

Université Sorbonne Paris Nord

Centre d'économie de l'Université Paris Nord (CEPN)

Les transformations des cliniques privées à but lucratif et des parcours de soins

Nicolas Da Silva (responsable scientifique), Laura Allès,
Philippe Batifoulier, Nicolas Belorgey, Jean-Paul Domin

Rapport final

Février 2026

Les transformations des cliniques privées à but lucratif et des parcours de soins

Nicolas Da Silva, CEPN, Université Sorbonne Paris Nord (responsable scientifique)

Laura Allès, CEPN, Université Sorbonne Paris Nord

Philippe Batifoulier, CEPN, Université Sorbonne Paris Nord

Nicolas Belorgey, IRISSO, Université Paris Dauphine

Jean-Paul Domin, REGARDS, Université Reims Champagne Ardennes

Rapport final – février 2026

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de la convention d'études conclue pour l'année 2021 (projet n° 2) entre l'Institut de recherches économiques et sociales (Ires) « au service des organisations représentatives de travailleurs » et la Confédération générale du travail (CGT).

Liste de sigles portant sur le système de santé utilisés dans ce rapport :

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CLS : Centre de Long Séjour

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRG : *Diagnosis Related Groups*

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GHM : Groupe Homogène de Malades

HDJ : Hôpital De Jour

IFPS : Institut de Formation des Professionnels de Santé

LFSS : Lois de Financement de la Sécurité Sociale

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PH : Praticien Hospitalier

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNDS : Système National des Données de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Table des matières

Présentation de l'équipe	7
I. Introduction générale.....	9
1. Cadrage du projet de recherche	9
2. Plan du rapport	15
II. La financiarisation du capitalisme hospitalier français	17
1. Introduction	17
2. Positionnement de la recherche et problématique.....	18
3. Un panorama de la financiarisation des soins de santé	20
4. La financiarisation des hôpitaux à but lucratif français	24
5. Matériel et méthode.....	30
6. La financiarisation de l'hôpital à but lucratif.....	34
7. La financiarisation, levier de la concentration	43
8. Financiarisation, capitalisme et production de soins.....	50
9. Conclusion.....	53
III. Le creusement des inégalités sociales de santé : le cas de la zone Franche-Comté.....	55
1. Introduction	55
2. Présentation du terrain.....	56
3. Une zone relativement bien dotée : Besançon et le Doubs	61
4. Une zone relativement délaissée : la Haute-Saône.....	69
5. Conclusion.....	82
IV. Conclusion générale	83
V. Bibliographie des chapitres	85
Bibliographie du Chapitre 1	85
Bibliographie du Chapitre 2	86
Bibliographie du Chapitre 3	94

Présentation de l'équipe

La recherche est coordonnée par Nicolas Da Silva, économiste, maître de conférences à l'Université Sorbonne Paris Nord (USPN) rattaché au Centre d'économie et de gestion de Paris Nord (CEPN, UR 7234).

L'équipe de recherche comprend également (par ordre alphabétique) :

- Laura Allès, doctorante en sciences économiques à l'USPN, rattachée au CEPN UR 7234 ;
- Philippe Batifoulier, professeur des universités en sciences économiques à l'USPN, rattaché au CEPN UR 7234 ;
- Nicolas Belorgey, chargé de recherche en sociologie à l'Université Paris Dauphine, rattaché à l'Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (IRISSO) UMR 7170-1427 ;
- Jean-Paul Domin, professeur des universités à l'Université de Reims Champagne-Ardenne, rattaché à au Laboratoire d'économie et gestion de Reims (REGARDS) – Equipe d'Accueil 6292.

Les activités de recherche se sont déroulées entre octobre 2023 et mai 2025. L'essentiel du travail a consisté à recueillir et produire des données. Les douze premiers mois ont été consacrés à la collecte de données et ont débouché sur la remise d'un rapport intermédiaire ; les six mois suivants ont permis de finaliser les analyses et de produire ce rapport final.

I. Introduction générale

Cette introduction générale a pour objectif de présenter le projet de recherche. La problématique centrale porte sur le parcours de soins du patient dans un écosystème où l'hôpital public est en souffrance continuelle et où les cliniques privées à but lucratif se réorganisent *via* un double phénomène de concentration/financiarisation. Plutôt que d'analyser ces deux lieux de soins de façon séparée, le but de la recherche est de se rapprocher de la réalité vécue par les patients et les professionnels qui circulent entre ces différents espaces. Comment vivent-ils ces mutations ? Quelles en sont les conséquences ?

La première section détaille le cadrage général du projet de recherche. La deuxième section présente l'équipe de recherche. La troisième section annonce et justifie le plan du rapport. Une bibliographie indicative clôt l'introduction générale.

1. Cadrage du projet de recherche

L'hôpital public connaît une crise multidimensionnelle depuis de nombreuses années. Le mouvement social des professionnels du soin de 2019 et les événements liés à la pandémie de Sars-Cov-2 ont révélé aux yeux des citoyens une situation bien connue en sciences sociales. L'hôpital public a été l'objet de « la casse du siècle » (Juven et al., 2019). Les réformes économiques et gestionnaires qu'il a subies se décomposent en deux niveaux (Da Silva, 2022).

A un premier niveau, les budgets ont été de plus en plus contraints notamment à partir de 1996 avec l'invention des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et leur annexe portant sur les soins de santé, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) (Palier, 2005).

Dès les années 1970, l'essor de la part de l'hôpital dans les dépenses publiques de santé a été analysé comme une anomalie ou un problème à résoudre. Avec l'éducation, l'hôpital est l'autre « mammouth à dégraisser » (Domin, 2013). Cette stratégie a conduit à la réduction du nombre de lits en hospitalisation complète et à la maîtrise de l'évolution des effectifs. Au milieu des années 2000, la faiblesse des budgets a momentanément été levée par l'allègement des contraintes à l'endettement, que les hôpitaux paient encore aujourd'hui par un surcroît

d'austérité en accordant une part importante de leurs ressources au remboursement de la dette plutôt qu'au financement des soins ou de l'investissement (Juven et Lemoine, 2018).

A un second niveau, l'hôpital a connu de nombreuses réorganisations visant à lui faire adopter des logiques d'action venues du privé. Ces réformes, souvent synthétisées sous l'expression de nouvelle gestion publique – *new public management* – sont d'une certaine manière la modalité de gestion de la pénurie consécutive aux contraintes imposées sur les budgets. A la recherche de toujours plus « d'efficacité », de « performance » ou de « qualité », la politique publique a imposé de nouvelles formes d'organisation du travail destinées à réaliser des économies par l'accroissement de la productivité du travail, mais qui ont parfois eu pour corolaire une dégradation de la qualité des soins. L'instrument le plus connu est la tarification à l'activité (T2A), mais il est loin d'être le seul. On peut citer aussi la réduction du temps d'attente aux urgences et de la durée moyenne de séjour, la hausse du taux d'occupation des lits, etc. L'hôpital public est désormais « sous pression » (Belorgey, 2011, 2021) au sens où le travail est parcellisé et réduit à des indicateurs chiffrés de productivité qu'il s'agit s'améliorer, donnant une vision faussée de la réalité hospitalière. Alors que les objectifs affichés sont la réduction des coûts sans sacrifier la qualité, pléthore de travaux en sciences sociales ont montré que les effets pervers sont nombreux : dégradation des conditions de travail et déstructuration des collectifs de travail, perte de sens pour les soignants, moindre continuité des soins et baisse de leur qualité, attention portée aux indicateurs plutôt qu'aux patients, incitations à les faire sortir trop tôt et à se défausser sur d'autres segments du système de soin et sur les proches, etc. A l'hôpital comme ailleurs, sous son apparence de rationalisation, le nouveau management public n'est pas bon pour la santé (Da Silva, 2017 ; Da Silva et Gadreau, 2015).

Comprimé dans l'étau de budgets insuffisants et de dispositifs de gestion inadaptés, l'hôpital public connaît une crise permanente. Si le débat médiatique, politique et syndical a raison de s'attarder sur cette situation, peu d'attention a été donnée aux réorganisations des cliniques privées à but lucratif (encadré 1). Or, le sort des cliniques privées n'est pas comparable à celui de l'hôpital public. Depuis une trentaine d'années, ces cliniques, qui représentent près d'un tiers des établissements et un quart des places d'hospitalisation complète, ont connu un double mouvement de concentration/financiarisation (Allès, 2022). Ces concentrations ont été facilitées par un contexte réglementaire favorable aux stratégies de financiarisation. Des grands groupes capitalistes jettent leur dévolu sur les cliniques et les acquièrent en recourant aux pratiques du monde de la finance comme le rachat avec effet de levier (*leverage buy out*). De grands groupes comme Elsan ou Ramsay Santé se sont développés en fusionnant ou en

rachetant des entités plus petites. Alors qu'en 1997, 13 % des établissements à but lucratif appartenaient à un groupe, ils sont plus de 60 % en 2017 (Tanti-Hardouin, 1996 ; Alles, 2022).

Ces évolutions ne sont pas sans effet sur le type de soins prodigués puisque les rares études existantes semblent montrer que les cliniques financiarisées imposent une réorganisation néfaste à l'accueil des patients et aux conditions de travail des soignants, tant pour le cas français (Belorgey, 2019) que pour d'autres pays, notamment les Etats-Unis. Les exemples dans les secteurs de la dialyse¹ et des *nursing homes* (EHPAD) replacent par ailleurs le « scandale ORPEA » dans cette dynamique de concentration/financiarisation (Eliason et al., 2020 ; Gupta et al., 2021).

Encadré 1 : hôpital ou clinique ?

Le terme de clinique privée à but lucratif utilisé ici renvoie à son usage dans le langage courant pour désigner les établissements privés. La définition du terme clinique renvoie en effet à la pratique de la médecine, la clinique étant son exercice « au chevet du malade ». La dénomination des établissements privés, anciennement détenus par des médecins libéraux, prenait ainsi le terme de clinique, bien que ce terme se retrouve aussi dans le public (la recherche clinique, par exemple). Toutefois, le terme de clinique, tout comme celui d'hôpital, ne renvoie pas à une classification juridique particulière de taille, de patientèle accueillie, de plateau technique, etc., le Code de la santé publique ne faisant référence qu'à des établissements disposant de capacité d'hospitalisation de statut public, privé à but non lucratif ou privé à but lucratif. L'usage de plus en plus courant du terme hôpital pour désigner les établissements privés à but lucratif ne correspond ainsi pas à une évolution législative ou à une transformation de leur activité, mais à un usage probablement « marketing » visant à une mise en équivalence avec les établissements hospitaliers publics, poursuivi dans un objectif d'attirer des patients mais aussi certainement de convergence tarifaire². Ainsi, nous utiliserons de manière indéfinie les termes de clinique, d'hôpital ou d'établissement hospitalier privé au cours de ce rapport.

¹ Selon l'association Renaloo qui a porté plainte contre un hôpital privé, certains patients ont été mis sous dialyse alors qu'ils n'en avaient pas besoin : <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/l-hopital-prive-nancy-lorraine-accuse-de-dialyses-abusives-une-association-de-malades-du-rein-porte-plainte-9377932>

² L'écart tarifaire entre les établissements publics et privés à but lucratif est justifié non seulement par une masse salariale plus importante dans le public, comprenant le salaire des médecins hospitaliers – un coût non supporté par les établissements privés qui contractent avec des médecins libéraux percevant des honoraires – mais aussi par un coût du travail moindre dans les établissements privés bénéficiant du Crédit Impôt Compétitivité Emploi introduit en 2014 et transformé en 2019 en allègement de cotisations sociales. A noter que le coefficient tarifaire introduit suite au CICE qui venait minorer le montant des actes dans le privé pour compenser cet allègement de cotisations a été supprimé suite à la menace de grève des cliniques de juin 2024.

L'objectif de ce projet de recherche est d'étudier l'articulation entre les offres hospitalières publique et privée à but lucratif en nous focalisant sur le bassin de soin.

Beaucoup de travaux portent sur l'hôpital public, un nombre plus restreint sur les cliniques, mais manquent des tentatives d'analyser l'articulation entre les deux mondes. Or, justement, tant du point de vue des patients que des professionnels, le public et le privé ne sont pas deux mondes étanches (Batifoulier, 2014 ; Faure et Dessertine, 2012).

Un des principaux points d'appui de la recherche portera sur la littérature existante traitant des interdépendances entre le public et le privé (Da Silva, 2022). Ces liens, qui ont des racines historiques très anciennes, se donnent à voir de multiples façons : exercice libéral à titre privé dans les hôpitaux publics, partenariats public-privé pour leur financement, poids des complémentaires santé dans le parcours de soins, etc. Aussi, bien que les médecins libéraux et les agences régionales de santé (ARS) ne soient pas au cœur du projet de recherche, ce sont des acteurs incontournables dont il faut interroger le rôle. Les médecins libéraux, généralistes en particulier, ont gagné progressivement un statut de porte d'entrée (*gate keeper*) dans le système de santé et leur pratique d'adressage constitue un premier filtre dans le parcours de soins (Barnay et al., 2007). De leur côté, les ARS pilotent localement la politique de santé décidée nationalement. Elles ont, par exemple, un rôle moteur dans l'organisation de l'offre de soin – et donc la complémentarité entre les offres publique et privée (Duchesne, 2018).

L'enjeu de la recherche est double. D'une part, il s'agit de continuer à documenter la littérature portant sur les effets de la politique publique sur la transformation du travail et de l'accueil des patients dans les hôpitaux et les cliniques. D'autre part, il s'agit de déterminer ses effets au niveau du bassin de soin. Plutôt que de considérer les établissements de soin comme des unités coupées de leur environnement, il conviendra d'étudier les relations qu'elles entretiennent avec celui-ci. Comment les transformations de l'hôpital public impactent-elles l'activité des cliniques et réciproquement ?

Plusieurs séries de questionnement fondées sur l'état de la littérature en sciences sociales orientent la recherche. En quoi les méthodes de management et les budgets des hôpitaux publics induisent-ils des effets inattendus sur les dépenses et sur la qualité des soins ? En quoi la concentration et la financiarisation des cliniques privées à but lucratif changent-elles leur rapport aux patients et aux professionnels ? Observe-t-on une réduction de la durée moyenne de séjour, une modification du type de patients accueillis, un plus grand recours à l'adressage ? Comment s'organisent les parcours de soins entre l'hôpital public et les cliniques ? Existe-t-il

un lien entre les fermetures de sites ou de services dans le public et la dynamique d'activité du privé ? Comment les professionnels de santé analysent-ils ces évolutions ? Quels types de politiques publiques envisagent-ils pour remédier aux mutations observées ? Les cliniques privées tirent-elles profit de la crise de l'hôpital public ?

Pour répondre à ces questions, le projet s'attache à étudier les effets des transformations de l'hôpital et des cliniques sur le parcours de soins des patients. L'hypothèse sous-jacente est que ce parcours doit s'analyser dans l'écosystème de soins et non structure par structure. On peut ainsi présumer que la fermeture d'un service hospitalier public ou la réduction de son activité conduiront à déverser la patientèle sur les cliniques privées. Quelles conséquences ce « déversement » peut-il avoir en termes d'accès aux soins ? Inversement, la réorganisation d'une clinique qui subit un processus de concentration/financiarisation peut modifier son activité et impacter celle de l'hôpital public. Cette clinique sera-t-elle conduite à négliger, voire ignorer certains patients ou pathologies, avec pour effet une pression accrue sur le reste du système de soin ?

On pourra aussi se demander si la fréquentation de certains médecins libéraux implique des spécificités dans le parcours de soins ? Par exemple, la consultation d'un cabinet particulier de médecine libérale augmente-t-elle la probabilité de fréquenter une clinique plutôt qu'un hôpital public ? La comparaison entre territoires doit permettre d'interroger l'existence de spécificités régionales dans l'articulation public-privé, grâce aussi à l'observation des stratégies des ARS face au développement des cliniques privées. Quel est le rôle de ces agences dans les nouveaux rapports entre les acteurs du système de soin ?

L'étude de l'écosystème de soins porte donc sur le parcours des patients mais aussi sur l'activité des professionnels de santé. Dans quelle mesure la transformation de l'offre de soin en dehors d'un établissement impacte-t-elle l'activité des professionnels exerçant en son sein ? Pour le dire dans le langage des économistes, les mutations des cliniques et des hôpitaux peuvent créer des externalités négatives et positives qu'il s'agira de mettre en lumière.

L'obstacle principal pour étudier l'écosystème de soins porte sur la grande faiblesse des informations disponibles quant aux transformations des cliniques privées à but lucratif. Aussi, une importante partie du rapport a pour objet de documenter de façon précise le phénomène de concentration/financiarisation. Pour la première fois, il est proposé une quantification de la concentration et de la financiarisation des cliniques privées à but lucratif depuis le début des années 2000. Une étude de terrain en Franche-Comté complète le rapport avec pour objectif de

documenter les effets des restructurations sur le parcours de soins des patients et sur les conditions de travail des professionnels.

D'un point de vue méthodologique, la recherche mobilise les éléments suivants :

- Un travail statistique basé en priorité sur l'exploitation de la Statistique annuelle des établissements. La SAE est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leur personnel médical et non-médicaux. Le travail statistique doit permettre de quantifier le phénomène de concentration des cliniques privées à but lucratif ;
- Un travail qualitatif de consultation des formes de propriété des cliniques. Il s'agit ici de quantifier le nombre de cliniques privées à but lucratif qui ont un lien avec des acteurs financiers (fond de capital-investissement ou cotation en Bourse) ;

Une recherche qualitative sur les départements du Doubs et de la Haute-Saône (ancienne région Franche-Comté). En effet, ces départements sont suffisamment différents pour permettre des comparaisons. Ce choix s'explique aussi par les contacts noués localement lors de précédents travaux des membres de l'équipe. Deux types d'établissements sont particulièrement investigués : les hôpitaux publics et les cliniques privées³.

Le travail d'enquête est constitué d'entretiens semi-directifs avec les personnels tant soignants que non soignants (personnel d'entretien, administratif, etc.) des établissements de santé retenus⁴. Quelques entretiens avec d'autres acteurs (médecins libéraux, patients) complètent l'analyse ;

- Un travail cartographique destiné à dresser un panorama de l'offre de soin dans les deux bassins de soin considérés (hôpitaux et cliniques principalement mais pas seulement).

L'un des enjeux du travail d'enquête est de recueillir auprès des personnes interrogées non seulement un diagnostic sur les effets des transformations contemporaines mais aussi des propositions de réformes à un niveau national ou local. Une hypothèse méthodologique de ce

³ Les difficultés d'accès au terrain et le grand nombre des cibles potentielles ne permettent pas d'envisager l'exhaustivité.

⁴ Les résultats des prises de contact sont d'autant plus incertains qu'elles concernent (en partie) des structures privées à but lucratif qui n'ont pas forcément intérêt à participer à la recherche (secret des affaires). De plus, d'expérience, nouer des liens solides et fructueux avec les professionnels de santé du public ou du privé nécessite du temps.

projet de recherche, qui l'inscrit dans une démarche de recherche-action, est que les acteurs sont à même de formuler des recommandations de politiques publiques visant à améliorer leur situation et, plus généralement, l'efficacité globale de leur secteur d'activité. Quelles propositions les travailleurs qui rencontrent des difficultés au quotidien ont-ils à faire pour accroître la qualité de leur travail, leur satisfaction au travail ? Cette perspective est d'autant plus importante que les enquêtes récentes montrent un épuisement des professionnels de santé au travail et une perte de sens (Benallah et Domin, 2017).

2. Plan du rapport

Le rapport est scindé en deux chapitres.

Le premier chapitre est une recherche originale sur la concentration et la financiarisation des cliniques privées à but lucratif en France. Comprendre l'écosystème de soins suppose de connaître le fonctionnement des différents lieux de soins. Si l'hôpital public a été l'objet de nombreuses recherches en sciences sociales, ce n'est pas le cas des cliniques privées à but lucratif. Le chapitre comble ce manque et montre comment en 20 ans un réseau de cliniques plutôt indépendantes les unes des autres, appartenant souvent aux médecins, a été remplacé par un plus petit nombre de cliniques appartenant à des groupes souvent aux mains ou sous influence d'acteurs financiers. Bien que ce chapitre ne fournisse pas d'éléments empiriques sur les conséquences de ces transformations, la revue de littérature internationale suggère que le double mouvement de concentration/financiarisation est susceptible de se réaliser au détriment des patients et des professionnels.

Le second chapitre est une enquête qualitative sur l'ancienne région Franche-Comté. L'objectif est d'étudier l'écosystème de soins local en comparant un département relativement bien doté en ressources sanitaires (Doubs) et un autre département relativement moins bien doté (Haute-Saône). Les résultats font écho à ce que la littérature sait des transformations de l'hôpital public tout en soulignant la fertilité de ce que le premier chapitre a démontré sur les évolutions des cliniques privées à but lucratif. Les deux mondes ne sont pas étanches et l'on peut observer à la fois une « course aux armements » qui oppose public et privé ainsi que des effets pervers proches liés à une tension croissante sur les ressources. Le nouveau management public n'est probablement pas moins efficace que la quête de profit pour réorganiser le travail au détriment des professionnels et des patients.

A la suite de ces deux chapitres, la conclusion revient sur les principaux résultats du rapport et appelle à poursuivre les recherches. L'étude de l'écosystème de soins relève d'un programme de recherche que ce rapport ne fait qu'effleurer.

II. La financiarisation du capitalisme hospitalier français

Laura Allès et Nicolas Da Silva

1. Introduction

L'objectif de ce chapitre est d'analyser la financiarisation des hôpitaux à but lucratif en France. Il démontre que depuis une trentaine d'années, l'hôpital à but lucratif a connu un phénomène de financiarisation qui a fait levier à la concentration du secteur. A la fin du siècle dernier, le secteur était composé principalement de structures indépendantes, souvent propriété des médecins. Désormais, il se caractérise par l'existence de groupes interdépendants dont les plus grands sont financiarisés. Ce chapitre cherche à quantifier l'étendue de ces phénomènes et conclue aux résultats suivants : entre 2004 et 2020, le nombre des hôpitaux à but lucratif est passé de 1 104 à 969. Le nombre de structures indépendantes a été divisé par 4,3 tandis que le nombre de structures appartenant à un groupe a été multiplié par deux. En 2024, 17 groupes sont soit en lien avec des entreprises de capital investissement, soit cotées en Bourse, soit les deux. En 2020, 18 groupes représentent 577 hôpitaux à but lucratif et 136 centres de dialyse, soit 71,6 % des hôpitaux à but lucratif appartenant à un groupe et 59,2 % des hôpitaux à but lucratif, et 60,4 % des centres de dialyses à but lucratif. Les conséquences de ces transformations du capitalisme hospitalier doivent faire l'objet de futurs travaux. A l'image des travaux menés actuellement aux Etats-Unis, il serait nécessaire d'interroger l'usage par les groupes détenant les cliniques privées de leur pouvoir. Ces travaux devront alors évaluer l'évolution de la qualité des prises en charge, de l'accès et des prix des prestations de soins, le coût pour les payeurs (assurances et patients), mais aussi les conditions de travail des personnels.

Le chapitre est organisé de la façon suivante. La deuxième section introduit la problématique. La troisième section dresse un panorama des travaux sur la financiarisation des soins. La quatrième section expose les connaissances acquises sur le secteur de l'hôpital à but lucratif en France. La cinquième section discute du matériel empirique et de la méthode. Les sixième et

septième sections présentent les résultats sur la financiarisation et la concentration du secteur. La huitième section discute des conséquences de la financiarisation de l'hôpital à but lucratif sur l'évolution du secteur des soins. La neuvième section conclue et la dixième section fournit les références bibliographiques.

2. Positionnement de la recherche et problématique

Les systèmes de santé dans le monde sont sous pression. Tandis que les besoins de santé ont tendance à croître, les budgets peinent à suivre le rythme. Cette tension a conduit lors des dernières décennies à multiplier les réformes ayant pour but affiché d'améliorer l'allocation des ressources tout en préservant la qualité des soins. La littérature en sciences sociales a largement étudié ces transformations avec les concepts de marchandisation, privatisation, néolibéralisme, industrialisation (André et Hermann, 2009 ; Da Silva, 2018, 2022 ; Da Silva et Raully, 2016 ; Fine et al., 2017 ; McGregor, 2001). Plus récemment, la recherche sur la financiarisation est venue compléter l'analyse de la transformation des systèmes de santé.

Le concept de financiarisation a été mobilisé pour discuter de l'évolution du capitalisme depuis les années 1980. Dans son sens le plus général, la financiarisation désigne un processus historique par lequel le secteur de la finance impose son pouvoir non seulement au reste de l'économie mais à la société dans son ensemble (Aalbers, 2019 ; Epstein, 2005 ; Krippner, 2005 ; Martin, 2002 ; Stockhammer, 2004). Les travaux sur la financiarisation ont pour principal point commun de porter un regard critique sur les conséquences sur la société de ce processus historique (Mader et al., 2020). La financiarisation semble générer de l'instabilité macroéconomique, des inégalités, de la précarité, des conditions de travail dégradées, des reculs démocratiques, etc.

L'étude de la financiarisation dans le secteur des soins est très récente (Appelbaum et Batt, 2020 ; Borsa et al., 2023 ; Bayliss, 2016 ; Cordilha, 2022). Ces travaux portent sur différents acteurs des soins : les hôpitaux, les soins primaires, l'assurance, l'investissement d'infrastructures, etc. La financiarisation ne connaît pas de frontière entre le privé et le public, entre le marchand et le non marchand. Tous ces types d'organisations peuvent connaître l'emprise de la finance. La financiarisation des soins est abordée sous de multiples formes, en particulier le rôle du *private equity* et de la Bourse. Le principal cas étudié est celui des Etats-Unis car c'est là où le phénomène s'est déployé le plus précocement.

L'ensemble de ces recherches pointe une transformation claire dans les systèmes de santé : alors que les organisations de soins étaient traditionnellement contrôlées par des acteurs issus du monde de la santé, en particulier par des médecins, la propriété des organisations de soins est de plus en plus sous influence ou sous contrôle direct d'acteurs financiers. Ces derniers conçoivent les structures de soins comme un actif financier à rentabiliser et tendent à transformer les pratiques pour atteindre cet objectif indépendamment d'autres critères de jugement.

L'objectif de ce chapitre est d'analyser la financiarisation des hôpitaux à but lucratif en France. L'hôpital à but lucratif français est une « boîte noire » (Claveranne et al., 2003). Les recherches existantes portent essentiellement sur la comparaison des effets des réformes de tarification entre l'hôpital public et l'hôpital à but lucratif. L'analyse des transformations de la structure de propriété de l'hôpital à but lucratif est un angle mort de la recherche (Tanti-Hardoin, 1996 ; Veran, 2012). Ce chapitre démontre que depuis une trentaine d'années, l'hôpital à but lucratif a connu un phénomène de financiarisation qui a fait levier à la concentration du secteur. A la fin du siècle dernier, le secteur était composé principalement de structures indépendantes. Désormais, il se caractérise par l'existence de groupes interdépendants dont les plus grands sont financiarisés. L'étude de l'évolution du secteur proposée ici est un préalable à de futures recherches sur les conséquences de ces changements.

