

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur la prédation des capacités productives françaises par les fonds spéculatifs

– Audition, dans le cadre d'une table-ronde, de représentants
d'organisations professionnelles..... 2

Jeudi 23 avril 2026
Séance de 17 heures 30

Compte rendu n° 40

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Présidence de
M. Emmanuel Mandon,
Président



La séance est ouverte à dix-sept heures trente-cinq.

Sous la présidence de M. Emmanuel Mandon, la commission d'enquête sur la prédation des capacités productives françaises par les fonds spéculatifs a auditionné, dans le cadre d'une-table ronde, des représentants d'organisations professionnelles.

M. le président Emmanuel Mandon. Les auditions auxquelles la commission d'enquête a procédé au cours des dernières semaines ont mis en évidence la pénétration, à bas bruit, de certaines professions comme les vôtres par des fonds d'investissement. Agissant ouvertement ou dans la discrétion, ces fonds alimentent la financiarisation de métiers qui en étaient jusque-là préservés. Sous le couvert d'une palette de services proposés plus étendue ou d'une allocation plus rationnelle des moyens, ce sont bien des logiques de rentabilité qui s'imposent, avec des conséquences connues de chacun sur la qualité des soins ou des examens, les rythmes de travail, l'emploi, etc.

En échangeant avec vous aujourd'hui sur vos expériences dans vos secteurs professionnels respectifs, nous pourrions mieux comprendre les implications de l'arrivée de ces nouveaux acteurs et, peut-être, réfléchir aux moyens de mieux contenir ou encadrer leurs interventions.

Avant de vous donner la parole, je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(Mme Anne Daumas, M. David Quint, le Dr Julien Bullet, le Dr Franck Clarot, le Dr François Blanchecotte et le Dr Bruno Gauthier prêtent serment.)

Dr François Blanchecotte, président du Syndicat des biologistes (SDBIO). Je voudrais tout d'abord tenter de poser le cadre dans lequel nous nous trouvons. Notre conviction est que la politique publique française a elle-même conduit à une financiarisation de notre système de santé. Les fonds d'investissement sont entrés dans notre secteur, il y a plusieurs années, et la vraie question à se poser est de savoir ce qui a provoqué leur arrivée dans le secteur de la biologie. Deux phénomènes se sont conjugués : une politique assumée par les pouvoirs publics, qui remonte à la loi Bachelot de 2008, et une accréditation normative très forte, qui a conduit les laboratoires à se concentrer. L'objectif de cette normalisation et de ces contrôles était de parvenir à une concentration du secteur pour réaliser des économies d'échelle. En effet, notre secteur d'activité connaît des baisses de tarifs itératives depuis plus de seize ans.

Cette exigence normative, inscrite dans la loi et renforcée par l'ordonnance de 2013 sur la biologie médicale, n'a fait qu'accélérer la concentration des laboratoires et le développement de plateaux techniques importants et lourds. À l'époque, les choix étaient limités : soit le biologiste empruntait lui-même, soit BPIFrance pouvait prêter, mais cette dernière reste généralement minoritaire et n'est pas véritablement entrée dans la biologie. Restaient donc les fonds d'investissement.

En baissant successivement les tarifs, de 2014 à 2024, l'État a réalisé une économie d'environ 10 milliards d'euros (Md€) sur les tarifs de la biologie. Cette contrainte a été clairement assumée par une volonté politique de faire des économies.

La dernière baisse très importante a eu lieu le 11 septembre 2024 : 360 M€ à restituer sur un chiffre d'affaires de 3,8 Md€ (soit 8,3 % de notre activité). Ces baisses itératives ont engendré des contraintes importantes pour un certain nombre de laboratoires.

Aujourd'hui, 99 % des Français disposent d'un laboratoire à moins de vingt minutes de leur domicile. Nous traitons environ cinq cent mille patients par jour, soit cinq cent mille ordonnances, puisque nos actes sont prescrits. La crise de la covid-19 a mis à profit ces plateaux techniques. Un ancien directeur de la sécurité sociale l'a d'ailleurs affirmé très clairement : sans ces plateaux, nous n'aurions pas pu répondre à la demande des ministres successifs de tester plus de deux millions de Français par semaine. Il fallait faire mieux que l'Allemagne et être présents, ce qui a provoqué les files d'attente de trois ou quatre heures que vous avez vues dans les rues.

Certes, les fonds sont venus en tant qu'investisseurs pour y trouver une rentabilité. Cependant, nous constatons, au fil des années, que cette rentabilité s'étiolle. Aujourd'hui, plusieurs fonds souhaitent se retirer, mais ils ne le peuvent pas, car personne ne veut réinvestir derrière eux. Nous avons d'ailleurs abordé cette question avec deux ministres, Mme Marisol Touraine et M. Bernard Cazeneuve, en soulignant la nécessité de garantir une égalité de soins sur le territoire et un maillage permettant une prise en charge équitable de tous les Français. Il n'est pas acceptable qu'un diagnostic ne soit pas réalisé dans une région donnée, faute de laboratoire.

La vraie question est celle de la continuité de la politique française : comment imaginer un système durable sur le plan économique ? Nous assurons des soins ambulatoires, nous recevons les patients tous les jours et nous rendons 95 % des résultats en vingt-quatre heures, ce qui n'est pas le cas de nos homologues allemands, où les résultats sont disponibles sous quatre à cinq jours. Il y a donc une véritable spécificité française de proximité, de rapidité et de qualité prouvée, qui nous a été imposée. Je ne mentionne pas la directive (UE) 2022/2555 du Parlement européen et du Conseil du 14 décembre 2022 concernant des mesures destinées à assurer un niveau élevé commun de cybersécurité dans l'ensemble de l'Union, dite « NIS2 », qui nous imposera de consacrer entre 2 % et 3 % de notre chiffre d'affaires pour nous mettre aux normes et protéger les données des patients.

Les fonds sont arrivés dans notre secteur dès 2003. Beaucoup de structures ont été achetées et revendues, et le paysage s'est aujourd'hui stabilisé autour de groupes de laboratoires. Cependant, ces fonds rencontrent de réelles difficultés, car ils n'y trouvent plus leur compte et veulent partir. Cela pose un véritable problème pour l'avenir de notre outil de travail. Ma conviction, depuis une dizaine d'années, est que nous offrons un service médical : nous sommes une profession médicale, mais nous avons l'impression que l'on a voulu nous entraîner dans un processus industriel de production de chiffres, alors que nous avons la chance de conserver un contact avec les patients et de rendre des résultats rapidement.

