



ENJEUX DE LA FINANCIARISATION DE L'OFFRE DE SOINS

EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Quelle réalité de la financiarisation
de l'offre de soins à l'échelle régionale ?

SOMMAIRE

Avant-Propos	4
Introduction	5
Comprendre les origines de la financiarisation de l'offre de soins : les causes structurelles d'un phénomène en expansion	7
État des lieux de la financiarisation de l'offre de soins en région Auvergne-Rhône-Alpes: des dynamiques différentes selon les spécialités et selon les territoires.....	10
1. Une hospitalisation privée désormais quasi entièrement financiarisée	10
2. Des spécialités libérales « techniques » : une financiarisation en pleine expansion	12
3. L'émergence de nouveaux modèles en médecine générale et soins non programmés.....	16
4. La financiarisation de l'anatomopathologie et de la psychiatrie reste marginale en région Auvergne-Rhône-Alpes, sans signaux significatifs à ce stade	17
Les effets de la financiarisation de l'offre de soins en région Auvergne-Rhône-Alpes : des dynamiques différentes selon les spécialités et selon les territoires.....	18
1. Des mécanismes locaux de régulation mis à l'épreuve par la complexification des organisations financiarisées	18
a. Un rôle central mais fragilisé des conseils départementaux de l'Ordre face à la montée en complexité des montages juridiques.....	18
b. Des stratégies locales de contournement révélant un décalage entre encadrement formel et pratiques effectives.....	19
c. Une pression économique structurelle induite par les montages financiers et les logiques d'endettement	19
d. Une recomposition des conditions d'exercice médical sous contrainte économique et organisationnelle	20
2. Des organisations de soins en transformation : intensification de l'activité et recomposition des pratiques médicales.....	21
a. Une augmentation marquée du volume de patients par praticien, portée par des modèles organisationnels plus productifs, avec des effets contrastés sur les dépassements d'honoraires.....	21
b. Une évolution du panier d'actes orientée par des logiques de spécialisation et de valorisation.....	24
c. Une segmentation des patientèles en lien avec les modèles d'activité et des effets sur les parcours de soins	25
3. Une financiarisation sélective qui recompose l'accès territorial aux soins en AURA	28
a. Une concentration prioritaire dans les bassins d'activité les plus attractifs	28
b. Une présence plus limitée dans les territoires moins denses, révélatrice d'une financiarisation sélective	29
c. Des effets territoriaux différenciés entre gains d'accès localisés et risques de déséquilibres	29
d. Des enjeux majeurs pour la régulation territoriale de l'offre de soins	30
En synthèse	31

Avant-Propos

La financiarisation de l'offre de soins constitue aujourd'hui **l'une des transformations les plus profondes, et les moins comprises, de notre système de santé**. Depuis plusieurs années, l'entrée progressive d'acteurs financiers dans le champ médical modifie silencieusement les équilibres qui structuraient jusqu'alors l'exercice libéral : organisation interne des structures, gouvernance, pratiques professionnelles.

Face à ce phénomène encore insuffisamment documenté, l'URPS Médecins Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes a engagé un travail d'étude inédit, ambitieux et rigoureux. L'étude menée entre 2025 et 2026 s'est concentrée sur la radiologie et les centres d'ophtalmologie, deux spécialités particulièrement exposées aux transformations actuelles. Ce choix permet d'observer les mutations à l'œuvre, autant dans l'organisation du premier recours que dans celle des plateaux techniques les plus spécialisés.

En **cartographiant l'ensemble des acteurs implantés sur le territoire régional**, nous avons souhaité construire un référentiel robuste permettant de distinguer les structures financiarisées de celles détenues par des professionnels de santé. Cette cartographie régionale de l'offre de soins est complétée par **une analyse d'échantillons ciblés en radiologie et en ophtalmologie**, afin d'examiner plus finement les effets de la financiarisation dans ces deux spécialités particulièrement exposées. **Ce travail constitue ainsi un socle indispensable pour objectiver les dynamiques régionales, dépasser les perceptions intuitives et mieux mesurer les effets concrets de ces transformations sur l'organisation de l'offre de soins et les réalités de terrain.**

Ce rapport constitue une ressource déterminante. Non seulement il éclaire un phénomène en forte croissance, mais il identifie également **les enjeux structurants pour l'avenir** : préservation de l'indépendance professionnelle, équité territoriale d'accès aux soins, qualité des pratiques et transparence des modèles d'organisation.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des professionnels qui ont contribué à ce travail. Leur engagement est essentiel pour comprendre, anticiper et accompagner les évolutions du système de santé.

Collectivement, nous avons la responsabilité de garantir l'accès à une offre de soins accessible, éthique et durable. Ce rapport nous apporte des clés pour y parvenir. Il nous revient maintenant d'agir avec clairvoyance et engagement, afin que les changements en cours ne nuisent ni aux patients, ni à la qualité des pratiques médicales.



Dr Sylvie Filley-Bernard

Présidente de l'URPS Médecins Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes

Introduction

L'étude conduite par l'URPS Médecins Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes vise à analyser un phénomène en évolution : **la financiarisation de l'offre de soins**. En effet, il est observé depuis quelques années, l'entrée croissante d'acteurs financiers (fonds d'investissement, holdings, groupes privés ou capitaux extérieurs à la santé) dans le champ médical, notamment à travers la prise de participation au capital des structures d'exercice. Cette évolution transforme progressivement l'organisation de l'offre de soins, les modes d'exercice des praticiens et, potentiellement, les conditions d'accès aux soins des patients.

Le travail mené vise à **objectiver l'ampleur et les effets de cette dynamique sur le territoire de la région Auvergne Rhône Alpes**, en comparant des structures financiarisées et non financiarisées au sein de plusieurs spécialités médicales.

Méthodologie de l'étude sur la financiarisation en région AURA

Pour cela, le travail mené entre 2025 et 2026 couvre un spectre de spécialités relevant du champ de l'URPS Médecins Libéraux, où la financiarisation est avérée, émergente ou plus marginale :

- L'hospitalisation privée lucrative (cliniques MCO) et les cliniques psychiatriques
- Les centres d'ophtalmologie
- Les cabinets de radiologie
- Les centres de soins non programmés et les structures organisées de médecine générale
- Les centres de médecine nucléaire et de radiothérapie

Cette approche permet d'appréhender à la fois les modalités d'exercice en soins de premier recours (médecine générale) et des spécialités nécessitant des plateaux techniques lourds. Sur cette base, l'étude suit une méthodologie en deux étapes :

- › **Étape 1** - Cartographier l'offre de soins sur la région AURA, en distinguant les structures financiarisées des structures non financiarisées pour chacune des spécialités retenues.
- › **Étape 2** - Analyser les effets de la financiarisation sur l'offre de soins et l'impact de ce phénomène sur la pratique des professionnels de santé.

Pour permettre l'analyse des impacts de la financiarisation, la collecte s'appuie sur trois sources complémentaires, dont les données recueillies dans le cadre de cette étude ont été traitées de manière anonymisée.

- ❖ Tout d'abord, **une recherche documentaire** a été menée à partir de bases de données publiques, complétée par la consultation des sites des réseaux et des groupes identifiés, afin d'établir, en concertation avec les professionnels de santé, une liste partagée des acteurs et des centres concernés ou non par le phénomène de financiarisation.
- ❖ Ensuite, **12 entretiens qualitatifs** ont été conduits auprès de médecins des spécialités étudiées, d'associations de patients et de représentants institutionnels, pour documenter les effets perçus sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles.

- ❖ Enfin, **une analyse quantitative a été menée à partir des données de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de l'Assurance Maladie**, portant sur les dépenses de santé facturées par les professionnels de santé ciblés entre octobre 2024 et septembre 2025. Cette analyse vient compléter la cartographie régionale de l'ensemble des structures identifiées, en approfondissant deux champs d'étude particulièrement exposés aux dynamiques de financiarisation : la radiologie et l'ophtalmologie. Pour ces deux spécialités, des échantillons comparant structures financiarisées et non financiarisées ont été constitués, afin d'examiner plus finement les effets potentiels de la financiarisation sur les pratiques médicales, les volumes d'activité et les profils de prise en charge.

Les structures ont été classées en deux catégories, financiarisées et non-financiarisées, en concertation avec des professionnels de santé exerçant sur le terrain :

- *Structures non financiarisées* : détenues et gérées exclusivement par des professionnels de santé, sans capitaux extérieurs.
- *Structures financiarisées* : ayant recours à des financements ou participations de groupes extérieurs, qu'ils soient financiers ou extérieurs à la santé.

Cette typologie a permis de constituer, pour chaque spécialité, deux sous-groupes comparables (financiarisé / non financiarisé). Pour chaque structure identifiée, **l'ensemble des praticiens exerçant a été recensé**, en relevant :

- Leur numéro RPPS,
- Leur secteur conventionnel (secteur 1, secteur 2, ou secteur 2 OPTAM),
- Leur type de structure d'exercice (financiarisée ou non financiarisée),
- Leur âge et genre.

La base « praticiens-structures » a ensuite été appariée aux données d'activité de la DRSM à l'aide du numéro RPPS, garantissant une identification fiable et homogène des professionnels. Pour chaque spécialité, un panier d'actes CCAM représentatif de l'activité courante a été défini en amont. Les volumes d'actes extraits par la DRSM ont ensuite été agrégés au niveau des structures, afin d'analyser l'intensité de l'activité, ainsi que la répartition et la nature des actes réalisés selon le type de structure. **L'ensemble des données d'activité a été agrégé et traité de manière anonymisée dans le cadre de l'étude.**

In fine, l'analyse permet d'évaluer, de manière objectivée, l'impact de la financiarisation sur la pratique médicale, à travers les différences observées en termes de volume, de nature des actes et de comportements d'activité entre praticiens exerçant dans des structures financiarisées ou non.