L'approche théorique mobilisée est celle de l'économie politique de la santé (Batifoulrier et al., 2019 ; Hodgson, 2007 ; Primrose et al., 2024). Plutôt que d'insister sur l'hypothèse de rationalité et sur les conséquences des asymétries d'information comme le fait la théorie néoclassique, l'économie politique de la santé se caractérise par l'attention particulière attribuée aux valeurs et par l'immersion du secteur de la santé dans le capitalisme. A la suite des économistes qui étudient la financiarisation comme un changement qualitatif du capitalisme, nous proposons ici d'étudier la financiarisation des soins de santé comme reconfiguration du capitalisme sanitaire (Batifoulrier et Da Silva, 2022). La méthodologie employée est mixte. D'une part, nous nous appuyons sur une base de données administrative portant sur la structure de propriété des hôpitaux. En corrigeant largement cette base, il est possible de démontrer l'ampleur de la concentration du secteur. D'autre part, nous avons constitué une base documentaire de 2 791 documents issus des sites Internet des hôpitaux à but lucratif, d'articles de presse généraliste et spécialisée, ainsi que de documents collectés sur le site *Pappers*, qui regroupe les documents juridiques des sociétés françaises et liste leurs liens avec d'autres sociétés. Cette base documentaire permet de retracer la concentration de ce secteur ainsi que sa

financiarisation *via* la participation croissante du capital investissement et de la cotation en Bourse.

3. Un panorama de la financiarisation des soins de santé

Le concept de financiarisation a connu un succès important en sciences sociales pour analyser les transformations des sociétés contemporaines. De nombreuses définitions coexistent. Elles sont plus ou moins extensives et plus ou moins marquées par une tradition théorique. L'une des définitions les plus mobilisées est celle proposée par Gerald Epstein. D'après lui, la financiarisation est « the increasing role of financial motives, financial markets, financial actors and financial institutions in the operation of the domestic and international economies » (Epstein, 2005, 3).

Une manière utile de classer les travaux sur la financiarisation est de distinguer différents niveaux d'analyse (Van der Zwan, 2014). Au niveau macro, la financiarisation désigne le régime d'accumulation du capitalisme succédant au fordisme. Au niveau méso, la financiarisation qualifie la transformation du modèle de gouvernance des entreprises avec l'hégémonie de la *shareholder value*. Au niveau micro, la financiarisation se définit comme l'intégration dans des pratiques quotidiennes d'une vision financière de la vie où chaque décision peut se ramener à un calcul de rentabilité. La financiarisation ne se limite donc pas à la capture d'un nombre croissant de secteurs par la finance : elle implique la colonisation de formes spécifiques de calcul et de raisonnements là où ils n'existaient pas auparavant (Chiapello, 2014).

Le point commun des travaux sur la financiarisation est de rejeter l'hypothèse selon laquelle la finance est un instrument neutre au service de la production (Mader et al., 2020). Au contraire, la finance peut s'émanciper de la production et conduire à des conséquences néfastes : inégalités, instabilité macroéconomique, détérioration des conditions de travail et du niveau de l'emploi, érosion de la qualité de la production, etc.

Les recherches sur la financiarisation sont relativement récentes et se développent pour la plupart au tournant du millénaire⁵. Concernant le secteur de la santé, les recherches sont encore

⁵ Une généalogie de la financiarisation, en tant que concept ou que phénomène empirique, pourrait remonter au moins aux débuts du 20^{ème} siècle.

plus récentes et ne se multiplient qu'à partir de la deuxième moitié des années 2010. Il est intéressant de noter que *The Routledge international handbook of financialization* (Mader et al., 2020) ne mentionne pas la santé comme un objet de la financiarisation. De la même façon, *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (Primrose et al., 2024) ne contient que quelques pages sur la financiarisation du *long-term care* au Canada (Brown, 2024). La financiarisation des soins reste un champ de recherche en construction nécessitant d'être structuré.

Les travaux existants sur la financiarisation de la santé portent sur une variété d'objets et de formes. La plupart d'entre eux concernent le cas des Etats-Unis, mais une tendance à la prise de contrôle des organisations de santé par des entreprises financières est repérée en Europe dès le début des années 2010 (Angeli et Maarse, 2012). Les objets étudiés sont principalement les *nursing homes* (Aveline-Dubach, 2022 ; Delouette et Nirello, 2016, 2017 ; Gupta et al., 2021 ; Huang et Bowblis, 2019 ; Pradhan et al. 2014,) et l'hôpital (Appelbaum et Batt, 2021 ; Bruch et al., 2020 ; Bruch et al., 2021 ; Dijk et al., 2023). D'autres spécialités médicales ayant été la proie d'acteurs financiers ont été analysées : la dermatologie (Braun et al., 2021 ; Creadore et al., 2021), l'urologie (Nie et al., 2022), la gastroentérologie (Singh et al., 2022), l'orthopédie (Mikhail et al., 2021), les laboratoires d'analyses médicales (Leymarie, 2022), etc.

Concernant les formes de la financiarisation, ce qui a pour l'instant le plus attiré l'attention des chercheurs est le rôle croissant du *private equity*⁶ dans la santé. D'après le cabinet de conseil Bain & Compagny, en 2010, le capital-investissement représentait 222 milliards de dollars dans le monde, dont uniquement 9 % pour les entreprises de santé (20 milliards de dollars) (Bain & Compagny, 2024). En 2021, le capital-investissement représente 1 012 milliards de dollars dans le monde dont 21 % concernait les entreprises de santé (212 milliards de dollars).

L'intérêt du capital-investissement pour le secteur de la santé repose sur deux caractéristiques principales (Appelbaum et Batt, 2020). D'une part, l'espoir est grand pour les investisseurs d'améliorer la productivité des offreurs de soins en apportant des compétences et des stratégies habituellement étrangères au secteur des soins. La fragmentation de l'offre laisse des opportunités pour construire par fusion-acquisition des géants en capacité d'exercer un pouvoir de marché et de bénéficier d'économies d'échelle. Le poids prépondérant du travail humain

⁶ Les *private equity* ou capital investissement sont des fonds d'investissement qui opèrent souvent en secret avec des liens cachés avec les entreprises qu'ils contrôlent. Le terme *private* vient du fait que les fonds d'investissement privés ne sont pas tenus de publier des rapports publics.

(celui des médecins notamment) dans les organisations de santé laisse entrevoir des gains de productivité en réorganisant le travail (approfondissement de la division du travail, standardisation, etc.). D'autre part, le secteur de la santé peut être considéré comme très peu risqué en raison d'une dynamique à la hausse de la demande (vieillesse de la population, innovation technologique) rendue solvable par des assurances publiques ou privées. Les assureurs cherchant à maîtriser l'envolée des dépenses, ils peuvent voir d'un bon œil l'arrivée de nouveaux acteurs promettant de limiter les « gaspillages ».

En dehors du *private equity*, d'autres formes de la financiarisation peuvent être évoquées. En particulier, dans un contexte d'austérité budgétaire, les systèmes publics de santé à travers le monde ont vu se transformer leur mode de financement (Cordilha, 2022). Par exemple, le financement des investissements pour l'hôpital public a tendance à reposer sur des dispositifs financiarisés. Avec les *private finance initiatives* au Royaume-Uni (Pollock et al., 2002 ; Bayliss, 2016) ou les *public private partnerships* au Canada (Loxley et Hajer, 2019) et en France (Cordilha, 2023 ; Juven et al., 2019), des entreprises souvent détenues par des investisseurs institutionnels financent la construction d'infrastructures ensuite louées au secteur public. L'hôpital public devient alors un actif financier à rentabiliser comme un autre. En France, après avoir été jusque dans les années 1990 adressée exclusivement par une banque publique, la dette et le déficit de la sécurité sociale font depuis 1996 l'objet d'émission d'actifs échangés sur les marchés financiers via la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) créée à cette intention (Cordilha, 2023). En plus de l'assurance publique, les assureurs privés français subissent une financiarisation accélérée du fait de la réglementation imposée par Solvency 2 (Benoît, 2023).

La financiarisation des soins se déploie dans toutes les directions : dans les organisations privées et publiques, dans les organisations de financement et de production des soins. Ce phénomène génère un débat important entre ceux qui considèrent qu'il s'agit d'une opportunité de rationalisation des systèmes de santé et ceux qui y voient une menace (Bourguet et Benamouzig, 2023 ; Bruch et al., 2024 ; Gondi et Song, 2019). D'après une revue de littérature récente (Borsa et al., 2023), le *private equity* aurait tendance à augmenter les coûts pour les payeurs (patients ou assureurs) et avoir des effets indésirables sur la qualité des soins (en particulier une réduction du niveau et de la qualité de l'emploi). Mais cette revue ne recense que 55 études de valeur hétérogène, dont 47 sur le cas des Etats-Unis. La recherche sur la financiarisation des soins avance beaucoup moins vite que le phénomène étudié.

En ce qui concerne l'hôpital à but lucratif, non seulement les travaux existants montrent la prise de contrôle des acteurs de la finance mais en plus, ils attestent du fait que le changement dans l'ordre du pouvoir a pour conséquence des changements dans la façon de concevoir l'activité. Aux Etats-Unis, les fonds de *private equity* ont commencé à investir dans le secteur hospitalier dès les années 1990 (Appelbaum et Batt, 2021). Achetant des structures parfois indépendantes parfois cotées en Bourse, ces fonds poursuivent une stratégie *buy and build*. Celle-ci consiste à acheter une firme plateforme et une série de *add-one* afin de conquérir un pouvoir de marché (local, régional ou national) et de réaliser des économies d'échelle. En s'appuyant sur un endettement massif, de très grandes chaînes d'hôpitaux ont été construites dans la perspective d'une revente à court ou moyen terme. La rentabilisation de ce type d'opérations a conduit à changer le comportement des hôpitaux. Une caractéristique importante est la vente de l'immobilier pour limiter le fardeau de la dette (Bruch et al., 2022). Dans le cas de l'achat historique de Hospital Corporation of America (HCA) pour 33 milliards de dollars par Bain Capital, Kohlberg Kravis Roberts (KKR), et Merrill Lynch Global, une étude récente met en évidence des changements majeurs dans la stratégie d'entreprise (Richard et Whaley, 2024). Après le rachat, les volumes de patient ont augmenté (sauf pour la maternité) ; les séjours étaient plus courts et moins intensifs en soins ; le marché de la chirurgie a été remodelé en spécialisant les structures achetées dans les cas complexes et en s'associant avec des concurrents pour les cas plus simples. L'analyse n'est pas capable de dire si l'augmentation de la productivité de l'entreprise s'est faite au bénéfice des patients et suggère la possibilité d'une demande induite⁷.

La financiarisation de l'hôpital a également été étudiée dans d'autres pays. Aux Pays-Bas, les cas de banqueroutes permettent de montrer l'importance nouvelle des acteurs financiers (assureurs, banques) face aux protagonistes traditionnels du système de santé (Dijk et al., 2023). Ces transformations entraînent des conséquences si fortes qu'elles ont été accusées d'être en partie responsable de l'impréparation face à la pandémie de covid-19 (Moscario et al., 2024). Au Brésil les fusions et acquisition dans le secteur hospitalier à but lucratif se sont multipliées

⁷ Pour l'essentiel des dépenses de santé, ce ne sont pas les consommateurs (les patients) qui décident de la nature et du niveau de consommation, mais les offreurs (les professionnels de santé) car ce sont eux qui détiennent l'information sur l'état de santé des patients et les traitements à mettre en œuvre (ce que la science économique appelle une asymétrie d'information). On considère alors que ce sont les médecins qui guident, induisent la demande de soins, un pouvoir qui offre la possibilité de prescrire et délivrer des soins ne correspondant que peu à de véritables besoins sanitaires des patients, et ce afin d'augmenter leur revenu ou accéder à des avantages. Le marché ne peut plus fonctionner, ce qui limite fortement le déploiement des propriétés positives qui lui sont souvent attribuées. Voir sur les paradoxes de politique publique liés à la prise en compte des spécificités du domaine de la santé : Batifoulier et Da Silva (2014) ; Batifoulier et al. (2025).

à partir de 2015 (Jansen Ferreira, 2022). Ces opérations sont à l'origine de la création de chaînes de grande envergure qui figurent désormais dans le top 100 des entreprises les plus prospères du pays. Lorsque les consolidations ne sont pas faites au profit d'entreprises hospitalières, elles le sont à l'initiative d'acteurs financiers (banques, assurances, fonds divers) qui sont souvent étrangers. Dans le cas de la Turquie, une étude a montré le rôle du *private equity* dans la restructuration du secteur hospitalier (Vural, 2017). Appuyé par des capitaux étrangers en quête de rentabilité, ces transformations semblent avoir conduit à une augmentation des inégalités d'accès aux soins.

4. La financiarisation des hôpitaux à but lucratif français

La littérature académique sur les hôpitaux français ne s'intéresse que très marginalement aux transformations de leur structure de propriété. La principale problématique porte sur la régulation des prix et de la qualité dans un contexte de maîtrise des dépenses. Entre les années 1950 et 1980, le taux de croissance des dépenses hospitalières varie entre 14 % et 20 % par an, ce qui conduit à ce que l'hôpital absorbe à partir de 1980 plus de 50 % des dépenses du système de santé (Soual, 2017). Lorsque la maîtrise des dépenses de santé devient un objectif central de la politique économique, l'hôpital constitue la cible de toutes les critiques. Étant le premier poste de dépense, il est considéré comme le lieu naturel où trouver des économies à réaliser.

La théorie économique a beaucoup contribué à ce que la question de la propriété soit secondaire. Les modèles les plus influents s'intéressent moins à la structure de propriété de l'hôpital qu'aux outils utilisés pour son financement. La théorie de la « contrainte budgétaire lâche » énonce qu'il n'est pas possible d'attendre une gestion efficace d'un hôpital (public ou privé) tant que la direction sait qu'elle aura un soutien économique et politique en cas de déficit (Kornai, 2009 ; Kornai et Eggleston, 2001). Les débats les plus importants sur le financement des hôpitaux ont porté sur les *Diagnosis Related Groups* ou DRG⁸ (Fetter et al., 1980 ; Shleifer, 1985). L'enjeu est de trouver des mécanismes incitatifs permettant une allocation des ressources optimales en l'absence de concurrence marchande classique. Quelle que soit la structure de propriété de l'hôpital, la bonne incitation doit conduire au bon comportement. Ces réflexions ont influencé

⁸ Modèle américain de mesure de l'activité hospitalière qui sera adapté en France via le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) instauré dans les années 1980 qui donnera les GHM (groupes homogènes de malades) sur lesquels se base le financement de la T2A (tarification à l'activité).

des changements majeurs dans la régulation des hôpitaux en France comme dans le reste du monde. Si on se restreint au mode de financement, deux évolutions importantes ont eu lieu en 1983 et 2004. En 1983, le financement au prix de journée (un prix par jour d'hospitalisation) est remplacé par le financement à enveloppe globale (un budget fixe pour l'année). En 2004, le financement à enveloppe globale pour chaque hôpital est remplacé par un *DRG-based payment*, la tarification à l'activité (Or, 2014). La littérature académique a consacré beaucoup de ressources pour évaluer ces réformes structurelles. Il semblerait que l'*accountability* et la productivité hospitalière aient augmenté mais avec des effets parfois indésirables sur la qualité, sur les conditions de travail et sur l'égalité d'accès aux soins (Mougeot et Naegelen, 2014 ; Simonet et Alkafaji, 2017).

Dans ce contexte, la place de l'hôpital à but lucratif est principalement analysée au prisme de la comparaison des effets d'une même régulation entre des hôpitaux à structure de propriété différentes. Si pour des raisons théoriques l'hôpital public est réputé moins efficace que l'hôpital à but lucratif, les travaux empiriques sont plus prudents. L'utilisation de procédures de soins innovantes permet d'expliquer la différence de mortalité entre les hôpitaux à but lucratif et les hôpitaux publics non universitaires (Gobillon et Milcent, 2016). Là où l'innovation est plus présente (hôpitaux universitaires et hôpitaux à but lucratif), les taux de mortalité sont plus faibles. La plus faible productivité des hôpitaux publics n'est pas expliquée par l'inefficacité mais par des établissements trop grands, par les caractéristiques des patients et par les caractéristiques de la production (faible proportion de chirurgie) (Dormont et Milcent, 2018). Une fois prise en considération les caractéristiques des patients et de la production, les grands et moyens hôpitaux publics sont plus efficaces que les hôpitaux privés. La modification des nomenclatures des DRGs a pour conséquence du surcodage et un transfert de budget public vers le privé sans qu'on puisse montrer de changement dans la production de soins (Milcent, 2021). La mise en place des DRGs a conduit à une augmentation de la productivité des hôpitaux à but lucratif par rapport aux autres structures, mais cette évolution peut être liée à des comportements de demande induite et de surcodage (Weeks et al., 2015). Une réforme récente incitant à la création de services d'urgence dans les hôpitaux à but lucratif conduit à changer les caractéristiques des patients admis dans ces hôpitaux (Dormont et Dottin, 2024). Cette réforme peut avoir pour conséquence à long terme de rapprocher les caractéristiques des patients et donc de limiter les avantages des hôpitaux à but lucratif dans leur capacité à sélectionner des patients et des pathologies rentables.

L'hôpital privé à but lucratif français fait l'objet de très peu de travaux en tant que tel. C'est un angle mort de la recherche, une boîte noire, qui n'a principalement d'existence académique qu'en comparaison au secteur public. Pourtant, le secteur hospitalier à but lucratif est très puissant en France. En 2019, le privé à but lucratif représentait 33 % des établissements et 24 % des lits d'hospitalisation complète (tableau 1). Le secteur privé dans son ensemble (à but lucratif et sans but lucratif)⁹ représentait 22,2 milliards d'euros de dépenses d'hospitalisation (23 % du total des dépenses d'hospitalisation) dont 88,4 % étaient financés par de l'argent public. Le capitalisme hospitalier est mal connu alors qu'il occupe une place centrale.

Tableau 1 : Le poids de l'hôpital à but lucratif en France en 2019

	Public	Privé	
		But non lucratif	But lucratif
Nombre d'établissements (%)	1 354 (45)	671 (22)	983 (33)
Nombre de lits (%)	241 345 (62)	56 385 (14)	94 863 (24)
Dépense en milliards € (%)	74,9 (77)		22,2 (23)
Financements publics € (%)	69,3 (91,6)		19,7 (88,4)

Source : DREES, 2021a, b

D'après les historiens, les hôpitaux à but lucratif sont influents en France au moins depuis la Révolution. Cette position se renforce avec la création des grandes lois d'assurances sociales d'avant et d'après Seconde guerre mondiale. En 1949, il y avait 1 573 établissements spécialisés principalement dans l'obstétrique (31,3 %) et la chirurgie (30,64 %) (Faure et Dessertine, 2012). Le modèle dominant est la « clinique villa », propriété d'un praticien seul, composée de quelques lits installés dans une maison bourgeoise. Progressivement, ce modèle est supplanté par la « clinique de bloc » qui regroupe plusieurs praticiens dans un bâtiment de plusieurs étages. La propriété y évolue et est partagée entre plusieurs médecins. Dans les années 1980, le secteur privé à but lucratif s'est imposé, en partie grâce à la défense réussie par la médecine libérale de ses intérêts, et reste très dynamique (Déplaud, 2015). Ils détiennent une part conséquente des places d'hospitalisation notamment en chirurgie et en maternité, les gouvernements préférant alors faire appel au capital privé plutôt que mobiliser des financements publics. Qui plus est, le privé s'avère essentiel dans les politiques publiques menées par ces

⁹ Essentiellement, les établissements à but lucratif et ceux sans but lucratif ayant opté pour le mode de financement au prix de journée, puis l'Objectif quantifié national, habituellement qualifié d'ex-OQN.

gouvernements cherchant à contraindre les dépenses publiques de santé. La régulation du système hospitalier se construit ainsi progressivement sur une mise en concurrence des établissements publics et privés entre eux. Il est difficilement concevable d'envisager une régulation du système de santé sans lui (Rochaix, 1984).

Si la plupart du temps, la propriété des cliniques reste dans les mains des médecins, l'entrée d'acteurs étrangers au monde de la santé se développe. Le coût des nouvelles technologies et du respect des normes concernant le bâti rend les investissements difficilement supportables pour des professionnels de santé isolés aux structures éclatées. Des médecins possédant différentes cliniques rapprochent alors leurs établissements. Le secteur hospitalier à but lucratif connaît alors la constitution de premières chaînes dans les années 1970. Les hôpitaux à but lucratif, la plupart du temps indépendants, s'associent sous des formes différentes pour constituer des groupes plus ou moins intégrés. Ce mouvement de concentration a donné lieu à quelques études éparpillées provenant des mondes académique, administratif et commercial (tableau 2)¹⁰. En 1996, neuf groupes rassemblent 188 établissements et contrôlent 13 % des parts de marché (hospitalisation publique comprise). Le leader est alors le groupe Générale de santé avec ses 78 établissements. En 2017, 60 groupes sont répertoriés et contrôlent 64 % du marché de l'hospitalisation à but lucratif (Alles, 2019).

¹⁰ Le nombre d'études académiques sur la concentration du secteur hospitalier en France est tout à fait négligeable si on le compare aux recherches sur la concentration dans le cas des Etats-Unis (voir pour une revue : Alles, 2024).

Tableau 2 : Les études sur la concentration des hôpitaux à but lucratif

	Type de publication	Année	Nombre d'établissements étudiés	Nombre de groupes	Part de marché
Tanti-Hardoin (1996)	Ouvrage	1994	188	9	13 %*
Claveranne et al. (2003)	Rapport académique	2002	216	8	10 à 15 %*
Piovesan (2003)	Thèse (sciences de gestion)	2003	300	X	15 à 20 %*
Veran (2012)	Thèse (sciences de gestion)	2010	230	X	X
Bartoli et al. (2012)	Rapport administratif	2011	600	40	58 %**
Panissier et al. (2012)	Rapport administratif	2012	406	X	61 %**
Quardat Etudes (2017)	Etude marketing	2015	505	60	50 %**
Alles (2019)	Article académique (sciences économiques)	2017	830	60	64 %**

*Part de marché parmi l'ensemble de l'hospitalisation (public, privée à but lucratif et privé à but non lucratif)

** Part de marché parmi l'ensemble de l'hospitalisation à but lucratif

Lecture : dans un ouvrage publié en 1994, Tanti-Hardoin démontre que 188 établissements étaient rassemblés en neuf groupes qui représentaient 13 % de part de marché parmi l'ensemble de l'hospitalisation.

La propriété des hôpitaux à but lucratif est progressivement passée dans les mains d'acteurs non médecins, d'abord industriels puis financiers (Alles, 2022). En 1987, la Générale des Eaux, entreprise française spécialisée dans la distribution d'eau, crée la Générale de santé dans un but de diversification de ses activités. Dix ans plus tard, la Générale de santé est cédée à Cinven, entreprise britannique de capital-investissement. De fil en aiguille, le groupe se retrouve aujourd'hui propriété de Ramsay santé dont l'actionnaire principal est Ramsay health care, entreprise cotée à la bourse australienne (Australian Securities Exchange). Cet exemple illustre

la variété des formes de la financiarisation avec la mobilisation du capital-investissement et des marchés boursiers.

Une étude portant sur 17 groupes sanitaires et médico-sociaux français entre 2005 et 2011 a mis en évidence quatre grandes stratégies du capital-investissement (Veran, 2012) : i) une stratégie *build up* d'achat d'un groupe principal pour acquérir une position dominante ; ii) une stratégie *public to private* pour contourner les réglementations contraignantes des entreprises cotées qui doivent fournir des rapports publics alors que les *private equity* en sont exonérés ; iii) une stratégie de création de groupe *ex-nihilo* par rachats simultané de plusieurs établissements indépendants ; iv) une stratégie de *management buy out* (rachat avec de l'endettement) qui implique de façon significative les médecins du groupe racheté. Quelle que soit la stratégie adoptée, les groupes ainsi rachetés voient rapidement se multiplier leur chiffre d'affaires, notamment par une politique de fusions-acquisitions agressive impliquant parfois un endettement lourd. La financiarisation renforce ainsi le processus de concentration.

La littérature sur le double processus de concentration/financiarisation est très restreinte mais le sujet a gagné une audience importante dans le débat public en France. La principale raison tient peut-être à ce que la presse a nommé l'affaire Orpéa. Orpéa est une entreprise cotée en Bourse depuis 2002 dont l'activité principale est la gestion de *nursing homes* (EHPAD). En 2022, l'entreprise détient 156 établissements dans 23 pays. La même année, le journaliste Victor Castanet publie un livre d'enquête qui dénonce la maltraitance institutionnalisée des personnes âgées au nom de la performance économique (Castanet, 2022). L'entreprise subit alors une crise sans précédent qui la conduit à être secourue par une banque publique. L'entreprise change de nom en 2024 et devient Emeis. Les faits évoqués par le journaliste rejoignent les analyses académiques qui alertaient sur les effets de la financiarisation sur l'arbitrage entre qualité du service et rentabilité (Aveline-Dubach, 2022 ; Delouette et Nirello, 2016, 2017 ; Gupta et al., 2021).

Dans le cas de l'hôpital à but lucratif, le sociologue Nicolas Belorgey (2019) a conduit une analyse mixte sur plusieurs cas de transfert de propriété vers un groupe financiarisé. Il a donné des éléments suggérant une tendance similaire au cas des *nursing homes*. Après le rachat par un groupe financiarisé, l'âge moyen des patients et la durée moyenne de séjour baissent tandis que le nombre de séjours simples et le nombre de séjours global augmentent. Ces changements ont conduit à une dégradation des conditions de travail et à une marchandisation de la relation avec les patients pouvant s'apparenter à de la maltraitance.

Le 24 janvier 2024, le Sénat a engagé une mission d'information sur la financiarisation de l'offre de soin. Les principaux acteurs visés sont les laboratoires d'analyse médicale, suspectés d'avoir bénéficié de façon exagérée de la pandémie de Covid-19 (Leymarie 2022), mais aussi les cliniques. Les auteurs du présent chapitre ont été auditionnés à titre d'experts. L'un des points soulevés par les sénateurs est la difficulté à documenter le phénomène. L'objectif de la suite de ce chapitre est de proposer une analyse empirique de la financiarisation des cliniques et de ses liens avec le phénomène de concentration.

5. Matériel et méthode

Le point de départ de la stratégie empirique est l'exploitation de la base de données intitulée Statistique annuelle des établissements (SAE). La base de données SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé français. Elle est renseignée tous les ans depuis 1995 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Il s'agit d'un service statistique lié aux ministères sociaux et de l'économie. Cette base, disponible gratuitement en ligne¹¹, contient de nombreuses informations dont le statut juridique, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux.

Parmi l'ensemble des questions adressées au hôpitaux, celle qui constitue le cœur de la démarche empirique concerne l'appartenance à un groupe. Les établissements doivent déclarer s'ils sont indépendants ou s'ils appartiennent à un groupe. Les travaux académiques et administratifs habituels sur les hôpitaux distinguent uniquement trois types de structures : public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif. En mobilisant pour la première fois la variable d'appartenance à un groupe, cette recherche permet de distinguer à l'intérieur de la catégorie des hôpitaux à but lucratif ceux qui sont indépendants de ceux qui appartiennent à un groupe.