Au-delà de la question des investisseurs, notre interrogation principale est la suivante : que veulent l'État et le Gouvernement pour demain ? Veulent-ils que les biologistes occupent une vraie place médicale dans la chaîne et le parcours de soins ? Nous avons toujours été une variable d'ajustement. Je pourrai fournir à la commission des tableaux sur l'évolution de ces dix dernières années, mais cela fait quatorze ans que nos tarifs baissent sans jamais une seule augmentation.

Comment une entreprise peut-elle être à la pointe de l'innovation quand ses tarifs sont constamment revus à la baisse ?

Nous disposons de technologies en génétique ou en oncogénétique qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, ce qui crée une inégalité de traitement. Le paysage a changé : les fonds sont venus, on nous a critiqués, et on nous a demandé de continuer à rendre de l'argent. Je pense que cette époque est révolue.

Aujourd'hui, le système est au bord de la rupture. Un certain nombre d'entreprises, et non des moindres, sont en redressement judiciaire en France. La question de santé publique que je vous pose est la suivante : que se passe-t-il si un laboratoire qui traite trois mille patients par jour ferme demain ? Qui prendra en charge ces patients ? L'hôpital du coin ? C'est une question que nous nous posons en tant que syndicalistes. La loi n° 2001-1168 du 11 décembre 2001 portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier, dite loi « Murcef », avait déjà ouvert 25 % du capital des laboratoires à des non-biologistes. Nous avons demandé des garde-fous. La situation actuelle est celle de fonds qui veulent partir et d'investissements que nous ne pouvons plus faire.

Par ailleurs, nous avons travaillé avec l'ancien ministre Olivier Véran sur une ordonnance concernant les sociétés d'exercice libéral (SEL). Or les décrets d'application de cette ordonnance de 2023, qui portent sur des principes essentiels comme l'indépendance, la gouvernance et la transparence, sont toujours au Conseil d'État. Combien d'années faudra-t-il attendre pour leur mise en œuvre ? Il ne suffit pas de voter des ordonnances ; il faut que les textes d'application suivent.

Nous avons besoin d'investisseurs et il est évident que leur activité doit être encadrée. Le cadre politique et réglementaire est là pour poser des règles. Nous souhaitons conserver notre indépendance professionnelle, mais il faut pouvoir investir. Or que nous réserve l'avenir pour l'accord 2027-2029 avec l'assurance maladie ? Si le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) nous demande encore 100 M€ ou 150 M€ d'économies, alors que la baisse de 2024 a déjà conduit à une sous-consommation de notre enveloppe fermée (nous estimons le solde à - 71 M€ en décembre 2025), nos structures seront encore plus fragilisées.

Les conséquences sont déjà visibles : des laboratoires qui ne sont plus ouverts toute la journée, certains fermant à midi, et une pression énorme sur les équipes. Pendant ce temps, le volume d'actes ne cesse d'augmenter, de 3 % à 5 % par an, en raison des maladies chroniques et du vieillissement de la population.

Dr Franck Clarot, membre du bureau national de la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR). Après les biologistes, les fonds d'investissement se sont tournés vers l'imagerie, notamment parce que c'est une spécialité technique. Au moment où les taux d'intérêt étaient faibles, vers 2022-2023, un certain nombre d'opérations se sont réalisées. En France, la dépense en imagerie représente environ 10 Md€, dont 4 Md€ dans le secteur public et 6 Md€ dans le privé, pour un total de cent millions d'actes par an. C'est une spécialité dynamique, avec une augmentation régulière de l'activité et des coûts, due notamment au vieillissement de la population. Selon le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie et celui de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), le recours croissant aux examens explique environ 50 % de l'augmentation de nos chiffres d'affaires, les modifications démographiques, 25 %, et l'évolution des techniques, les 25 % restants.

Sur les 6 Md€ du privé, qui nous intéressent plus particulièrement aujourd'hui, on dénombre environ un tiers d'actes d'échographie, un tiers de forfaits techniques pour l'imagerie lourde et un tiers d'honoraires radiologiques divers.

L'échographie représente soixante-dix millions d'actes par an, l'imagerie conventionnelle cent millions, le scanner vingt millions et l'IRM huit millions, l'accès à cette dernière étant compliqué, car la France est sous-équipée par rapport à ses voisins.

Nous estimons que la « financiarisation », au sens de l'adossement à un fonds, concerne entre 20 % et 30 % du secteur. Ce chiffre est difficile à établir précisément : la direction générale de l'offre de soins (DGOS) parle de 30 %, nous serions plutôt autour de 20-25 %. C'est donc, pour l'instant, un phénomène minoritaire. Quelques groupes en France comme Simago, Résonance Imagerie, Imdev, France Imagerie Territoires et Imapôle, ont procédé à des adossements, avec des montages très différents. Le cas d'Imapôle est d'ailleurs emblématique, avec un dossier judiciaire qui dure depuis six ans et illustre le rôle de régulation de l'Ordre des médecins, qui a estimé qu'il y avait une perte d'indépendance.

Une forme de résistance à la financiarisation s'est installée, car celle-ci pose un problème d'indépendance. Lorsque les adossements se font entre radiologues et que l'indépendance n'est pas remise en jeu, le problème est moindre. Il faut rappeler que, comme pour la biologie, nos actes n'ont pas été revalorisés depuis plus de vingt ans, depuis la création de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cela pose non seulement un problème de valorisation du travail, mais cela peut aussi jeter dans les bras des financiers des praticiens qui peinent à équilibrer leurs comptes, alors que les charges, les salaires et le coût de nos fournitures ont fortement augmenté. Nos machines, par exemple, ont subi une hausse de 30 % après le début de la guerre en Ukraine.

Pendant ce temps, les forfaits techniques, qui financent l'achat et le fonctionnement des équipements, n'ont pas bougé, voire ont été diminués. Cette sous-cotation des actes est un vrai problème. De plus, nous venons de subir, depuis novembre dernier, un plan d'économies de 300 M€ sur l'imagerie. Ce plan, signé dans des conditions difficiles, s'avère excessif et nous travaillons actuellement sur un avenant pour en diminuer la portée.

