

**Nicolas Da Silva, Laura Allès, Philippe Batifoulier, Nicolas Belorgey et Jean-Paul Domin (2026), *Les transformations des cliniques privées à but lucratif et des parcours de soins*, Université Sorbonne Paris Nord – Centre d'économie de l'Université Paris Nord, RRS-Cgt, février.**

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 ». Si le débat médiatique, politique et syndical s'attarde légitimement sur cette situation, peu d'attention a été donnée aux réorganisations des cliniques privées à but lucratif.

Depuis une trentaine d'années, les cliniques privées à but lucratif, qui représentent près d'un tiers des établissements et un quart des places d'hospitalisation complète, ont connu un double mouvement de concentration et de financiarisation. Ces concentrations ont été facilitées par un contexte règlementaire 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*). Des entreprises comme Elsan ou Ramsay Santé se sont développées en fusionnant ou en rachetant des entités plus petites. 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 que pour d'autres pays.

L'objectif de ce projet de recherche est d'étudier l'articulation entre les offres hospitalières publique et privée à but lucratif en se 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 ces deux mondes. Tant du point de vue des patients que des professionnels, le public et le privé ne sont pas deux sphères étanches.

Cette recherche s'efforce de documenter les transformations des cliniques privées à but lucratif et leurs effets sur le travail des professionnels de santé ainsi que sur le parcours de soins des patients. En particulier, en quoi la réorganisation d'une clinique qui subit un processus de concentration/financiarisation peut-elle modifier son activité, impacter celle du reste du système de soin et affecter la prise en charge des patients ?

L'obstacle principal pour étudier les évolutions du parcours de soins induites par ces phénomènes 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 préciser les effets des restructurations sur le parcours de soins des patients et sur les conditions de travail des professionnels.

Après le chapitre introductif, le deuxième chapitre du rapport quantifie le processus de concentration/financiarisation des cliniques privées à but lucratif. Le concept de financiarisation a été mobilisé pour discuter de l'évolution du capitalisme depuis les années 1980. Dans son sens le plus général, il désigne un processus historique par lequel le secteur de la finance impose son pouvoir non seulement au reste de l'économie mais aussi à la société dans son ensemble. Les travaux académiques sur la financiarisation indiquent qu'elle tend à générer de l'instabilité macroéconomique, des conditions de travail dégradées, des reculs démocratiques, et à exacerber les inégalités et les situations de précarité, etc. C'est donc un processus qui fait l'objet de nombreuses critiques.

L'étude de la financiarisation dans le secteur des soins est très récente, les premiers travaux datant du milieu des années 2010. Les travaux portent sur différents acteurs des soins : les hôpitaux, les soins primaires, l'assurance, l'investissement d'infrastructures, etc. Ils pointent une transformation claire des 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, leur propriété 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.

Le cas des cliniques à but lucratif français reste mal connu. Les recherches existantes portent essentiellement sur la comparaison des effets des réformes de tarification entre l'hôpital public et l'hôpital à but lucratif. Pourtant, le secteur privé dans son ensemble (à but lucratif et sans but lucratif) représentait en 2019 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.

Le deuxième 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 proposée ici de l'évolution du secteur est un préalable à de futures recherche sur les conséquences de ces changements. La méthodologie employée est mixte. D'une part, elle s'appuie sur une base de données administrative reportant 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 du secteur ainsi que sa financiarisation *via* la participation croissante du capital investissement et de la cotation en Bourse.

En 2020, 18 groupes hospitaliers sont soit en lien avec des entreprises de capital investissement, soit cotés en Bourse, soit les deux. Ils peuvent être considérés comme financiarisés. Ces 18 groupes financiarisés 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. Parmi l'ensemble de ces groupes, deux d'entre eux sont particulièrement emblématiques : Elsan (numéro 1 du secteur hospitalier commercial en France) et Ramsay Santé (numéro 2). 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, dans sa stratégie de croissance, recouru uniquement au capital-investissement, Ramsay est principalement dépendant de sa cotation boursière.

La financiarisation a été un levier important pour la concentration. Sur la période 2004-2020, le nombre total d'hôpitaux en France a reculé, en grande partie à cause des mouvements opérés dans l'hospitalisation à but lucratif. Le nombre des hôpitaux à but lucratif est ainsi passé de 1 114 à 975. Cette évolution s'est accompagnée de l'extinction progressive des structures indépendantes au profit des groupes. 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.