La variable d'appartenance à un groupe n'est disponible que depuis 2004. Du fait du délai de recueil et de traitement, cette base corrigée est accessible un peu plus de dix mois suivant la fin de la période d'interrogation (31 décembre de chaque année). Avec la pandémie, le délai de

¹¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>

traitement, et très certainement la qualité des données recueillies, se sont dégradées. La période étudiée avec la base de données SAE s'étend de 2004 à 2020. La première étape du travail a consisté à récupérer tous les fichiers SAE année par année et à intégrer toutes ces données dans un seul fichier.

Cette base comprend ainsi les données de 12 728 établissements (repérés par leur numéro finess) dont 6 662 sont interrogés et présents entre 1 et 17 fois dans la base (voir tableaux 3 et 4).

Tableau 3 : Nombre d'établissements (tout statuts confondus) selon le nombre d'occurrences (d'années de présence) dans la base

Nombre d'occurrences	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nombre d'établissements	298	219	178	192	207	210	174	1234	1180	127	124	123	129	92	102	135	1938
Lecture : 298 établissements apparaissent une seule fois (une année) dans la base de données.																	

Le principal problème méthodologique concerne la qualité de la variable appartenance à un groupe qui est déclarative et non vérifiée par la DREES. Cette information est parfois manquante ou mal renseignée. Une grande partie du travail empirique a consisté à vérifier la qualité de cette information pour chaque établissement chaque année. Nous avons alors constitué une base documentaire de plus de 2 791 fichiers permettant d'attester, de modifier ou de compléter l'information sur l'appartenance à un groupe déclaré dans la base SAE. Cette variable a été corrigée à partir des données et documents récoltés sur les sites Internet des groupes ou des hôpitaux¹², des instances de régulation¹³ et des articles de presses généraliste ou spécialisée. Le site *Pappers* liste également les liens avec d'autres sociétés (typiquement entre un établissement hospitalier et un groupe) et permet de collecter les documents juridiques de sociétés françaises.

¹² Les pages Internet actuelles et obsolètes des groupes ont été consultées de manière à pouvoir retracer l'historique des mouvements. Nous avons utilisé le portail Internet *wayback machine* qui répertorie les pages Internet passées et permet ainsi une consultation d'un site à un temps t-n, voire de sites Internet aujourd'hui fermés.

¹³ Documents de référence, d'enregistrement universel auprès de l'Autorité des marchés financiers, décision relative à une fusion ou un rachat délivré par l'Autorité de la concurrence, certification auprès des agences régionales de santé.

Pour avoir une base de données fiable, nous nous sommes attachés à corriger l'appartenance à un groupe des 1 932 établissements à but lucratif¹⁴ présents entre 1 et 17 fois dans la base, soit 22 981 lignes (tableaux n°4 et 5).

Tableau 4 : Nombre d'établissement à but lucratif selon le nombre d'occurrences (d'années de présence) dans la base

Nombre d'occurrences	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nombre d'établissements	89	72	71	67	74	59	58	109	149	43	42	37	50	44	44	46	878
Lecture : 89 établissements à but lucratif apparaissent une fois (une année) dans la base de données.																	

Tableau 5 : Nombre d'établissements interrogés par statut

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	4203	4179	4156	4138	4115	4091	4077	4064	4069	4198	4117	4134	4090	4064	4046	4018	3995
PUBLIC	1315	1311	1304	1295	1279	1265	1256	1250	1249	1510	1474	1487	1479	1462	1462	1450	1443
PRIVE A BUT NON LUCRATIF	1446	1447	1444	1444	1429	1420	1428	1435	1443	1383	1350	1350	1314	1306	1288	1281	1274
PRIVE A BUT LUCRATIF	1442	1421	1408	1399	1407	1406	1393	1379	1377	1305	1293	1297	1297	1296	1296	1287	1278
Lecture : en 2004, 1442 établissements à but lucratif étaient présents dans la base.																	

Avant correction, on repère dans la base de données une multiplication par plus de deux du nombre d'établissements à but lucratif appartenant à des groupes (voir tableau 6).

¹⁴ Nous ne nous sommes pas intéressés aux établissements à but non lucratif, souvent financés différemment auprès de l'assurance maladie, opérant historiquement sur des disciplines différentes et issus des mouvements confessionnels et patronaux, avec une forte empreinte de la mutualité dans ce secteur, ainsi que quelques établissements de la sécurité sociale. Ces établissements, s'ils peuvent réaliser des excédents, ne peuvent les distribuer. Ce sujet pourrait toutefois être exploré dans le cadre de recherches futures, ces structures n'échappant pas, malgré leur statut non-lucratif et cette non-distribution d'excédents, à la recherche d'un modèle rentable visant à satisfaire des intérêts individuels, ceux de leurs dirigeants notamment, *via* des sociétés gravitant autour de ces hôpitaux à but non lucratif telles les sociétés civiles immobilières (voir à ce propos le cas de du groupe AVEC, dont le dirigeant a été mis en examen pour prise illégale d'intérêts et détournement de fonds publics, ainsi que celui de l'association AURAR (Quéguiner, 2019)).

Tableau 6 : Nombre d'établissements et d'hôpitaux à but lucratif appartenant à un groupe avant et après corrections

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Etablissements appartenant à un groupe (pré-correction)</i>	333	362	401	453	503	540	522	528	541	536	527	582	549	606	617	628	682
<i>Hôpitaux* appartenant à un groupe (pré-correction)</i>	261	279	319	357	385	427	403	411	427	441	439	481	457	503	510	506	553
*La DREES définit par hôpital un établissement disposant de capacités d'accueil à temps plein et temps partiel, excluant ainsi les établissements exerçant exclusivement dans la dialyse, dans la cancérologie (radiothérapie et chimiothérapie) et l'hospitalisation à domicile. Lecture : en 2004, 333 établissements à but lucratif appartenaient à un groupe avant correction.																	

La correction de la base SAE permet d'avoir des informations exhaustives et dont la variable déclarative d'appartenance à un groupe, non utilisée par la DREES dans ses publications, a été minutieusement vérifiée. Les données ainsi construites sont inédites. Cette première étape permet de documenter l'évolution de la structure de propriété de l'hôpital à but lucratif. Dans quelle mesure les études ponctuelles sur le processus de concentration (tableau 2) peuvent être confirmées sur la période 2004-2020 ? Est-il possible de prouver la réduction du poids des structures indépendantes au profit des groupes ?

La deuxième étape de la stratégie empirique porte spécifiquement sur la question de la financiarisation. On ne s'intéresse pas au changement des structures de gouvernance au sens de l'hégémonie de la *shareholder value* (Lazonick et O'Sullivan, 2000 ; Rabinovich et Reddy, 2024) mais, plus modestement, à la prise de contrôle par des acteurs financiers des hôpitaux à but lucratif. Il s'agit moins d'un choix théorique que d'une contrainte liée aux données : à l'heure actuelle, aucune information n'est disponible sur d'éventuels changement de structure de gouvernance dans les hôpitaux. Par contre, il est possible de repérer la financiarisation au sens large (Esptein, 2005) à travers le rôle croissant pour les hôpitaux de la cotation en Bourse et du financement par *private equity*. A ce jour, c'est l'une des principales méthodes utilisées par la littérature sur la financiarisation de l'hôpital (Appelbaum et Batt, 2021 ; Jansen Ferreira, 2022 ; Vural, 2017).

Notre travail empirique a consisté à repérer les hôpitaux à but lucratif qui ont connu ces trajectoires. Cette démarche a été facilitée par la constitution de la base de données sur la concentration. D'autres recherches documentaires ont permis d'affiner le niveau de

connaissance. Du fait de l'existence de données pertinentes plus importantes, la période étudiée est plus vaste (entre 1997 et 2024).

A partir de ces deux types de source (base de données sur la structure de propriété des hôpitaux et base documentaire sur la financiarisation des groupes), il est possible d'étudier la concentration du secteur hospitalier à but lucratif ainsi que l'emprise du monde de la finance sur ce secteur. Nous n'avons en aucun cas l'objectif ici d'évaluer les effets de ce processus. Nous nous concentrons sur la tentative d'objectiver la réalité de la financiarisation.

Les résultats sont présentés dans deux sections distinctes. D'abord nous présentons les éléments attestant de la financiarisation de l'hôpital à but lucratif. Ensuite, nous montrons les liens entre cette financiarisation et la concentration du secteur.

6. La financiarisation de l'hôpital à but lucratif

Le tableau 7 présente l'ensemble des groupes hospitaliers à but lucratif financiarisés au 1^{er} juin 2024. A cette date, 17 groupes sont soit en lien avec des entreprises de capital investissement, soit cotés en Bourse, soit les deux. Pour donner une idée de ce que représentent ces groupes dans l'ensemble du secteur, il faut prendre 2020 pour année de référence. En 2020, 18 groupes financiarisés¹⁵ représentent 577 hôpitaux à but lucratif et 136 centres de dialyses, soit 71,6 % des hôpitaux à but lucratif appartenant à un groupe et 59,2 % des hôpitaux à but lucratif, et 69,4 % des centres de dialyse appartenant à des groupes et 60,4 % des centres de dialyse à but lucratif. Ce tableau fournit plusieurs types d'information qui permettent d'illustrer la dynamique de la financiarisation des hôpitaux en France. La première colonne donne le nom du groupe principal en 2024. La deuxième colonne donne le nom des fonds d'investissement qui ont été où sont encore présents dans le capital du groupe principal. Lorsque c'est le cas, elle précise si le groupe principal est ou a été coté en Bourse. La troisième colonne donne le nom de groupes financiarisés qui ont été achetés par ou fusionnés avec le groupe principal. Elle précise également quels étaient les anciens propriétaires des entités disparues. La quatrième colonne donne le nom de groupes non financiarisés qui ont été achetés ou fusionnés avec le groupe principal.

¹⁵ Les 18 groupes financiarisés en 2020 sont légèrement différents de ceux de 2024 en raison de mouvements intervenus dans l'intervalle.

Tableau 7 : Les 17 groupes hospitaliers financiarisés en 2024 et leur historique

Nom du groupe	Acteurs financiers qui participent ou ont participé au groupe	Nom des groupes financiarisés rachetés et anciens propriétaires	Nom des groupes non financiarisés rachetés
ALMAVIVA SANTE	21 Invest (2007-2013) GIMv et UI Gestion (2013-2017) DV France (2015-) Antin Infrastructure (2017-2021) Sagesse Retraite Santé (2017-) Wren House (2021-) Bpifrance (2021-)	Medifutur (2018), Turenne Capital et Siparex (2016-2018) ; Pechel Industries (2011-2016) Clinique internationale du parc Monceau (2019), Naxicap (2015-2019)	Maymard (2021)
AMETHYST	Mezzanine Management (2014-2019) Rohatyn Group (2019-)	RAS*	RAS
ANTILLES SANTE	Ui Investissement (Cap Santé 3B)(2021-)	RAS	RAS
CLINEA (EMEIS)	Bourse (2002-) Peugeot Invest (2011-) Sofina (2013-)		Mediterr (2010) Sinoue (2019)
COLISEE	Eurazeo PME (2014-2017) IK Investment Partners (2017-2020)	RAS	RAS

	EQT et CDPQ (2020-)		
DIAPERUM France	EQT (2006-2007) Bridgepoint (2007-) M42 (2023-)	RAS	Somedi (2010)
DOMUS CLINIQUES (DOMUS Vi)	PAI Partners (2014-2017) Sagesse Santé retraite (????) Caisses des dépôts (????) Intermediate capital group (????)	Medeos (2021-), 123 IM (2017-2021)	RAS
ELSAN	CVC Capital Partners (2014-) Thetys Invest (2017-) Merieux Private Equity (2020-) KKR (2020-) Ardian (2020-)	Santé Développement (2007), Chequers Capital (2005-2007) Vitalia (2015), Blackstone (2006-2015) Vedici (2015), Apax Partners (2006-2010), Altamir (2006-2010), 3i Investissements (2010-2014), N.I. Partners, (2010-2014), CVC Capital Partners (2014-) Medipole sud santé (2006) : Azulis Capital (2007-2011) ; Bridgepoint (2011 - 2016) Médi-partenaires (2014), Barclays Private Equity (& Sagard (2005-2007), Barclays Private Equity (2007-2014) Médipole partenaires (2017), Bridgepoint (2011-2016), BPI France (2016-2017) Avenir santé (2016), Montefiore Investment (2010-2016)	BBGL (2007) CHP (2007) Seny (2007) Sogesta (2010) CA3D (2018) Hexagone Santé Méditerranée (2020)

		Compagnie Stéphanoise de Santé (2021) : Bridgepoint, (2011-2018) Bridgepoint development capital et Eurazeo (2018-2021)	
GBNA	Ui Investissement (Cap Santé 3B) (2013-2018 ; 2021-) Geneo Capital Entrepreneurs (2021-)	RAS	Groupe Gaucher (2020) Perigord Santé (2023)
KORIAN	RAS	Medidep (2006), cotée en Bourse Medica (2013), Bridgepoint et Alpinvest (2003- 2006), BC Partners (2006-2013) CLINIDOM (2018), Altur Investissement (2012- 2018), Turenne Capital (2012-2018) 5 SANTE (2020), Parquest Capital (2015-2020) INICEA (2020), Azulis capital (2010 - 2016) ; Antin Infrastructure (2016-2020)	HAD France (2007) Fontalvie (2015) Clinipsy/Psypro (2020)
LNA SANTE	Cotation en Bourse (2006-) Unexo (2012-2022) Turenne Groupe (2016-2022) Merieux Equity Partners (2016- 2022) Tikehau Capital (2021-)	Clinique Développement (2020), Tikehau Capital (2017-2020)	RAS
MAISONS DE FAMILLE	Creadev (2003-)	RAS	RAS

NEPHROCARE (FRESENIUS)	Cotation en Bourse (1996-)	RAS	RAS
RAMSAY SANTE	Cotation en Bourse (1997-)	Générale de santé (2014), Cinven (1997-2003), cotation en Bourse en 2001 Ramsey Santé (2014) Ramsey Générale de santé (2018) Proclif (2010), Duke Street (2005-2010) Capio (2018), Apax Partners & Nordic Capital (2006- 2016), CVC Capital Partners, cotation en Bourse 2002-2006 ; 2016-2018)	Groupe Chiche (2005) Groupe Tonkin (2006) Arvita (2006) Hexagone Hospitalisation Ile-de- France (2006) HPM (2015)
SANTE BASQUE DEVELOPPEMENT	Elais capital (2015-)	RAS	RAS
VICTOR PAUCHET	Crédit mutuel equity et CM-CIC investissement (2021-)	RAS	RAS
VIVALTO SANTE	Parquest Capital (2009-2016) Omnes Capital (2009-2016) Tikehau Capital (2016-2018) Vivalto Holding (2016-) Vivalto Partners & IK Partners (2021)	Hôpitaux Privés du Littoral (2021), CM-CIC Investissement/Crédit Mutuel Equity (2011-2021)	CPA (2009) GHPA (2015) MMD (2020) Dracy santé (2021) Groupe Ovalie (2024)

*RAS : rien à signaler, au sens de l'absence de changement de la structure de propriété.

Prenons un exemple. Le groupe Al maviva Santé a connu de nombreuses entrées et sorties de son capital par des sociétés d'investissement. Après une période sous le contrôle de la société 21 Invest (entre 2007 et 2013), le groupe a été cédé à GIMv et UI Gestion (entre 2013 et 2017) puis à Antin Infrastructure (2017-2021). Les principaux investisseurs encore présents aujourd'hui sont DV France (depuis 2015) devenu Sagesse Retraite Santé quelques mois après avoir investi dans Al maviva (et réinvesti en 2017 et 2021 aux côtés de nouveaux actionnaires), Wren House et BPI France (depuis 2021). Durant cette période, Al maviva Santé a procédé au rachat de deux groupes financiarisés : Medifutur en 2018, qui était la propriété de Turenne Capital et Siparex entre 2016 et 2018, et la Clinique internationale du parc Monceau en 2019, autrefois propriété de Naxicap (2015-2019). Par ailleurs, Al maviva Santé a racheté le groupe non financiarisé Maymard en 2021.

Le tableau comporte beaucoup d'informations mais ne prétend pas à l'exhaustivité. Trois raisons principales suggèrent que le phénomène de financiarisation reste sous-estimé :

- Premièrement, dans un souci de parcimonie, seuls les groupes financiarisés au 1^{er} juin 2024 sont reportés. Cela signifie que des groupes hospitaliers qui ont été financiarisés avant cette date mais qui ne le sont plus ne sont pas recensés. C'est par exemple le cas du groupe Asten Santé spécialisé dans l'hospitalisation à domicile qui a connu un passage par le capital investissement mais qui a été racheté en 2017 par le groupe La Poste ;
- Deuxièmement, si le travail de constitution de base documentaire a été mené le plus rigoureusement possible, il est probable que certaines opérations n'ont pas été découvertes ;
- Troisièmement, le secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif est régulièrement mis en cause par des institutions publiques en raison de sa réticence à fournir des données sur son activité (Cour des comptes, 2008, 2014 et 2019). Le fait que certaines entreprises organisent l'opacité sur leurs affaires rend d'autant plus difficile la collecte d'informations (et donc crédible l'absence d'exhaustivité).

Malgré toutes les limites dans la collecte de données sur la financiarisation, le tableau 7 contient beaucoup d'informations et peut rester assez difficile à interpréter. Une façon de mieux visualiser le phénomène de financiarisation est de s'attarder sur quelques cas emblématiques. Les schémas 1 et 2 proposent une synthèse des principales opérations de deux des plus grands groupes hospitaliers financiarisés : Elsan (numéro 1 du secteur hospitalier commercial en France) et Ramsay Santé (numéro 2 du secteur). Elsan possède 134 établissements (99 hôpitaux et 35 centres de dialyse en 2020 repérés dans la SAE) et Ramsay Santé en possède 126

(120 hôpitaux et 25 centres de dialyse en 2020). Tandis que Elsan a recouru dans sa stratégie de croissance uniquement au capital-investissement, Ramsay est également coté en Bourse. Les deux graphiques montrent à la fois la quantité importante de fusions-acquisitions mais aussi le fait que ces restructurations ont été portées par le monde de la finance.

Schéma 1 : Dynamique de financiarisation et de concentration du groupe Elsan

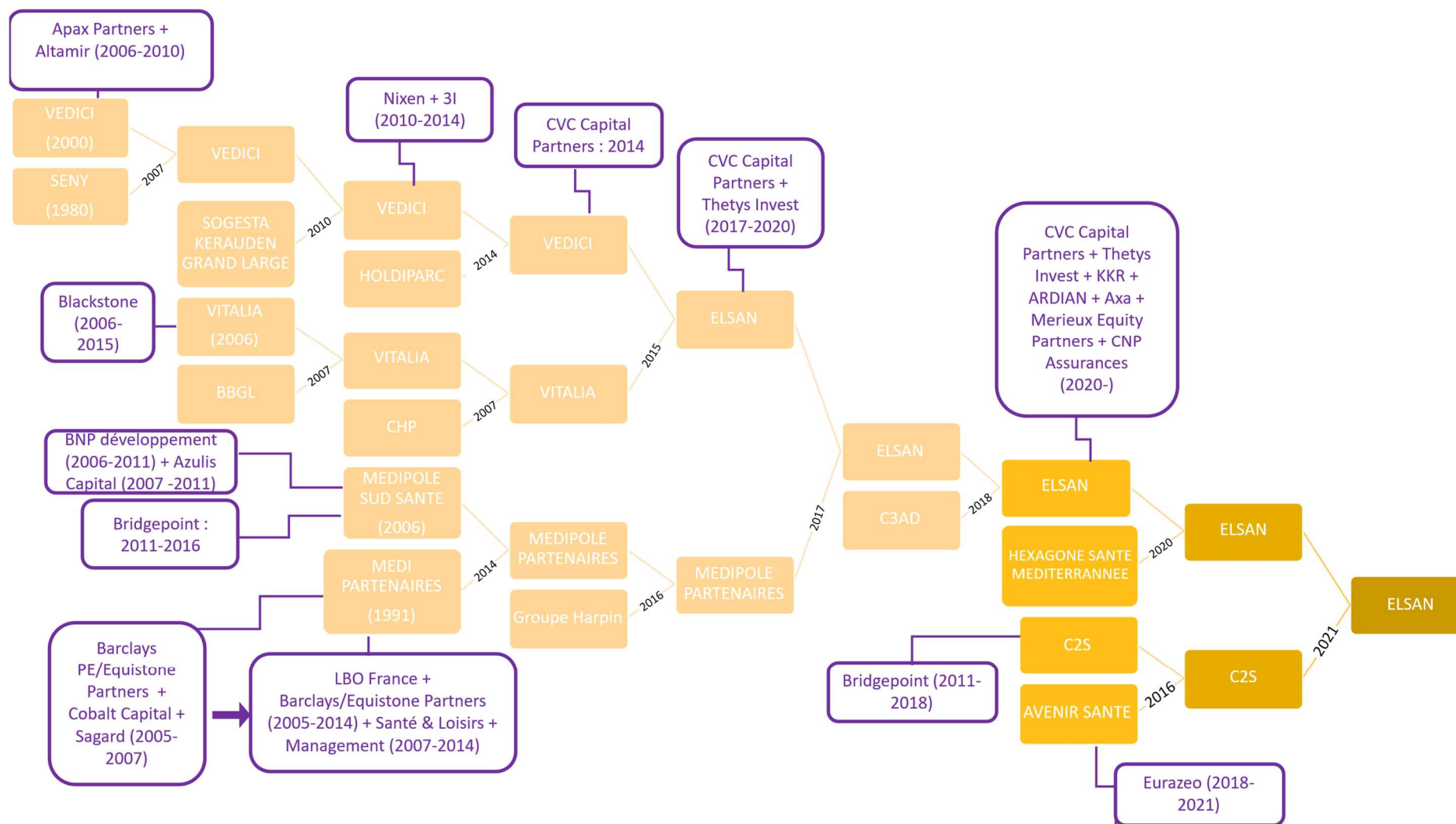
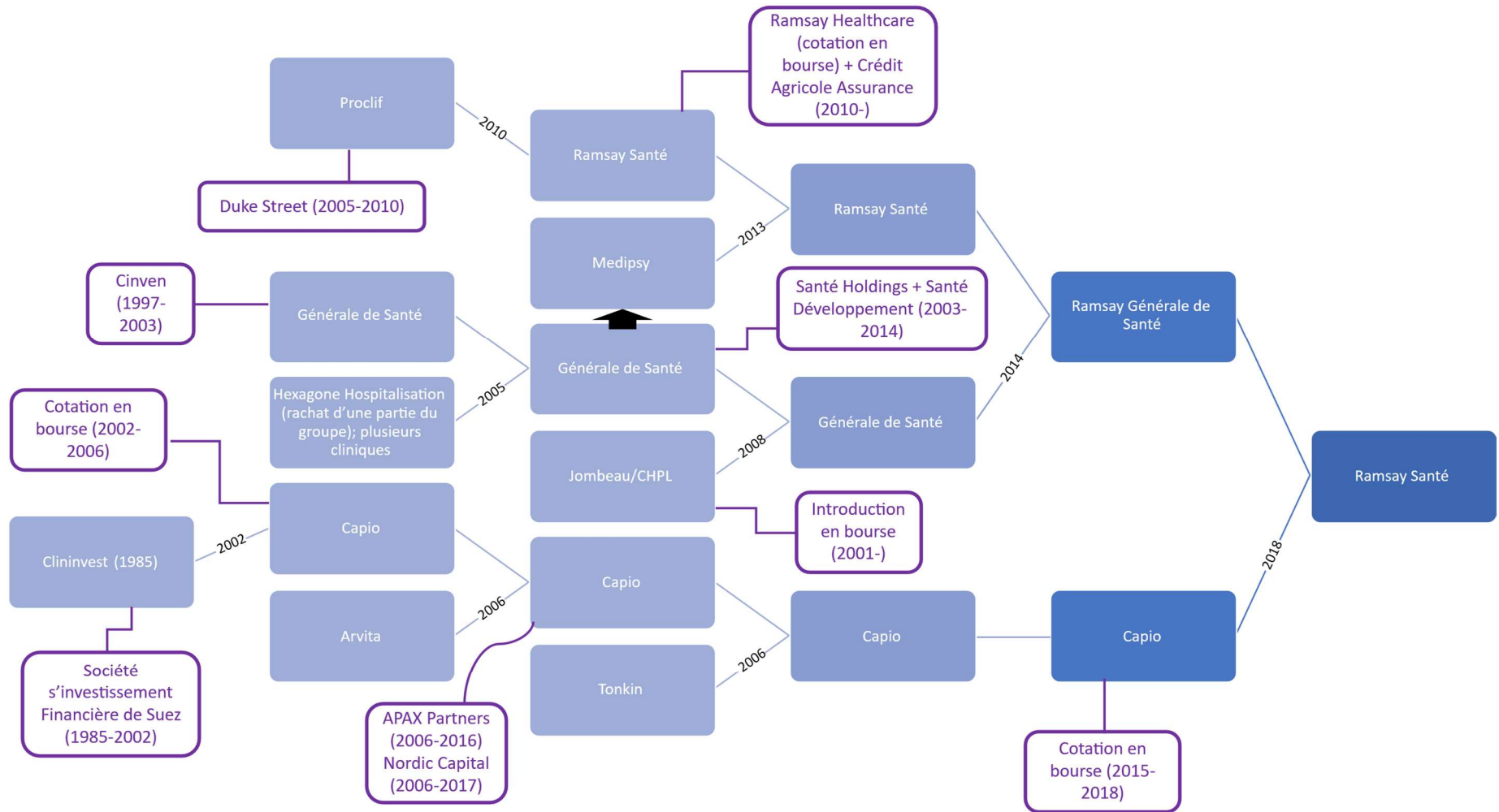


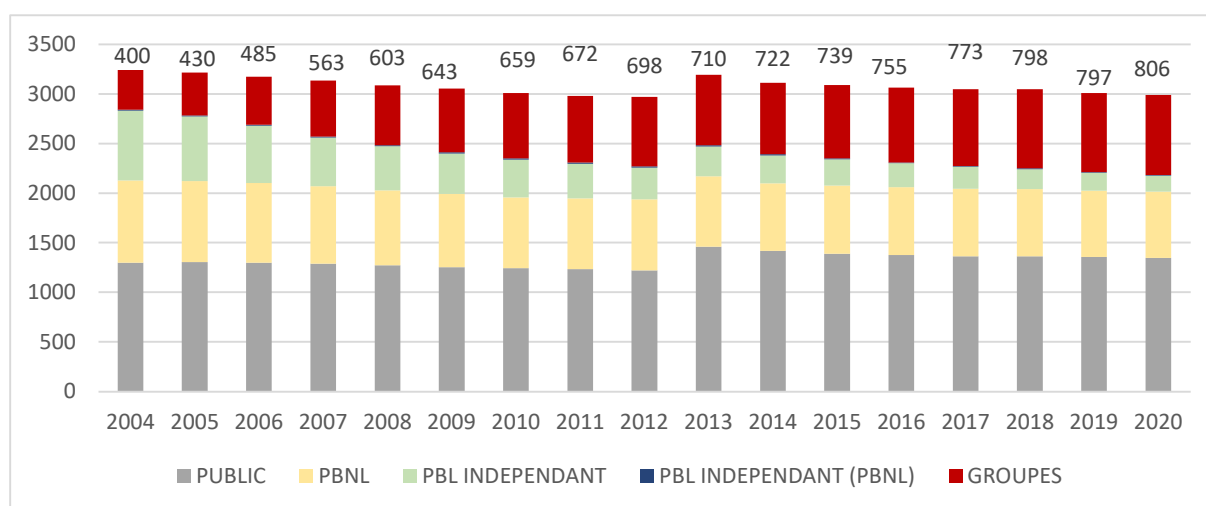
Schéma 2 : Dynamique de concentration et de financiarisation du groupe Ramsay Santé



7. La financiarisation, levier de la concentration

Sur la période 2004-2020, le nombre total d'hôpitaux en France¹⁶ a reculé en grande partie à cause des mouvements opérés dans l'hospitalisation à but lucratif (graphique 1). Le nombre des hôpitaux à but lucratif est passé de 1 114 à 975. Cette évolution s'est accompagnée de l'extinction progressive des structures indépendantes au profit des groupes, une dynamique similaire bien qu'exacerbée par rapport aux secteurs des services, du commerce et de l'industrie (Béguin et al., 2012 ; Demaison et al., 2020). Il y avait 714 hôpitaux à but lucratif indépendants en 2004, il n'en reste plus que 169 en 2020. A l'inverse, il y avait 400 établissements appartenant à un groupe en 2004 contre 806 en 2020. Le nombre de structures indépendantes a été divisé par 4,3 tandis que le nombre de structures appartenant à un groupe a été multiplié par deux.