Comprendre les origines de la financiarisation de l'offre de soins : les causes structurelles d'un phénomène en expansion

La financiarisation de l'offre de soins peut être définie par l'entrée, directe ou indirecte, de **capitaux extérieurs aux professions de santé** (fonds d'investissement, holdings, investisseurs spécialisés) dans des structures de soins, avec une attente explicite de rendement et, souvent, une influence sur la gouvernance et la stratégie (croissance, organisation, investissements) ¹. **Cette définition, reprise dans plusieurs travaux institutionnels (Sénat, IGAS, IGF), met en lumière l'irruption de capitaux externes dans un secteur historiquement organisé autour de praticiens indépendants et d'acteurs publics ou privés non lucratifs².**

Même si le sujet a pris de l'ampleur récemment dans le débat public, la financiarisation s'inscrit en France dans une dynamique plus ancienne. Elle apparaît d'abord dans le secteur privé dès les années 1990, avant de s'accélérer dans les années 2000 avec une concentration des cliniques au sein de grands groupes. À partir des années 2010, le mouvement s'étend progressivement aux soins de ville, notamment via le développement de centres organisés en dentaire et en ophtalmologie. La biologie médicale connaît ensuite une phase de regroupements particulièrement marquée à partir de 2018, tandis que l'imagerie médicale suscite plus récemment un intérêt croissant. **Au fil de ces étapes, une part grandissante de l'offre s'est structurée en réseaux et en groupes multi-sites.**

Historiquement, le développement des structures reposait largement sur le financement bancaire, notamment pour l'acquisition d'équipements, l'aménagement de locaux ou l'investissement immobilier. **Ce schéma demeure, mais il est de plus en plus complété par un autre mode d'intervention : l'entrée au capital.** La différence est majeure. Là où la banque finance par la dette (avec un remboursement programmé), l'investisseur entre au capital et vise une création de valeur sur un horizon donné. Cela se traduit fréquemment par :

- Des stratégies de croissance externe (rachats successifs, fusions) ;
- Une standardisation des fonctions support (gestion, achats, systèmes d'information) ;
- Et une reconfiguration progressive de l'offre via des plateformes multi-sites.

Dans un premier temps, ces évolutions sont peu visibles. Elles se manifestent d'abord par des changements de montages juridiques et de gouvernance, avant de se traduire plus concrètement dans l'organisation des structures et, parfois, dans la répartition de l'offre sur le territoire.

¹ Inspection générale des affaires sociales & Inspection générale des finances. (2025). *Causes et effets de la financiarisation du système de santé* (Rapport Igas-IGF). IGAS & IGF.

² Ordre national des pharmaciens. (2024, janvier 24). *Financiarisation de l'offre de soins : que dit le rapport de la mission d'information du Sénat ?*

Un contexte favorable à l'entrée du capital dans le soin

Plusieurs facteurs structurels expliquent **l'intérêt croissant d'acteurs financiers pour la santé**. La demande de soins demeure élevée et tend à augmenter sous l'effet du vieillissement de la population et du poids des maladies chroniques. Le secteur bénéficie par ailleurs d'une **solvabilité forte, en grande partie liée au financement public**. Enfin, dans plusieurs segments encore très fragmentés, **les regroupements permettent d'atteindre une taille critique** et de dégager des économies d'échelle, notamment sur les achats, les fonctions support, le numérique et l'organisation. À ces éléments s'ajoutent des besoins d'investissement importants (équipements, transformation numérique, exigences de qualité et de conformité) **ainsi que des opportunités de rachat liées aux départs** à la retraite et aux difficultés de succession.

D'autres mécanismes tiennent au pilotage public des dépenses. La contrainte budgétaire (ONDAM, pressions de maîtrise des coûts, baisses tarifaires dans certains secteurs) favorise la recherche d'organisations capables d'absorber des chocs économiques grâce à la mutualisation et à la standardisation. **Ces dynamiques se reflètent déjà dans la structure du secteur et peuvent être illustrées par quelques repères nationaux**.

En 2024, **la dépense courante de santé atteint 333 Md€** (11,4 % du PIB, +3,6 % sur un an). La biologie médicale illustre fortement la concentration, avec le passage de plus de 4 000 laboratoires de ville dans les années 1980 à moins de 400 entités en 2021, dans un paysage structuré autour de grands groupes. Dans les soins ambulatoires, la montée de modèles organisés est également notable, avec environ 15 % des soins dentaires réalisés en centres en 2023 et autour de 15 % des séances d'ophtalmologie captées par des centres. Ces évolutions peuvent renforcer la capacité d'investissement et parfois le maillage, mais elles soulèvent aussi des enjeux de régulation, de qualité et de soutenabilité.

Une réponse à des fragilités du système de santé

La financiarisation se comprend aussi du point de vue des acteurs de terrain, car elle peut répondre à des difficultés concrètes :

- **Financer ce qui devient difficile à porter seul.** Face au coût croissant des équipements, de l'immobilier, des outils numériques ou des mises aux normes, l'entrée de capitaux peut permettre d'accélérer certains projets et de sécuriser la continuité d'activité.
- **Faciliter les transmissions dans un contexte de tension démographique.** Alors que de nombreux médecins partent à la retraite, les reprises de cabinets ne sont pas toujours évidentes. En radiologie libérale, on estime par exemple que plus d'un tiers des praticiens ont 60 ans ou plus (et plus de la moitié 55 ans ou plus), ce qui rend la question de la succession très concrète. Le coût de rachat, la complexité de gestion et l'évolution des attentes professionnelles peuvent freiner les reprises "classiques".
- **Répondre à l'évolution des attentes professionnelles.** Les nouvelles générations privilégient plus souvent le travail en équipe, des horaires mieux maîtrisés, une charge administrative réduite et l'accès à des plateaux techniques modernes. Certains groupes proposent précisément ce cadre "clé

en main” (fonctions support, conformité, systèmes d’information) et, parfois, des statuts salariés ou hybrides (fixe + variable), ce qui peut accroître l’attractivité de ces modèles.

Autrement dit, la financiarisation ne se réduit pas à une logique de rendement. Elle s’insère aussi dans une transformation des modes d’exercice et dans une réponse à des besoins d’investissement et d’organisation devenus centraux.

Evolutions institutionnelles et cadre réglementaire

Le mouvement s’est également déployé dans un contexte institutionnel qui a progressivement rendu l’entrée de capitaux plus accessible. Selon les segments et les périodes, certaines évolutions réglementaires ont facilité l’ouverture et la multiplication rapide de structures, notamment dans le champ des centres de santé. En réduisant certaines contraintes administratives au moment de la création, elles ont permis à des acteurs organisés de déployer plus rapidement des réseaux multi-sites, en particulier en dentaire et en ophtalmologie. Parallèlement, l’évolution des règles encadrant la détention du capital a parfois ouvert la porte à des acteurs non-praticiens, directement ou via des holdings. **Face aux dérives observées dans certains secteurs, les pouvoirs publics ont plus récemment cherché à resserrer le cadre et à renforcer les contrôles, afin de préserver l’intérêt des patients et la qualité des prises en charge.**

Il s’agit désormais d’observer comment ces évolutions nationales se traduisent concrètement à l’échelle d’un territoire. L’analyse repose, d’une part, sur une cartographie de l’ensemble des structures implantées en région Auvergne-Rhône-Alpes et, d’autre part, sur l’étude d’échantillons ciblés permettant d’examiner plus finement les mécanismes à l’œuvre dans deux spécialités particulièrement concernées : la radiologie et l’ophtalmologie. À travers cette approche régionale, l’étude vise à objectiver les formes prises par la financiarisation, ainsi que ses effets sur l’organisation de l’offre de soins et les pratiques professionnelles.

État des lieux de la financiarisation de l'offre de soins en région Auvergne-Rhône-Alpes : des dynamiques différentes selon les spécialités et selon les territoires

1. Une hospitalisation privée désormais quasi entièrement financiarisée

Le secteur **de l'hospitalisation privée constitue aujourd'hui l'un des terrains où la dynamique de financiarisation est la plus aboutie**. Cette évolution résulte d'une combinaison de facteurs : la montée en puissance des groupes privés lucratifs, des stratégies nationales et régionales de concentration des établissements, ainsi que d'importants mouvements d'investissement portés par les principaux acteurs du marché. **À l'échelle nationale, la tendance à la financiarisation est désormais dominante**. Près de 85 % des cliniques privées appartiennent à des groupes structurés autour de logiques capitalistiques, tandis qu'environ 15 % demeurent indépendantes. Ce mouvement n'est pas récent : dès 2017, on dénombrait 60 groupes hospitaliers privés représentant 64 % des établissements privés lucratifs et 70 % des capacités d'accueil du secteur³. La politique d'expansion de ces groupes s'est poursuivie au cours des années suivantes.

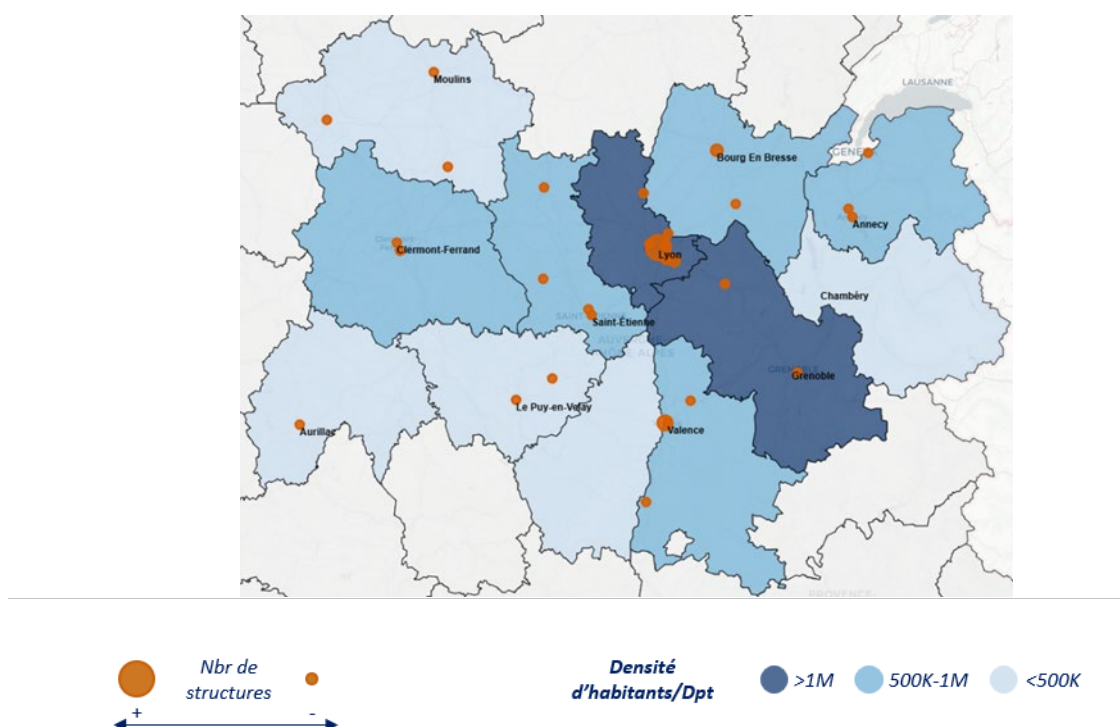
Par ailleurs, et selon les données rapportées au Sénat⁴, la part des établissements privés déficitaires est passée de 25 % en 2021 à 40 % en 2023, soit une augmentation de 15 points en deux ans. **Ce signal d'alerte met en évidence une fragilisation croissante du modèle économique, à un moment où les besoins de la population en soins hospitaliers demeurent élevés** (vieillesse de la population, chronicisation de certaines pathologies, etc.). Cette tension sur les résultats contribue à rendre de nombreux établissements plus dépendants de l'apport de capitaux externes et à renforcer l'attractivité des groupes financiarisés, qui apparaissent comme des solutions de consolidation, de refinancement ou de sauvetage pour certaines structures en difficulté.