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

La catégorie de « groupe » recouvre des réalités hétérogènes. Tout au long de la période, le type de groupes qui est le plus nombreux est de petite taille (2 à 5 établissements). Cependant, ce type de groupes a tendance à décroître : 41 en 2020 contre 51 en 2004. Les autres catégories de groupes ont-elles toutes 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 en 2004 contre deux en 2020.

Bien qu'il existe des variations entre les années, 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 seul établissement (propriétaires d'autres structures non hospitalières), détenaient 806 établissements, un mouvement de croissance et de concentration à peine ralenti par les règles de l'Autorité de la concurrence.

L'analyse par type d'activité permet de mettre en évidence là où l'hôpital à but lucratif est le plus présent. L'hospitalisation privée à but lucratif est présente dans tous les modes d'hospitalisation, partielle ou complète, et toutes les disciplines, 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% en hospitalisation partielle. Les hôpitaux à but lucratif sont également extrêmement présents dans le domaine des soins de suite et réadaptation : 32,9 % en hospitalisation complète et 36,5% en hospitalisation partielle.

A chaque fois, les groupes dominent largement par rapport aux structures indépendantes. Dans le cas des soins de suite et réadaptation, l'activité d'hospitalisation complète a connu la même évolution qu'ailleurs. Les structures indépendantes ont laissé place aux groupes. Ceux-ci représentent 28,6 % de l'activité d'hospitalisation complète 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 : Clinéa (7,4 %), Korian (5,7 %), Ramsay Santé (2,8 %), LNA santé (1,6 %), Elsan (1,6 %) et Almayviva (1,0 %). La situation est similaire dans le cas de la dialyse, et encore plus avancée pour la chirurgie ambulatoire où plus de 50% de l'activité est réalisée par des groupes.

Cette recherche permet de documenter la transformation du capitalisme hospitalier français. 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 des sociétés d'exercice libéral soit possédé par des médecins. Le capital ne peut pas être anonyme comme dans le reste du monde capitaliste. En ce sens, l'hôpital à but lucratif représente une exception, et ne s'est pas seulement financiarisé (et concentré) : il est aussi devenu pleinement capitaliste. 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 conséquences inquiétantes. Des inégalités importantes peuvent se développer dans l'accès et la qualité des soins pour les patients. La spécialisation évoquée précédemment des établissements appartenant à des groupes dans certaines disciplines se cumule à une implantation différenciée selon les territoires en partie héritée de celle des médecins libéraux. Pour certaines spécialités, dans certains territoires, les groupes à but lucratif sont déjà dominants et parfois même, un seul contrôle largement le marché. Cela leur permet d'exercer une pression à la hausse sur les prix, en particulier pour les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires. 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, et ce malgré leur rôle déterminant (garanti par la législation) dans l'activité de soins. S'ils restent des travailleurs privilégiés des hôpitaux à but lucratif, leur pouvoir est en déclin. La situation des autres professionnels de santé n'a pas de raison d'être meilleure. Troisièmement, le pouvoir de négociation des hôpitaux à but lucratif est une menace pour l'assurance maladie. La capacité des acteurs financiarisés à s'organiser est sans commune mesure avec celle des structures autrefois indépendantes.

Le troisième chapitre de ce rapport étudie 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. Ces deux zones différemment dotées en ressources sanitaires permettent d'analyser une pluralité de situations. Le département du Doubs, et plus précisément la zone de Besançon, forme le centre et donc le point de recours pour tout l'ensemble des zones à sa périphérie. Le département de la Haute-Saône apparaît par contraste comme une zone délaissée.

Dans les deux cas, l'approche par l'enquête est complétée avec un recensement de l'offre de soin. L'enjeu est de comprendre en quoi les transformations des cliniques privées à but lucratif modifient l'ensemble du système de soin. A Besançon par exemple, il est question de 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.

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 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'attente et un renoncement aux soins.

Ce chapitre 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 considération 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 semblables d'intensification du travail. 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 (pour attirer des médecins prescripteurs et producteurs de soins) 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.

Malgré les nombreuses pistes évoquées dans ce rapport, 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 constituent un programme de recherche que ce rapport aborde, bien qu'insuffisamment, et donc un appel à multiplier les travaux.