Graphique 1 : Nombre d'hôpitaux en France entre 2004 et 2020¹⁷



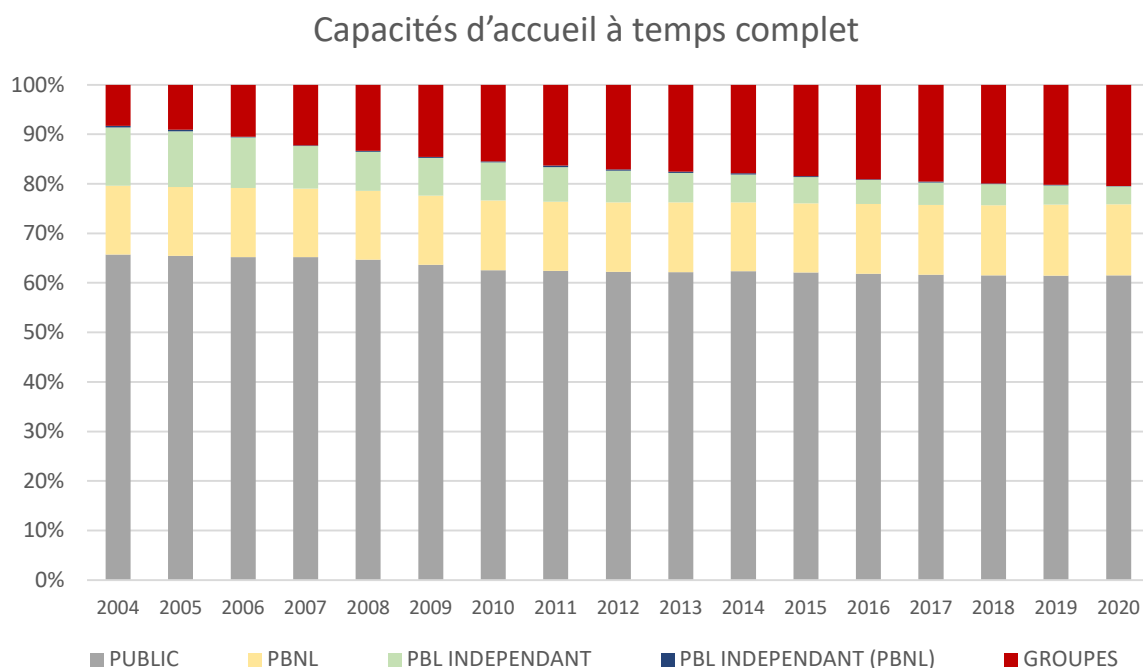
Lecture : en 2004, 400 établissements à but lucratif appartenaient à un groupe.

¹⁶ Nous reprenons pour désigner les hôpitaux la définition de la DREES dans le *Panorama des Etablissements de Santé*, qui distingue les établissements disposant de capacités d'accueil à temps complet ou partiel. Cette définition exclue ainsi les établissements réalisant exclusivement leur activité sous forme d'hospitalisation à domicile, et les centres de dialyse ou de radio et chimiothérapie, leur activité étant décomptée en séances.

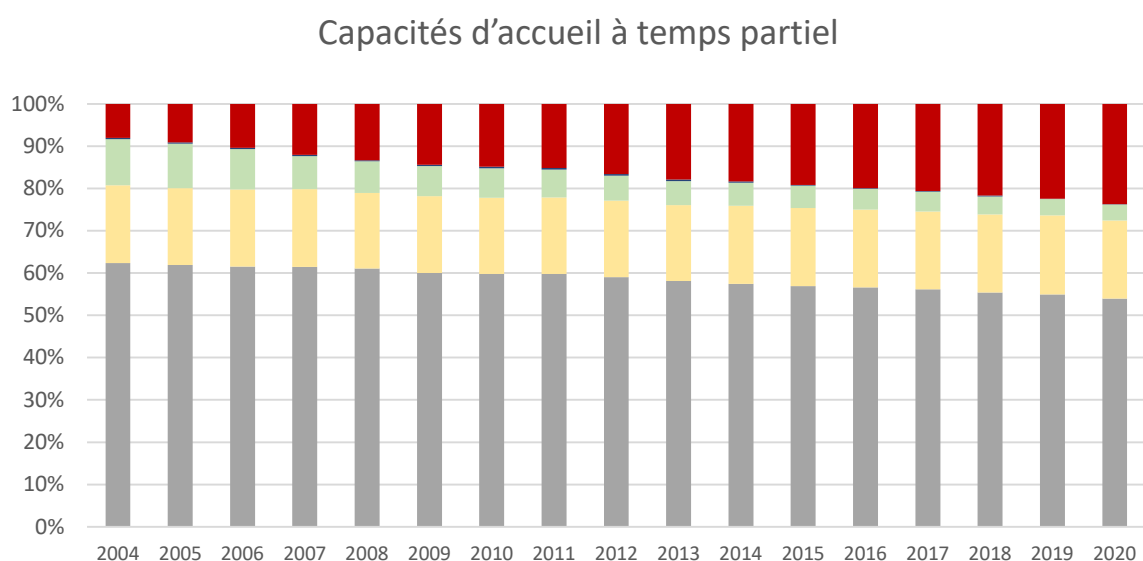
¹⁷ La légère hausse du nombre d'établissements que l'on peut observer pour l'année 2013 et suivante, est due à un artefact statistique. Le changement dans le mode d'interrogation des établissements publics (des entités juridiques aux établissements géographiques) a artificiellement fait augmenter le nombre d'établissements. Il n'y a pas plus d'hôpitaux publics après 2013. Ils sont juste décomptés plus finement. Cette évolution ne s'applique toutefois pas aux capacités d'accueil.

Le recul des structures indépendantes face aux groupes est une tendance générale qui se retrouve de la même façon dans l'hospitalisation complète que dans l'hospitalisation partielle (graphique 2). L'hospitalisation partielle des hôpitaux à but lucratif représentait 19,1 % du total en 2004 contre 27,5 % du total en 2020.

Graphique 2 : Evolution des capacités d'hospitalisation complète et partielle (en % des lits)



Lecture : en 2004, les capacités d'accueil des groupes s'élevaient à 38 445 places, soit moins de 10 % du total.



Lecture : en 2004, les capacités d'accueil des groupes à temps partiel s'élevaient à 4 115 places, soit moins de 10 % du total.

La catégorie de groupe recouvre des réalités hétérogènes. Le tableau 8 permet de visualiser l'évolution de la taille des groupes en termes de nombre d'hôpitaux appartenant à un groupe. Tout au long de la période, le type de groupes qui est le plus nombreux est le groupe de petite taille (2 à 5 établissements). Cependant, ce type de groupes a tendance à décroître : ils étaient 51 en 2004 et 41 en 2020. Toutes les autres catégories de groupes d'un nombre supérieur ont tendance à croître entre le début et la fin de la période. C'est le cas des grands groupes (plus de 100 hôpitaux). Un seul grand groupe existait en 2004 contre deux en 2020 et un groupe de 99 hôpitaux. Bien qu'il existe des variations entre les années (en raison notamment du phénomène d'écémage, c'est-à-dire la revente d'établissements considérés comme des « actifs non-stratégiques¹⁸ » – volontaire ou contrainte par les autorités de la concurrence – à la suite du rachat d'un groupe par un groupe concurrent), la tendance générale est à l'augmentation de la taille des groupes en termes de nombre d'établissements. En 2020, 93 groupes, dont 15 groupes d'un établissement, détenaient 806 établissements.

Tableau 8 : Evolution de la taille des groupes d'hôpitaux à but lucratif* (2004-2020)

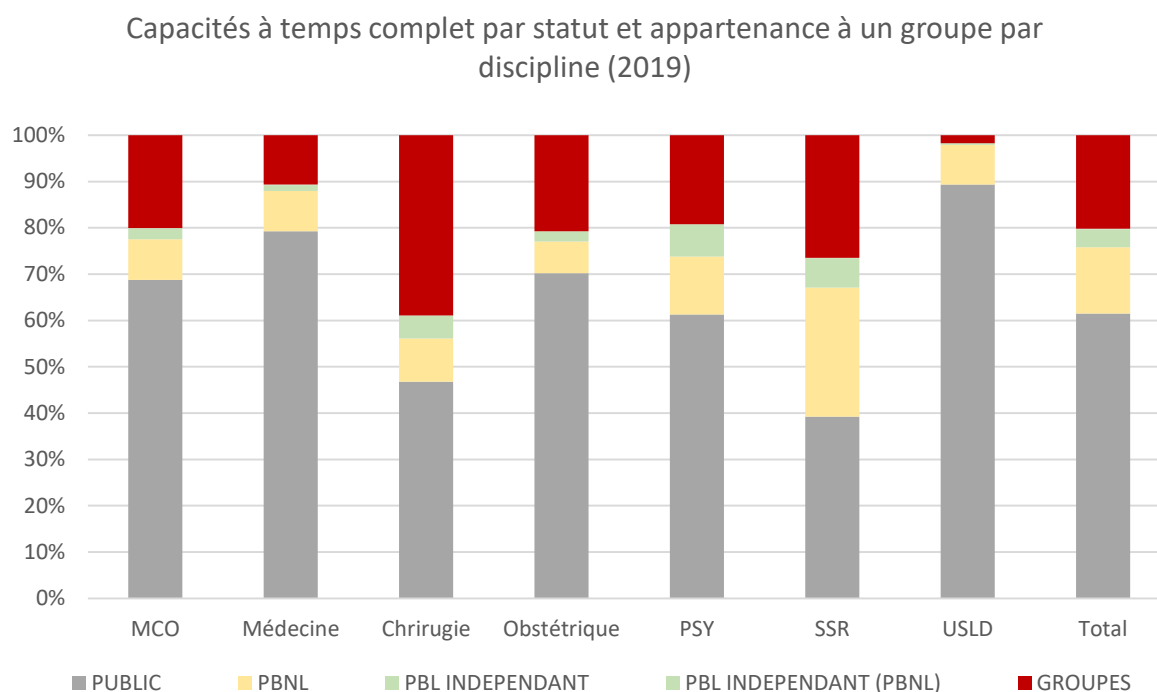
	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2015	2017	2018	2019	2020
1**	29	29	28	26	22	30	26	27	25	25	28
2 à 5	51	52	44	52	53	49	51	48	45	45	41
6 à 10	5	8	15	13	14	17	15	13	15	12	11
11 à 30	4	4	5	5	7	9	7	9	8	7	6
31 à 50	1	1	4	3	3	2	3	0	1	2	2
51 à 100	1	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4
+ 100	0	1	1	1	1	0	0	3	3	2	2
Total	91	95	97	101	101	110	102	101	98	95	92
* Hors groupes spécialisés dans le traitement de la dialyse ou du cancer par radiothérapie ou chimiothérapie. ** Hôpitaux qui appartiennent à un groupe mais qui sont le seul hôpital que ce groupe possède en France. Lecture : en 2004, 1 groupe possède entre 51 et 100 hôpitaux.											

L'analyse par type d'activité permet de mettre en évidence là où l'hôpital à but lucratif est le plus présent (graphique 3). L'hospitalisation privée à but lucratif est présente sur tous les types d'activités, partielle ou complète, excepté pour les unités de soins de longue durée où elle ne représente 2,1 % des capacités totales. Les hôpitaux à but lucratif sont particulièrement présents sur la chirurgie avec 43,9 % des capacités d'accueil en hospitalisation complète et plus de 53,3 % des capacités d'accueil en hospitalisation partielle. Les hôpitaux à but lucratif sont

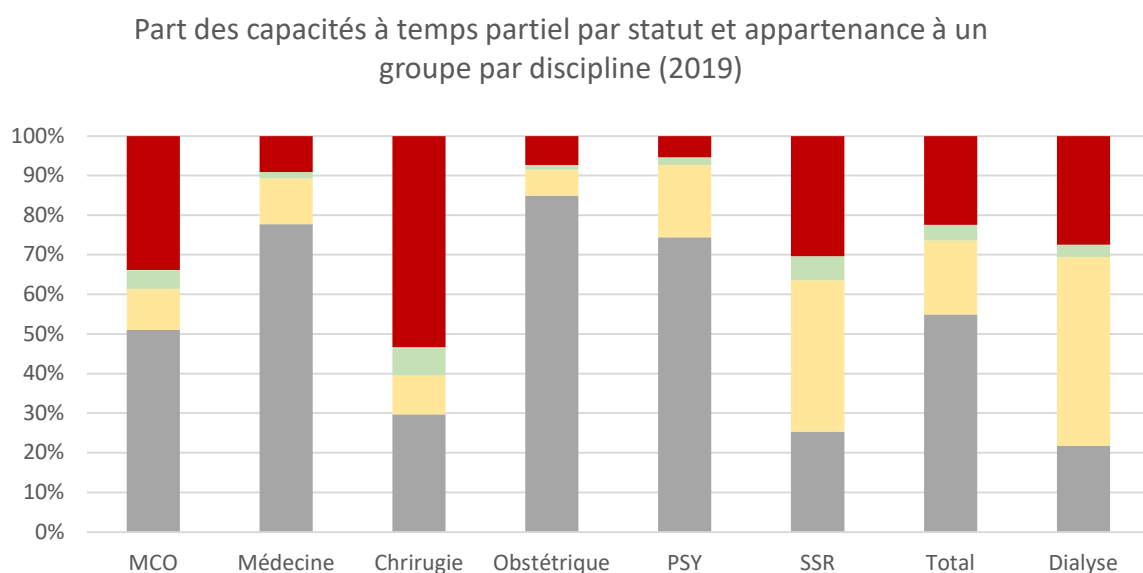
¹⁸ A ce propos, voir : <https://www.ramsaysante.fr/r/%C3%A9sultats-annuels-%C3%A0-fin-juin-2018>

également extrêmement présents dans le domaine des soins de suite et réadaptation. Ils représentent 32,9 % en hospitalisation complète et 36,5 % en hospitalisation partielle.

Graphique 3 : Capacité d'hospitalisation complète et partielle par type de spécialité en 2019



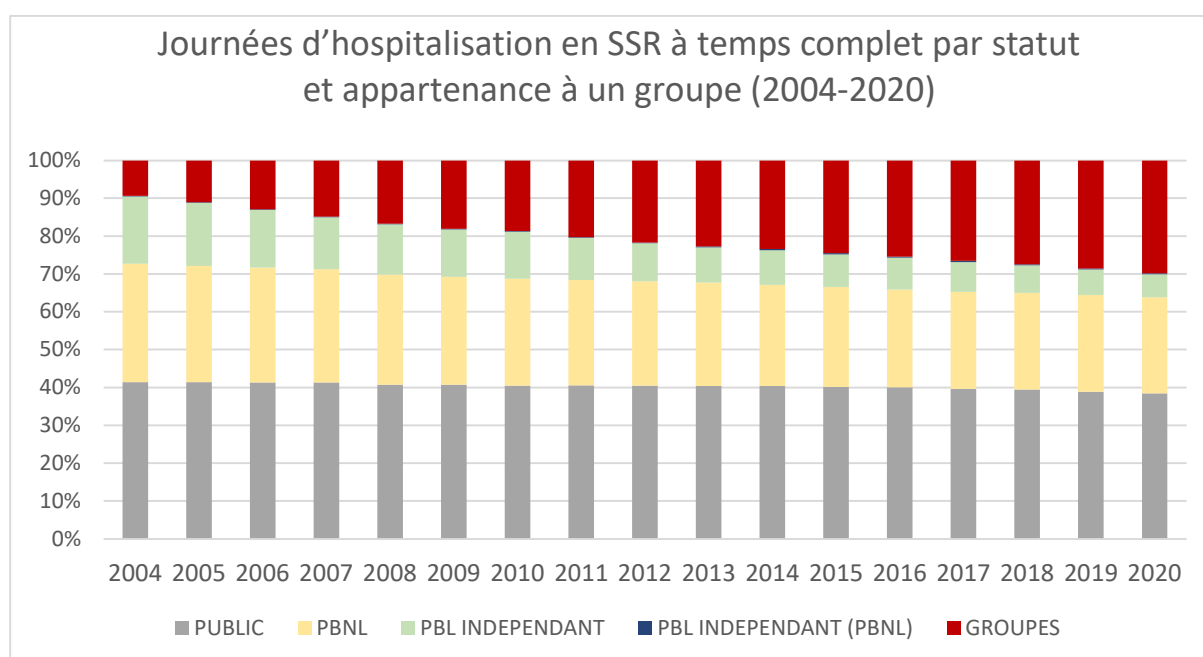
Lecture : en 2019, les capacités d'hospitalisation complète et partielle en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des groupes s'élevaient à 40 441 places, soit environ 20 % du total.



Lecture : en 2019, les capacités d'hospitalisation complète et partielle en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des groupes s'élevaient à 11 450 places, soit environ 32 % du total.

A chaque fois, les groupes dominent largement par rapport aux structures indépendantes. Dans le cas des soins de suite et réadaptation, l'activité à temps complet a connu la même évolution qu'ailleurs (graphique 4). Les structures indépendantes ont laissé place aux groupes. Les groupes représentent 28,6 % de l'activité à temps complet en 2019. Les six plus grands groupes, qui ont la particularité d'être financiarisés, réalisent 70 % de cette activité et 20,1 % de l'activité totale. Ces groupes sont Clinéa (7,4 %), Korian (5,7 %), Ramsay Santé (2,8 %), LNA santé (1,6 %), Elsan (1,6 %) et Almayiva (1,0 %).

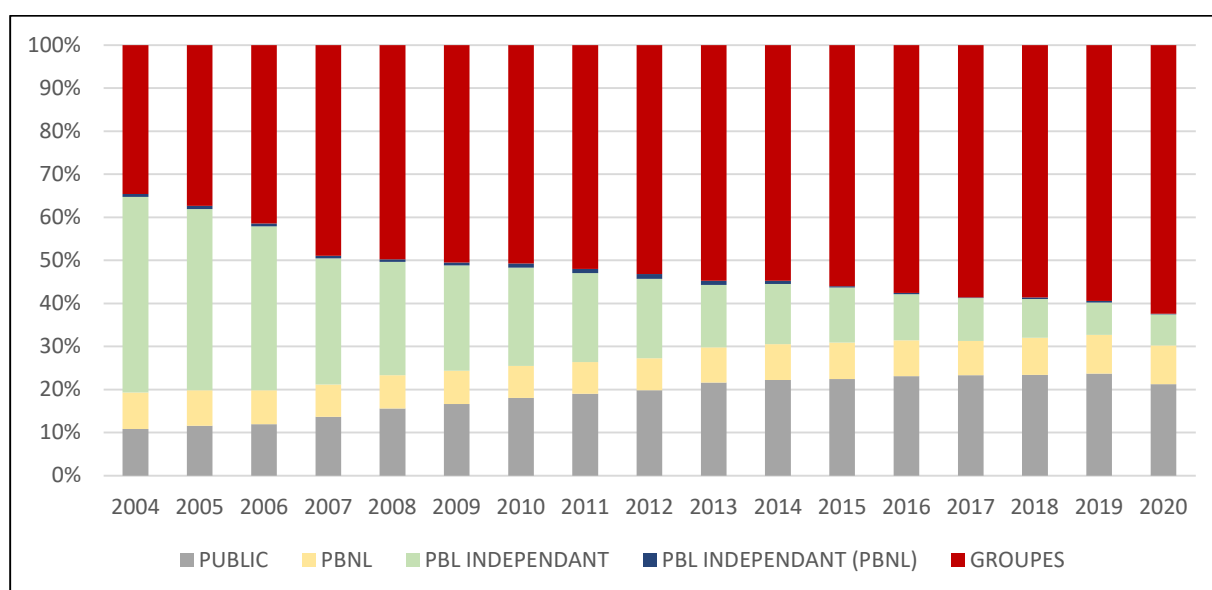
Graphique 4 : Activité de soins de suite et réadaptation en hospitalisation complète (2004-2020)



Lecture : en 2004, les groupes ont assuré 2 634 668 journées d'hospitalisation en SSR à temps complet, soit environ 10 % du total.

Dans le cas de la chirurgie en hospitalisation partielle, la situation est encore plus avancée (graphique 5). L'hôpital privé à but lucratif indépendant a perdu sa position dominante (2004) du fait du doublement de la part du public (10,8 à 21,2 % du total) mais surtout de la place hégémonique des groupes qui sont passés de 34,6 % à 62,4 %. Quelques groupes financiarisés concentrent de fortes parts de marché : Ramsay Santé (15,1 %), Elsan (13 %), Vivalto Santé (5,1 %), Almayiva Santé (3,4 %).

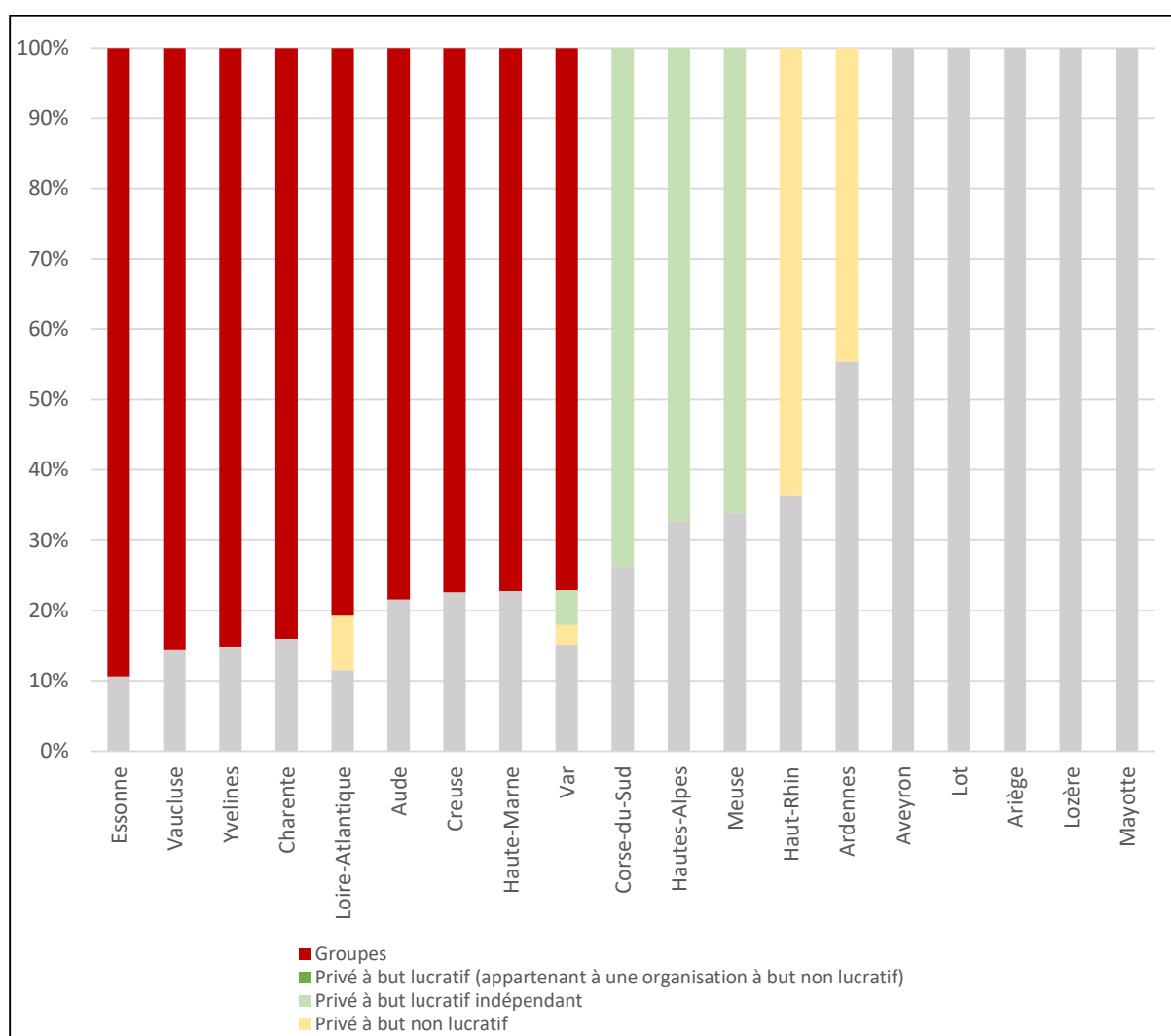
Graphique 5 : Activité de chirurgie en temps partiel en journées (2004-2020)



Lecture : en 2004, les groupes ont assuré 989 634 journées d'hospitalisation en chirurgie à temps partiel, soit environ 34 % du total.

Même lorsqu'elle est ventilée par types de spécialité, l'analyse des données au niveau national cache des disparités locales très importantes. Lorsque l'on regarde la concentration de l'activité de chirurgie ambulatoire au niveau des départements en 2019, on observe une très forte hétérogénéité (graphique 6).

Graphique 6 : Activité de chirurgie ambulatoire par département en 2019



Lecture : en 2019, en Essonne, les groupes assuraient 70 687 journées de chirurgie ambulatoire, soit presque 90 % du total.

Dans certains départements, l'hospitalisation privée est complètement absente (Ariège, Aveyron, Lozère, Lot, Mayotte). Dans d'autres départements, si l'hôpital à but lucratif est présent, ce n'est que sous sa forme indépendante (Savoie, Corse du Sud, Meuse, Hautes-Alpes). A l'inverse, certains départements connaissent une présence des groupes bien supérieure à la moyenne de cette année-là (59,4 %). En particulier, dans les Yvelines, l'Essonne, la Charente, la Loire-Atlantique et le Vaucluse, la part des groupes est supérieure à 80 %. Dans certains départements, la part de marché de certains groupes peut être extrêmement élevée. Dans le Vaucluse, 85,6 % des séjours de chirurgie ambulatoire est le fait de groupes, dont 61,4 % uniquement par le groupe Elsan qui détient donc un quasi-monopole sur le département. En Loire Atlantique, trois groupes se partagent 80,7 % de l'activité. Elsan représente 77,4 % de l'activité dans la Creuse et 70,8 % dans le Cantal.