Tout cela fragilise le milieu. Aujourd'hui, les cabinets qui ne se regroupent pas ou qui ne disposent pas d'imagerie lourde ont peu de chances de survivre. Je pense aux petits cabinets, ceux de deux radiologues par exemple, alors que la moyenne est de sept ou huit médecins par structure. Ces petits groupes, souvent situés en zone rurale, peinent à s'en sortir avec des tarifs non réévalués depuis vingt ans. Cela risque de diminuer le maillage territorial et l'accès aux soins pour nos patients.

L'enjeu est de garantir un accès non seulement à une imagerie de proximité, mais aussi à une imagerie moderne. Avec la cotation actuelle, il est presque impossible d'investir dans les nouvelles techniques. Quand le forfait est le même pour un scanner moyen, à cinq cent mille euros, et pour un nouveau scanner, qui coûte entre deux et trois millions d'euros, on voit bien que les Français auront un problème d'accès à des examens moins irradiants, plus performants et présentant moins de risques. C'est un vrai souci d'investissement, car nos spécialités doivent investir pour rester à jour scientifiquement.

Enfin, je reviens sur le fameux décret sur les sociétés d'exercice libéral : son absence est un problème. S'il était passé, certains montages financiers ne seraient plus possibles, ce qui diminuerait l'appétit de certains fonds. D'ailleurs, l'incertitude actuelle les rend déjà plus prudents. Ce décret est essentiel pour qu'on ne puisse plus contourner la limitation de la participation des non-exerçants au capital des structures. Même si la loi limite cette part à 25 %, il est tout à fait possible de contourner cette règle par des montages qui octroient des droits de vote et des droits financiers supérieurs.

Le décret pourrait mettre fin à ces pratiques.

Dr Julien Bullet, président du Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF). Après la biologie et la radiologie, je représente l'ophtalmologie, première spécialité clinique non prescrite (c'est-à-dire où les patients accèdent directement à nos soins) à être concernée par la financiarisation, bien qu'à un stade probablement moins avancé.

L'ophtalmologie associe clinique, examens complémentaires, actes techniques et chirurgie. Elle a connu une évolution importante depuis vingt-cinq ans, avec des outils diagnostiques et thérapeutiques sophistiqués qui nécessitent un investissement conséquent, similaire à celui d'une IRM pour un cabinet de trois ou quatre ophtalmologistes. Nous sommes aussi la seule spécialité qui a réussi à diminuer les délais d'attente, notamment en développant le travail aidé depuis vingt ans. Contrairement à la radiologie ou à la biologie, nous n'avons pas de barrière à l'entrée comme des autorisations pour les appareils lourds ou des accréditations complexes, ce qui valorise moins nos cabinets. Néanmoins, notre spécialité à fort investissement et à pratique optimisée est un terrain de jeu idéal pour les acteurs financiers.

Nous observons trois schémas de financiarisation, qui ne concernent, pour l'instant, qu'une minorité de praticiens et n'ont pas l'adhésion de la majorité des ophtalmologistes.

Le premier est l'investissement direct dans les sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée (Selarl) et les sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées (Selas). La limite de 25 % du capital pour les non-praticiens est fréquemment contournée, non pas sur la part du capital elle-même, mais via des pactes d'associés, des règlements intérieurs ou des actions préférentielles qui confèrent des droits de vote supérieurs à 25 %. C'est un vrai problème, car ce que nous perdons, c'est l'indépendance des médecins.

Le deuxième schéma passe par les centres de santé, créés en 2017. Nous avons très vite alerté les pouvoirs publics sur leurs dérives. Ces structures associatives, qui, par définition, ne font pas de bénéfices, nouent des partenariats avec des entreprises détenues par leurs propres dirigeants, qui leur fournissent des moyens surfacturés. Les scandales sont nombreux et la fraude à l'assurance maladie dépasse les cent millions d'euros. Certains centres sont même la propriété d'opticiens, ce qui pose un problème de compérage.

Enfin, une troisième catégorie regroupe des sociétés qui fournissent rapidement des ordonnances, avec ou sans examen clinique. Il s'agit de cabinets médicaux, où le médecin n'est parfois jamais présent, ou de sociétés, qui opèrent dans des structures commerciales du milieu de l'optique et où les médecins sont salariés. Une condamnation récente (27 février 2026), en première instance, par la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France a d'ailleurs prononcé une interdiction d'exercer dans un cas de ce type.

La principale limite au développement de ces modèles est le recrutement des médecins. Trois populations sont ciblées : les retraités souhaitant s'affranchir des contraintes libérales, les jeunes médecins qui ne veulent pas se lancer dans l'entrepreneuriat et les médecins à diplôme étranger, que l'on va chercher dans des pays de l'Union européenne, parfois sans qu'ils parlent français. Cela concerne environ 7 % à 8 % des ophtalmologistes non salariés du secteur public.

Plusieurs problèmes en découlent.

Tout d'abord, la qualité du service rendu est altérée, du fait de la multiplicité des intervenants, du recours massif à des remplaçants et de temps de prise en charge très courts. Ensuite, le coût moyen par patient pour la collectivité (assurance maladie et organismes complémentaires) est souvent beaucoup plus élevé que dans une structure indépendante, en raison de la multiplication d'examens ou d'actes pas toujours pertinents. Enfin, la perte de l'indépendance médicale, lorsque les médecins ne sont plus décisionnaires dans leur propre structure, ouvre la porte à tous les abus.

Le financement de ces structures provient de la solidarité nationale, qu'elle soit publique ou privée. Elles font un usage abusif du tiers payant, qui est dévoyé de sa fonction sociale. Un patient qui paie, même une partie seulement, contrôle la dépense. Si les patients devaient payer les plus de cent euros parfois facturés pour une simple prescription de lunettes, ils demanderaient des comptes.

Les contrôles des pouvoirs publics sont lents et non coordonnés. Les agences régionales de santé (ARS) laissent rouvrir des centres déconventionnés avec le même personnel et le même matériel. Les contrôles de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) arrivent souvent deux ou trois ans après les faits. De plus, la CPAM ne porte jamais plainte au niveau ordinal contre les praticiens qui travaillent dans ces centres. Enfin, ces systèmes, qui drainent beaucoup d'argent, ont une capacité de défense et de *lobbying* très significative.