En région Auvergne-Rhône-Alpes, **cette tendance est particulièrement visible**. L'offre d'hospitalisation privée lucrative y repose sur **39 cliniques privées MCO** (médecine-chirurgie-obstétrique), **dont la grande majorité appartient à des réseaux intégrés**. La cartographie régionale met en évidence un maillage dense dans les départements les plus peuplés (Rhône, Isère, Loire, Puy-de-Dôme), tandis que certains territoires, comme la Savoie, ne présentent pas d'offre privée MCO financiarisée à ce stade.

³ La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives ([lien](#))

⁴ Question écrite n° 3116, publiée en 2025 ([lien](#))

Cliniques privées MCO par densité de population



Au sein de ce paysage, deux acteurs occupent une position dominante :

- **Ramsay Santé**, filiale du groupe australien Ramsay Health Care, qui exploite 19 établissements en région Auvergne-Rhône-Alpes ;
- **Elsan**, contrôlé par plusieurs fonds d'investissement, présent via 13 établissements sur le territoire régional.

Leur implantation est particulièrement forte dans le secteur MCO, **segment historiquement attractif pour les opérateurs privés en raison d'une rentabilité historiquement élevée**, de la standardisation croissante des prises en charge et des économies d'échelle permises par les regroupements. Cette lecture doit toutefois être nuancée : le cas de Ramsay Santé, dont l'actionnariat est notamment marqué par la présence du Crédit Agricole, illustre les tensions capitalistes pouvant affecter ces grands groupes. Alors qu'une cession globale du groupe aurait suscité des réticences des autorités françaises, des scénarios alternatifs, incluant une possible cession par entités, assimilable à une vente à la découpe, auraient été envisagés.

Ensemble, **ces groupes occupent une place centrale dans le paysage régional** : leur stratégie de maillage des principales agglomérations et de consolidation progressive d'établissements existants réduit mécaniquement la part des structures indépendantes, souvent plus petites et plus fragiles financièrement. À titre d'illustration, les deux groupes représentent plus de 30 % du chiffre d'affaires de l'hospitalisation privée en France⁵.

Les dernières années ont été marquées par une recomposition profonde du secteur, largement stimulée par les baisses tarifaires imposées par les pouvoirs publics, la hausse des coûts et la nécessité d'investir dans des plateaux techniques modernes. Pour préserver leur équilibre

⁵ La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives ([lien](#))

économique, de nombreux établissements ont eu recours à des fusions, des acquisitions et des restructurations internes, accentuant la concentration du marché et réduisant progressivement le nombre d'entités indépendantes. **Cette dynamique, observable à l'échelle nationale, se répercute directement sur l'organisation de l'offre en Auvergne-Rhône-Alpes, où quelques groupes structurent désormais une part déterminante de l'hospitalisation privée.**

2. Des spécialités libérales « techniques » : une financiarisation en pleine expansion

Certaines spécialités médicales libérales, dites « techniques », telles que la radiologie et l'ophtalmologie, connaissent une dynamique de financiarisation croissante, principalement en raison des **investissements lourds nécessaires en plateaux techniques / équipements**.

La radiologie : une spécialité au cœur de la financiarisation

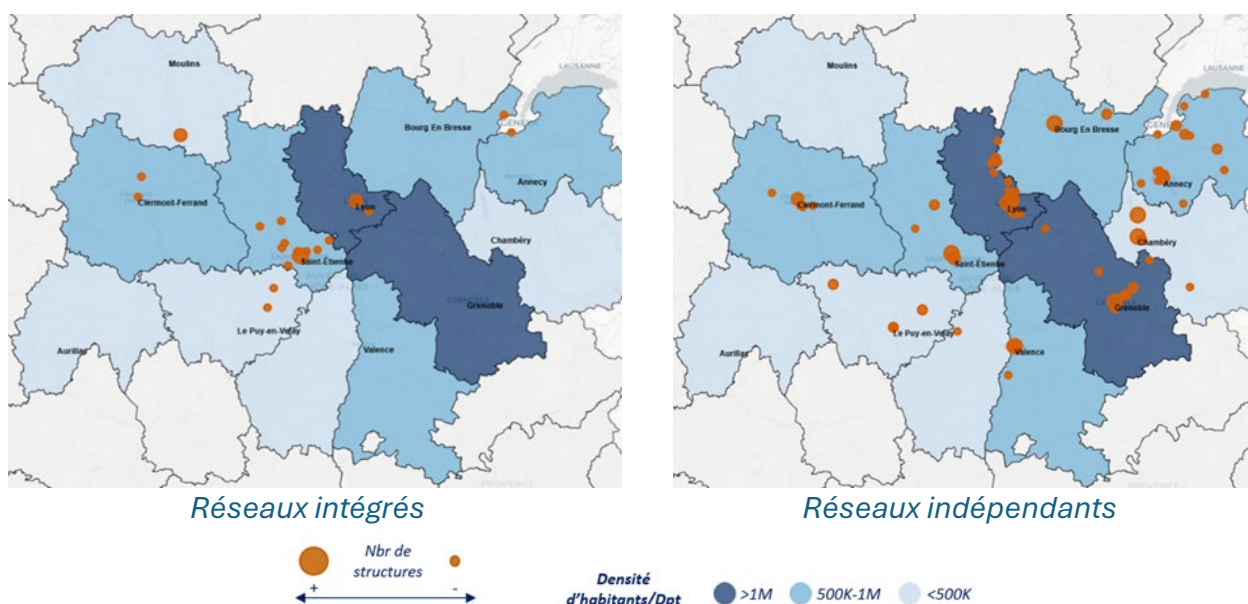
La radiologie connaît une **dynamique de regroupements**, portée par l'accélération des prises de participation financières notamment depuis 2022, associées à des recherches d'économies d'échelle et de mutualisation d'investissements lourds en plateaux techniques.

Les structures financiarisées se caractérisent par un ancrage territorial plus centralisé, notamment autour de Lyon, Saint-Étienne et Clermont-Ferrand. Elles représentent entre 15 et 20 % des cabinets de radiologie de la région AURA, selon les entretiens réalisés.

À l'inverse, les **réseaux indépendants de radiologues** affichent une répartition plus diffuse sur le territoire, avec des implantations marquées à Annecy, Grenoble et Lyon. Ils sont fortement implantés dans et autour des zones urbaines, mais aussi présents dans des zones à densité d'habitants plus faible.

Ces réseaux sont principalement constitués par le **rapprochement d'acteurs de petite taille, tels que des cabinets et centres locaux**, qui s'organisent en groupes afin de renforcer leur **solidité financière**, et facilitent ainsi les investissements nécessaires en imagerie, tout en préservant leur indépendance face à la financiarisation croissante du secteur.

Cabinets de radiologie par densité de population



Le **Groupe VIDI** illustre cette dynamique : il s'impose comme un acteur important parmi les réseaux indépendants, réunissant des radiologues actionnaires autour d'une **gouvernance pilotée par les praticiens** eux-mêmes, avec une **mutualisation des moyens** (achats, fonctions support, etc.).

Une dynamique en évolution dans le secteur de l'ophtalmologie

Le secteur ophtalmologique français reste encore peu financiarisé, mais il connaît une **croissance soutenue**, portée par un contexte favorable : un **taux d'équipement en lunettes élevé** (en 2023, environ 75%⁶ de la population porte des équipements correcteurs tels que des lunettes ou des lentilles de contact), un **renouvellement fréquent**, un **recours massif au travail aidé** (environ 71%⁷ des ophtalmologistes exercent en travail aidé, avec en grande majorité des orthoptistes, ce qui améliore la productivité et les revenus).

Cette croissance est principalement portée par les centres de santé ophtalmologiques, souvent soutenus par des investisseurs et structurés autour d'une **délégation des tâches**. Ce modèle, bien qu'efficace, a suscité des controverses, notamment lorsque les orthoptistes sont mis en première ligne sans contact direct avec le médecin.

La loi Khattabi, adoptée en 2023⁸, vise à encadrer ces pratiques et à renforcer la qualité des soins. Elle freine ainsi le rythme de la financiarisation dans ce secteur.

Parallèlement, des réseaux de cabinets libéraux comme Point Vision ou Ophtalliance proposent un cadre plus souple que les centres de santé, avec une forte présence dans les grandes agglomérations de la région Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon, Grenoble, Valence, Saint-Étienne, Bourg-en-Bresse).

