoup d'internes (rassemblés au sein de Corail – internes de radiologie de France et radiologues « libres ») ont choisi de boycotter ces groupes, qui ne trouvent donc pas de médecins pour reprendre l'activité. Les radiologues se retrouvent donc coincés.

Aujourd'hui, on sait que 15 à 20 % des groupes ont été rachetés, c'est le même pourcentage qu'aux Etats-Unis. Mais en raison de la baisse de rentabilité liée à l'augmentation des charges, certains sont en difficulté financière. L'un d'entre eux, aux Etats-Unis, est même en cessation de paiement. Le problème c'est qu'aujourd'hui, seuls des investisseurs étrangers ont les moyens de racheter ces groupes, à l'instar de ce qui s'est passé pour la biologie.

V. D. : En ophtalmologie, les acteurs financiers investissent dans les cabinets d'ophtalmologie, officiellement pour aider les ophtalmologistes à mieux travailler. Les montages effectués, au travers de SELAS, leur permettent d'avoir des droits très importants même sans disposer de la majorité des parts. Concrètement, ils sont autorisés à gérer les structures, ils perçoivent des droits préférentiels sur les dividendes et ils ont un droit de regard sur les investissements, alors que les médecins n'ont qu'un pouvoir de décision limité.

Le Cardiologue : Quels sont les points positifs pour les médecins et pour les patients ?

V. D. : Lorsqu'il s'agit d'investisseurs de long terme, cela peut aider les médecins à réaliser certains investissements lourds. En revanche, on voit souvent des investisseurs plus « spéculatifs » comme des fonds d'investissement qui vont insister sur l'optimisation des cotations et la réduction des dépenses et même vont jusqu'à la restructuration pour revendre au bout de quelques années et faire des plus-values.

J.-Ph. M. : Il n'y a aucun avantage pour les patients. Quant aux radiologues, ils peuvent toucher de l'argent mais c'est finalement assez aléatoire et avec des contraintes importantes.

Le Cardiologue : Quels sont les points négatifs pour les médecins et pour les patients ?

J.-Ph. M. : En radiologie, les médecins sont soumis à un rythme de travail soutenu et à une obligation de progression de leur chiffre d'affaires d'environ 5 %/an. Or la conjoncture ne permet absolument pas cette croissance, notamment en raison de l'augmentation des charges.

Les médecins sont donc contraints de pratiquer les examens les plus rentables et sont incités à diriger les patients vers des examens à forte valeur ajoutée comme les scanners et les IRM. Cela induit un manque de pertinence des actes réalisés.

Les patients sont donc davantage exposés aux rayons mais en plus, on constate une perte de chance et une diminution de l'accès aux soins.

En effet, les actes nécessitant un temps médecin important peuvent être confiés à des manipulateurs, parfois assistés d'une sage-femme (pour les mammographies par exemple) et les clichés sont ensuite transmis à un autre centre qui va réaliser une téléexpertise.

Or le dépistage du cancer du sein prévoit que celui qui fait l'examen examine la patiente et interprète le cliché. On voit parfois des centres qui n'effectuent plus du tout de mammographies car elles prennent trop de temps.

V. D. : Pour l'ophtalmologie, on constate une perte d'indépendance des médecins. L'objectif des fonds d'investissement est de gagner de l'argent et cela se fait le plus souvent au détriment du service médical rendu. Par exemple on supprime les activités non rentables et on oriente l'activité sur les pathologies les plus rentables au détriment de la prise en charge des autres. Lorsque le modèle est poussé à l'extrême, comme c'est le cas dans les centres de santé, on assiste à des détournements et à des fraudes. Certains centres ont perdu leur conventionnement pour cette raison.

Le Cardiologue : Quelle est l'attitude des pouvoirs publics par rapport à cette situation ?

V. D. : Il y a quelques années, le Conseil de l'Ordre des Vétérinaires a saisi le Conseil d'Etat sur la question de la financiarisation. Cela a permis d'amorcer une évolution aussi bien au niveau des Ordres que des pouvoirs publics.

Par exemple aujourd'hui, les contrats doivent être validés par le CDOM pour garantir l'indépendance des médecins. Il n'y a d'ailleurs pas de clause de confidentialité opposable au CNOM, c'est une bonne chose.

Du côté des pouvoirs publics, le rapport charges et produits 2023 marque une rupture par rapport aux années précédentes. Ils souhaitent mieux encadrer l'activité des investisseurs financiers et sont très concernés par les questions d'accès aux soins et de pertinence des actes.

J.-Ph. M. : Une ordonnance est sortie en mars 2022 qui concerne plusieurs spécialités. Le sujet est clairement sur la table pour les questions d'accès aux soins des patients et aussi pour limiter les dépenses injustifiées et veiller à la pertinence financière des actes réalisés.

Le Cardiologue : Quelle réaction la profession envisage-t-elle ?

J.-Ph. M. : La FNMR a alerté les pouvoirs publics à de nombreuses reprises, ainsi que les radiologues. Nous organisons des séminaires sur ce sujet ainsi que des formations pour présenter les moyens juridiques qui permettent de se regrouper pour travailler ensemble, fusionner les groupes et revendre des parts aux groupes eux-mêmes, sans aller chercher des investisseurs extérieurs.

V. D. : Nous menons des actions de communication sur les avantages et les limites de la financiarisation et nous organisons des formations pour apprendre aux ophtalmologistes à mieux lire les contrats juridiques. En parallèle, nous avons demandé au Collège des universitaires d'intégrer un module sur l'entreprenariat médical.

Contact du syndicat secretaire@sncardiologues.fr