Que pourriez-vous faire ? D'abord, imposer que la facturation se fasse au nom du médecin et non de la structure. Ensuite, interdire la fourniture d'ordonnances optiques si les patients n'ont pas été consultés physiquement ou ne sont pas connus du praticien, afin de préserver le dépistage. Il faudrait aussi limiter le nombre de sites d'exercice par structure et mieux contrôler les remplacements. On pourrait également signaler les structures financiarisées pour y intensifier des contrôles réguliers et coordonnés entre l'Ordre, l'ARS et la CPAM.

Il faudrait aussi demander à l'assurance maladie de fournir, chaque année, le coût par passage de patient selon le type de structure. En 2018, les statistiques du rapport « Charges et produits » montraient un coût deux fois plus élevé en centre de santé (80 euros par patient) qu'en cabinet libéral standard (40 euros). Ces statistiques ne sont plus fournies depuis.

Enfin, il faut comprendre que l'Ordre des médecins ne peut contrôler qu'à l'installation et sur plainte. Il n'a pas de capacité d'investigation, notamment sur place, pour vérifier la présence des médecins. Lui octroyer ce pouvoir serait utile.

M. David Quint, président du Syndicat national des vétérinaires d'exercice libéral (SNVEL). Nous ne sommes pas une profession de santé, mais une profession de service au carrefour des trois santés. Nous sommes au contact des animaux, qui sont eux-mêmes au contact des êtres humains et peuvent être vecteurs ou réceptacles de maladies. De plus, les traitements que nous administrons ont un impact sur la santé environnementale. Nous sommes donc fiers d'être auditionnés avec des professionnels de santé, mais nous dépendons de la directive « Services » au niveau européen : la conséquence en est que ce n'est pas la sécurité sociale qui paie, mais le client.

L'arrivée de la financiarisation dans notre profession est récente, mais les mutations qui y ont conduit datent d'une trentaine d'années.

Après de nombreuses années d'exercice principalement individuel, les vétérinaires ont commencé à se regrouper dans les années quatre-vingt. Les sociétés d'exercice libéral ont été autorisées en 1990. Puis en 2010, avec la transposition de la directive Services, l'essor des sociétés multisites et le décret sur les sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) ont permis l'émergence de groupes, d'abord 100 % vétérinaires. Après 2015, des financiers sont entrés dans le paysage, soit en créant de nouvelles structures, soit en investissant dans des groupes existants.

En parallèle, la demande de soins de pointe pour les animaux de compagnie a augmenté, nécessitant des plateaux techniques plus importants. L'arrivée des financiers a aidé à financer ces investissements. La différence de valorisation des sociétés est un point crucial : un praticien libéral dispose de sept à dix ans pour racheter des parts, tandis que les investisseurs n'ont pas les mêmes limites d'endettement et peuvent proposer des sommes beaucoup plus importantes.

À cela se sont ajoutées, à partir de 2018, une pénurie de diplômés et une demande croissante d'un équilibre amélioré entre vie personnelle et vie professionnelle. Les vétérinaires, confrontés à des difficultés de recrutement et à la pression de la gestion d'entreprise, ont vu dans les offres des groupes une « porte de sortie », notamment les professionnels en fin de carrière peinant à trouver des repreneurs.

Nous avons connu les mêmes problématiques de perte d'indépendance que d'autres professions. L'Ordre des vétérinaires a attaqué plusieurs sociétés et prononcé des radiations en raison de pactes d'associés qui organisaient les droits de vote au profit de l'actionnaire non vétérinaire. Malheureusement, les délais de traitement des recours par le Conseil d'État ont été très longs. Ce n'est qu'en 2024 que le Conseil d'État a confirmé une bonne partie des décisions de l'Ordre.

Pendant ce temps, la situation a continué d'évoluer : en 2019, 2 % des vétérinaires exerçaient dans un groupe ; en 2022, ils étaient 19 % ; aujourd'hui, ils sont environ 35 % dans le secteur des animaux de compagnie, pour environ 25 % des sociétés. Au SNVEL, nous défendons les intérêts des vétérinaires, qu'ils soient dans un groupe ou non, et nous aurions souhaité une clarification plus rapide du cadre juridique.

Nous sommes également dépositaires d'un mandat sanitaire pour le compte de l'État, ce qui rend notre indépendance capitale pour la santé publique. À la suite des décisions du Conseil d'État, une conciliation a été menée pour que les sociétés se mettent en conformité. Il n'y a plus de radiations prononcées, mais c'est désormais la jurisprudence qui permettra de vérifier que les engagements pris par les groupes sont respectés. Nous restons très vigilants.

M. le président Emmanuel Mandon. Au terme de vos présentations, on peut constater la prégnance de mécanismes assez proches, même s'il est difficile de comparer vos métiers respectifs. Pourriez-vous nous transmettre par écrit des données chiffrées sur le nombre de structures, d'actes, d'examens, etc. ? Il serait également utile de recenser les différentes sortes de fonds qui interviennent.

Un point commun à toutes vos professions est qu'elles sont bien organisées et encadrées par des règles légales, notamment sur les qualifications et les conditions d'exercice. La question se pose donc de savoir comment les fonds d'investissement s'accommodent de ces règles. Nous avons bien compris que, pour certaines professions, leur arrivée pouvait être une menace plus qu'une opportunité pour l'avenir.

Dr François Blanchecotte. Nous vous apporterons une réponse le plus rapidement possible.

Les fonds sont arrivés à la faveur d'un croisement entre l'évolution législative, notamment la loi Murcef, et l'évolution technologique. Ils ont pensé que les regroupements, en favorisant la mise en commun de moyens, leur permettraient de prendre des parts plus importantes dans nos structures.

Aujourd'hui, le tissu français compte environ sept grandes entités : six grands groupes sont adossés à des banques et à des fonds d'investissement et un secteur de 23 % de laboratoires dits « indépendants » a également besoin de financements bancaires. Je ne suis pas certain que le banquier soit, par nature, plus bienveillant que le fonds d'investissement : les banques ont aussi des contraintes très fortes et elles peuvent prendre le contrôle d'une structure en difficulté via des obligations convertibles ; cela a été un grand sujet pour la pharmacie d'officine, où des regroupements ont pu être contrôlés par ce biais et ce, malgré le refus d'ouverture du capital à des non-pharmaciens.

Le fait que l'État nous ait continuellement sollicités pour des ajustements économiques a dégradé l'attractivité de nos métiers, la transmission de notre outil et notre dimension médicale. Cela a fragilisé nos structures et, je le redis, certaines sont aujourd'hui très fragiles. On ne peut pas se voiler la face : il n'y aura pas de « plan B » pour prendre en charge les patients dans des départements (ou des régions entières) si des laboratoires ferment.