Point Vision illustre cette dynamique : le réseau développe une logique de structuration de cabinets libéraux en pôles organisés, sans relever du statut de centre de santé, avec un objectif de 100 structures d'ici 2026. Sa stratégie repose sur **l'optimisation des rendez-vous via une**

⁶ Etat des lieux de la santé visuelle, Octika, mai 2023

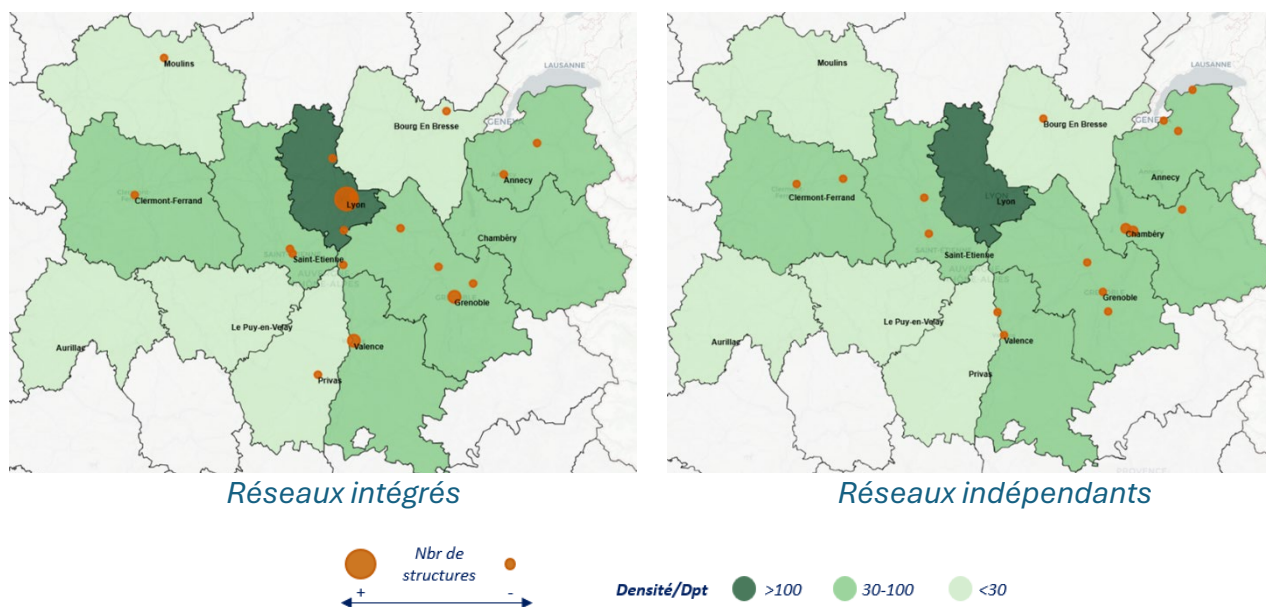
⁷ [Le point sur le travail aidé des ophtalmologistes](#)

⁸ [LOI n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé \(1\) - Légifrance](#)

plateforme numérique, un modèle de main-d'œuvre flexible : ophtalmologistes salariés ou remplaçants (parfois retraités), travaillant à temps partiel et un recours intensif aux orthoptistes.

Les réseaux indépendants, quant à eux, présentent un **maillage territorial plus équilibré**, incluant certaines zones moins denses tout en restant concentrés sur les grandes villes.

Centres d'ophtalmologie par densité d'ophtalmologues libéraux

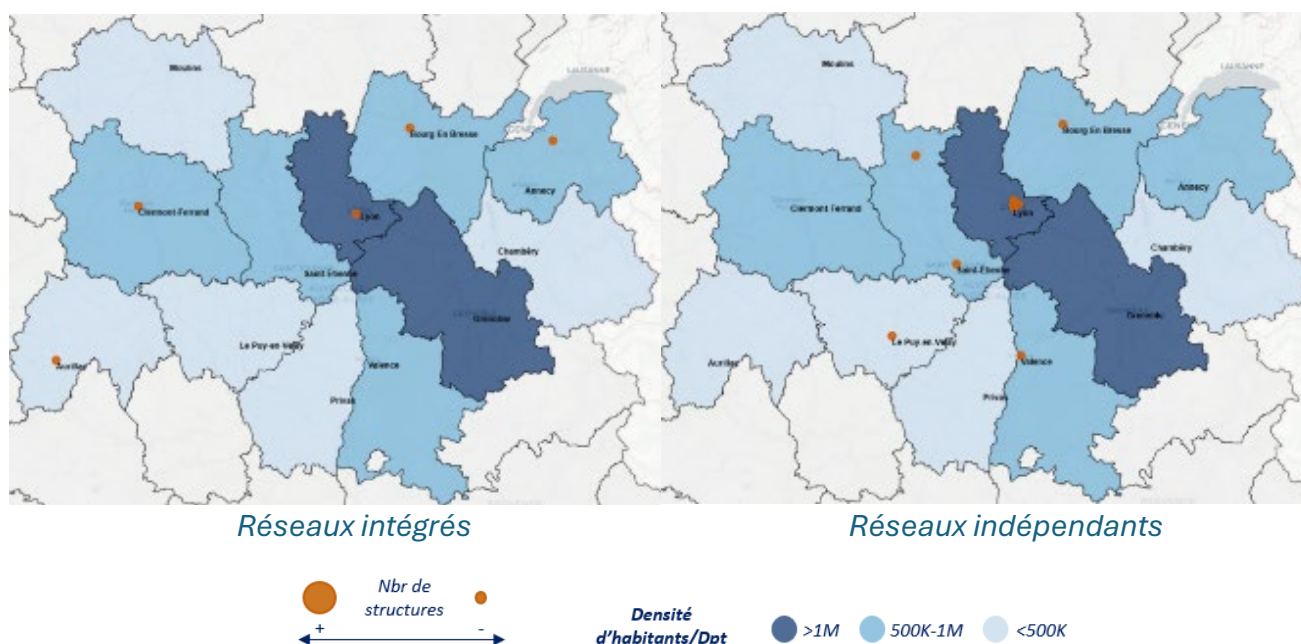


Radiothérapie et médecine nucléaire : un potentiel en émergence

La financiarisation en médecine nucléaire reste encore limitée et difficile à quantifier, la spécialité étant moins pénétrée que la radiologie. Néanmoins, son **fort potentiel de rentabilité** suscite l'intérêt croissant des investisseurs, laissant présager une accélération prochaine.

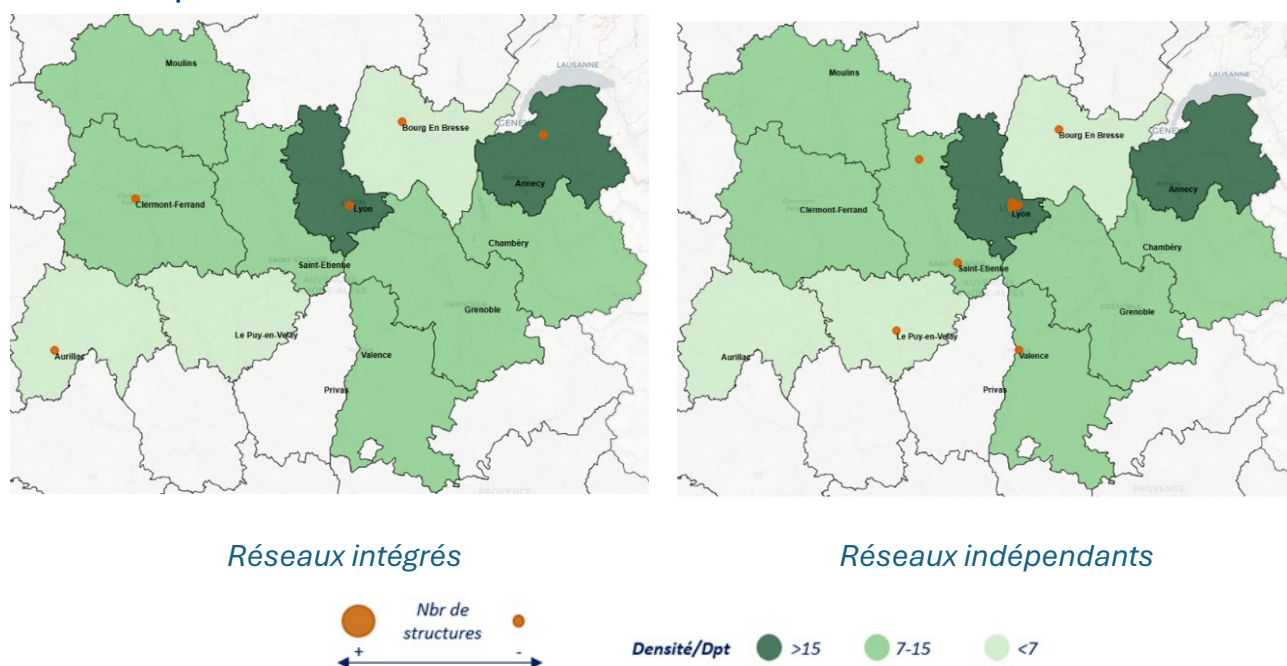
Le nombre de centres de médecine nucléaire et de radiothérapie en région AURA demeure restreint, qu'ils soient indépendants ou financiarisés. Ces structures sont principalement implantées dans les grandes agglomérations (Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand) et quelques villes moyennes. Cette **faible densité** s'explique par le **caractère encore émergent de ces spécialités**, majoritairement portées par des structures publiques ou privées à but non lucratif.

Centre de médecine nucléaire et radiothérapies par densité de population



Il reste difficile d'estimer précisément le nombre de médecins nucléaires exerçant dans des structures financiarisées. Toutefois, les investisseurs multiplient les marques d'intérêt à l'égard de ces professionnels, dans un contexte où les perspectives économiques du secteur suscitent une attention renouvelée. Bien qu'encore embryonnaire, cette dynamique de financiarisation est en marche, et certains groupes pourraient prochainement franchir le cap.

Centres de médecine nucléaire et radiothérapies par densité de médecins nucléaire / radiothérapeutes



*Spécialités : Médecine nucléaire, Oncologie option radiothérapie, Radiothérapie

Finalement, cette comparaison montre **que l'implantation des centres de médecine nucléaire et de radiothérapie répond à une double logique** : la présence d'un bassin de population suffisant, mais aussi celle d'une ressource médicale spécialisée. Si les centres se concentrent d'abord dans les grandes agglomérations et certains pôles urbains, leur localisation dépend également de la densité de médecins nucléaires et de radiothérapeutes, ainsi que de l'existence de plateaux techniques structurés. Cette double contrainte limite aujourd'hui la diffusion homogène de ces activités sur le territoire régional.