Ces situations conférant un fort pouvoir de marché se donnent à voir pour d'autres spécialités. En Haute-Loire, 69,7 % de l'activité de médecine est captée par Korian. Concernant les soins de suite et réadaptation, Elsan représente 89,1 % de l'activité dans l'Aude, 52,1 % dans l'Allier, 50,5 % dans le Cantal, 64,1 % dans le Cher. Pour la dialyse, Elsan représente 66,6 % de l'activité en Haute-Marne, et 77 % dans le Cantal.

8. Financiarisation, capitalisme et production de soins

Cette recherche permet de documenter la transformation du capitalisme hospitalier français. Le secteur hospitalier à but lucratif est très dynamique depuis la Révolution française et a largement bénéficié des assurances sociales introduites dans la première moitié du 20^{ème} siècle. Mais il a énormément changé depuis ces 30 dernières années. Deux phénomènes liés se sont produits : la concentration et la financiarisation. Entre 2004 et 2020 le nombre d'hôpitaux à but lucratif a reculé de 12,2 %, passant de 1 114 à 975. Plus encore, le nombre d'hôpitaux indépendants s'est effondré (divisé par 4,2 sur la période) au profit de la constitution de groupes.

La concentration rapide a été rendue possible par la financiarisation du secteur. En 2024, les leaders du marché sont étroitement liés au monde de la finance, que cela soit par la cotation en Bourse ou *via* le rôle de fonds d'investissement. Au moins 18 groupes étaient financiarisés en 2020, et représentaient 59,2 % des hôpitaux à buts lucratifs, 63,5 % des capacités à temps complet et 60 % des capacités à temps partiel des hôpitaux à but lucratif, et 60,4 % des centres de dialyse à but lucratif et 66,3 % des séances de dialyse à but lucratif.

Les cas emblématiques de Elsan et Ramsay Santé illustrent l'intrication entre la dynamique de fusions et acquisitions d'un côté, et le recours au monde de la finance d'un autre côté. Alors que le secteur de l'hôpital à but lucratif était composé principalement de structures indépendantes dont les médecins étaient propriétaires, désormais, la figure centrale est celle d'une structure appartenant ou dépendante d'un groupe dont la propriété est partagée ou complètement aux mains de la finance.

Ces trente dernières années ont vu une modernisation du secteur hospitalier, au sens d'un rapprochement du fonctionnement de ce secteur aux standards du capitalisme contemporain. Ce que l'analyse empirique ne permet pas de montrer mais seulement de suggérer est la transformation capitaliste du secteur. Traditionnellement le secteur de la santé en France est

imparfaitement capitaliste au sens où la réglementation impose que le capital soit possédé par des médecins. Certains auteurs parlent de *professional mode of production* (Savage, 1994 ; Savage et Robertson, 1999). Le capital ne peut pas être anonyme comme dans le reste du monde capitaliste. En ce sens, l'hôpital à but lucratif ne s'est pas seulement financiarisé (et concentré) : il est aussi devenu pleinement capitaliste. Il faudrait ainsi, pour des recherches futures, démêler ce qui relève de la transformation capitaliste (le capital peut être détenu plus facilement par des non médecins) de ce qui relève de la financiarisation (le capital est détenu par des acteurs du monde de la finance). Cette remarque peut avoir une importance lorsque l'on cherche à mobiliser les résultats des travaux sur la financiarisation dans le cas du secteur de la santé. Les recherches sur la financiarisation traitent d'un changement dans le cadre du capitalisme (capitalisme industriel *versus* capitalisme financiarisé ou *managerialism versus shareholder value*). Ce que l'on observe dans le cas de la santé est un peu différent puisqu'en très peu de temps, les hôpitaux sont devenus pleinement capitalistes alors qu'ils ne l'étaient pas et il se trouve que la forme du capital était à ce moment-là financiarisée.

L'une des principales craintes associées à la transformation du secteur de l'hôpital à but lucratif concerne l'augmentation importante de son pouvoir. Avec des établissements moins nombreux, plus interdépendants et sous le contrôle d'acteurs financiers très puissants, la nouvelle distribution du pouvoir peut avoir plusieurs types de conséquences inquiétantes :

- Premièrement, des inégalités importantes peuvent se développer dans l'accès et la qualité des soins pour les patients (Appelbaum et Batt, 2021 ; Belorgey, 2019 ; Jansen Ferreira, 2022 ; Vural, 2017). Pour certaines spécialités ou dans certains territoires, l'hospitalisation privée à but lucratif est déjà dominante et parfois même une seule entreprise contrôle largement le marché. Cela permet d'exercer une pression à la hausse sur les prix, en particulier pour les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires (Aballea et al., 2007). Lorsqu'une alternative existe dans le secteur public ou dans le secteur privé à but non lucratif, elle peut être moins couteuse mais implique un délai important pour l'accès aux soins. Le système de santé français est déjà largement dual (Batifoulier, 2014), la financiarisation des hôpitaux à but lucratif a toutes les chances de renforcer les inégalités ;
- Deuxièmement, la financiarisation peut changer le rapport au travail des professionnels de santé. Les médecins autrefois propriétaires et largement autonomes dans leur activité, dépendent de façon croissante des conditions imposées par les nouveaux propriétaires. S'ils restent des travailleurs privilégiés des hôpitaux à but lucratif, leur pouvoir est en déclin (Bourgueil et Benamouzig, 2023). La situation des autres professionnels de santé n'a pas

de raison d'être meilleure, surtout si l'on se réfère à la littérature qui examine l'impact de la financiarisation sur le niveau et la qualité de l'emploi dans les entreprises non financières (Deakin et Reberiou, 2009 ; Fligstein et Shin, 2007) ;

- Troisièmement, le pouvoir de négociation des hôpitaux à but lucratif est une menace pour l'assurance maladie. Les relations avec les hôpitaux à but lucratif ont toujours été tendues car ceux-ci savaient s'organiser pour défendre leurs intérêts (Faure et Dessertine, 2012). Mais dans les négociations annuelles portant notamment sur les prix et le niveau des remboursements, le rapport de force a évolué significativement. La capacité des acteurs financiarisés à s'organiser est sans commune mesure avec celle des structures autrefois indépendantes. La grève des cliniques du premier semestre 2024 en atteste (Cordier, 2024) : l'assurance maladie a été contrainte de satisfaire à une partie des exigences des cliniques alors même que la fiabilité des données financières sur leur situation n'est pas assurée. D'ailleurs, certains médecins se sont plaints du fait que l'accord final soit plus favorable aux cliniques qu'à eux¹⁹ et l'organisation représentative des hôpitaux public a dénoncé le fait que le ministère ait cédé au « chantage » des hôpitaux privés. Cet épisode n'est pas un cas isolé. Les laboratoires d'analyse médicale financiarisés ont également usé de toute leur puissance pour négocier avec l'assurance maladie (Leymarie, 2023). L'audition au Sénat du directeur de l'assurance maladie le 10 avril 2024 révèle toute l'ambivalence de la stratégie de son institution²⁰. Alors que l'assurance maladie (et plus largement) les pouvoirs publics ont incité à la concentration des laboratoires d'analyse médicales dans le but de réaliser des économies d'échelle, cela a créé des entreprises financiarisées avec un pouvoir de négociation autrement plus important que les acteurs indépendants du passé. Le directeur de l'assurance maladie a ainsi déclaré que le problème n'était pas tant la concentration et la financiarisation du secteur – car ces phénomènes apportent des gains de productivité – que la difficulté de l'assurance maladie à récupérer une partie de ces gains de productivité avec les nouveaux acteurs. Sans entrer dans le débat des effets indésirables liés à ces hausses de productivité (sélection et spécialisation sur des activités rentables, baisse de la qualité des soins ?), on peut au moins être dubitatif quant à la démarche de l'assurance maladie. Pourquoi refuser d'investir des fonds publics pour créer des producteurs publics de soins qui peuvent être mis au service des citoyens et des professionnels plutôt que de financer des

¹⁹ Les libéraux exerçant dans les cliniques s'opposaient ouvertement à cette grève « patronale », allant à l'encontre de leurs intérêts financiers, leurs revenus étant fonction de leur niveau d'activité.

²⁰ Voir ici la vidéo de son intervention sur le site Internet officiel du Sénat : https://videos.senat.fr/video.4580538_661667b9f25fd

producteurs privés à but lucratif dont l'expérience démontre qu'il est difficile de les contrôler ?

9. Conclusion

La financiarisation de la santé est devenue un champ de recherche très dynamique ces dernières années. Les travaux existants témoignent à la fois de l'ampleur du phénomène mais aussi des risques qu'il fait peser sur les systèmes de santé. L'objectif de cette étude était de documenter pour la première fois la financiarisation des hôpitaux à but lucratif en France. A partir d'une recherche documentaire et de l'exploitation d'une base de données administrative, nous avons montré que la financiarisation du secteur est très avancée. En 2024, 17 groupes d'hôpitaux à but lucratif dont les principaux leaders du marché sont financiarisés. Entre 2004 et 2020, la financiarisation a été un moteur de la concentration du secteur. Le nombre d'hôpitaux à but lucratif indépendants a été divisé par 4,2. Autrefois dominants, ils sont désormais minoritaires et ont laissé place à des groupes puissants souvent financiarisés. Ces transformations modifient la distribution du pouvoir dans le système de santé ce qui menace les patients, les professionnels et l'assurance maladie.

De futures recherches pourront se déployer dans deux directions. D'abord, il serait souhaitable de réussir à quantifier le phénomène de financiarisation et à éclaircir ses liens avec la concentration. Ensuite, il faudrait étudier systématiquement les effets de la financiarisation sur les acteurs du système de santé. Les craintes doivent être objectivées.

III. Le creusement des inégalités sociales de santé : le cas de la zone Franche-Comté

Nicolas Belorgey

1. Introduction

L'objectif de ce chapitre est d'étudier ce que les transformations de l'hôpital public et des cliniques privées à but lucratif sont susceptibles de produire sur les professionnels de santé et sur les patients, en se concentrant sur le cas de deux départements : le Doubs et la Haute-Saône. Il s'agit d'observer ce que peuvent vivre les acteurs à l'échelle de l'écosystème de soins et les professionnels de santé au quotidien.

Les principaux résultats de ce chapitre sont les suivants. La réforme portant création des nouvelles régions laisse subsister une forte dépendance au sentier dans la mesure où la carte sanitaire a peu évolué. Le niveau relativement faible de la démographie médicale renforce un phénomène de course à l'armement où les établissements publics et privés se battent pour attirer les médecins. La sélection des patients s'affine avec un rôle important de l'adressage en médecine libérale. Le processus de concentration/financiarisation produit une d'intensification du travail proche de ce qu'il continue à se produire dans l'hôpital public. La qualité des soins souffre de cette situation ainsi que les familles et certains médecins libéraux qui se voient chargés de tâches qui ne sont plus réalisées par les établissements de santé. La désertification médicale engendre quant à elle trois types d'effets : une hausse des coûts de transport pour les patients (ce qui invite à réinventer le calcul des restes à charge), une hausse des dépassements d'honoraires consentis pour éviter les files d'attentes et un renoncement aux soins.

Le chapitre est organisé comme suit. La deuxième section présente le terrain, l'ancienne région Franche-Comté. La troisième section décrit les observations réalisées dans le Doubs qui est un département relativement bien doté en ressources médicales. La quatrième section s'intéresse à un département relativement défavorisé : la Haute-Saône. La cinquième section conclue et la sixième section présente la bibliographie.

2. Présentation du terrain

La Franche-Comté, région historique, a constitué une région au sens administratif du terme de 2002 – étape importante de la décentralisation lors de laquelle ces circonscriptions regroupant plusieurs départements et dotées de compétences propres ont été créées – à 2015, quand elle a été fusionnée avec la Bourgogne. Au titre de ces compétences figure notamment la planification sanitaire, les régions étant d’abord le siège des agences régionales de l’hospitalisation (ARH) lors de leur création en 1996, puis celui des agences régionales de santé (ARS) à partir de 2009, quand les premières voient leur compétence étendue à la médecine de ville. La planification des établissements de santé s’est donc développée initialement dans un cadre franc-comtois.

Cette situation historique a laissé des traces encore bien visibles aujourd’hui. D’une part, les deux parties de la région Bourgogne-Franche-Comté continuent à fonctionner sur le plan sanitaire de façon relativement séparée (cf. illustration 1). Chacune possède son CHU (Dijon pour la première, Besançon pour la seconde). Les groupements hospitaliers de territoires (GHT), ces regroupements d’établissements conçus pour établir une division du travail à l’échelle d’un territoire de manière à supprimer les « doublons » et ainsi réduire l’offre de soin, dans une perspective d’économies budgétaires, demeurent en grande partie assis sur une base départementale et donc ne communiquent quasiment pas d’une région à l’autre. En ce qui concerne la Franche-Comté, il s’agit des GHT :

- Centre Franche-Comté, qui correspond largement au département du Doubs (25) ;
- Haute-Saône, qui correspond au département du même nom (70) ;
- Nord Franche-Comté, qui correspond au Territoire-de-Belfort (90) plus la ville de Montbéliard, distante de celui-ci d’une vingtaine de kilomètres seulement et reliée à lui par de nombreuses coopérations locales ;
- Jura, qui correspond essentiellement au département du Jura (39).

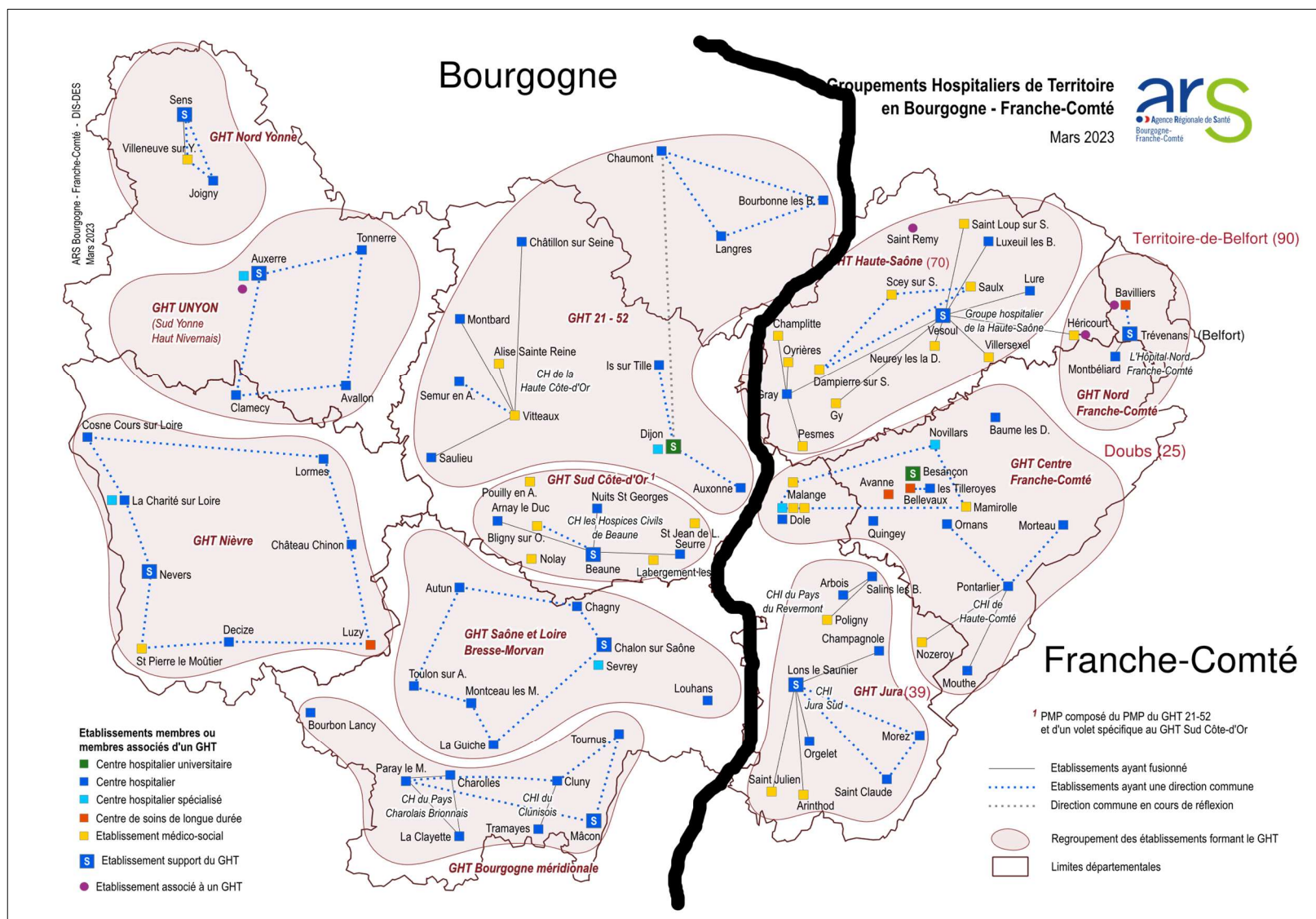


Illustration 1 : Adossement des GHT aux départements

Sources : PRS Bourgogne Franche-Comté, ajouts de l'auteur

Chacun de ces GHT est construit autour d'un « établissement support », en général le centre hospitalier (CH) de la préfecture du département : Lons-le-Saunier pour le Jura, Vesoul pour la Haute-Saône, etc. Le CHU de Besançon constitue l'établissement de recours pour ces différents CH. Autrement dit, quand l'état d'un patient ne permet pas qu'il soit soigné sur un site quelconque, *i. e.* où on ne trouve plus toutes les spécialités médicales, ou plus toutes les spécialités à un niveau suffisant, par exemple Luxeuil, il est transféré au CH support, en l'occurrence Vesoul, puis si ce n'est pas encore suffisant au CHU de Besançon. Si un CHU ne présente pas un niveau de compétence suffisant pour traiter la personne, celle-ci est envoyée dans un établissement de référence nationale, typiquement une des trois Assistances publiques (Paris, Lyon, Marseille). L'ensemble assure que n'importe quel patient puisse être pris en charge en France, au prix d'une mobilité plus ou moins grande (et donc potentiellement d'une perte de chances pour lui et d'une hausse des frais de transports associés, sanitaires et pour ses proches).

Les quatre départements de la région historique Franche-Comté réfèrent donc leurs patients délicats au CHU de la capitale historique, Besançon, et non à Dijon, en Bourgogne. La fusion des régions semble s'être surtout traduite, du point de vue de l'administration de la santé, par un éloignement de l'ARS, dont la quasi-totalité du siège a été transférée à Dijon. Tel médecin libéral influent qui échangeait régulièrement avec cette administration déplore ainsi aujourd'hui n'avoir plus d'interlocuteur. Quant au CHU, sa crainte serait d'être ultimement absorbé par celui de Dijon. Ceci aurait pour conséquence non seulement une réduction de l'activité sur place mais aussi une nouvelle hausse des coûts pour les patients et pour leurs familles, les deux villes étant distantes d'une centaine de kilomètres.

La Franche-Comté est fortement concernée par le mouvement national de réduction de la démographie médicale. Si le département du Doubs tire assez bien son épingle du jeu, avec une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale (96 contre 86 pour 100 000 hab.), de même que pour les spécialistes (195 contre 179, tous statuts d'exercice confondus), en revanche les autres départements peinent à « attirer » ces professionnels de santé (tableaux 1 et 2). Le Jura, par exemple, n'a que 82 généralistes et 114 spécialistes pour 100 000 hab. Le Territoire de Belfort présente une situation contrastée, avec 84 généralistes et 247 spécialistes. Tous les départements de la zone présentent des déficits relatifs en termes de dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. Le Doubs en particulier ne compte que 143 infirmiers pour 100 000 hab., contre 161 en moyenne régionale et 195 en moyenne nationale.

Tableau 1 : Démographie médicale de ville

Professionnels de santé libéraux ou mixtes, en exercice au 01.01.2021 (1)												Retour sommaire
Nombre et densité pour 100 000 habitants												Sources : DREES, ADELI - exploitation Fnors , ANS, exploitation Fnors , INSEE, estimations de population
Professions		Côte d'Or	Doubs	Jura	Nièvre	Haute Saône	Saône et Loire	Yonne	T. de Belfort	BFC	% BFC / F. métro.	France métro.
Médecins généralistes	nombre	542	526	212	140	196	395	218	109	2 311	4,1	56 636
	densité	101	96	82	70	84	72	66	78	82,8		86,5
	dont praticiens de 55 ans et plus	240	221	98	87	91	192	150	55	1 123	4,0	28 356
Médecins spécialistes	nombre	565	447	138	138	88	444	240	212	2 065	3,6	56 835
	densité	106	82	54	69	38	81	72	153	74,0		86,8
	dont praticiens de 55 ans et plus	230	219	74	83	46	213	140	106	1 039	3,5	29 522
Ensemble médecins libéraux (nombre)		1 107	973	350	278	284	839	458	321	4 376	3,9	113 471
Chirurgiens dentistes	nombre	257	281	113	92	72	235	121	60	1 214	3,4	35 744
	densité	48	51	44	46	31	43	36	43	43,5		54,6
Infirmiers	nombre	854	780	392	329	394	1 094	519	216	4 508	3,5	127 825
	densité	160	143	152	164	169	200	156	155	161,5		195,3
Masseurs-kinésithérapeutes (2)	nombre	742	547	215	139	148	556	198	118	2 647	3,6	73 413
	densité	139	100	83	69	63	101	60	85	94,8		112,2
Pédicures-podologues (2)	nombre	104	102	41	39	43	99	78	21	500	3,6	13 760
	densité	19	19	16	19	18	18	23	15	17,9		21,0
Orthophonistes	nombre	138	140	50	31	33	120	62	27	589	2,7	21 585
	densité	26	26	19	15	14	22	19	19	21,1		33,0

(1) A partir de l'édition 2017 du STATISS, la méthode de calcul a été modifiée : les professionnels dénombrés par département et région sont ceux ayant au moins une activité sur ces territoires. Si un professionnel a deux activités sur un même territoire, il n'est compté qu'une seule fois, par contre, s'il a deux activités sur deux territoires différents, il est compté une fois dans chaque. De ce fait, il est possible que la somme des départements d'une région ne soit pas égale à la valeur régionale. Par ailleurs, les remplaçants ne sont pas comptabilisés dans les données présentées.

(2) Suite au passage du répertoire Adeli au RPPS, la production des bases statistiques des masseurs-kiné. et des pédicures-podologues sont en cours. Les données présentées sont issues d'un calcul régional.

Source : Statiss, 2021

Tableau 2 : Démographie médicale en établissements

Ensemble des médecins spécialistes : densité au 01.01.2021 selon la spécialité exercée (1)										
Retour sommaire										
Sources : DREES - ARS - ANS - RPPS exploitation Fnors - Insee estimations au 01/01/2021										
Densité pour 100 000 habitants										
Professions	Côte d'Or	Doubs	Jura	Nièvre	Haute Saône	Saône et Loire	Yonne	T. de Belfort	BFC	% BFC / F. métro.
Spécialités médicales	193,0	150,9	79,1	83,5	77,5	115,3	89,1	181,4	121,9	139,3
dont : Anesthésie-réanimation	20,2	18,1	8,5	4,5	5,1	11,9	7,8	16,6	12,8	15,7
Cardiologie	12,7	8,6	7,4	8,0	5,1	10,8	10,2	11,5	9,2	10,5
Dermato-vénéréologie	7,5	7,1	2,7	2,0	2,6	3,5	2,1	5,0	4,5	5,3
Gastro-entéro-hépatologie	7,1	6,2	3,1	5,5	3,0	4,2	2,7	7,2	4,8	5,6
Gériatrie	5,2	1,1	1,9	1,5	2,1	4,6	4,8	2,9	3,3	3,1
Gynécologie médicale	2,4	1,8	1,2	3,0	2,1	1,5	0,6	2,2	1,8	3,2
Pédiatrie	14,4	12,1	6,2	4,0	4,3	7,1	5,7	12,2	8,8	11,8
Radiodiagnostic	18,2	15,2	4,3	7,5	6,0	9,7	5,7	15,1	10,3	11,8
Rhumatologie	4,3	2,9	2,7	1,5	1,3	2,2	1,5	6,5	2,8	3,7
Pneumologie	6,0	4,4	4,3	3,0	2,1	5,7	3,6	6,5	4,3	4,6
Psychiatrie	25,6	23,3	15,9	10,9	18,4	16,8	15,7	17,3	18,7	22,5
Biologie médicale	6,6	5,5	1,2	3,5	3,4	3,1	1,2	3,6	3,9	4,3
Médecine du travail, santé publique	8,8	7,1	3,5	4,0	5,6	6,9	3,0	5,0	6,0	7,2
Spécialités chirurgicales	52,4	43,9	35,3	24,9	22,7	42,3	32,2	65,5	37,4	40,2
dont : Chirurgie générale	8,6	5,9	3,1	1,5	1,3	4,4	3,0	7,9	4,3	4,8
Gynécologie-obstétrique	9,9	6,4	4,3	3,5	3,9	7,8	4,2	13,7	6,7	7,7
Ophthalmologie	8,8	5,7	11,2	8,0	3,9	7,8	6,3	10,1	7,0	8,2
Oto-rhino-laryngologie	5,1	3,8	2,7	2,5	1,7	3,1	3,3	6,5	3,5	4,3
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	1,1	2,2	1,2	0,5	0,9	1,5	0,9	2,2	1,3	1,6
ENSEMBLE SPÉCIALITÉS	245,4	194,8	114,4	108,4	100,2	157,7	121,4	246,9	159,3	179,5

(1) Ensemble des médecins libéraux, salariés et mixtes.

Source : Statiss, 2021

La démographie médicale est particulièrement contrainte dans le secteur des établissements de santé. L'ARS indique ainsi que « de plus en plus de spécialités sont en tension, au premier rang desquelles la médecine d'urgence, la médecine générale, la psychiatrie, l'anesthésie-réanimation ou encore la gériatrie ». (ARS Bourgogne Franche-Comté, 2018) Les postes de PH à temps plein ont un taux de vacance de 37 % en 2021, en hausse par rapport aux années précédentes, « plaçant la région en onzième position sur treize », pour une moyenne nationale de 31 % (ARS Bourgogne Franche-Comté, 2018). Il faut rappeler que ces vacances de postes ne sont pas dues simplement à un manque de demande de travail de la part de médecins peu enclins à l'effort comme le suggère un point de vue fréquemment exprimé par des DRH – une variante de ce point de vue étant que les nouvelles générations ne voudraient pas autant travailler que leurs aînés – mais à défaut d'adéquation entre cette demande et une offre de travail qui s'est dégradée au cours du temps en termes de conditions de travail et de pouvoir d'achat.

Au sein de cet ensemble franc-comtois, on se focalise à présent sur deux zones : d'une part le département du Doubs et plus précisément sur la zone de Besançon qui en forme le centre, ainsi que le point de recours pour tout l'ensemble ; d'autre part sur le département de la Haute-Saône, qui apparaît par contraste comme une zone délaissée.