Les syndicats que nous représentons ne sont pas opposés à une maîtrise médicalisée des dépenses. Nous savons que l'argent est rare et qu'il faut viser l'efficacité et la qualité des soins. Nous avons d'ailleurs toujours défendu le principe du « bon acte » pour le « bon patient » au « bon prix » et non un système où l'augmentation des volumes conduit automatiquement à une baisse des prix. Il faut des règles, mais les délais pour les mettre en place sont trop longs. Il faut aussi que ce cadre soit supportable par les acteurs, afin de permettre la prise en charge des patients sur le long terme.

Dr Franck Clarot. Il existe une résistance importante à la financiarisation chez les jeunes médecins, qui craignent une perte de l'indépendance sur laquelle la médecine libérale est fondée. En imagerie, par exemple, de jeunes radiologues ont créé un groupe nommé « Collectif pour une radiologie indépendante et libre » (CoRaIL), qui constitue une forme de contre-pouvoir.

Nos professions sont en résistance, non pas contre le fait de trouver des fonds là où la sécurité sociale ne nous permet pas d'investir correctement, mais contre des solutions qui nous feraient perdre notre indépendance financière, intellectuelle, médicale ou scientifique. La problématique n'est pas tant la finance elle-même que ses conséquences lorsqu'elle n'est pas maîtrisée, encadrée et vertueuse. Un encadrement, avec des objectifs et des intérêts communs, comme pourrait le permettre le décret en attente, serait utile à tous – et surtout aux patients et aux finances publiques.

Dr Julien Bullet. L'intérêt de la puissance publique est probablement d'avoir pour interlocuteurs des acteurs de taille raisonnable, assez facilement contrôlables, plutôt que des acteurs très gros, qui peuvent déraiser vite et savent se défendre. La montée en puissance de très grosses structures leur donne un poids qui n'est pas dans l'intérêt collectif à moyen terme. Le gain à court terme, comme avec la biologie, peut s'avérer un mauvais calcul, dix ans plus tard, et la rentabilité pour nos compatriotes n'est alors pas évidente.

M. David Quint. Bien que nous soyons moins directement concernés puisque ce sont nos clients qui paient, je souhaite souligner tout d'abord que les délais de clarification juridique, en raison des nombreux recours, sont problématiques et placent certains vétérinaires dans des situations personnelles extrêmement difficiles. La clarification apportée par le Conseil d'État a finalement amené des limites importantes, y compris pour les vétérinaires indépendants, mais les délais de traitement doivent absolument être améliorés.

Ensuite, la France fait l'objet d'une procédure d'infraction de la part de la Commission européenne, au stade de l'avis motivé, concernant la régulation de la profession vétérinaire. Il est très important de défendre notre modèle, qui garantit que le praticien reste le contrôleur effectif de l'entreprise. Aujourd'hui, les sanctions sont essentiellement disciplinaires et visent le vétérinaire, même s'il n'est pas forcément responsable des faits reprochés. C'est pourquoi le contrôle effectif par les vétérinaires, avec plus de 50 % des droits de vote, doit être respecté et les moyens mis en place pour le garantir.

Mme Aurélie Trouvé, rapporteure. Notre commission d'enquête porte sur la prédation d'entreprises françaises par des fonds d'investissement, avec des répercussions qui peuvent être délétères pour la production, les services rendus, les tarifs, la qualité des biens et, parfois, la survie même de ces entreprises. Vous êtes au cœur du sujet, car de nombreuses professions libérales sont touchées, y compris au-delà de la santé, comme les experts-comptables ou les avocats.

Le phénomène est particulièrement préoccupant dans le domaine de la santé, humaine comme animale, car il a des répercussions sur la qualité des soins, qui est un droit fondamental, mais aussi sur le contribuable et le cotisant. En effet, ce sont nos cotisations sociales qui financent les laboratoires d'analyse, la radiologie ou l'ophtalmologie. Nous sommes donc extrêmement interpellés par cette situation où des cabinets sont captés par des fonds d'investissement qui recherchent un maximum de rentabilité. Derrière les grands groupes que nous connaissons (Elsan, Vivalto, Almaviva, Biogroup, Cerba, Synlab, Eurofins, etc.) se trouvent des fonds comme Eurazeo, Ardian, Antin ou Andera.

Ces fonds recherchent des niveaux de rentabilité de 10 % à 15 %, ce qui, de mon point de vue, est incompatible avec le maintien de la qualité et des tarifs des soins. Cela conduit à privilégier les actes les plus rémunérateurs, à diminuer le temps consacré aux patients ou, lorsque les tarifs ne sont pas encadrés comme chez les vétérinaires, à augmenter les prix.

Quelle est l'ampleur de cette prédation sur vos cabinets ? Quelle part est aujourd'hui aux mains de ces fonds et quels sont les fonds les plus actifs dans votre secteur ?

Avez-vous une idée des niveaux de rentabilité recherchés par ces groupes ?

Avez-vous des exemples concrets de répercussions sur la qualité, la pertinence et le tarif des soins ? La comparaison du coût par patient entre un cabinet libéral financiarisé et un cabinet non financiarisé nous intéresse particulièrement.

Pour les vétérinaires, constatez-vous des répercussions sur les tarifs pratiqués ?

Par ailleurs, les ordres professionnels peuvent-ils assurer eux-mêmes cette régulation ou est-ce à l'État et au législateur d'agir ? Nous partageons votre étonnement quant au fait qu'une loi de 2023 ne soit toujours pas appliquée.

Je suis également intéressée par la question de la pharmacie que vous avez soulevée.

Nous avons auditionné le fonds EQT, qui a repris Cerba. Quelle répercussion concrète a eu sa reprise par ce fonds suédois, qui a eu recours à un mécanisme de *Leveraged Buy-Out* (LBO), c'est-à-dire un levier d'endettement extrêmement important qui met aujourd'hui Cerba en difficulté ? Il est clair que c'est l'arrivée de ces fonds qui explique pourquoi une entreprise comme Cerba, pour prendre un exemple très concret, se trouve dans une situation si périlleuse.