3. L'émergence de nouveaux modèles en médecine générale et soins non programmés

La médecine générale, longtemps considérée comme peu propice aux logiques de financiarisation, connaît aujourd'hui **l'apparition de modèles alternatifs qui viennent bousculer les équilibres traditionnels**.

Médecine générale et soins non programmés : une attractivité en mutation

Contrairement à des spécialités techniques comme la radiologie ou la chirurgie, qui exigent des équipements coûteux et produisent des marges significatives par acte, **la médecine générale s'appuie traditionnellement sur un modèle centré sur la consultation individuelle**, nécessitant peu d'investissement matériel. Ce positionnement limite son potentiel de financiarisation.

D'ailleurs, certains acteurs du secteur soulignent que les modèles économiques et les leviers d'attractivité diffèrent entre la médecine générale et la radiologie, et que la véritable richesse de ces structures réside avant tout dans les soignants eux-mêmes : une approche purement financière, qui négligerait leur place ou leur engagement, risquerait ainsi de vider la structure de sa substance.

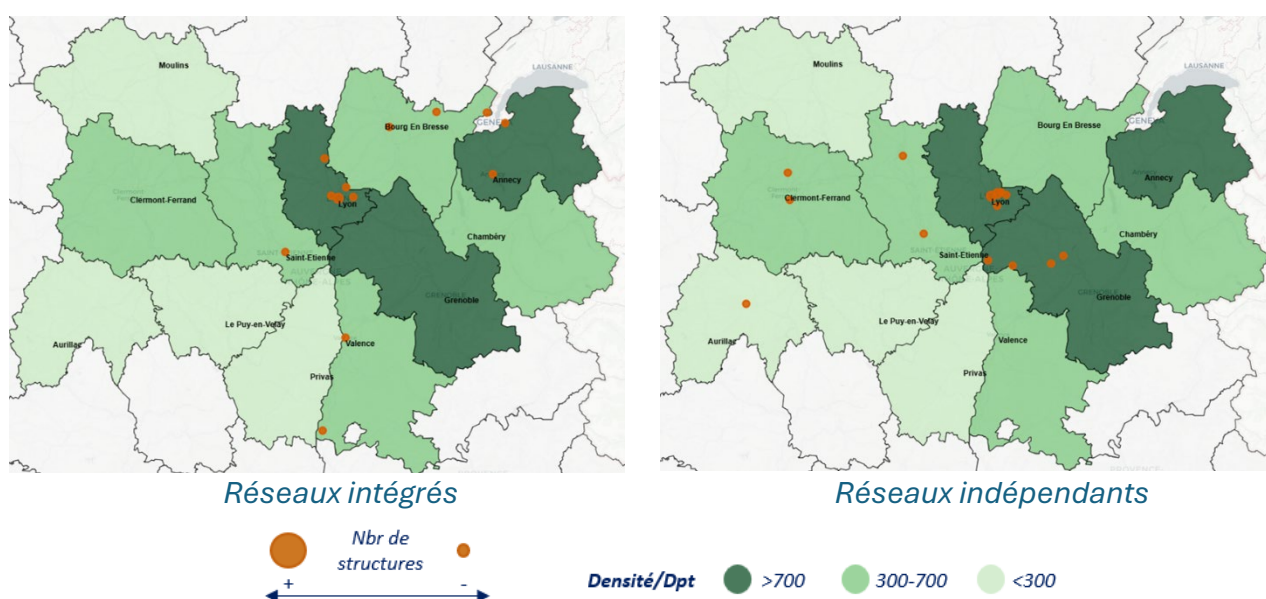
Cependant, **l'essor des centres de soins non programmés (CSNP)** introduit une nouvelle dynamique. Ces structures proposent une pratique plus rapide, souvent sans rendez-vous, avec des tarifs pouvant atteindre le double d'une consultation classique, améliorant ainsi la rentabilité horaire des médecins.

Apparus au début des années 2020, notamment dans le cadre d'expérimentations comme celles de l'article 51, les CSNP restent encore peu nombreux mais se développent rapidement. Ce déploiement est facilité par un **cadre réglementaire permissif** : leur création ne nécessite pas d'autorisation des ARS, et les médecins généralistes, en exercice libéral, bénéficient d'une liberté d'installation.

Aujourd'hui, la plupart des **réseaux regroupent deux à trois centres à l'échelle régionale**. Des acteurs amorcent une expansion plus large, principalement dans les grandes agglomérations telles que Lyon. En parallèle, des groupes hospitaliers privés comme Elsan ou Ramsay Santé investissent dans la médecine de ville, en ouvrant des centres de santé médicaux pour capter les patients en amont du parcours hospitalier.

Nous estimons néanmoins que la financiarisation de la médecine de proximité devrait toutefois rester modérée. Elle ne réunit que partiellement les conditions attractives pour les investisseurs : activité peu technologique, faibles besoins en capitaux et perspectives limitées de gains d'efficacité par concentration.

Médecine générale par densité de médecins généralistes



*Spécialités : médecine générale, qualifié en médecine générale, spécialiste en médecine générale

4. La financiarisation de l'anatomopathologie et de la psychiatrie reste marginale en région Auvergne-Rhône-Alpes, sans signaux significatifs à ce stade

À ce jour, les dynamiques de financiarisation dans les **spécialités de l'anatomopathologie**⁹ et de la **psychiatrie** apparaissent limitées, tant au niveau national que régional. En région Auvergne-Rhône-Alpes, les recherches menées n'ont pas permis d'identifier de mouvements structurants ou de prises de participation significatives par des acteurs financiers dans ces domaines.

En psychiatrie, les évolutions récentes portent davantage sur des **réformes organisationnelles** et de **financement public**, comme en témoigne l'instruction DGOS/R4/2024/35 relative aux compartiments régionaux du nouveau modèle de financement¹⁰. Par ailleurs, la création de la **fédération régionale Flaura**, regroupant 26 établissements psychiatriques en AURA, vise à renforcer la recherche et la coopération scientifique, sans lien direct avec des logiques de financiarisation¹¹.

Concernant l'anatomopathologie, aucune dynamique régionale massive ou suffisamment documentée n'a été identifiée à ce stade. Pour autant, cette spécialité ne doit pas être considérée comme totalement à l'écart des logiques de concentration. Plusieurs mouvements de rapprochement, voire de rachat, par des groupes de biologie médicale peuvent être observés, notamment autour du développement de l'analyse moléculaire, qui crée des synergies techniques, organisationnelles et économiques entre biologie médicale et anatomopathologie. Ces évolutions restent moins visibles et moins avancées que dans d'autres segments, mais elles suggèrent un potentiel de structuration progressive du secteur autour d'acteurs déjà consolidés de la biologie médicale.

⁹ Spécialité médicale qui consiste à examiner les organes, les tissus ou les cellules, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie

¹⁰ Instruction DGOS/R4/2024/35. Disponible sur internet via le lien suivant : [lien](#)

¹¹ [Auvergne-Rhône-Alpes. Une nouvelle fédération pour accroître la recherche en psychiatrie et santé mentale](#)

Les effets de la financiarisation de l'offre de soins en région Auvergne-Rhône-Alpes : des dynamiques différentes selon les spécialités et selon les territoires

L'analyse des effets de la financiarisation en région Auvergne-Rhône-Alpes s'appuie sur le croisement de données qualitatives et quantitatives. Elle repose, d'une part, sur des entretiens qualitatifs réalisés auprès de professionnels de santé, de représentants institutionnels et d'acteurs associatifs, afin de documenter les effets perçus sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles et l'accès aux soins. Elle mobilise, d'autre part, les données de la DRSM de l'Assurance Maladie, exploitées sur les champs de la radiologie et de l'ophtalmologie, afin d'objectiver les potentiels écarts observables entre structures financiarisées et non financiarisées.

L'analyse présentée ci-après articule ainsi ces deux niveaux de lecture, en distinguant ce qui est directement étayé par les données chiffrées de ce qui ressort plus spécifiquement des entretiens qualitatifs.

1. Des mécanismes locaux de régulation mis à l'épreuve par la complexification des organisations financiarisées

a. Un rôle central mais fragilisé des conseils départementaux de l'Ordre face à la montée en complexité des montages juridiques

La financiarisation de l'offre de soins en AURA s'inscrit dans un **cadre légal et déontologique** théoriquement strict, fortement porté par les instances ordinales locales.

Le **Conseil départemental de l'Ordre des médecins** joue un rôle central de régulation, en veillant notamment au respect des principes fondamentaux de l'exercice médical, au premier rang desquels figure l'indépendance professionnelle du médecin.

Dans ce cadre, l'Ordre impose **la transmission préalable de l'ensemble des contrats et de leurs annexes avant toute signature**. Cette exigence vise à garantir la conformité des relations contractuelles avec les règles déontologiques. Toutefois, les entretiens soulignent **une complexification croissante de ces dispositifs contractuels**, certains montages atteignant plus de 1 400 pages, intégrant de nombreuses clauses financières et juridiques susceptibles d'affecter l'autonomie des praticiens.

Cette sophistication s'accompagne d'une forte **asymétrie d'expertise entre les professionnels de santé et les acteurs financiers**. Plusieurs retours de terrain mettent ainsi en évidence la difficulté, pour les praticiens comme pour les instances locales de régulation, à appréhender pleinement la portée de ces montages contractuels et à identifier les clauses susceptibles de limiter l'indépendance médicale.

Ainsi, si le cadre existe, son effectivité est mise à l'épreuve par la complexité des montages juridiques et par l'évolution rapide des formes d'organisation des soins sous l'effet de la financiarisation.

b. Des stratégies locales de contournement révélant un décalage entre encadrement formel et pratiques effectives

Malgré ce cadre théorique, les entretiens qualitatifs mettent en évidence l'existence de **stratégies de contournement**, traduisant un décalage entre normes formelles et pratiques effectives.

Ces stratégies reposent notamment sur :

- La mise en place de **sous-contrats confidentiels** ou de pactes d'associés non transmis à l'Ordre ;
- Une **dissociation artificielle** entre un contrat principal « conforme » et des accords financiers « de second rang », portant en réalité les mécanismes économiques déterminants.