3. Une zone relativement bien dotée : Besançon et le Doubs

Dans l'agglomération de Besançon, nombre d'établissements de santé sont regroupés sur le sommet d'une colline située longtemps hors de la ville, à l'ouest du centre historique de celle-ci. On y trouve notamment le CHU, construit à la place de l'ancien sanatorium, son Institut de formation des professionnels de santé (IFPS ; tous les paramédicaux, publics comme privés, passent par de tels établissements publics), l'établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) public des Tilleroyes et les deux cliniques historiques de la ville, à savoir la clinique Saint-Vincent et la Polyclinique de Franche-Comté, qui ont été rachetées par le groupe Elsan. Il y a quelques années, une « maison des familles », de statut associatif, est apparue dans le périmètre du CHU. Elle assure une fonction d'hébergement pour les proches des patients, ainsi que pour ceux-ci en attente d'opération ou qui ne nécessitent pas une hospitalisation proprement dite. Cela permet aux établissements de soin de la zone d'externaliser facilement aux familles leur fonction d'hébergement, qui, on le rappelle, est assez coûteuse.

Le CHU était le CHRU de l'ancienne région de Franche-Comté (2002-2015). Il comporte environ 1 300 lits et places d'hospitalisation et réalise environ 160 000 séjours/an, dans à peu près toutes les disciplines médicales (CHU, 2024). Il emploie environ 7 300 personnes. Comme tous les CHU, il assume une quadruple fonction de soin, d'enseignement, de recherche et de recours pour les autres établissements. Son site historique, en centre-ville, n'abrite plus que des services de médecine légale et de psychiatrie. Toutes les autres activités se trouvent sur la colline, dans le bâtiment qualifié d'hôpital Jean Minjoz, à côté duquel est situé également l'IFPS. L'hôpital Jean Minjoz est assez bien desservi par le tramway, le trajet depuis la gare demandant une quarantaine de minutes.

La faiblesse de la démographie médicale au niveau régional se reflète dans le fonctionnement de cet établissement. Le personnel manquerait en radio, en maternité, en pédiatrie, aux blocs opératoires ; une longue attente serait à présent nécessaire pour accéder aux soins en pédiatrie

et en chirurgie, plusieurs mois pour une opération chirurgicale²¹. Certaines spécialités ou interventions ne seraient même plus disponibles, comme s'en plaignent certains patients :

« J'ai quelques soucis vasculaires aux jambes. Et ben, c'est le [secteur] privé. Parce que je suis allé une première fois, oui, je suis allé à Besançon une première fois. J'y ai vu un angiologue, chirurgien vasculaire, d'origine italienne d'ailleurs, très sympa. Mais il m'a dit : "Oh non, nous, les opérations..." Il n'avait pas l'air de... (...). A Besançon, à Minjoz (...). Oui, le secteur public. Et donc, un an après, j'ai toujours plusieurs petits soucis. Je suis allé voir un chirurgien vasculaire dans le privé. »²²

Ce phénomène serait renforcé tout d'abord par la faible compensation donnée aux soignants pour le travail supplémentaire accompli lors du Covid-19. Le « Ségur de la santé » a en effet comporté des hausses de salaire (environ 180 € nets/mois), non suivies d'augmentation de cotisations sociales, qui contribuent à alimenter le déficit de l'AMO (26 Mds € en 2021, 11 Mds en 2023), mais le niveau des salaires en France demeure inférieur à celui de la moyenne de l'OCDE et ni le problème des sous-effectifs ni celui du manque de lits n'ont été réglés (CCSS, 2024 ; CHI, 2021 ; Milleron, 2021).

Le manque de personnel dans le secteur public serait aussi renforcé par un transfert de la force de travail vers le secteur privé. Ainsi, une centaine d'AS auraient quitté l'établissement depuis lors. Des anesthésistes-réanimateurs, deux médecins gériatres et le chef de la radiologie seraient partis pour la clinique Saint-Vincent, située juste à côté et qui leur aurait offert des conditions de travail et de rémunération nettement plus attractives. Il en serait résulté la fermeture sur le CHU de 20 lits de gériatrie. Ce point confirme l'importance de la *medical arms race*, ou concurrence entre établissements pour s'attacher les services des médecins. Par ailleurs, la situation au CHU serait aussi dégradée par le manque de débouchés en aval (dont nous allons bientôt parler), de sorte que 40 à 50 patients demeureraient en attente de sortie, soignés mais occupant des lits, et donc dégradant la durée moyenne de séjour (DMS) et les finances de l'établissement.

Le CHU gère l'IFPS qui alimente toute la région en paramédicaux (infirmiers, cadres, aides-soignants, ambulanciers, etc.). A ce niveau, la simplification des études infirmières, qui a remplacé l'entretien obligatoire avec un professionnel et un psychologue par une simple sélection *via* Parcoursup, conduirait à beaucoup d'abandons au cours de la première année,

²¹ Nicole Durand, entretien (Besançon – Tilleroyes, décembre 2022). Certains noms sont anonymisés.

²² Entretien collectif (Lure – local des associations, novembre 2024).

quand les étudiants sont confrontés pour la première fois à la maladie, à la nudité, à la déchéance et parfois à la mort des patients. La réduction de la variété des stages aurait aussi induit une perte de compétence des infirmières, certaines ne sachant par exemple plus poser de sonde urinaire à l'issue de leur formation. Si ce phénomène déborde bien sûr le cadre régional, il n'en a pas moins des conséquences pratiques dans le périmètre de celui-ci.

Le CHU est aussi le siège du SMUR qui effectue des sorties pour récupérer les patients en besoin de soins urgents dans des véhicules médicalisés. Là aussi, la pénurie de médecins aurait frappé, le départ de l'un d'entre eux empêchant la structure d'aller récupérer des patients au CH de Belfort et Montbéliard comme elle le faisait auparavant, le CHU en constituant le recours.

Les personnels du CHU sont organisés en syndicats, la CFDT, Sud-Santé et la CGT recueillant dans cet ordre le plus de suffrages auprès d'eux.

Après le CHU, l'offre de court séjour sur Besançon est représentée essentiellement par Elsan, qui a racheté les deux cliniques historiques de la ville, Saint-Vincent et la Polyclinique de Franche-Comté. Autrefois concurrents, et proposant toujours des spécialités médicales identiques, ces établissements ont aujourd'hui partiellement fusionné, comme l'indique par exemple le fait que certains médecins exercent dans les deux établissements, situés à moins d'un kilomètre l'un de l'autre, et qui appartiennent à présent au même groupe.

La clinique Saint-Vincent compte 203 lits, 70 places d'hospitalisation de courte durée et fait environ 12 000 séjours/an en hospitalisation complète ainsi que 15 000 HDJ (Elsan, 2024a). Elle emploie environ 500 personnes, dont 72 médecins. Son volume d'infrastructure et de soins représente donc 1/6 à 1/5 de celui du CHU. Elle a été rachetée par Capio, firme suédoise, en 2018. Il y aurait eu alors « beaucoup de dialogue, une culture suédoise » du compromis²³. Puis, à la suite de chacun des rachats successifs qui ont aboutis à la position duopolistique d'Elsan au niveau national (RGDS en 2019, C2S en 2020, enfin Elsan en 2021, cf. chapitre sur la concentration dans ce rapport), le management aurait été de plus en plus « violent », aboutissant à présent à une forme de « maltraitance institutionnelle »²⁴.

La clinique Saint-Vincent se concentre sur une activité de soins vraisemblablement moins complexes que ceux du CHU. On peut déjà observer qu'elle pratique aujourd'hui la pose de prothèses du genou et de la hanche. Cette activité de chirurgie ambulatoire, qui externalise les

²³ Yann Dupond, entretien (Montreuil – siège de la CGT, octobre 2022).

²⁴ Dupond, Hugo Dupuis, discussion informelle (Besançon, décembre 2022).

phases d'hospitalisation pré- et post-opératoire sur les familles, enrôlant celles-ci au service du soin, selon un modèle dont la Suède avait été précurseur, conjugue la focalisation sur des patients et milieux familiaux qui peuvent supporter ce traitement avec une rentabilité nettement plus importante. Il s'agit d'une forme de sélection des patients, juridiquement fragile mais pratiquement assez facile à mettre en place dans le cadre formellement libéral de l'exercice de la médecine en clinique, où les praticiens sont supposés être directement les offreurs de soin, la clinique n'étant conçue que comme un faisceau de services-support de leur activité. « C'est la cadre de santé qui monte le dossier. Elle le présente aux médecins (...). Ce sont les chirurgiens qui décident (...) et ça revient au service d'origine. »²⁵

Cette sélection des patients s'observerait également dans le compartiment du moyen séjour, celui des soins de suite et de réadaptation (SSR). La clinique dispose en effet d'environ 50 lits dans cette discipline mais refuserait ceux qui seraient « trop lourds », lesquels se retrouveraient alors aux Tilleroyes, établissement public qui lui accueille tous les patients²⁶.

Toujours en SSR, la proportion de patients par soignant aurait augmenté au fil du temps, atteignant par exemple un binôme (1 IDE et 1 AS) pour 15 patients avant le Covid, et même un binôme pour 25 patients depuis (il s'agit des chiffres pour les équipes de journée, ceux pour la nuit étant du double, le travail étant alors plus léger)²⁷. « [La nuit], on commence [le tour du matin] de plus en plus tôt. On commence à 4 h 30 du matin [au lieu de 5 h 30] pour avoir le temps de tout faire (...). Beaucoup de collègues deviennent aigris, ne font plus bien leur boulot et ça ne les dérange pas. »²⁸

Cette intensification du travail et cette dégradation de la qualité des soins – commencer sa journée à 4 h 30 du matin n'est pas nécessairement bon pour un patient – s'accordent avec l'idée d'une extraction accrue de plus-value au fil des rachats. Elle aurait contribué à la décision d'Hugo, IDE intérimaire dans ce service, de ne plus y revenir.

La Polyclinique de Franche-Comté (PFC) compte 64 lits, autant de places d'hospitalisation de courte durée, et fait 24 000 séjours/an, dont plus de 20 000 en HDJ (Elsan, 2024b). Elle n'indique pas le nombre total de ses employés, mais fait état de 98 médecins. Elle est donc environ deux fois plus petite que la clinique Saint-Vincent mais emploie plus de médecins et

²⁵ Dupuis, discussion informelle.

²⁶ Durand, entretien.

²⁷ Dupuis, discussion informelle.

²⁸ Dupuis, entretien.

fait davantage d'hospitalisation de jour (HDJ) qu'elle, indiquant un rythme de passage moyen des patients encore plus élevé, suggérant une intensification de son modèle de soins. La polyclinique résulte du rapprochement de plusieurs cliniques entre 1996 et 2000, puis a été rachetée par C2C en 2020, enfin par Elsan en 2021. Dès le rachat par C2S, elle est dirigée par un ancien directeur d'Elsan, M. Roger. Le site Internet de la PFC, contrairement à celui de la clinique Saint-Vincent, fait figurer à part égale une invite pour les patients et pour les professionnels de santé (Elsan, 2024b), ce qui peut signaler une politique expansionniste ou tout simplement une difficulté à recruter. La page pour les professionnels de santé renvoie d'ailleurs au site d'Elsan lui-même, à partir duquel une recherche géographique peut ramener sur Besançon, ce qui indique que ces caractéristiques sont peut-être également celles du groupe sur la France entière (Elsan 2024c).

Si on suit le trajet d'un patient imaginaire qui aurait été hospitalisé d'abord en court séjour, une suite fréquente de cette première étape est un passage en moyen séjour (SSR). A Besançon, deux établissements offrent des places de SSR : la clinique Saint-Vincent que nous venons de voir, et le Centre des Tilleroyes (encore appelé « les Tilleroyes »), établissement public. Contrairement aux cliniques d'Elsan, ce centre n'est pas très bien référencé sur Internet. Par exemple, une recherche sur Google Map ne permet pas d'y accéder. Elle renvoie soit sur des services privés (radiologie, laboratoire d'analyse, centre de rééducation pour personnes en situation de handicap, etc.), soit sur la clinique Saint-Vincent, soit sur des chemins forestiers... En réalité, le SSR des Tilleroyes est référencé par le moteur de recherche sous le nom de « CHRU Besançon – Bâtiment Magenta ». Une personne ayant vaguement entendu parler des Tilleroyes comme établissement risque donc facilement d'être induite en erreur. Il semble donc aussi que les établissements privés, cherchant à étendre leur part de marché, soignent davantage leur accessibilité par Internet que cet établissement public, qui n'a pas ce souci.

Le Centre des Tilleroyes compte 147 lits, dont 10 en unité cognitivo-comportementale (UCC) pour les patients atteints de pathologies cognitives lourdes (comme la démence fronto-temporale, qui relâche l'inhibition). Il se caractérise par trois éléments : tension entre la demande et l'offre de soin ; managérialisation ; baisse de la qualité des soins.

a) Tension entre l'offre et la demande de soins

On observe tout d'abord une situation de tension entre la demande et l'offre de soin de SSR. Si les indicateurs de pauvreté et de précarité sociale placent le Doubs aux alentours de la moyenne nationale, en revanche, le taux d'équipement du département pour les places en SSR est

relativement réduit : moins de 1,45 lits et places/1000 hab., contre 1,8 en moyenne nationale (ARS, 2021). De leur côté les services de MCO, qui constituent l'amont du SSR, sont incités à réduire leur durée de séjour par le financement par la T2A. Ces patients se retrouvent donc aux Tilleroies avec des pathologies encore en phase aiguë, mais qui ne sont financées que comme si cette phase était à présent derrière eux, c'est-à-dire de manière moindre, d'où des difficultés financières pour l'établissement. De plus, de nombreux éléments se conjuguent, comme dans d'autres services de SSR (Belorgey, 2021), pour freiner la sortie des patients : une difficulté à trouver des places en EHPAD, situation qui concernerait ici la moitié des patients²⁹, des procédures juridiques en cours (tutelle, aide sociale...), et une offre d'aide et de soins insuffisante en aval (nous allons bientôt y revenir). Enfin, comme dans le cas du CHU, certains médecins seraient partis pour exercer à la clinique Saint-Vincent, entraînant la fermeture de 30 lits.

b) Managérialisation

Dans ce contexte de tension entre l'offre et la demande, l'établissement a connu une managérialisation au fil du temps. En 1998, l'ancien directeur est parti à la retraite. Qualifié de « paternaliste » dans son mode de fonctionnement, il aurait cependant présenté l'avantage d'avoir « fait confiance » aux soignants³⁰. Il est alors remplacé par un nouveau directeur, qui double l'équipe de direction, laquelle passe de 7 à 14 personnes, et met en place un management par les indicateurs, ce qui est en effet une façon de réduire l'autonomie des professionnels de santé. En 2000 sont mis en place les GHT au niveau régional. Certains services sont aujourd'hui mutualisés avec le CHU et/ou l'EHPAD public voisin de Bellevaux, comme la direction et la blanchisserie. En 2017 arrive un troisième directeur, M. Dumoulin, qui accentue le virage managérial. Il supprime les postes aménagés pour les travailleurs handicapés, certaines instances de l'établissement, et surtout prêche la polyvalence des professionnels à travers l'établissement, par opposition à leur affectation à une tâche, à une plage horaire ou à un service précis. « Un professionnel doit être apte à la fonction à tous les horaires et à tous les postes. »³¹

Il s'en serait suivi une vague de *burn-out* parmi les médecins et les cadres, ainsi que de nombreux départs parmi le personnel. Un conflit oppose le nouveau directeur aux syndicats (la CGT dont une section a été créée en 2008 sur une suggestion de l'ARS face à l'absence de

²⁹ Durand, entretien.

³⁰ Durand, entretien.

³¹ Cité par Durand.

syndicat dans l'établissement ; la CFDT dont une section aurait aussi existé pendant deux mandats, jusqu'en 2022). Il tente de faire partir une déléguée syndicale de la CGT. Il finit cependant par démissionner, après avoir perdu le procès intenté contre lui par celle-ci devant le tribunal administratif. En 2021 est mis en place pour les paramédicaux le travail en 12 heures, qui supprime l'assignation à des plages de travail (matin/après-midi/nuit) et donc « flexibilise le facteur travail », selon une approche toute néo-classique de la production de soins, qui doit permettre de réaliser des économies.

c) Baisse de la qualité des soins

De concert avec cette managérialisation, on observe une baisse de la qualité des soins. Tout d'abord, il y a une instabilité du personnel. « Les anciens s'en vont, il y a beaucoup de *turnover*, de demandes de remplacement et d'arrêt. »³² L'absentéisme, initialement entre 4 et 6 %, serait monté à 10 %. Le mouvement a été accentué, comme au CHU, par l'épreuve du Covid et par le manque de reconnaissance des soignants à cette occasion. Les médecins partis seraient peu à peu remplacés, mais notamment par un ancien interne doté d'une mauvaise réputation locale, ce qui aurait renforcé le phénomène de fuite des soignants. Ensuite, les soins font parfois l'objet d'économies, ce qui dégrade leur qualité. « Ils appellent ça le mode "optimisé". Nous, on appelle ça le mode "dégradé". »³³ Il s'agit, face au manque de personnel, au lieu de lever quotidiennement les patients, de leur faire leur toilette complète et de les habiller, de les laisser au lit et de faire une simple hygiène buccale. Ceci accélère la dégradation de leur autonomie. Les agents vivent d'autant plus mal ces pratiques qu'ils sont attachés à fournir des soins de qualité. Certains estiment cependant être mieux lotis aux Tilleroies qu'ailleurs, notamment dans le secteur privé.

Si on poursuit le trajet de ce patient imaginaire, l'étape suivante, après le MCO et le SSR, est l'unité de soins de longue durée (USLD), ou encore l'EHPAD. Deux USLD (parfois appelés EHPAD, une certaine confusion régnant dans les appellations et les règles de financement) publics sont présents à Besançon ou à proximité immédiate : Bellevaux et Avanne.

Bellevaux, USLD public, se trouve dans le centre-ville. Il dispose de 60 places de long séjour, et 214 places d'hébergement temporaire, ainsi que d'un SSIAD d'une capacité de 78 personnes (FHF, 2024). La seule section syndicale présente (CGT) aurait été dissoute au début des années 2020, faute d'effectifs. Bellevaux aurait été dirigé par le même directeur que les Tilleroies,

³² Durand, entretien.

³³ Durand, entretien.

M. Dumoulin, qui semble avoir laissé le même effet, sous la forme d'un *turnover* important³⁴. On observe aussi une dégradation des soins, dénoncée par les personnels dans un média national (France Culture, 2022) : manque de personnel, embauche d'agents sous-qualifiés, patients laissés longtemps à terre après une chute, patients non levés de leur lit, non lavés, mauvaise administration des médicaments, patients incités à faire leurs besoins dans des protections hygiéniques plutôt qu'aux toilettes où il aurait fallu les accompagner, etc. A l'inverse, l'USLD d'Avanne, de statut public également, semblerait mieux fonctionner.

Un site Internet gouvernemental dédié à la recherche d'EHPAD pour les proches des patients permet d'avoir une vue d'ensemble de l'offre dans ce segment médico-social. Il indique quatre établissements à Besançon même et dans un rayon de dix kms (exemples : Marquiset, Saint-Ferjeux...), 59 si on étend la recherche à 50 kms. Les prix varient alors de 1 700 à 3 700 €/mois. L'ensemble des statuts (public, privé, lucratif ou non) sont représentés. Certains d'entre eux connaîtraient d'importantes difficultés de recrutement³⁵, ce qui pourrait être le signe de phénomènes analogues à ceux des SSR.

Si on se tourne à présent vers l'offre de soin de ville, la situation est contrastée. En ce qui concerne les médecins généralistes, la relative abondance par rapport à la moyenne nationale que nous avons évoquée plus haut conduit à une offre satisfaisante. Après une période où il aurait été difficile d'en trouver, on observerait aujourd'hui un « renouveau »³⁶. Certes, on ne pourrait toujours pas obtenir de rendez-vous dans la journée ; il serait difficile de trouver un généraliste pour un résident d'EHPAD (car comme on le sait ces établissements n'assurent pas cette fonction ; ils n'ont qu'un « médecin coordinateur » qui refuse de jouer le rôle de médecin traitant) ; il ne faudrait pas vouloir rester dans son quartier, mais en-dehors de ces différents désagréments, on trouverait tout de même des généralistes en ville. De manière analogue, SOS-médecins à Besançon serait facile d'accès, rapide dans son intervention et de bonne qualité.

Interrogée, l'une de ces généralistes indique que sa patientèle serait surtout composée de patients âgés porteurs de maladies chroniques³⁷. Elle verrait arriver beaucoup de patients sortant de l'hôpital, un peu de la PFC, très peu de Saint-Vincent, ce qui correspond *grosso modo* aux tailles des établissements en question. Après « le creux du Covid », il y aurait eu « une explosion d'activité », ce qui s'explique par un phénomène de rattrapage de soins retardés lors

³⁴ Durand, entretien.

³⁵ Durand, entretien.

³⁶ Durand, entretien.

³⁷ Claire Legrand, discussion informelle (Besançon, décembre 2022).

de l'épidémie. Le médecin a l'impression que le CHU ferait sortir ses patients plus vite qu'avant, notamment des personnes simplement passées par les urgences et qui auraient pu ou dû être hospitalisées. Elle cite l'exemple d'une femme de 46 ans affligée d'une fracture à l'épaule, qui aurait été renvoyée chez elle trop rapidement, avec un simple arrêt de travail. Elle l'aurait eu en consultation dès le lendemain, la personne se plaignant de vomir du sang (ce qui suggère une lésion interne mettant en jeu le pronostic vital) et l'aurait immédiatement renvoyée aux urgences. Globalement, la généraliste de ville estime devoir faire des prises en charge plus complètes qu'avant, l'hôpital se cantonnant désormais « au strict minimum ». Inversement, elle aurait du mal à faire admettre des patients au CHU en cas de besoin. Il faudrait systématiquement les faire passer par les urgences, contrairement aux cliniques avec qui une entente préalable serait possible. Ces éléments confirment l'idée d'une décharge des fournisseurs de soins aigus vers les compartiments du système de soin situés à leur aval, du fait des incitations financières (Xufeng et al., 2011).

La situation est plus tendue du côté des autres paramédicaux de ville. S'agissant des infirmiers, « il y a un manque énorme », tandis que les masseurs-kinésithérapeutes sont « difficiles à trouver »³⁸, ces deux éléments corroborant les statistiques vues plus haut.

Enfin, le panorama serait incomplet sans les aides à domicile qui jouent un rôle essentiel dans le maintien des personnes chez elles et donc dans le désengorgement en amont des segments SSR et MCO. En l'occurrence, on observe comme dans d'autres endroits d'une part, les difficultés des grandes associations historiques, en l'occurrence l'ADMR, qui peinent à maintenir leurs interventions avec des financements qui se réduisent, et d'autre part, une myriade de structures privées à but lucratif, parfois des enseignes nationales, qui se mettent peu à peu place. Observer la qualité des prises en charge dans ces différents types de structures serait intéressant.

4. Une zone relativement délaissée : la Haute-Saône

Si la Haute-Saône est dans la moyenne régionale en ce qui concerne la densité des médecins généralistes (83/100 000 hab. contre 84, et 86 pour la France entière, cf. tableau 1), elle présente

³⁸ Durand, entretien.

en revanche le plus faible nombre de spécialistes libéraux (respectivement 38 contre 74 et 87) ainsi que de médecins en établissement (respectivement 100 contre 159 et 180, cf. tableau 2).

Ces moyennes doivent encore être affinées par des situations locales qui peuvent être pires, comme l'illustre le cas du docteur Laine, médecin généraliste installé dans le petit village de Saulnot (760 habitants), entre Montbéliard et Lure, devenu célèbre pour avoir proposé de céder gratuitement son cabinet et le logement attenant, sur le site de petites annonces Leboncoin (Beck, 2021 ; Méréo, 2017). Le problème vient initialement du fait qu'il ne parvient pas à trouver un remplaçant au moment de son départ en retraite en 2016, à 66 ans. Le docteur prolonge alors son activité pendant cinq ans afin de ne pas abandonner ses patients. En 2021, à 71 ans, toujours sans reprenneur, il donne en désespoir de cause le cabinet et le logement à la commune.

Cette faible densité médicale se traduit par des files d'attente importante pour les patients, comme l'indique tel spécialiste exerçant en libéral : « Il y a une telle demande, on est tellement peu nombreux. En ce moment, j'ai un an de délai sur mes consultations. »³⁹

Dans ce contexte de faible densité médicale, la tendance est cependant au regroupement des soins sur le chef-lieu, Vesoul, qui est aussi le siège du GHT.

Les hôpitaux locaux, situés à Lure (sous-préfecture, 8 000 hab., 11 000 dans l'agglomération), Luxeuil (6 700 hab., 12 000 dans l'agglomération) et Gray (5 500 hab., 9 300 dans l'agglomération), ont perdu leur autonomie juridique et leurs directeurs, pour n'être plus que des branches du GHT, lequel est administré par un même directeur. Les différents services ne sont plus disponibles dans chaque hôpital, comme par le passé, mais au niveau du seul GHT, ce qui permet au passage de fermer un certain nombre de services au niveau local, ou d'en réduire l'activité, et donc de réaliser des économies budgétaires : « Il n'y a plus d'urgences à Lure la nuit. Il n'y a plus d'urgences à Luxeuil du tout. Et Gray est en train de souffrir et d'être menacé à son tour de voir ses urgences disparaître. »⁴⁰

Ce mouvement s'est fait progressivement, ce qui a eu pour effet de réduire les résistances qui lui ont été opposées :

« Pourquoi on s'est montés plusieurs fois en tant que comité [d'usagers à Lure] ? Parce qu'à chaque fois, il y avait une nouvelle attaque qui se passait. Et notamment, on a eu, à la fin des

³⁹François Ziegler, Entretien (Belfort - son domicile, novembre 2024).

⁴⁰Entretien collectif.

années 1990, un *deal* entre Luxeuil, la ville d'à-côté, et nous. On nous faisait abandonner la maternité luronne pour la grouper sur Luxeuil. Mais en échange, nous, on avait une cardiologie qu'on conservait sur Lure (...) et qui était flambant neuve, qui était complètement... On avait six lits, deux médecins, un matériel neuf. Et ça, c'est en 1997-1998, j'ai plus les dates exactes, fin du XX^e siècle [les autres approuvent]. Et trois ans après, la cardiologie de Lure est fermée, la maternité de Luxeuil est fermée... Et tout passe sur Vesoul, c'est une pompe aspirante (...). Quand on a fermé les urgences... Ici, pareil, on avait des urgentistes, puisque par le biais de l'Amuf [l'Association des Médecins Urgentistes de France], le copain qui était là, le copain de chez nous, il avait des réseaux, des gens à faire venir. On a dissuadé les gens de venir, en leur disant : "Vous n'allez pas venir ici, la carrière..." »⁴¹

La suppression de certaines spécialités médicales des hôpitaux est illustrée de manière exemplaire par la trajectoire du docteur François Ziegler. Ce praticien hospitalier, neurologue, exerce initialement à l'hôpital de Belfort. Dans un premier temps, cet établissement est fusionné avec celui de Montbéliard. Le docteur perd à cette occasion des arbitrages cruciaux tandis que ses conditions de travail se détériorent :

« Donc, on avait chacun [chaque service de neurologie, à Belfort et à Montbéliard] notre projet d'unité neurovasculaire [une innovation médicale]. Et moi, comme j'avais un service dans un bâtiment délabré, préfabriqué, il n'était pas raisonnable de faire des travaux dans ce préfabriqué. Donc, c'est Montbéliard qui a obtenu l'unité neurovasculaire. Et donc, mon service qui était dominant s'est retrouvé de dominant à dominé. Donc, moi, je me suis replié sur l'activité "hôpital de jour", qui était mon dada, en fait, les neuropathies (...). Et puis, la direction... (...). Donc, j'ai bien compris que, de toute façon, si je faisais pas ce qu'on... Ils avaient prévu de tout rapatrier à Montbéliard avant de faire l'hôpital médian. Je devais me taper le trajet. Moi, je pensais que c'était pas juste, que j'avais monté un service bien avant eux. Ça a été compliqué.