Enfin, que rôle joue BPIFrance dans ce contexte ? Que fait-elle ? C'est un fil conducteur de notre commission d'enquête. À chaque audition, la question se pose : mais que fait BPIFrance dans cette affaire ? Vous nous expliquez, en effet, qu'il ne reste plus que les fonds, que nous sommes obligés de compter sur eux, sans quoi nous n'aurions plus les structures nécessaires, notamment dans le domaine de la biologie médicale. Vous avez souligné que, durant la crise de covid-19, sans les fonds, nous n'aurions pas eu les capacités requises. C'est un véritable problème. Dans le même temps, ces fonds ont des répercussions délétères, puisqu'ils sont en train de faire plier des entreprises comme Cerba. On en vient donc à se demander qui aurait dû assurer ce financement. N'était-ce pas le rôle de BPIFrance ? Si nous disposons d'une banque publique d'investissement censée être garante de l'intérêt général et s'il n'y a pas de plus grand intérêt général que les soins de santé, comment se fait-il qu'elle ne soit pas très active dans ce secteur ?

Dr Franck Clarot. En ce qui concerne ma spécialité, il n'existe aujourd'hui aucune preuve, que ce soit dans les différents rapports ou dans la pratique réelle, que l'acte moyen effectué par un groupe, quel que soit son adossement financier, soit plus ou moins important. La raison en est simple : notre activité est extrêmement encadrée par une nomenclature qui, je le redis au passage, n'a pas été revalorisée depuis vingt ans. Il est impossible d'ajouter des actes les uns aux autres de façon anarchique – d'une part, parce que c'est illégal et, d'autre part, parce que nos logiciels-métiers ne le permettraient pas. Nous ne pouvons pas faire ce que nous voulons : certaines cotations, si vous essayez de les cumuler sur le logiciel, provoquent un blocage ; ce n'est donc pas possible. L'absence de preuve en la matière a d'ailleurs été mentionnée, je crois, dans le rapport de l'Igas.

En réalité, nous sommes confrontés à un problème de sous-cotation des actes. Quand vous évoquez le risque que certains actes soient délaissés au profit d'autres plus rentables ou moins chronophages, vous touchez un point juste : ce qui coûte le plus cher, c'est le temps-médecin. Il est donc indispensable d'augmenter la cotation des actes sous-évalués. Aujourd'hui, certains d'entre eux ont même une cotation inférieure au coût du matériel que nous utilisons, comme pour les cytoponctions ou les biopsies : par exemple, les aiguilles à biopsie pour le cancer du sein valent plus cher que la cotation de l'acte lui-même, avant même de compter tout le reste... Nous avons un vrai souci de sous-cotation pour un certain nombre d'actes, ce qui conduit à ce qu'ils ne soient plus pratiqués ou proposés, avec ou sans financiarisation, parce qu'ils sont totalement à perte. Nous tentons alors de moduler avec d'autres actes pour nous en sortir et continuer de fournir ces services à une population qui en a besoin. Je pratique, par exemple, des cytoponctions de la thyroïde et certains patients font une heure et demie de voiture pour venir, car cet acte est rare dans la région ; il est très sous-coté en matériel et en temps, mais nous pouvons le réaliser car nous parvenons à équilibrer par ailleurs. Sans cet équilibre, beaucoup de praticiens renoncent.

Une nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM) est en cours de préparation, le Haut-Comité à la nomenclature y travaille. Nous verrons ce qu'il en ressortira, mais il est certain que les actes doivent absolument être revalorisés.

Comment éviter que la finance déferle ? Nous sommes plutôt dans un creux de la vague, en raison des taux d'intérêt élevés et de l'incertitude qui pèse sur l'avenir de ce genre de montages, ce qui amène beaucoup d'investisseurs à se retirer. Quoi qu'il en soit, la solution résiderait dans un accompagnement et une formation de nos jeunes et futurs collègues, afin qu'ils sachent décrypter les contrats, les comprendre et, au moins, les lire avant de les signer.

Cela pose aussi la question du rôle de l'Ordre, qui a une mission de contrôle. Depuis deux ou trois ans, l'Ordre est censé recevoir l'intégralité des documents lors du montage d'une société. Auparavant, ce n'était pas le cas : les statuts, le règlement intérieur et les pactes d'associés n'étaient pas communiqués de manière obligatoire. Aujourd'hui, en théorie, l'Ordre est censé exercer ce contrôle. Le problème est qu'il nous indique ne pas avoir les moyens financiers ni humains pour examiner certains documents. J'ai des amis qui siègent dans des conseils départementaux de l'Ordre : lorsqu'ils reçoivent cinq cent pages de documents pour une société, ils reconnaissent clairement leur incapacité à les traiter. Nous sommes donc face à un vrai problème : l'Ordre a pour mission de contrôler les sociétés, mais il n'en a pas forcément les moyens, bien qu'il ait fortement augmenté ses cotisations (ce qui est un autre sujet). Le déficit de compétences est réel au sein de l'Ordre pour analyser les documents juridiques de plusieurs centaines de pages, extrêmement pointus, qui sont produits lors du rachat de grands groupes.

Je précise que CoRaIL est principalement une structure d'information, destinée à informer les jeunes sur les modalités de la financiarisation et à répertorier, sur son site, les groupes qui sont indépendants. C'est là sa fonction principale.

M. David Quint. S'agissant des prix, je précise que nos tarifs ne sont pas réglementés, ils sont libres.

Je voudrais également souligner, même si ce n'est ici peut-être pas le lieu, que les vétérinaires se situent en queue de peloton des professions libérales en termes de revenus. En tant que président d'un syndicat de vétérinaires, vous comprendrez qu'une revalorisation à la hausse de nos actes me semble plutôt une bonne chose. Par conséquent, vous ne me ferez pas dire que l'augmentation des tarifs des actes vétérinaires est un drame.

En revanche, il est évident que le premier levier pour augmenter la rentabilité d'une entreprise consiste à augmenter les prix. Il faut cependant garder présent à l'esprit que le premier régulateur de cette augmentation est le consommateur, c'est-à-dire le détenteur de l'animal. Dans le cas de l'animal de compagnie, l'accès aux soins et la capacité à se les offrir posent parfois un véritable problème ; c'est une limite « naturelle » qui s'impose, même si les groupes financiers souhaitent augmenter leurs tarifs. Si des statistiques et des rapports ont mis en évidence des augmentations tarifaires plus élevées dans les groupes que dans les structures indépendantes, cette limite mécanique de l'accès aux soins demeure, car le détenteur de l'animal est capable de comparer, un minimum, les prix. Dans la mesure où les vétérinaires indépendants restent majoritaires sur le territoire, le jeu de la concurrence peut encore constituer un bon régulateur. Cela ne signifie pas qu'il n'y a rien à surveiller, mais des régulations existent.