Ce phénomène est d'autant plus problématique que ces pactes peuvent organiser, de manière indirecte, le transfert du pouvoir décisionnel vers les investisseurs.

Ainsi, bien que les professionnels conservent formellement la majorité du capital et des droits de vote, des dispositifs contractuels (droits de veto, comités de surveillance, clauses de double majorité) peuvent conduire à une perte de contrôle effectif des structures. **Dans certains cas, les investisseurs, bien que minoritaires en capital, captent jusqu'à 99 % des dividendes et imposent les orientations stratégiques, traduisant une dissociation marquée entre détention juridique et pouvoir réel.**

Ces pratiques constituent des **violations caractérisées des règles déontologiques**, mais elles restent difficiles à détecter dans un contexte où les capacités de contrôle des conseils départementaux sont limitées face à la technicité des montages.

Elles traduisent également **une forme d'adaptation des acteurs aux contraintes réglementaires**, dans un environnement où les logiques économiques prennent une place croissante dans l'organisation des soins.

c. Une pression économique structurelle induite par les montages financiers et les logiques d'endettement

Au-delà des enjeux juridiques, la financiarisation introduit une contrainte économique forte sur les structures de soins, liée aux modalités de financement des opérations. Les montages de type leveraged buy-out (LBO) reposent en effet sur un recours massif à l'endettement, **celui-ci pouvant représenter jusqu'à 60 % du financement de l'acquisition**. Le niveau de dette est généralement calibré sur la capacité de génération de trésorerie de la structure, **avec des ratios pouvant atteindre 4 à 6 fois l'excédent brut d'exploitation**.

Dans ce cadre, la structure rachetée doit générer des flux financiers suffisants pour assurer le remboursement de la dette et le paiement des intérêts, ce qui introduit une exigence de rentabilité élevée et continue. Ce mécanisme permet aux investisseurs de bénéficier d'un effet de levier important, **leur capital initial pouvant être multiplié par 2,5, voire davantage en cas de revalorisation de l'entreprise.**

Par ailleurs, les cycles d'investissement, **généralement compris entre 5 et 7 ans**, renforcent ces logiques de performance à court ou moyen terme. Lors des reventes successives, l'augmentation de la valorisation s'accompagne souvent d'un niveau d'endettement accru, accentuant encore la pression sur la génération de revenus et fragilisant ainsi le modèle économique des structures de soins concernées à moyen et long terme.

d. Une recomposition des conditions d'exercice médical sous contrainte économique et organisationnelle

Au-delà des enjeux juridiques, la financiarisation transforme en profondeur les conditions d'exercice des professionnels de santé. Les modèles de rémunération observés reposent fréquemment sur des **mécanismes de rétrocession indexés sur le chiffre d'affaires**, après déduction des charges, introduisant **une incitation directe à la productivité.**

Dans ce cadre, le médecin doit non seulement maintenir un volume d'activité élevé pour conserver un niveau de revenu satisfaisant, mais également contribuer à la rentabilité globale de la structure. En cas de non-atteinte des objectifs, une baisse de rémunération peut intervenir, conduisant parfois à une intensification du temps de travail.

Ces logiques se traduisent concrètement par des **organisations très cadencées**, avec des rythmes pouvant atteindre **un patient toutes les 15 minutes** dans certaines structures (notamment de soins non programmés), d'après des retours qualitatifs. Cette intensification du travail alimente une tension entre volume d'activité et qualité de la prise en charge. Elle contribue également à une **ambiguïté statutaire** : le praticien n'est ni pleinement salarié, ni véritablement libéral, mais évolue dans un cadre hybride soumis à des contraintes économiques fortes.

Dans certains cas, le professionnel peut être assimilé à un « producteur de flux » au sein d'une organisation dont il ne maîtrise ni la stratégie ni la gouvernance, se rapprochant d'une position de dépendance économique vis-à-vis de la structure.

Dans ce contexte, l'indépendance professionnelle apparaît fragilisée, tandis que la gouvernance des structures évolue progressivement vers une intégration plus marquée de logiques de performance économique, en parallèle des objectifs strictement médicaux.

2. Des organisations de soins en transformation : intensification de l'activité et recomposition des pratiques médicales

a. Une augmentation marquée du volume de patients par praticien, portée par des modèles organisationnels plus productifs, avec des effets contrastés sur les dépassements d'honoraires

L'un des effets les plus visibles de la financiarisation réside dans l'intensification de l'activité médicale, objectivée par les données DRSM. En ophtalmologie, les structures financiarisées prennent en charge en moyenne 9 061 patients par praticien, contre 5 899 dans les structures non financiarisées, soit un écart de +53,6 %. En zones à forte densité, cet écart atteint +78 %, avec 8 949 patients par praticien dans les structures financiarisées, contre 5 022 dans les structures non financiarisées. Ce constat se retrouve également en radiologie, avec 4 910 patients par professionnel dans les structures financiarisées, contre 3 967 dans les structures non financiarisées, soit un écart de +24 %. Ces données confirment les observations qualitatives issues des entretiens, qui évoquent une hausse de productivité de l'ordre de +30 à +40 %.

	Ophtalmo- logie <i>Patients/PS</i>	Ophtalmo- logie <i>Territoire à forte densité</i>	Radiologie <i>Patients/PS</i>	Actes moy./patient en radiologie	Actes moy./patient en ophtalmo- logie
Structures financiarisées	9 061	8 949	4 910	2,87	2,84
Structures non financiarisées	5 899	5 022	3 967	2,43	2,73
<i>Écart relatif</i>	(+53,6 %)	(+78 %)	(+24 %)	(+18 %)	(+4%)

Bien sûr, Cette hausse d'activité s'accompagne d'une **amélioration notable des délais d'accès aux soins**. À Lyon, les délais peuvent désormais être inférieurs à un mois, contre six mois à un an auparavant, tandis qu'ils se situent autour de deux mois en Isère sud, en Savoie et en Haute-Savoie.

Toutefois, **cette intensification interroge également le temps médical consacré à chaque patient et la qualité perçue du suivi**. Elle se traduit notamment par une augmentation de +18 % du nombre moyen d'actes par patient en radiologie dans les structures financiarisées. Cette évolution peut s'expliquer par des logiques d'optimisation économique, les actes constituant l'unité principale de valorisation du système de soins. Si cette intensification peut contribuer à améliorer la complétude diagnostique, elle soulève aussi des interrogations sur la pertinence des soins et sur le risque de surconsommation d'actes. À l'inverse, certaines structures non financiarisées peuvent privilégier une durée de consultation plus longue ou une qualité de suivi plus individualisée, ce qui pourrait mécaniquement accentuer les écarts de volume observés.

Les effets de cette intensification sur **les dépassements d'honoraires apparaissent en revanche plus contrastés**. En ophtalmologie, les structures financiarisées et non financiarisées affichent, à l'échelle régionale, des niveaux relativement proches : 53,3 % de taux de dépassement dans les structures financiarisées, contre 55,2 % dans les structures non financiarisées, pour un montant moyen de 40,30 € par patient contre 44,04 €. **Cette relative proximité masque toutefois des différences importantes selon les territoires**. Par exemple en ophtalmologie, en zone de faible densité, les structures financiarisées présentent des dépassements plus élevés que les structures non financiarisées : 46,5 % contre 29,7 %, avec un dépassement moyen de 37,69 € par patient contre 22,18 €. À l'inverse, en zone de forte densité, l'écart s'inverse nettement : les structures non financiarisées atteignent un taux de dépassement de 86,5 %, contre 60,4 % pour les structures financiarisées, avec un montant moyen de 74,72 € par patient contre 42,46 €.

Échantillon	Taux de dépassement	Dépassement moyen / patient
Structures financiarisées (faible densité)	46,5 %	37,69 €
Structures non financiarisées (faible densité)	29,7 %	22,18 €
Structures financiarisées (forte densité)	60,4 %	42,46 €
Structures non financiarisées (forte densité)	86,5 %	74,72 €

Ce renversement montre que les effets de la financiarisation sur les restes à charge ne peuvent être analysés indépendamment du contexte territorial. En ophtalmologie, la densité de l'offre, la concurrence locale et le positionnement des praticiens pourraient jouer un rôle déterminant dans les pratiques tarifaires. Les structures financiarisées ne se caractérisent donc pas nécessairement par des dépassements plus élevés ; **leur modèle semble davantage reposer sur une augmentation des volumes de patients pris en charge que sur une majoration systématique du tarif par patient**.

Enfin, ces dynamiques croisées (volume de patients, intensité des actes et pratiques tarifaires) appellent une **lecture économique d'ensemble, au regard des montants générés par les structures et de la dépense remboursée par l'Assurance maladie**. Les données DRSM montrent en effet que l'impact économique de la financiarisation varie selon les spécialités.

En radiologie, les structures financiarisées génèrent un montant remboursé total de 28,05 M€, contre 24,56 M€ pour les structures non financiarisées, alors même qu'elles prennent en charge un nombre de patients légèrement inférieur. Rapporté au patient, le montant remboursé atteint 70,54 € dans les structures financiarisées, contre 60,70 € dans les structures non financiarisées, soit un écart de +16,2 %. Cet écart apparaît cohérent avec le nombre moyen d'actes par patient, également plus élevé dans les structures financiarisées : 2,87 actes contre 2,43, soit +18 %.

Échantillon	Nb de patients	Montants remboursés	Montant remboursé / patient	Actes moy./patient
Radiologie financiarisée	397 670	28,05 M€	70,54 €	2,87
Radiologie non financiarisée	404 622	24,56 M€	60,70 €	2,43
Écart relatif	-1,7 %	+14,2 %	+16,2 %	+18 %

Ces résultats suggèrent qu'en radiologie, **l'amélioration de l'accès aux soins et l'absorption d'un volume important de patients ne se font pas nécessairement à coût constant pour l'Assurance maladie**. Un patient pris en charge dans une structure financiarisée génère en moyenne un montant remboursé supérieur d'environ 9,84 € à celui observé dans les structures non financiarisées. À l'échelle de l'échantillon étudié, cet écart représente un différentiel théorique d'environ 3,9 M€ si l'on applique cet écart moyen au volume de patients pris en charge par les structures financiarisées.