- Mais ils voulaient absolument fusionner ?

- Oui, ils faisaient tout pour fusionner.

- Mais... Pour faire les économies ?

⁴¹Entretien collectif.

- Oui, pour faire les économies. Et puis, déjà, à l'époque, on avait fait des gardes communes. Donc, les week-end, on se tapait la visite. Et de Belfort à Montbéliard ça fait quand même 22 kilomètres. Il faut quand même se le faire, quoi. Les week-ends, j'ai eu plusieurs PV sur l'autoroute. Les astreintes, c'était quand même pas sympa. Puis, quand on est appelé la nuit et qu'il neige, pour aller voir un patient à Montbéliard, c'était quand même pas... pas cool. Voilà. »⁴²

Dans un deuxième temps (2017), les sites dans les centres-villes de Montbéliard et Belfort sont fermés et l'ensemble des activités – à l'exception de quelques consultations programmées – relocalisées dans un nouveau bâtiment, situé à Trévenans, un village à peu près à mi-chemin entre les deux, et qui prend le nom d'Hôpital Nord-Franche-Comté (HNFC).

Ainsi, la concentration des services de soin se fait progressivement au cours du temps : d'abord par la fusion administrative de deux sites, ensuite par la fusion physique de ces deux sites en un nouveau (situé significativement à proximité de la gare TGV, cette autre infrastructure publique qui tend à remplacer les sites historiques de centre-ville). L'ensemble entraîne vraisemblablement des réductions d'activité médicale et une moindre accessibilité pour la population (France 3, 2016, 2017, 2021). En particulier, le site de Trévenans est très difficile d'accès sans voiture. Il était initialement dépourvu de ligne de bus. En 2024, je mets encore environ trois quarts d'heure à le rallier en bus depuis le centre de Belfort, en pleine journée. Le trajet depuis Montbéliard est réputé plus long. Le rôle de dernier filet de la protection sociale traditionnellement joué par les services d'urgence, notamment au profit des personnes SDF ou en rupture familiale et dépourvues de permis de conduire et/ou de voiture, en est probablement amoindri.

De son côté, le Dr Ziegler conclut finalement un accord avec l'hôpital de Lure, lui-même à la recherche de médecins, pour y déplacer son activité :

« Il y a eu des problèmes de rivalité entre les deux services [qui devaient fusionner], avec des conflits, ce qui fait que je me suis un peu pris la tête avec la direction de l'époque. Et du jour au lendemain, en deux mois, j'ai donné mon préavis, la loi m'y autorise, et je suis venu m'installer à Lure, en Haute-Saône, parce que j'ai rencontré un directeur assez extraordinaire qui avait l'idée de développer une hospitalisation de jour à la campagne, et qui m'a ouvert... Donc qui a fait créer un hôpital de jour pour moi et pour mes patients. Et je suis venu avec

⁴² Ziegler, entretien.

mes patients. J'ai repris toute mon activité "hôpital de jour" de Belfort. J'avais déjà à peu près 3 000 passages par an à Belfort, et à Lure, ça s'est très, très bien passé, ça s'est développé. On est arrivé à 5 000 passages par an pour un hôpital de jour, ce qui est assez important en activité. »

« Cet hôpital de jour avait un rôle important dans la prise en charge de proximité pour ces patients, parce qu'on avait donc développé les compétences des infirmières (...). Elles faisaient ça : elles faisaient de la pratique avancée ; elles m'assistaient presque quasi médicalement, de façon assez extraordinaire. Et comme on était décentrés, et loin des instances, comment dire... politiques, rigoristes, et tout, les infirmières ont pris un rôle très important. Elles se sont bien plu. Elles se sont investies à fond, et elles m'aidaient. Ce qui fait que [à deux médecins] on faisait le boulot de quatre médecins. Et on s'était développé dans d'autres pathologies, comme le Parkinson, toutes les maladies neurologiques, les démences, tout ça. On faisait plein de choses. Une activité aussi d'éducation thérapeutique par les infirmières, voilà. »⁴³

Ses patients de Belfort doivent désormais parcourir une trentaine de kilomètres en plus (une cinquantaine pour ceux venant de Montbéliard), mais il peut ainsi assurer la continuité de ses soins :

« La structure est née en 2013 (...). Maladies auto-immunes, neurologiques, neuropathiques, prescriptions, déjà ce que je faisais depuis des années à Belfort. Voilà. Donc, ça s'est tellement développé que ça a fini par irriter le CHU voisin, avec forcément – on avait une file active qui les concurrençait, on avait plus de patients dans le domaine – plus de dépenses dans les médicaments [contre la] sclérose en plaques. »

Ainsi, le succès du docteur qui accroît le nombre de ses patients, de concert avec sa spécialisation sur deux maladies rares, la sclérose en plaques et la polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC), qu'il traite par un médicament relativement coûteux (présent sur la liste-en-sus de l'Assurance-maladie et faisant régulièrement l'objet de rationnement par la DGSP), l'immunoglobuline, se conjuguent pour faire de son activité un poste de dépenses publiques important, même s'il apporte à son établissement une forte rémunération en T2A (environ deux millions d'euros par an selon lui). Ceci contribue

⁴³ Ziegler, entretien.

probablement à ce que la direction du GHT, en lien avec l'ARS et le CHU, profitent de l'avancée en âge du docteur (67 ans en 2022) pour le mettre précocement à la retraite :

« Quand j'ai pris rendez-vous avec la directrice (...), j'avais la tête dans le guidon. Donc, un an avant ma fin de fonction, je suis allé voir la directrice, en disant... Je lui ai demandé de prolonger mon activité de deux ans. Je voulais encore travailler jusqu'en 2025, 2026. Je pensais que ça allait de soi. Vu l'activité qu'on avait, l'argent qu'on ramenait à l'hôpital, je pensais que ça allait de soi, que j'allais être [prolongé]. [Et puis] Ah ben non ! "M. Ziegler, au revoir" Pas de soucis, à peine un "merci". »⁴⁴

Un responsable associatif de Lure commente ainsi l'événement :

« Au moment où il y avait 18 000 médecins qui avaient dépassé l'âge de la retraite dans le service public, lui, on lui a refusé qu'il prolonge un peu. Il avait 67 ans. Alors que le responsable de la médecine de Besançon qui l'embêtait [il avait une option thérapeutique moins coûteuse même si elle était peut-être moins bonne pour les patients ; en tout cas, les deux médecins étaient en conflit], il avait un an de moins. »⁴⁵

Le conflit entre d'une part le CHU, l'ARS et la direction du GHT, et d'autre part le médecin et ses patients, en partie regroupés dans une association fondée en 2016, la Clinique Franc-Comtoise de la SEP et des pathologies de la myéline (Clifransep), prend différentes formes au fil du temps, notamment des recours devant le Conseil de l'ordre des médecins, et des manifestations de rue, sans parvenir à remettre en cause ce départ (Clifransep, 2025 ; Louis, 2022 ; Pasquier, 2022. Le non-remplacement à l'occasion du passage à la retraite a lieu progressivement, d'une manière qui là aussi a dû avoir pour effet de réduire les résistances :

« Et là, l'argumentation de la direction a été de dire que, de toute façon, M. Ziegler est atteint par l'âge de la retraite : "On a des jeunes pour le remplacer. Il va être remplacé. Pas de problème." Sauf que c'était un mensonge. Au bout de six mois, les Bisontins ont arrêté de me remplacer, et heureusement, ma collègue de Vesoul, le docteur Jary, qui est neurologue, a bien voulu venir deux jours par semaine, et grâce à ça, l'activité continue, mais on a perdu quasiment 40 ou 50 % de l'activité par rapport à ma présence. »⁴⁶

⁴⁴ Ziegler, entretien.

⁴⁵ Entretien collectif.

⁴⁶ Ziegler, entretien.

Le docteur Ziegler est donc finalement remplacé par le docteur Jary, une PH de Vesoul, qui maintient à Lure le même type de traitements que lui, mais seulement deux jours par semaine puisqu'elle ne peut pas non plus abandonner son poste au chef-lieu, d'où une baisse d'activité et d'accessibilité. De son côté, le docteur Ziegler s'installe en libéral à Belfort, tout en envoyant les personnes qui en ont besoin à l'hôpital de jour de Lure :

« Et le docteur Ziegler, qui voulait continuer, ce qu'il a fait ? Il a été ouvrir un cabinet médical privé à Belfort. Il me dit : "Georges, je fais le plein (...). J'envoie les gens sur Lure. On m'a poussé dehors. On ne me remercie pas, et [pourtant] je joue encore le jeu." Et donc, on a poussé vers le privé un service qui était vraiment exemplaire. »⁴⁷

Ainsi, la trajectoire du docteur Ziegler illustre la concentration progressive des soins sur quelques établissements « support » au détriment du reste du tissu hospitalier – et ultimement la privatisation de l'offre résiduelle. Cependant, au sein même d'un de ces supports, le centre hospitalier de Vesoul, certaines spécialités ne semblent présentes que par intermittence. C'est le cas par exemple de l'urologie (qui n'est pas citée par les statistiques officielles en matière de densité médicale, cf. *supra*, tableau 2), ainsi que l'indique un patient :

« Le problème de prostate, c'est pour le privé. Parce qu'un urologue à proximité, je ne pense pas qu'il y en avait à Vesoul (...). L'urologue, il n'y en avait pas. Mon médecin m'envoyait directement auprès d'un urologue privé, d'abord à Besançon et après à Vesoul [alors que lui-même réside à Lure]. Et là, c'est bien pris en charge, hein, mais c'était en 2013. [Aujourd'hui] cet urologue n'existe plus. J'ai essayé de retourner dans le public, mais il change tous les six mois. Il n'y a pas de continuité. J'avais même pris un rendez-vous à l'hôpital à Vesoul avec un urologue. Et le jour du rendez-vous, on m'a averti : "Il n'est plus là. Il faudra attendre." J'ai attendu, je ne sais plus combien de temps. [J'ai pu finalement en voir un]. J'ai dit : "Mais vous vous installez ?" Il dit : "Non, dans six mois. Je retourne justement dans mes Pyrénées Orientales." »⁴⁸

Il apparaît finalement que l'urologue a quitté l'hôpital pour exercer dans la clinique privée située dans la même zone commerciale en-dehors de la ville, à côté de laquelle on passe d'ailleurs quand on se rend du centre-ville au GH :

⁴⁷ Entretien collectif.

⁴⁸ Entretien collectif.

« Ah, l'urologie ? Il y a un service [au GH], mais l'urologue, c'est des internes. C'est pas à demeure hein, parce que t'as l'hôpital qui est là [il montre un endroit sur une carte imaginaire], et là [juste à côté sur la carte], la clinique Saint-Martin. Et... les urologues, ils font ça [mime l'aller-retour entre les deux endroits]. Là, ce qui est... Comment il s'appelait ? Le Dr X, celui que je devais voir. J'avais rendez-vous, et : "Ah ben non. Il n'est plus là." Il avait fait 200 mètres. »⁴⁹

Le même phénomène de fuite des médecins du public vers le privé serait observable pour l'ophtalmologie. J'ai en effet pu confirmer ces déclarations en consultant le site Internet de la clinique, ainsi que par d'autres témoignages du même ordre à l'hôpital, quand je me suis rendu sur place.

Un des effets de ces fermetures de services est de renforcer la désertification médicale par ce qu'on pourrait nommer un effet-domino :

« Le lien entre disparition des services publics et spécialistes, on le voit avec la maternité. Tant qu'il y avait la maternité à Lure, il y avait un gynéco. La maternité est supprimée en 96, le gynéco disparaît. Pof ! Ça a été concomitant. L'ophtalmologie, il n'y avait pas de service ici, à l'hôpital, je pense pas (...). Il y avait un ophtalmo. Elle est partie, et elle donnait son cabinet et tout, mais personne n'a repris. La cardiologie, pareil. Moi, je sais que j'avais été passer un test d'effort, en 2000 je crois, à l'hôpital. Et deux, trois ans après, la cardiologie étant supprimée à l'hôpital... Et bien, un an ou deux ans après, ben non, 2005, le même cardiologue, qui s'était installé en privé. Ben, pour le test d'effort, il fallait aller à Belfort. Et ainsi de suite. »⁵⁰

Pour pallier au manque de médecins sur son territoire, la communauté de communes de l'agglomération de Vesoul semble mener une politique active d'aides financières à l'installation des praticiens en libéral. Cette politique « d'attractivité » est présente sur l'ensemble du territoire, mais certaines associations de patients ne sont guère satisfaites des résultats :

« - Patient 1 : Et le problème, c'est que, comme il y a un vide total, les élus, pour essayer de s'en sortir un peu, ils (...) donnent des primes, ils donnent des subventions, ils essayent d'attirer les médecins. Donc, il y a une sorte de concurrence. Une concurrence effrénée entre communes, communautés de communes (...).

⁴⁹Entretien collectif.

⁵⁰Entretien collectif.

- Patiente 2 : Dans tous les villages, enfin, dans beaucoup de villages de Franche-Comté, il y a des grandes banderoles : "On recherche un médecin." (...).
- Patient 3 : Dans le mouvement de [incompréhensible], pour attirer nos internes, c'est 6 000 euros par an.
- Patiente 2 : Ils ont commencé par donner des aides aux étudiants. En fait, les étudiants prenaient des aides, s'installaient un peu, et après, redonnaient ce qu'ils avaient reçu pour partir. Donc, maintenant, ils donnent des aides [quand ils restent sur place].
- Patient 3 : Oui. Si l'interne vient, il a 6 000 euros par an. Et s'il reste cinq ans, ça lui fait quand même 30 000 euros.
- Patiente 2 : Avec souvent des... des aides pour le logement, etc. (...) Ils parlent beaucoup d'attractivité [sarcastique]. Comme si les autres personnes n'avaient pas besoin d'être attirées. Les toubibs ont un besoin particulier d'être attirés.
- Patient 3 : Ils donnaient, pour l'installation des médecins, ils leur donnaient 50 000 euros pour s'installer (...). L'État.
- Patient 1 : L'État, voilà. Tu sais, c'est la fameuse prime à l'installation, et qui a été prise par, je sais pas, 3 % des gens, je crois. Malgré la somme, ça a été un fiasco total. Ça prouve que c'était pas une question de finances.
- Patient 3 : Parce que, à ces 50 000 euros, dans certaines petites municipalités, ils rajoutaient le logement ; ils offraient le cabinet, tout. Ça pouvait faire un pot d'installation de 100 000 euros, hein, pour un médecin. Et malgré ça... »⁵¹

Cette désertification médicale entraîne pour les patients périphériques une hausse du coût des soins, qui revêt une triple forme : hausse des coûts de transport ; hausse des dépassements d'honoraires ; renoncement aux soins.

On observe tout d'abord une hausse des coûts de transport. Celle-ci s'est manifestée par exemple pour l'HNFC (situé hors de la Haute-Saône mais accueillant notamment les patients de l'est du département), comme on l'a vu plus haut. Plus généralement, elle s'observe pour toutes les personnes dont l'hôpital se trouve déplacé par rapport à elles, parfois à plus d'une centaine de kilomètres aller-retour, ainsi que le dénonce un patient :

⁵¹Entretien collectif.

« - Patient 1 : Et donc, du coup, les gens d'ici, ils ont de moins en moins d'accès direct aux soins. Et de plus en plus, ils sont obligés de se déplacer. Et donc là, c'est le gros drame ici. Et à mon avis, dans les restes à charge invisibles, c'est sans doute le poste principal aujourd'hui, celui des déplacements. On est obligés d'aller ailleurs, de faire des déplacements, des choses comme ça. On est sans arrêt... Il y a beaucoup de gens, comme moi. par exemple. C'est ce que j'expliquais hier : je vais à Besançon, je vais ailleurs pour me faire soigner. J'ai ma bagnole, j'y vais. Je ne réclame jamais des remboursements, mais ça me coûte du fric.

- OK. Et du coup, quand tu fais l'aller-retour pour aller te soigner, ça te revient à combien en transports ? En voiture, quoi, le truc habituel, si tu vas à Besançon en voiture ?

- Patient 3 : Ça te fait 160 bornes, même plus [parce qu'avec ce calcul] tu dis Lure – Vesoul, 60 kilomètres. Mais moi, je sais que ça fait 70. Quand tu vas de chez moi jusqu'à l'hôpital, j'ai 35 bornes. Donc, aller-retour, 70 [et pour aller à Besançon, il faut passer par Vesoul].

- Patient 1 : Pour [le site en centre-ville], les parkings sont gratuits, mais plus à Minjoz. En plus, tu as les emmerdes des parkings privés (...). On avait une dame, elle avait signé la pétition. Elle disait : "Moi, je n'ai pas de bagnole. Mon mari ne peut plus conduire. Je fais comment ?" Elle avait des trucs sur Besançon (...).

- Patient 3 : L'année 2020-2021, pour nous, ma femme a eu un cancer du côlon, on l'a découvert. Moi, j'ai eu un problème de décollement de rétine. A Vesoul, ils ne pouvaient pas le faire. Besançon, ils n'avaient pas de place. Donc, je suis allé à Nancy. Nancy, ça fait 150 kilomètres. Il y a 300 bornes [aller-retour]. Et pour ma femme, les allées et venues Lure-Vesoul, après Lure-Montbéliard, [incompréhensible], tout ça, j'avais calculé, je crois que j'avais 1 700 kilomètres. »⁵²

Après la hausse des coûts de transports, le retrait des soins publics se manifeste sous la forme des hausses de reste à charge que subissent des patients obligés, s'ils ne peuvent attendre leurs soins, de se tourner vers un secteur privé nettement plus cher que le public. Nombreux sont les témoignages allant dans ce sens, dont voici quelques exemples :

« - Patient 3 : Je suis allé voir un chirurgien vasculaire dans le privé. Très bien d'ailleurs (...). Mais il a un dépassement d'honoraires.

⁵²Entretien collectif.

- Patient 1 : Non, moi je pense que la prise en charge, aussi bien dans le privé que dans le public, est égale quoi [en qualité].
- OK, mais c'était plus cher dans le privé ?
- Mais dans le privé... Moi, ça fait la troisième fois qu'il intervient sur moi, et à chaque fois, j'en ai pour 300 euros de dépassements d'honoraires (...).
- Patiente 2 : Moi, j'ai un oncle qui a été opéré. Il a été se faire opérer à Dijon parce qu'il avait des gros soucis de santé, 600 balles de dépassement pour son intervention [murmures désapprobateurs]. »⁵³

Enfin, le retrait des moyens disponibles dans le secteur public se manifeste sous la forme des renoncements aux soins. Ce phénomène est certes difficile à cerner dans la mesure où renoncer à un soin implique tout d'abord la conscience de son besoin et donc une part importante de subjectivité. Premièrement, le rapport au corps, à la maladie et donc aux besoins de santé varie fortement selon les milieux sociaux, la tendance des classes populaires à moins « s'écouter » que les autres perdurant aujourd'hui sous la forme d'une dénonciation des « assistés » et des « cas sociaux » (Boltanski, 1971 ; Arborio et Lechien, 2019). Ensuite, les enquêtes sont des instruments malhabiles pour cerner le renoncement. Les réponses aux enquêtes nationales sur le « renoncement aux soins pour des raisons financières » font apparaître des résultats variants entre 21 % et 36 %, selon la façon dont les questions sont formulées (Legal et Vicard, 2015). Cet indicateur pourrait donc être utilisé à la rigueur avec une formulation identique pour des comparaisons intertemporelles ou pour comparer entre elles différentes catégories de personnes, mais non en niveau absolu.

C'est probablement dans ce sens que doit être lue une enquête selon laquelle au niveau national, seuls 3 % de la population déclarent en 2021 avoir eu besoin de voir un médecin mais n'en avoir pas bénéficié (DREES, 2021). Selon cette enquête, ce phénomène serait renforcé par la pauvreté (trois fois plus de risques) et par la résidence en zone sous-dotée en médecins généralistes (huit fois plus de risques). Il n'y aurait pas de différence significative entre les femmes et les hommes.

De manière plus brutale, certaines estimations reposent tout simplement sur l'absence de recours aux soins pendant les 12 ou les 24 derniers mois (en supposant donc qu'un recours au moins minimal pendant ces périodes aurait dû se manifester). Selon elles, la Bourgogne-

⁵³Entretien collectif.

Franche-Comté se situerait dans la moyenne nationale hors DOM-TOM de 7 % environ de non-recours sur les 12 derniers mois en 2023 (Observatoire inter-régimes, 2025).

Difficile à cerner, ce phénomène apparaît cependant bien présent et même croissant en Haute-Saône et plus généralement en Franche-Comté. Il est mentionné tout d'abord pour ce département par certains patients :

« - Patiente 2 : Puis l'impact possible, c'est quand même le retard ou le renoncement à des soins (...). Moi, je n'ai plus de gynécologue, par exemple.

- Comment tu fais alors ?

- Pour l'instant, j'ai rien fait, ce qui n'est pas bien. Ce qui n'est pas bien pour la prévention. Il faut que je cherche.

- Patient 3 : [En plus,] toi, tu sais. Ceux qui ne savent pas...

- Patiente 2 : (...) Je pense que les femmes sont particulièrement touchées par le manque de santé, de services, d'accès aux soins. Dans une région comme la nôtre (...). Et en plus, je pense que les hommes se déplacent plus pour le travail que les femmes. C'est à vérifier, hein. C'est à vérifier.

- Tu veux dire que c'est plutôt eux qui ont les bagnoles...

- Voilà.

- Les femmes conduisent moins ?

- Oui, les femmes restent plus pour le travail ici (...).

- Patient 1 : Pour la gynéco, la maternité, ça peut être un gros problème. Il y a l'IVG aussi.

- Patiente 2 : Ben oui.

- Patient 1 : Au départ, [l'IVG était] centralisée sur Vesoul. J'avais une élève [ce patient est ancien enseignant] qui était embêtée, parce que sa vie sexuelle... Elle voulait un avortement. Sa famille était contre. Elle habite le secteur [de Lure]. Pour aller à Vesoul tranquille et être accueillie, ben, c'est une vraie difficulté.

- Nicolas Belorgey : oui, ici ça aurait été plus simple.

- Patiente 2 : Dans la population âgée aussi, les femmes ont moins le permis [de conduire]. »⁵⁴

Ainsi, la concentration de l'offre de soin sur le chef-lieu aurait pour corollaire des renoncements aux soins dans le reste du département. Certes, comme nous l'avons vu, la Haute-Saône ne manque pas tant de généralistes que de spécialistes, et l'étude de 2021 de la DREES indique, nous l'avons vu, que les renoncements sont corrélés à une faible densité de généralistes. Cependant, le phénomène est bien présent à Lure, notamment en raison d'un besoin de spécialistes croissant avec une division du travail médical de plus en plus poussée. De plus, les femmes seraient particulièrement touchées dans ce département rural en raison d'un moindre accès aux voitures et de moindres déplacements que les hommes, alors même qu'elles pourraient avoir davantage besoin de recourir aux services de santé.

Induites par des éléments qualitatifs, ces hypothèses sont confirmées, au moins en partie, par les statistiques. Face au doute sur la possibilité de cerner objectivement les non-recours, nous adoptons la position de la DREES dans son étude précitée sur la sensibilité des réponses à la formulation des questions. Cette position consiste à adopter une convention et à observer son évolution au cours du temps, la stabilité du choix compensant son arbitraire. En l'occurrence, nous adoptons l'absence de recours aux soins sur les 24 derniers mois pour les plus de 16 ans (et sans prendre en compte les nouveaux arrivants sur la période), une convention aussi utilisée par l'Observatoire des fragilités, groupement d'organismes de sécurité sociale. Nous mesurons cet indicateur en 2016 et en 2024.

En Haute-Saône, on trouve ainsi 6 % de non-recours en 2016 et 19 % en 2024, soit une hausse de 13 points sur la période. Pour la Franche-Comté, ces chiffres sont respectivement de 7 % et 20 %, soit une hausse tout aussi importante⁵⁵. Parmi les communes de plus de 1000 habitants qui connaissent la plus forte hausse de non-recours, on peut citer Macornay dans le Jura (qui passe de 9 % à 32 %, soit une hausse de 23 points), mais aussi Besançon elle-même (qui passe de 10 % à 28 %, soit une hausse de 18 points) ou Montbéliard (qui passe de 8 % à 23 %, soit une hausse de 15 points). Ainsi, quelle que soit la fragilité des indicateurs de non-recours aux soins, ce phénomène semble bien se développer sur la période, non seulement en Haute-Saône, mais aussi dans l'ensemble de la région et notamment dans certaines de ses grandes agglomérations.

⁵⁴ Entretien collectif.

⁵⁵ Source : Système national des données de santé, champ du Régime général, calculs de l'auteur à partir de l'algorithme modifié de Céline Leroy (Observatoire des fragilités et ARS-Normandie).

5. Conclusion

Ce chapitre propose une analyse de l'écosystème de soins d'une partie de l'ancienne région Franche-Comté. Il permet d'illustrer combien les difficultés peuvent se cumuler pour les patients et les professionnels. La réalité vécue ne peut pas s'analyser établissement par établissement mais en prenant en considérant les possibilités offertes par le parcours de soins. Il semble qu'un double mouvement peut être mis en évidence :

- D'un côté, les transformations de l'hôpital public et des cliniques privées à but lucratif conduisent à des phénomènes d'intensification du travail semblables. Les indicateurs de productivité prennent le dessus sur d'autres façons de concevoir le soin. Cela semble avoir des conséquences négatives sur les conditions de travail des professionnels mais aussi sur la qualité des soins et sur les aidants ;
- D'un autre côté, les mutations de l'offre de soin exacerbent la différenciation entre le secteur public et le secteur privé. La démographie médicale en berne génère une course aux armements que le public est en peine de gagner. Cela contribue à renforcer des filières de soins séparant les patients rentables des autres. Dans les territoires sous-dotés, la désertification implique une hausse des coûts de transport qui pèse sur le budget des patients et de leurs proches, la banalisation des dépassements d'honoraires pour éviter les files d'attente ou les longs déplacements, et le renoncement aux soins pour ceux qui ne peuvent pas payer pour se déplacer.

IV. Conclusion générale

L'objet de ce rapport est d'analyser l'écosystème de soins en s'intéressant tout particulièrement à l'articulation entre l'hôpital public et les cliniques privées à but lucratif. L'idée est de prendre en considération le fait que durant son parcours de soins le patient peut être amené à fréquenter ces deux types de structures et pas seulement soit l'une, soit l'autre.