L'augmentation des tarifs, ces dernières années, s'explique par plusieurs facteurs. La demande de soins de pointe a fortement progressé, ce qui a entraîné une hausse des investissements dans les équipements et les plateaux techniques et cela a un coût. On ne peut pas obtenir un scanner pour trente euros : vu le prix des machines, cela n'existe pas. Le choix de la plupart des structures consiste à mutualiser le coût du scanner sur un ensemble d'utilisateurs, ce qui permet de proposer un prix moindre à celui qui l'utilise que si seuls les acquéreurs du scanner devaient en assumer le coût total.

Par ailleurs, nous connaissons une pénurie de main-d'œuvre et de diplômés vétérinaires depuis quelques années. Même si la démographie semble s'améliorer grâce à l'augmentation du nombre d'étudiants et à l'ouverture d'une école privée, la raréfaction du nombre de diplômés fait que les salaires augmentent. Nous payons plus cher les vétérinaires disponibles que s'ils étaient plus nombreux.

La décomposition du prix est donc plus complexe que de dire simplement : « *Accroissons la rentabilité en augmentant le prix de l'acte.* » Nous avons aussi vécu une inflation importante. De nombreux facteurs interviennent et pas uniquement la volonté d'augmenter la rentabilité, même si c'est le levier le plus commode. Encore une fois, les fonds, même s'ils semblent avoir augmenté leurs tarifs plus que les indépendants, sont confrontés à la « barrière » du porte-monnaie du client. Si celui qui doit payer les soins ne le peut pas, il ne le fait pas.

Dr Julien Bullet. Pour ce qui concerne l'ophtalmologie, nous vous répondrons par écrit. Nous en sommes au début du processus de financiarisation. Le groupe Point Vision, créé en 2011, a néanmoins déjà été revendu trois fois ; il est actuellement détenu par un fonds canadien, je crois.

Il y a quelques années, lorsque la pénurie entraînait de longs délais d'attente, il était facile de remplir un agenda. De nombreux praticiens, pas seulement ceux liés à des fonds et ayant une approche financière de leur profession, avaient tendance à voir plus de monde et à aller plus vite, plutôt que de surfacturer ou d'ajouter des actes. Actuellement, toutes ces structures financiarisées se sont plutôt installées dans des zones où il n'y a, justement, plus de délais. Paradoxalement, elles ne sont pas allées là où les besoins étaient les plus importants, probablement pour des raisons de recrutement (et non par choix délibéré).

Depuis quelque temps, nous assistons à un autre phénomène. Contrairement à d'autres spécialités, nous avons la possibilité de moduler la nomenclature, notamment en facturant des actes d'orthoptie lorsque nous embauchons des orthoptistes. Nous avons remarqué que les structures financiarisées associaient presque systématiquement des actes médicaux à des actes d'orthoptie pour augmenter la facture, ce qui est beaucoup moins le cas chez les professionnels dits « indépendants ».

Concernant la rentabilité des actes, nous avons tous, dans nos activités respectives, des actes rentables et d'autres qui ne le sont pas. Nous sommes des entreprises : j'ai des salariés, un chiffre d'affaires à réaliser et un loyer à payer. Pour autant, je ne passe pas ma vie à scruter le montant de mon chiffre d'affaires. J'accepte de procéder à des actes non rentables, sachant que d'autres le sont. Nous rendons aussi un service à la population. Pour vous donner un exemple, la semaine dernière, j'ai réalisé le sondage des voies lacrymales d'un bébé. J'ai dû acheter les sondes pour environ 150 euros, alors que l'acte est coté 25 euros. La rentabilité n'était pas au rendez-vous, mais je suis rentable sur d'autres actes.

Actuellement, nous assistons plutôt à une multiplication des actes : pour un patient, on ajoute un petit examen en plus ou on fait du dépistage. Je n'ai pas de statistiques, mais la CNAM en dispose. Vous avez le pouvoir de les leur demander, ce qui nous intéresserait également. Est-ce lié à la détention par des fonds ? Pas forcément. Des professionnels indépendants ayant une vision très financière de leur activité peuvent adopter les mêmes pratiques, surtout quand ils constatent que les contrôles de la sécurité sociale sont lents. On assiste donc à une dérive en termes de volume sur certains actes particuliers, qui peut poser question.

Je voudrais revenir sur le rôle de l'Ordre. Étant moi-même conseiller ordinal, je connais assez bien le système et je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce qu'a dit mon collègue. L'Ordre national a les capacités de contrôler ces sociétés, qui ne représentent pas des volumes significatifs. Il faut comprendre qu'à l'installation, on est toujours contrôlé : on fournit les statuts et le règlement intérieur, même si ce n'est pas le cas des pactes d'associés. L'Ordre a aussi un rôle protecteur envers les médecins. En tant que médecin indépendant, j'aurai tendance à soumettre mes contrats aux juristes de l'Ordre pour avis. Ils critiqueront peut-être certains points, mais ils me signaleront aussi si mon indépendance n'est pas garantie. Ce rôle a toujours été joué. Les conseillers des ordres départementaux sont des bénévoles et n'ont pas la formation pour cela, mais les gros ordres départementaux ont des juristes et les plus petits peuvent recourir à l'équipe de juristes du national. Je pense donc que l'Ordre a déjà des capacités.

Toutefois, les procédures coûtent très cher, notamment celles qui vont jusqu'au Conseil d'État. Surtout, il est important de comprendre qu'en dehors d'une plainte disciplinaire, l'Ordre ne peut pas arrêter l'exercice d'un médecin. Il n'a pas le pouvoir de radier un médecin : seuls la chambre disciplinaire, le directeur de l'ARS ou le ministre de la santé le peuvent. La procédure est similaire à une procédure administrative : des éléments sont fournis, la procédure est contradictoire, mais l'Ordre n'a aucun pouvoir d'enquête. Il ne peut pas se rendre sur place et constater l'absence de médecin, par exemple. Il se fonde uniquement sur les faits qui lui sont rapportés. Face à ces structures, il faudrait être plus incisif et disposer d'une capacité d'enquête, qu'elle soit ordinale ou autre.