En ophtalmologie, le constat est différent. **Les structures financiarisées génèrent un montant remboursé total plus élevé**, 14,37 M€ contre 13,15 M€, mais le montant remboursé moyen par patient y est légèrement inférieur : 52,85 € contre 57,15 €, soit un écart de -7,5 %. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence, car il reflète vraisemblablement, au moins en partie, **une différence de structure de patientèle**. Les structures financiarisées accueillent une patientèle plus jeune, moins fréquemment en ALD, et davantage orientée vers des actes standardisés ou de suivi courant. À l'inverse, les structures non financiarisées prennent en charge une proportion plus importante de patients âgés ou présentant des profils de prise en charge potentiellement plus complexes, susceptibles de nécessiter des actes plus lourds ou un suivi plus important. Le coût moyen par patient plus faible observé dans les structures financiarisées ne peut donc pas être interprété, en l'état, comme le signe d'une moindre dépense à profil de patient comparable, **il semble principalement lié à un effet de composition de la patientèle et du panier d'actes**.

En revanche, rapportés au nombre de praticiens, les montants remboursés atteignent 478 881 € par praticien dans les structures financiarisées, contre 337 129 € dans les structures non financiarisées, soit un écart de +42 %. Cet écart traduit moins un surcoût unitaire par patient qu'un effet volume marqué, lié au nombre beaucoup plus élevé de patients pris en charge par praticien dans les structures financiarisées.

Échantillon	Nb de patients	Montants remboursés	Montant remboursé / patient	Montant remboursé / PS
Ophtalmologie financiarisée	271 834	14,37 M€	52,85 €	478 881 €
Ophtalmologie non financiarisée	230 073	13,15 M€	57,15 €	337 129 €
Écart relatif	+18,2 %	+9,3 %	-7,5 %	+42 %

Ainsi, les données disponibles invitent à distinguer deux mécanismes. En radiologie, la financiarisation semble associée à une intensité d’actes plus élevée et à un montant remboursé par patient supérieur, ce qui peut accroître la dépense supportée par l’Assurance maladie. En ophtalmologie, l’enjeu apparaît davantage lié à la massification de l’activité : en analyse brute, le montant remboursé moyen par patient est légèrement inférieur dans les structures financiarisées, probablement en raison d’une patientèle plus jeune, moins fréquemment en ALD et davantage orientée vers des actes standardisés. En revanche, le volume plus élevé de patients pris en charge par praticien conduit à des montants remboursés par professionnel nettement supérieurs.

b. Une évolution du panier d’actes orientée par des logiques de spécialisation et de valorisation

Au-delà de l’augmentation des volumes, la financiarisation s’accompagne d’une **transformation du contenu même de l’activité médicale**. Les données mettent en évidence une orientation marquée des structures financiarisées vers des actes standardisés, plus facilement reproductibles et compatibles avec des organisations à forte productivité.

En ophtalmologie, ces structures concentrent ainsi **82,5 % de leurs montants d’activité sur des actes cliniques et d’imagerie fonctionnelle**, contre **73,1 % dans les structures non financiarisées**. À l’inverse, les actes plus complexes y sont moins représentés : les explorations invasives représentent **4,9% de l’activité contre 8,1 %**, et les actes chirurgicaux hors cataracte 1 % contre 3 %.

Groupe CCAM - Ophtalmologie	Structures financiarisées	Structures non financiarisées
Actes cliniques	40,2 %	35,7 %
Exploration fonctionnelle / imagerie en cabinet	42,3 %	37,4 %
Chirurgie de la cataracte	9,0 %	11,8 %
Autres chirurgies + laser	3,6 %	7,0 %
Exploration invasive / actes thérapeutiques hors bloc	4,9 %	8,1 %

En ophtalmologie, cette évolution du panier d’actes doit également être mise en regard des modèles organisationnels mobilisés par les structures financiarisées. La financiarisation s’appuie en effet souvent sur des **organisations productives reposant sur le travail aidé**, notamment par le recours aux orthoptistes. Ce modèle permet d’augmenter fortement le volume de patients pris en charge et de réduire les délais d’accès, mais il peut également modifier la place du temps médical dans le parcours de soins.

En radiologie, la structuration est similaire. Les structures non financiarisées réalisent une part plus importante d'actes techniques lourds, notamment l'IRM (**19,1 % de l'activité contre 13,7 %**) et la radiologie interventionnelle (**4,2 % contre 2,0 %**). À l'inverse, les structures financiarisées privilégient des actes plus standardisés, comme les échographies (**29,9 % vs 25,4 %**) ou l'imagerie de la femme (**13,3 % vs 10,4 %**).

Cette organisation de l'activité s'accompagne d'une spécificité forte : **le poids de l'urgence dans les structures financiarisées**. Les radiologues financiarisés génèrent en effet 138 fois plus d'activité d'urgence, en nombre de patients, que les radiologues non financiarisés.

Indicateur	Structures financiarisées	Structures non financiarisées
Nb PS facturant des urgences	66 (sur 81, soit 81,5 %)	NS (non significatif)
Nb patients passés aux urgences	26 732 (6,7 % du panel)	193 (0,05 % du panel)
Montants remboursés urgences	1 434 443 €	10 375 €

Cet écart pourrait suggérer que les structures financiarisées ont pu tirer parti de leur adossement à une activité d'urgence, garantissant un volume important et régulier d'actes. Ce segment, caractérisé par des prises en charge majoritairement standardisées et à rotation élevée, pourrait également avoir constitué un facteur d'attractivité pour les investisseurs. Si la composition de notre échantillon invite à interpréter ce résultat avec prudence, l'urgence apparaît néanmoins moins comme une contrainte organisationnelle que comme un levier de volume pleinement intégré au modèle économique de ces structures.

Ces éléments traduisent des arbitrages organisationnels orientés vers l'optimisation du rapport entre temps médical mobilisé et volume d'actes réalisés, participant à une standardisation progressive de certaines prises en charge.

c. Une segmentation des patientèles en lien avec les modèles d'activité et des effets sur les parcours de soins

Les transformations observées dans les pratiques médicales s'accompagnent d'une **structuration différenciée des patientèles**, en lien direct avec les modèles organisationnels des structures financiarisées et non financiarisées.

En ophtalmologie, les structures non financiarisées prennent en charge une proportion significativement plus élevée de patients âgés : la part des 65 ans et plus y est supérieure de près de 40 % par rapport aux structures financiarisées (30,4 % contre 21,7 %). Cette différence se retrouve de manière cohérente dans la part de patients en affection de longue durée (ALD), également plus élevée dans les structures non financiarisées (34,4 % contre 29,7 %).

Classe d'âge	Structures financiarisées	Structures non financiarisées	Écart
0 – 17 ans	17,3 %	19,8 %	-2,5 pts
18 – 64 ans	61,0 %	49,8 %	+11,2 pts
65 ans et +	21,7 %	30,4 %	-8,7 pts

Cette structuration de la patientèle n'est pas neutre et renvoie à des modèles d'activité différenciés. Les structures non financiarisées apparaissent davantage positionnées sur des prises en charge plus complexes, associées à l'âge et aux pathologies chroniques, ce qui implique des consultations potentiellement plus longues, une intensité de suivi plus élevée et une plus grande mobilisation d'actes techniques ou chirurgicaux. Cette différence de structure d'âge et de profil clinique constitue également un élément central pour interpréter les écarts de montants remboursés moyens par patient : la proportion plus élevée de patients âgés et en ALD dans les structures non financiarisées contribue mécaniquement à augmenter le coût moyen observé, indépendamment du seul modèle de détention ou d'organisation de la structure. Ce profil plus âgé se traduit également par un dépassement moyen par patient plus élevé dans la tranche des 65 ans et plus.

Tranche d'âge	Dépassement par patient (Structures financiarisées)	Dépassement par patient (Structures non financiarisées)
0 – 17 ans	25,08 €	22,55 €
18 – 64 ans	35,39 €	32,60 €
65 ans et +	66,24 €	76,78 €

À l'inverse, **les structures financiarisées apparaissent davantage positionnées sur une patientèle plus jeune et active** : les 18–64 ans y représentent 61,0 % des patients, contre 49,8 % dans les structures non financiarisées. Ce positionnement est cohérent avec des organisations orientées vers des volumes importants de consultations standardisées, notamment pour des motifs de suivi courant ou de renouvellement, nécessitant un temps médical plus court. **Il contribue également à expliquer que le montant remboursé moyen par patient apparaisse plus faible en analyse brute dans les structures financiarisées**, sans que cela permette de conclure à une moindre dépense à profil de patient comparable.

En radiologie, la différence de profil de patientèle doit être interprétée avec prudence, car elle renvoie moins à une logique de sélection qu'à la nature même des structures étudiées. Les structures financiarisées accueillent une proportion plus importante de patients de 65 ans et plus (34,1 % contre

27,8 %) et de patients en ALD (44,4 % contre 37,0 %), ce qui apparaît **cohérent avec leur poids dans l'activité d'urgence et leur adossement plus fréquent à des plateaux techniques hospitaliers.**

Classe d'âge	Structures financiarisées	Structures non financiarisées
0 – 17 ans	6,7 %	10,8 %
18 – 64 ans	59,3 %	61,4 %
65 ans et +	34,1 %	27,8 %

Ainsi, contrairement à l'ophtalmologie, où les écarts peuvent davantage renvoyer à des modèles de consultation et de suivi différenciés, la radiologie financiarisée semble intégrer une activité plus fortement liée aux parcours hospitaliers, aux urgences et aux prises en charge de patients chroniques. Cette spécificité contribue à expliquer à la fois un volume d'activité élevé, un taux de revoyure supérieur (5,99 % vs 4,99 %) et une patientèle plus âgée.

Au-delà des profils de patientèle, **la financiarisation influence également la structuration des parcours de soins.** Les données mettent en évidence des différences en matière d'intensité du suivi, notamment à travers les taux de revoyure. En ophtalmologie, les structures financiarisées présentent un taux de revoyure plus faible (3,26 % contre 3,74 % dans les structures non financiarisées), ce qui peut traduire des parcours davantage centrés sur des consultations ponctuelles, avec un moindre suivi dans le temps. À l'inverse, en radiologie, les structures financiarisées présentent un taux de revoyure plus élevé (5,99 % contre 4,99 %), en cohérence avec leur prise en charge de patients plus âgés, plus souvent en ALD, et leur insertion dans des parcours de soins plus complexes, notamment en lien avec l'activité d'urgence.