Côté patient, les inégalités d'accès aux soins sont structurées par les opportunités et les contraintes liées à la manière dont est structurée l'offre de soin dans son environnement proche (nombre de structures, type de structures, etc.). Côté professionnels de santé, les conditions de travail et la capacité à produire des soins de bonne qualité dépendent non seulement de l'établissement où ils exercent mais aussi de leur environnement proche. Méthodologiquement, ce projet s'appuie sur une double approche : exploitation des bases de données sur les établissements (SAE) et des entretiens dans deux bassins de soin (Doubs et Haute-Saône). La meilleure compréhension des écosystèmes de soins est susceptible de fournir des connaissances permettant de réformer l'organisation hospitalière française.

Les principales difficultés de la recherche ont été l'accès aux données et le peu de connaissances publiées sur les cliniques privées à but lucratif. Attendu qu'il n'est pas possible de comprendre l'écosystème de soins sans comprendre l'ensemble de ses acteurs, le rapport propose une analyse originale des transformations des cliniques privées à but lucratif.

Le résultat central de ce rapport est sa capacité à fournir pour la première fois une analyse des transformations des cliniques privées à but lucratif sur la période 2004-2024. S'il existait des études partielles sur le sujet, nous sommes ici en capacité de combler un angle mort de la recherche en sciences sociales avec une double approche économie et gestion.

Le capitalisme hospitalier a changé. Alors que les structures indépendantes étaient dominantes au début des années 2000, elles sont à la fin des années 2020 dominées par les groupes. Entre 2004 et 2020, le nombre d'hôpitaux à but lucratif indépendants a été divisé par 4,2. Cette transformation a été impulsée par la financiarisation du secteur. En 2024, 17 groupes d'hôpitaux à but lucratif dont les principaux leaders du marché sont financiarisés. La transformation du secteur change la distribution du pouvoir dans les cliniques privées à but lucratif (d'un capitalisme professionnel à un capitalisme financiarisé), ce qui a probablement une incidence

sur la manière de concevoir le travail et les relations avec les autres acteurs du système de santé (patients, professionnels et assurance maladie).

Les premiers résultats de l'enquête sur l'ancienne région Franche-Comté tendent à confirmer l'intérêt de prendre en considération le parcours de soins dans son ensemble. Dans l'écosystème de soins local, plusieurs cliniques autrefois indépendantes sont passées sous le contrôle de groupe. Les premiers entretiens réalisés témoignent d'un changement de la façon de travailler de ces établissements (sélection de patients, cadences, etc.) qui n'est pas sans rapport avec l'activité du secteur public (capacité d'adressage). Il est probable que ces transformations nourrissent une reconfiguration des inégalités d'accès aux soins. Globalement, deux tendances semblent émerger :

- D'un côté, les établissements publics et privés adoptent des méthodes de management proches ayant pour but d'augmenter la productivité du travail (que cela soit pour maîtriser la dépense publique ou pour augmenter le taux de marge). Cela peut avoir des conséquences négatives sur les conditions de travail, la qualité des soins et l'externalisation des coûts sur d'autres professionnels ou les patients et leurs proches ;
- D'un autre côté, les mutations étudiées impliquent une mise en concurrence forte des établissements publics et privés qui induit l'approfondissement de filière de soins. Les patients paraissent guidés dans leur parcours en fonction de leur capacité à valoriser l'activité des cliniques à but lucratif et des médecins pratiquant les dépassements d'honoraires. Pour les autres, les files d'attente et les temps de transport sont susceptibles de s'allonger lorsque la solution n'est pas le renoncement aux soins.

Malgré les nombreuses pistes évoquées dans ce rapport, il faut rappeler que certaines observations doivent être confirmées par des travaux plus approfondis. Les implications pour l'hôpital public et le reste du système de soins de la financiarisation de l'hôpital privé est un programme de recherche que ce rapport aborde, bien qu'insuffisamment, et appelle à multiplier les travaux.

V. Bibliographie des chapitres

Bibliographie du Chapitre 1

- Allès L. (2022), « Les transformations du capitalisme hospitalier français – Un secteur aux mains de la finance de marché », *Économie et institutions*, vol. 30-31, en ligne.
- Barnay T., Hartmann L. et Ulmann P. (2007), « Réforme du ‘médecin traitant’ et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des Affaires sociales*, 1, p. 109-126.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, La Découverte, Paris.
- Belorgey N. (2011), *L’hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, Paris.
- Belorgey N. (2019), « Les mutations du travail de soin dans les cliniques », dans François Dubet (éd.), *Les Mutations du travail*, La Découverte, Paris, p. 239-260.
- Belorgey N. (2021), « Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : les raisons du tri », *Sociétés contemporaines*, vol. 2021-3, n° 123, p. 23-50.
- Benallah S. et Domin J.-P. (2017), « Réforme de l’hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? », *La Revue de l’IRES*, 1, p. 155-183.
- Da Silva N. (2017), « Quantifier la qualité des soins. Une critique de la rationalisation de la médecine libérale française », *Revue française de socio-économie*, 19(2), p. 111-130.
- Da Silva N. (2022), *La Bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé*, La Fabrique, Paris.
- Da Silva N. et Gadreau M. (2015), « La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme », *Revue de la régulation*, Capitalisme, institutions, pouvoirs, (17).
- Domin J.-P. (2013), *Une histoire économique de l’hôpital (XIX^e-XX^e siècles) : une analyse rétrospective du développement hospitalier (1946-2009)*, tome II, Comité d’histoire de la Sécurité sociale, Paris.

- Duchesne V. (2018), « L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(4), p. 159-180.
- Eliason P., Heebsh B., McDevitt R. et Roberts W. (2020), « How Acquisitions Affect Firm Behavior and Performance: Evidence from the Dialysis Industry », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 1, n° 135, p. 221-267.
- Faure O. et Dessertine D. (2012), *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- Gupta At., Howell S., Yannelis C. et Gupta Ab. (2021), « Does Private Equity Investment in Healthcare Benefit Patients? Evidence from Nursing Homes », *National Bureau of Economic Research Working Papers*, n° 28474.
- Juven P.-A. et Lemoine B. (2018), « Politiques de la faillite : la loi de survie des services publics », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n° 221-222, p. 4-19.
- Juven P.-A., Pierru, F. et Vincent F. (2019), *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, Paris.
- Palier B. (2005), *Gouverner la sécurité sociale : les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Presses universitaires de France, Paris.

Bibliographie du Chapitre 2

- Aalbers, M.B. (2019), Financialization. In: D. Richardson, N. Castree, M.F. Goodchild, A.L. Kobayashi and R. Marston (Eds) *The International Encyclopedia of Geography: People, the Earth, Environment, and Technology*. Oxford: Wiley.
- Aballea P., Bartoli F., Eslous L. et Yeni I. (2007), *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Rapport IGAS, 2007-054P, en ligne.
- Alles L. (2019), *Composition et dynamiques du paysage hospitalier français : Groupes privés, investissements financiers et marchandisation du soin*, mémoire de Master Institutions, Économie, Société (mention économie), Université Paris Nanterre.
- Alles L. (2022), « Les transformations du capitalisme hospitalier français. Un secteur aux mains de la finance de marché », *Economie et institutions*, 30-31.

- Alles L. (2024), « The US's for-profit hospital sector concentration. Evaluating its roots via neoclassical and political economy theoretical frameworks », *European Review of service economics and management*, 17(1), p. 89-118.
- André C. et Hermann C. (2009), « Privatisation and Marketisation of Health Care Systems in Europe », in Frangakis M. et al. (Eds.), *Privatisation Against the European Social Model*, Palgrave Macmillan, London.
- Angeli F. et Maarse H. (2012), « Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations », *Health policy*, 105(2-3), p. 265-272.
- Aveline-Dubach N. (2022), « Financializing nursing homes? The uneven development of health care REITs in France, the United Kingdom and Japan », *Environment and Planning*, 54(5), p. 984-1004.
- Appelbaum E. et Batt R. (2020), « Private equity buyouts in healthcare: who wins, who loses? », *Institute for New Economic Thinking Working Paper Series*, (118).
- Appelbaum E. et Batt R. (2021), « Financialization in Health Care: The Transformation of US Hospital Systems ». <https://cepr.net/report/working-paper-financialization-in-health-care-the-transformation-of-us-hospital-systems/>
- Bain et Compagny (2014), *Global Healthcare Private Equity, Report 2024*, en ligne.
- Bartoli F., Destais N., Yeni I. et De Beauchamp H. (2012), *Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*, Inspection générale des affaires sociales, n° RM2012-112P.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, La Découverte, Paris.
- Batifoulier P. et Da Silva N. (2014), « Medical altruism in mainstream health economics: theoretical and political paradoxes », *Review of Social Economy*, 72(3), p. 261-279.
- Batifoulier P. et Da Silva N. (2022), « L'État et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire », *Économie et institutions*, 30-31.
- Batifoulier P., Da Silva N. et Domin J. P. (2025), *Economie de la santé*, 2^e éd. Dunod, Paris.
- Batifoulier P., Da Silva N. et Duchesne V. (2019), « The dynamics of conventions: The case of the French social security system », *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*, 44(1 (167)), p. 258-284.

- Bayliss K. (2016), « The financialisation of health in England: lessons from the water sector », *working paper*. Bayliss, K. (2016). (Version 1). University of Sussex. <https://hdl.handle.net/10779/uos.23482973.v1>
- Béguin, J.-M., Hecquet, V., & Lemasson, J. (2012), « Un tissu productif plus concentré qu'il ne semblait : Nouvelle définition et nouvelles catégories d'entreprises », *Idées économiques et sociales*, N° 170(4), 61-66. <https://doi.org/10.3917/idee.170.0061>
- Belorgey N. (2019), « Les mutations du travail de soin dans les cliniques », in *Les mutations du travail* (Ed. François Dubet) (p. 239-260), La Découverte, Paris. <https://doi.org/10.3917/dec.dubet.2019.01.0239>
- Belorgey, N. (2019), « Les mutations du travail de soin dans les cliniques », in *Les mutations du travail* (p. 239-260). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.dubet.2019.01.0239>
- Benoît C. (2023), « The regulatory path to healthcare systems' financialization », *Journal of european social policy*, 33(4), p. 407-420.
- Borsa A., Bejarano G., Ellen M. et Bruch J. D. (2023), « Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review », *BMJ*, 382.
- Bourgueil Y. et Benamouzig D. (2023), « La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives », *Note Science Po*.
- Braun R., Bond A., Qian Y., Zhang M. et Casalino L. (2021), « Private Equity In Dermatology: Effect On Price, Utilization, And Spending », *Health Affairs*, 40, p. 727-35.
- Brown J. (2024), « The financialization of long-term care in Canada. The case of Ontario », in Primrose D., Loeppky R. D. et Chang R. (Eds.), *The Routledge Handbook of the Political Economy of Health and Healthcare*, Taylor & Francis.
- Bruch J., Gondi S. et Song Z. (2020), « Changes in Hospital Income, Use, and Quality Associated With Private Equity Acquisition », *JAMA Intern Med*, 180, p. 1428-35.
- Bruch J., Katz T., Ramesh T., Appelbaum E., Batt R. et Tsal T. (2022), « Trends in real estate investment trust ownership of US health care properties », *JAMA Health Forum*, 3(5), e221012.
- Bruch J., Roy V. et Grogan C. (2024), « The financialization of health in United States », *The new England journal of medicine*, 390, 2, p. 178-182.

- Bruch J., Zeltzer D. et Song Z. (2021), « Characteristics of Private Equity-Owned Hospitals in 2018 », *Ann Intern Med*, 174, p. 277-9.
- Castanet V. (2022), *Les fossoyeurs. Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*. Fayard, Paris.
- Chiapello E. (2014), « The financilisation of valuation », *Human Studies*, vol. 38, p. 13-35.
- Claveranne J.-P., Pascal C., Piovesan D. et Bremond M. (2002), *Les restructurations des cliniques privées*, Graphos UMR CNRS, 5823, 1999-2002.
- Cordier C. (2024), « La grève des cliniques prévue début juin est suspendue face aux avancées obtenues », *Hospimedia*, 24 mai.
- Cordilha A. C. (2022), « Financialisation and Public Health Systems: a new concept to examine ongoing reforms », *Économie et institutions*, 30-31.
- Cordilha A. C. (2023), « Public health systems in the age of financialization: lessons from the French case », *Review of social Economy*, 81(2), p. 246-273
- Creadore A., Desai S., Li S. et al. (2021), « Insurance Acceptance, Appointment Wait Time, and Dermatologist Access Across Practice Types in the US », *JAMA Dermatol*, 157, p. 181-8.
- Da Silva N. (2018), « L'industrialisation de la médecine libérale : une approche par l'Économie des conventions », *Management & Avenir-Santé*, 3(1), p. 13-30.
- Da Silva N. (2022), « The industrialization of healthcare and its critiques », in Diaz Bone R., de Larquier G. (eds), *Handbook of Economics and Sociology of Conventions*, Springer, Cham, p. 1-25.
- Da Silva N. et Raully A. (2016), « La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions », *Économie et institutions*, 24.
- Deakin S. et Reberiou A. (2009), « Corporate governance, labour relations and human resource management in the UK and France: convergence or divergence? », in *Does company ownership matter?* Edward Elgard Publishing.
- Delouette I. et Nirello L. (2016), « Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 34(7), 387-408. <https://doi.org/10.3917/jgem.167.0387>.

- Delouette I. et Nirello L. (2017), « La régulation publique dans le secteur des EHPAD. Quelles conséquences pour l'avenir des établissements de l'ESS ? », *RECMA*, 344(2), 58-72. <https://doi.org/10.3917/recma.344.0058>.
- Demaison, C., Goin, A., Grivet, L., Lesdos, C., & Maury-Duprey, D. (2020), *Les entreprises en France* (Insee Références, p. 178). Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
- Déplaud, M.-O. (2015), *La Hantise du nombre : Une histoire des numerus clausus de médecine* (1er édition). Les Belles Lettres.
- Dijk T., Felder M., Janssen R. et Van der Scheer W. (2023), « For better or worse: governing organizations in times of financial distress », *Sociology of health and illness*, 1-22.
- Dormont B. et Dottin A. (2024), « Does the opening of an emergency department influence hospital admissions ? Evidence from French private hospitals », *Social science and medicine*, 340.
- Dormont B. et Milcent C. (2019), « Ownership and Hospital Productivity », in Dormont B. et Milcent C., *Competition between Hospitals: Does it Affect Quality of Care?* 49, Editions rue d'Ulm, p. 69-113, 2019.
- DREES (2021a), *Les établissements de santé—Panorama de la DREES - Edition 2021*.
- DREES (2021b), *Les dépenses de santé en 2019—Résultats des comptes de la santé*.
- Epstein G. A. (Ed.) (2005), *Financialization and the world economy*, Edward Elgar Publishing.
- Faure O. et Dessertine D. (2012), *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- Fetter R. B., Shin Y., Freeman J. L., Averill R. F. et Thompson J. D. (1980), « Case mix definition by diagnosis-related groups », *Medical care*, 18(2), i-53.
- Fine B., Saad-Filho A., Bayliss K., Robertson M. (2017), « Thirteen Things You Need to Know About Neoliberalism », *Critical Sociology*, 43(4-5), p. 685-706.
- Fligstein N. et Shin T. (2007), « Shareholder value and the transformation of the US economy. 1984-2001 », *Sociological Forum*, 22(4), p. 399-424.
- Gobillon L. et Milcent C. (2016), « Evaluating the effect of ownership status on hospital quality: the key role of innovative procedures », *Annals of economics and statistics*, n° 121/122, p. 161-186.

- Gondi S. et Song Z. (2019), « Potential implications of private equity investments in health care delivery », *American medical association*, 28, p. 1-2.
- Gupta At., Howell S., Yannelis C. et Gupta Ab. (2021), « Does private equity investment in healthcare benefit patient ? Evidence from nursing homes », *National Bureau of economic Research*.
- Hodgson G. M. (2007), « An institutional and evolutionary perspective on health economics », *Cambridge Journal of Economics*, 32(2), p. 235-256.
- Huang S. et Bowblis J. (2019), « Private equity ownership and nursing home quality: an instrumental variables approach », *International Journal of Health Econ Management*, 19, p. 273-99.
- Jansen Ferreira M. (2022), « Health financialization in Brazil: some evidence in the hospital sector », *Économie et institutions*, 30-31.
- Juven P.-A., Pierru F. et Vincent F. (2019), *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, Paris.
- Kornai J. (2009), « The soft budget constraint syndrome in the hospital sector », *Society and economy*, 31(1), p. 5-31.
- Kornai J. et Eggleston K. (2001), « Choice and solidarity: the health sector in eastern Europe and proposals for reform », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 1(1), p. 59-84.
- Krippner G. (2005), « The Financialization of the American Economy », *Socio-Economic Review*, 3(2), p. 173–208. <https://doi.org/10.1093/SER/mwi008>
- Lazonick W. et O'Sullivan M. (2000), « Maximizing shareholder value: a new ideology for corporate governance », *Economy and society*, 29, 1, p. 13-35.
- Leymarie A. (2022), « L'échec de la lutte contre la financiarisation des laboratoires de biologie médicale », *Tribunes de la santé*, 73(3), p. 75-85.
- Leymarie A. (2023), « La biologie médicale, des laboratoires de quartier aux multinationales », *Le monde diplomatique*, janvier, p. 20-21.
- Loxley J. et Hajer J. (2019), « Public- Private Partnerships, Social Impact Bonds, and the Erosion of the State in Canada », *Studies in Political Economy*, 100(1), p. 18–40.

- Mader P., Mertens D. et Van der Zwan N. (Eds.) (2020), *The Routledge international handbook of financialization*, Routledge.
- Martin R. (2002), *Financialization of Daily Life*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- McGregor S. (2001), « Neoliberalism and health care », *International journal of consumer studies*, 25(2), p. 82-89.
- Mikhail C., Shankar D., Taree A. et al. (2021), « Trends in Private Equity Acquisition of Orthopaedic Surgery Practices in the United States », *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev*, 5:00162-8.
- Milcent C. (2021), « From down coding to upcoding: DRG based payment in hospitals », *International Journal of Health Economics and Management*. 21(1):1-26. doi: 10.1007/s10754-020-09287-x. Epub 2020 Oct 31. PMID: 33128657.
- Mosciaro M., Kaika M. et Engelen E. (2024), « Financializing healthcare and infrastructures of social reproduction: how to bankrupt a hospital and be unprepared for a pandemic », *Journal of social policy*, 53, 2, p. 261-279.
- Mougeot M. et Naegelen F. (2014), « La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux », *Revue française d'économie*, 143(3), p. 111-141.
- Nie J., Hsiang W., Marks V. et al. (2022), « Access to Urological Care for edicaid-Insured Patients at Urology Practices Acquired by Private Equity Firms », *Urology*, 164, p. 112-7.
- Or Z. (2014), « Implementation of DRG payment in France: Issues and recent developments », *Health policy*, 117, p. 146-150.
- Panissier S., De Goursac E. et Sylla Kouyate S. (2012), *Cliniques et hôpitaux au cœur du système de santé*, Rapport sectoriel de la Fédération de l'hospitalisation privée.
- Piovesan D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées : adaptations, évolution ou métamorphose ?* Thèse de doctorat, Lyon 3
- Pollock A., Shaoul J. et Vickers N. (2002), « Private Finance and 'Value for Money' in NHS Hospitals: A Policy in Search of a Rationale? », *The British Medical Journal*, 324, p. 1205-1209.
- Pradhan R., Weech-Maldonado R., Harman J. et Hyer K. (2014), « Private equity ownership of nursing homes: implications for quality », *Journal of Health Care Finance*, 42.

- Primrose D., Loeppky R. D. et Chang R. (Eds.) (2024), *The Routledge Handbook of the Political Economy of Health and Healthcare*, Taylor & Francis.
- Quadrat Etudes (2017), *Réalisation d'une cartographie des établissements et des groupes dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à caractère commercial*, Observatoire de l'hospitalisation privée.
- Quéguiner T. (2019), « À La Réunion, les magistrats financiers accusent l'Aurad de ne plus être non lucrative », *Hospimedia*, 27 mars.
- Rabinovich J. et Reddy N. (2024), « Corporate Financialization: A Conceptual Clarification and Critical Review of the Literature », *Post Keynesian Economics Society (PKES) Working Papers*, PKWP2402.
- Richard M. et Whaley C. (2024), « Hospital behavior over the private equity life cycle », *Journal of health economics*, first online.
- Rochaix L. (1984), « For profit hospitals for Europe: the case of Britain and France », *Health policy*, 4, p. 149-157.
- Savage D. (1994), « The Professions in Theory and History: The Case of Pharmacy », *Business and Economic History*, 23, p. 129-160.
- Savage D. et Robertson P. (1999), « The Maintenance of Professional Authority: The Case of Physicians and Hospitals in the United States », in Robertson P. (Ed.), *Authority and Control in Modern Industry: Theoretical and Empirical Perspectives*, Routledge, London, p. 155-172.
- Shleifer A. (1985) « A theory of yardstick competition », *Rand Journal of Economics*, 16(3), p. 320–7.
- Simonet D. et Alkafaji Y. (2017), « Critical evaluations of the French health care accounting indicators: the use of DRGs », *Public administration quarterly*, 41(3), p. 569-609.
- Singh Y., Song Z., Polsky D., Bruch J. et Zhu J. (2022), « Association of Private Equity Acquisition of Physician Practices With Changes in Health Care Spending and Utilization », *JAMA Health Forum*, 3:e222886.
- Soual H. (2017), « Les dépenses de santé depuis 1950 », *Etudes et résultats*, n° 1017, DREES.
- Stockhammer E. (2004), « Financialisation and the Slowdown of Accumulation », *Cambridge Journal of Economics*, 28(5), p. 719–741.

- Tanti-Hardouin N. (1996), *L'hospitalisation privée : crise identitaire et mutation sectorielle*, La Documentation Française.
- Van der Zwan, N. (2014), « Making sense of financialization », *Socio-economic review*, 12(1), p. 99-129.
- Veran, L. (2012), *La performance financière des cliniques privées entre déterminants invariants et contingents : Étude de 463 cliniques privées françaises de court séjour* [These de doctorat, Lyon 3]. <http://theses.fr/2012LYO30023>
- Vural I. E. (2017), « Financialisation in health care: An analysis of private equity fund investments in Turkey », *Social Science & Medicine*, 187, p. 276-286.
- Weeks W. B., Jardin M. et Paraponaris A. (2015), « Characteristics and patterns of elective admissions to for-profit and not-for-profit hospitals in France in 2009 and 2010 », *Social Science & Medicine*, 133, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.051>

Bibliographie du Chapitre 3

- Arborio A.-M. et Lechien A.-M., (2019) « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, 10, n° 1, p. 91 110.
- ARS Bourgogne Franche-Comté (2021), *STATISS Bourgogne-Franche-Comté*, 28.
- ARS Bourgogne Franche-Comté (2018), *Projet régional de santé Bourgogne-Franche-Comté 2018-2028 : livret 6 - offre de santé*, 5.
- Beck B. (2021), « Désormais retraité, le docteur Laine a cédé son cabinet médical à la commune de Saulnot », *Ici, le média de la vie locale*, 2 avril, <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/le-docteur-laine-a-cede-son-cabinet-medical-a-la-commune-de-saulnot-1616680683>
- Belorgey N. (2021), « Les inégalités sociales de santé à l'hôpital aujourd'hui : enquête à partir d'un service de gériatrie », *Sociétés contemporaines*, vol. 2, n° 122, 7 octobre, p. 127-53.
- Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC* 26, n° 1, p. 197.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale, (2024), *Les Comptes de la Sécurité sociale*, octobre.

CIH (2021), *Communiqué de presse du Collectif Inter-Hôpitaux du 19 juillet 2021 concernant l'attractivité de l'hôpital public à 1 an du « Ségur de la Santé »*.

CHU (2024), « CHU – Découvrir le CHU », consulté le 24 septembre 2024.

Clifransep (2025), « Accueil – Clifransep », consulté le 12 avril, <https://www.clifransep.fr/>

DREES (2021), « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », *Etudes et Résultats*, juillet, n°1200.

Elsan (2024a), « Clinique Saint Vincent Elsan », consulté le 24 septembre.

Elsan (2024b), « Polyclinique de Franche-Comté Elsan », consulté le 25 septembre.

Elsan (2024c), « Médecins », consulté le 25 septembre, <https://www.elsan.care/fr/medecins>;
« Tous les jobs chez Elsan », Site carrières Elsan, consulté le 25 septembre,
<https://talents.groupe-elsan.com/>

FHF (2024), « Centre de long séjour CLS BELLEVAUX (BESANCON) | FHF », consulté le 25 septembre, <https://etablisements.fhf.fr/annuaire/establishment/structure560-establishment10926>

France 3 (2016), « Trévenans : le chantier de l'Hôpital Nord-Franche-Comté officiellement terminé », 4 novembre, consulté le 4 août, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bourgogne-franche-comte/trevenans-nouvel-hopital-nord-franche-comte-est-inaugure-1122873.html>

France 3 (2017), « Trévenans – Transports. Se rendre au nouvel hôpital à Trévenans : comment, en combien de temps et à quel prix ? », 13 février, consulté le 4 août, <https://www.estrepublicain.fr/edition-belfort-hericourt-montbeliard/2017/02/13/se-rendre-au-nouvel-hopital-a-trevenans-comment-en-combien-de-temps-et-a-quel-prix>

France 3 (2021), « Trévenans : l'accessibilité à l'hôpital Nord-Franche-Comté en question », consulté le 10 avril, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bourgogne-franche-comte/territoire-de-belfort/trevenans-accessibilite-hopital-nord-franche-comte-question-1165553.html>

France Culture (2022), « Une salariée d'un EHPAD : « Les familles ne savent pas ce qui se passe. On le cache, parce qu'on a honte » », 24 novembre,

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-reportage-de-la-redaction/une-salariee-de-l-ehpad-les-familles-ne-savent-pas-ce-qui-se-passent-on-le-cache-parce-qu-on-a-honte-5236310>

Legal R. et Vicard A. (2015), *Renoncement aux soins pour raisons financières*, Dossiers « Solidarité et Santé », juillet, DREES.

Louis P. (2022), « Lure. Retraite forcée du Dr Ziegler : « Il m’a sauvé la vie », une pluie d’hommages pour le neurologue à la veille de son départ », *L’Est républicain*, 23 mars.

Mérito F. (2017), « Le docteur Laine veut céder son cabinet gratuitement mais personne n’en veut », *leparisien.fr*, 10 août.

Milleron O. (2021), « Investissements du Ségur de la santé : « Du saupoudrage » pour le collectif Inter-hôpitaux qui estime que « les hôpitaux vont retomber dans un fonctionnement délétère » », *Franceinfo*, 9 mars.

Observatoire inter-régimes (2025), « Observatoire inter-régimes des situations de fragilité – Indicateurs : cartes, données et graphiques ».

Pasquier V. (2022), « Haute-Saône : à Lure, 200 personnes manifestent contre le départ en retraite imposé du neurologue François Ziegler », *France 3 Bourgogne-Franche-Comté*, 22 mars.

Xufeng Qian et al. (2011), « ‘Quicker and Sicker’ Under Medicare’s Prospective Payment System for Hospitals: New Evidence on an Old Issue from a National Longitudinal Survey », *Bulletin of Economic Research*, 63, n° 1, janvier, p. 1-27.