Le contrôle se fait donc beaucoup *a posteriori*, comme pour la caisse d'assurance maladie : il faut frauder longtemps avant d'être contrôlé... Ce que les caisses recherchent, ce sont des fraudes organisées, où les volumes sont déconnectés de la réalité clinique. Le problème est que le temps de ce contrôle, le temps que la procédure se mette en œuvre, se compte en années : c'est là le vrai sujet. Quand vous interrogez en *off* les différents intervenants, tout le monde sait très bien où sont les problèmes. Mais la puissance publique au sens large, que ce soit l'Ordre, les ARS ou la caisse d'assurance maladie, manque de capacités à contrôler vite ; il faudrait pouvoir dire : « Stop, ça ne va pas. » C'est pourquoi je parlais de réunions à trois, avec l'ARS et la CNAM : on se répartit les tâches, on convoque les gens et, parfois, cela suffit à les remettre dans les clous. Si on ne s'attaque à ces modèles que tardivement, il ne faut pas s'étonner ensuite qu'ils aient engrangé des moyens financiers leur permettant de lancer de longues procédures et de jouer avec le système.

Dr François Blanchecotte. Dans notre métier de biologistes médicaux, nous sommes des exécutants prescrits à 100 %. Nous obéissons à une ordonnance et n'avons pas le choix : si un médecin prescrit un examen, même non rentable, nous devons le réaliser pour compléter le dossier médical du patient. À l'inverse, j'aimerais effectivement avoir un droit de suppression, dans un cadre réglementé, car la volumétrie augmente si fortement qu'elle entraîne en fin d'année une baisse de nos tarifs.

Pour vous citer un exemple emblématique, un hémogramme valait 10,80 euros en 1996 ; il vaut aujourd'hui 4,25 euros, alors que nous en réalisons un tiers de plus. Cela représente une amélioration de la productivité de 42 %. La valeur de ce type d'examen diminue donc continuellement, alors même que nous devons maintenir les machines, c'est-à-dire l'entretien, le contrôle-qualité et l'accréditation, ce qui représente un coût.

Les fonds, venus au départ pour investir et moderniser, recherchent un gain. Ils remboursent une dette et des intérêts, mais ils ne perçoivent pas de dividendes. Nous sommes dans un système de dettes *in fine*, avec des intérêts remboursés sur trois, cinq, sept ans ou plus. À l'échéance, le capital reste à payer et le fonds cherche alors un autre financeur pour reprendre la structure, avec une valorisation qui peut être importante. Vous avez cité l'exemple de Cerba : mais Cerba, tout comme Bionis, était un laboratoire spécialisé auquel nous sous-traitons 3 % à 5 % de nos examens, ceux que nous ne pouvions mettre en œuvre nous-mêmes en raison de leur coût très élevé. Je sais qu'ils sont aujourd'hui dans une situation extrêmement difficile, non seulement en France, mais aussi parce qu'ils viennent de perdre des marchés d'études cliniques de plusieurs centaines de millions d'euros aux États-Unis. On voit bien que ces structures spécialisées, qui nous rendent un immense service, sont fragilisées par un endettement important, comme c'est le cas d'un certain nombre d'entreprises françaises.

On parle souvent de rentabilité, mais ce qui compte, pour une entreprise, c'est le résultat net. Nous essayons d'être transparents dans notre secteur. Le rapport Berger dresse un état des lieux de tous les laboratoires français. L'an dernier, il montrait que 70 % de nos entreprises avaient un résultat net négatif. Si nous ne prenons pas conscience de la nécessité d'un regard sur l'économie de nos structures, nous allons au-devant de soucis majeurs.

Les Français ne paient quasiment rien chez nous, puisque nous pratiquons le tiers payant généralisé depuis des années. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère a estimé, il y a un an et demi, le reste à charge à 0,2 %. Aujourd'hui, ce qui coûte le plus cher aux Français, c'est la franchise retenue sur les examens prescrits par ordonnance : deux euros par acte, dans la limite de huit euros par jour et par patient. Cette manne, de l'ordre de plus de 300 M€, est récupérée sur les Français lorsqu'ils ont besoin d'examens de biologie. Par exemple, les jeunes peuvent aujourd'hui se faire dépister pour les maladies sexuellement transmissibles sans ordonnance. Ce que l'assurance maladie omet de préciser, c'est que ce jeune doit tout de même s'acquitter de cette franchise. Même si l'acte est pris en charge à 100 %, il doit laisser huit euros de sa poche, ce qui peut être un frein.

Il faut donc un équilibre entre la santé publique, ce que les patients paient et les services que nous pouvons rendre sur le territoire. Je suis d'accord avec mes collègues sur la nécessité de contrôles réglementaires, y compris par les ARS. De plus, nous relevons de deux Ordres, celui des pharmaciens et celui des médecins, ce qui complique encore la supervision des structures d'associés mixtes.

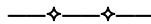
Les pharmaciens d'officine, quant à eux, se battent pour ne pas ouvrir leur capital à des non-pharmaciens. Cependant, si un pharmacien s'endette pour acheter une officine et ne peut plus rembourser son banquier, le prêteur peut, via des obligations convertibles, devenir propriétaire de plusieurs pharmacies. Les fonds peuvent donc entrer par une autre voie, même sans ouverture du capital. Il faut être très prudent et définir des règles claires de transparence et de déclaration.

J'espère que vous pourrez consulter, d'ici quelques jours, le nouveau rapport qui dresse un état des lieux de notre secteur, de nos investissements et de notre rentabilité. Je pourrai vous transmettre celui qui sortira, si vous le souhaitez.

M. le président Emmanuel Mandon. Vos interventions montrent la complexité des mondes dans lesquels nous évoluons et les enjeux propres à chaque profession. Nous avons compris que les choses se mettaient progressivement en place, dans un contexte nouveau, aux enjeux très forts sur de multiples plans.

Nous vous avons écouté avec un grand intérêt et nous travaillerons sur tous les éléments que vous nous transmettez. Nous sommes impatients de recevoir vos contributions écrites et les documents que vous jugerez utile de nous communiquer. De notre côté, si nous avons besoin d'informations complémentaires, nous ne manquerons pas de vous solliciter.

La séance s'achève à dix-neuf heures vingt.



Membres présents ou excusés

Commission d'enquête sur la prédation des capacités productives françaises par les fonds spéculatifs

Réunion du jeudi 23 avril 2026 à 17 h 35

Présents. – M. Emmanuel Mandon, Mme Aurélie Trouvé.

Excusés. – Mme Émilie Bonnard.