Ces écarts traduisent des logiques de prise en charge différenciées. D'un côté, des organisations orientées vers un volume élevé de primo-recours et d'actes standardisés, de l'autre, des structures davantage inscrites dans des trajectoires de soins longues, impliquant un suivi régulier et une coordination accrue.

Ces évolutions soulèvent des enjeux en matière de continuité des soins. La spécialisation des structures sur certains segments d'activité peut conduire à une fragmentation des parcours, notamment lorsque les patients doivent naviguer entre plusieurs types d'organisations pour bénéficier d'une prise en charge complète.

3. Une financiarisation sélective qui recompose l'accès territorial aux soins en AURA

Les effets de la financiarisation ne se limitent pas aux conditions d'exercice ou à l'organisation interne des structures. Ils se lisent également dans la géographie de l'offre. Sur ce point, les entretiens, les cartographies régionales et les données DRSM convergent pour montrer que **le déploiement des structures financiarisées n'est pas homogène à l'échelle de la région.** Il apparaît d'abord plus marqué dans les bassins les plus denses, tandis que les territoires moins attractifs ou plus fragiles restent plus en marge de cette dynamique.

a. Une concentration prioritaire dans les bassins d'activité les plus attractifs

Les cartographies réalisées dans le cadre de l'étude renforcent cette **lecture territoriale de la financiarisation**. En hospitalisation privée, l'offre MCO lucrative apparaît entièrement structurée autour de réseaux intégrés, avec une implantation particulièrement dense dans les départements les plus peuplés, notamment le Rhône, l'Isère, la Loire et le Puy-de-Dôme.

Cette logique se retrouve également dans les spécialités techniques. En radiologie, les structures financiarisées apparaissent principalement implantées autour de Lyon, Saint-Étienne et Clermont-Ferrand, tandis que les réseaux indépendants présentent une répartition plus diffuse sur le territoire. En ophtalmologie, les réseaux financiarisés se concentrent d'abord dans les grandes agglomérations régionales (Lyon, Grenoble, Valence, Saint-Étienne ou Bourg-en-Bresse) alors que **les structures indépendantes conservent un maillage plus équilibré**. En médecine nucléaire et en radiothérapie, la présence des structures demeure elle aussi principalement localisée dans les grandes agglomérations et dans quelques villes moyennes.

Dans l'ensemble, les cartographies montrent donc que la financiarisation se développe en priorité dans les espaces déjà les plus structurés sur le plan médical et les plus favorables à une activité soutenue. Les données DRSM confirment cette lecture : en ophtalmologie, **cette concentration se traduit par des niveaux d'activité particulièrement élevés dans les territoires denses**, où les structures financiarisées atteignent 8 949 patients par praticien, contre 5 022 dans les structures non financiarisées, soit un écart de +78 %.

Ces écarts illustrent la capacité de ces organisations à capter une demande importante dans les zones les plus dynamiques. Ils permettent également de comprendre pourquoi certains effets favorables de la financiarisation peuvent d'abord se manifester dans ces bassins : lorsque la demande est suffisante, ces modèles peuvent soutenir des organisations plus intégrées, accroître les capacités de prise en charge et contribuer à fluidifier certains parcours de soins. Ces effets restent toutefois étroitement liés aux conditions économiques locales, ce qui confirme le caractère sélectif de leur déploiement.

b. Une présence plus limitée dans les territoires moins denses, révélatrice d'une financiarisation sélective

Dans ce contexte, **les effets de la financiarisation sur l'accessibilité territoriale aux soins et sur la continuité des parcours de prévention et de diagnostic sont particulièrement visibles**. Dans certains territoires déjà fragilisés sur le plan médical, la moindre attractivité économique conduit à un **désengagement progressif des acteurs privés**, avec une réorganisation de l'offre autour de centres plus rentables et mieux situés. Cette logique s'inscrit dans des modèles fortement dépendants du volume d'activité avec des niveaux difficilement soutenables dans des bassins de population plus restreints.

Cette dynamique se traduit concrètement par une **diminution de l'offre de proximité** dans des zones comme l'Allier, certaines parties de la Savoie rurale ou encore Cluses, où l'implantation de structures pérennes apparaît plus difficile. Les entretiens soulignent notamment la fermeture ou la fragilisation de cabinets ayant pourtant une activité régulière de dépistage, réalisant entre 1 000 et 1 200 mammographies par an, mais devenus moins compatibles avec des logiques de rationalisation économique.

Dans ces territoires, les conséquences pour les patients se traduisent par une **augmentation des délais d'accès aux examens**, une plus **grande dépendance à des structures éloignées**, ainsi qu'une **multiplication des déplacements**, parfois contraignants, pour accéder à des actes de prévention essentiels. Cette évolution est d'autant plus problématique que ces territoires concentrent davantage de patients âgés ou en ALD, comme le montrent les données en ophtalmologie : 30,4 % de patients de 65 ans et plus dans les structures non financiarisées, contre 21,7 % dans les structures financiarisées, pour lesquels la continuité des parcours est un enjeu central.

À terme, cette configuration contribue à **renforcer les inégalités territoriales d'accès aux soins**, en particulier pour les populations les plus éloignées des grands centres urbains ou les moins mobiles, pour lesquelles l'accès rapide à l'imagerie ou au dépistage devient plus complexe. **Elle souligne ainsi le risque d'un système de soins à deux vitesses, où les gains d'efficacité observés dans les territoires denses s'accompagnent d'un affaiblissement de l'offre de proximité dans les zones les plus fragiles.**

c. Des effets territoriaux différenciés entre gains d'accès localisés et risques de déséquilibres

Si la financiarisation s'inscrit dans des logiques sélectives d'implantation, **elle peut également produire des effets positifs localisés sur l'offre de soins**. Dans un contexte de fragilité économique du secteur, marqué par un niveau élevé de déficit - plus de 50 % des établissements privés étaient déficitaires en 2024, et près de 40 % des établissements appartenant à de grands groupes en 2023 - l'adossement à des groupes peut contribuer au **maintien de structures en difficulté**.

Au-delà du maintien de l'existant, certaines organisations financiarisées permettent également **d'améliorer l'accès aux soins dans des bassins où la demande est suffisante pour soutenir ces**

modèles. Les entretiens font ainsi état d'horaires élargis (7h30–22h30) ou encore de dispositifs permettant d'augmenter rapidement les capacités de prise en charge, par exemple l'ouverture de 100 créneaux de mammographie avec une capacité de 4 à 5 actes par heure dans l'Allier.

Ces évolutions s'inscrivent plus largement dans une logique de **modernisation des structures**. Les investissements privés permettent de renforcer les plateaux techniques, de renouveler les équipements médicaux et de soutenir des organisations plus intégrées, contribuant à améliorer l'efficacité globale de l'offre de soins. Cette dynamique s'accompagne également de **logiques d'économies d'échelle**, reposant notamment sur la **mutualisation des fonctions administratives et logistiques**, les achats groupés de matériel médical ou encore la centralisation de certains flux de patients. Dans les territoires suffisamment denses, ces mécanismes peuvent contribuer à fluidifier les parcours de soins et à réduire certains délais.

Ainsi, dans certains bassins, la financiarisation peut participer à une amélioration de l'accès et de la qualité organisationnelle des soins. Ces effets restent toutefois étroitement dépendants des conditions économiques locales, et ne se diffusent pas de manière homogène à l'échelle du territoire.

d. Des enjeux majeurs pour la régulation territoriale de l'offre de soins

Ces transformations interrogent directement les modalités de régulation de l'offre de soins à l'échelle territoriale.

Elles soulèvent plusieurs enjeux structurants :

- La capacité à garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- Le maintien d'une offre de proximité dans les zones de faible densité, notamment pour les actes de prévention et de diagnostic ;
- La préservation de la prise en charge des situations complexes ;
- Et l'accompagnement des évolutions des modèles d'exercice.

Dans ce contexte, la financiarisation apparaît comme un facteur de transformation durable du système de soins, qui nécessite une adaptation des outils de régulation afin de concilier efficacité organisationnelle et équité territoriale.

En synthèse

La financiarisation de l'offre de soins en Auvergne-Rhône-Alpes produit des effets contrastés, mis en évidence par le croisement des données DRSM et des entretiens de terrain. Elle fragilise d'abord les mécanismes de régulation, en raison de la complexité croissante des montages juridiques et de stratégies de contournement qui limitent l'effectivité du cadre déontologique et peuvent affecter l'indépendance des praticiens.

Sur le plan organisationnel, elle s'accompagne d'une **intensification de l'activité** et d'une transformation des pratiques, avec des modèles plus productifs, orientés vers des actes standardisés. Ces évolutions permettent, dans certains territoires, d'améliorer les délais d'accès, mais **soulèvent des enjeux de qualité, de pertinence des soins et de structuration des parcours**.

Elles contribuent également à une **segmentation de l'offre et des patientèles** : les structures financiarisées se positionnent davantage sur des prises en charge à fort volume, tandis que les structures non financiarisées assurent plus souvent le suivi des patients âgés ou complexes.

À l'échelle territoriale, **la financiarisation apparaît sélective**, concentrée dans les bassins les plus denses, où elle peut renforcer l'offre et moderniser les organisations. À l'inverse, les territoires moins attractifs restent en marge, avec un risque de fragilisation de l'offre de proximité et de renforcement des inégalités d'accès aux soins.

Ainsi, la financiarisation constitue à la fois un levier de transformation du système de soins et un facteur susceptible d'accentuer les déséquilibres territoriaux, en concentrant les gains d'efficience sur les zones les plus rentables au détriment des territoires déjà fragilisés, ce qui interroge les modalités de régulation de l'offre.



URPS MÉDECINS LIBÉRAUX AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

20 rue Barrier 69006 LYON • 24 allée Evariste Galois 63170 AUBIERE

04 72 74 02 75 • urps@urps-med-aura.fr



URPS Médecins Libéraux AuRA

www.urps-med-aura.fr