

Etude du secteur des laboratoires de biologie médicale libérale français

Rapport 2026 – version courte

Paris, mai 2026

Roland
Berger

Un panel représentatif de laboratoires représentant ~3600 sites et ~94% de l'activité de biologie médicale privée française a contribué à cette étude

Panel de répondants à l'étude

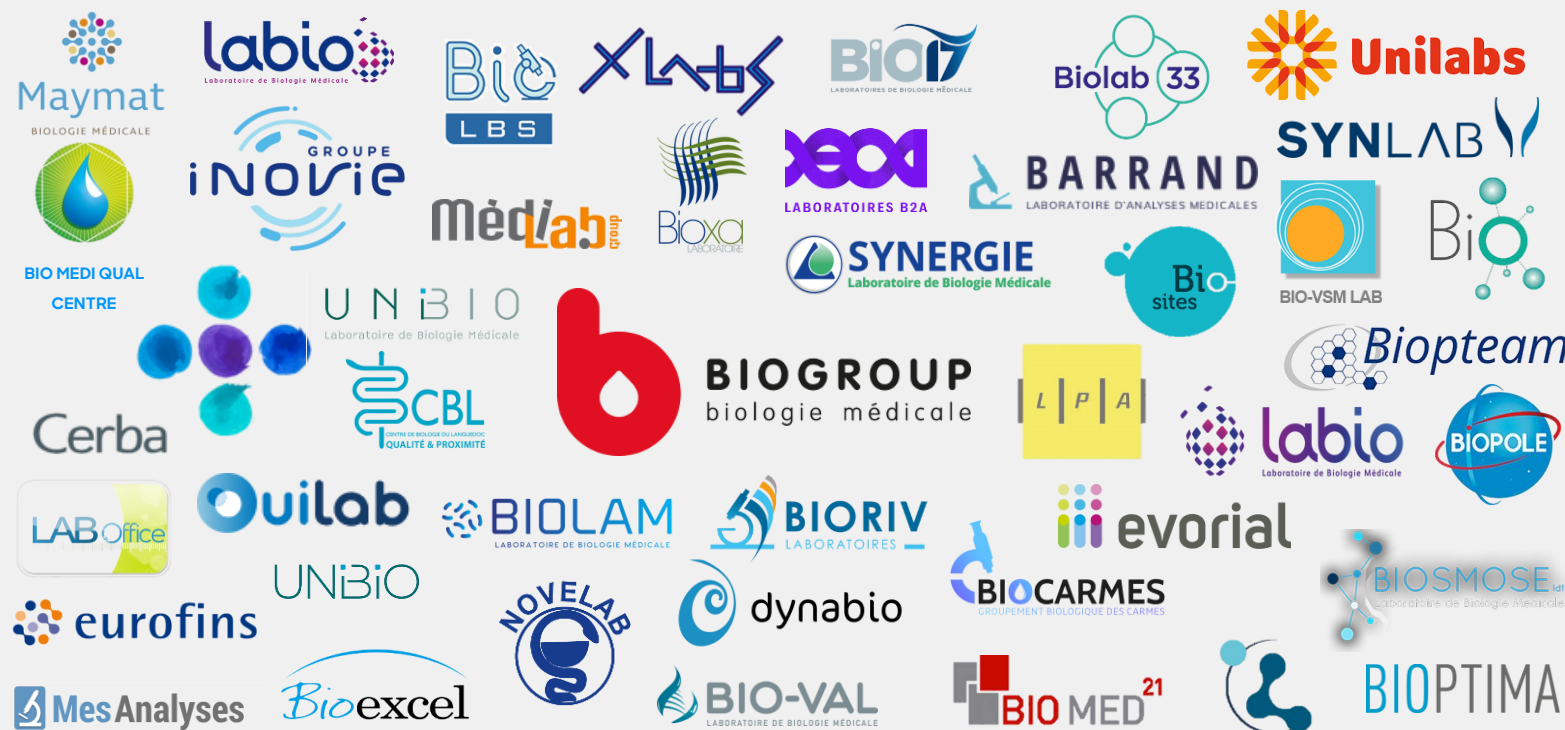
~3600

sites privés représentés dans l'étude,

~94%

de l'activité de biologie médicale privée en France

Laboratoires représentés



Note : liste des laboratoires ayant participé à l'étude en 2024, 2025 et/ou 2026. Certaines analyses ont pu être conduites sur un périmètre de répondants restreint. Les données consolidées respectent les exigences en matière de droit de la concurrence

Contents

This document shall be treated as confidential. It has been compiled for the exclusive internal use by our client and is not complete without the underlying detailed analyses and the oral presentation. It must not be passed on and/or must not be made available to third parties without prior written consent from Roland Berger.

© Roland Berger

| | |
|---|----|
| A. Le changement de paradigme du système de santé | 6 |
| B. La biologie médicale, partie de la solution | 13 |
| C. La nécessaire stabilisation du secteur de la biologie médicale | 26 |
| D. Un secteur moteur d'efficacité et d'innovation médicale et sociétale, au cœur des enjeux d'évolution du système de santé | 44 |

Face à la chronicisation des besoins de santé, la biologie médicale constitue une infrastructure de proximité déjà déployée

Synthèse de l'étude (1/2)

A Le changement de paradigme du système de santé

- Le système de santé français bascule vers un **modèle dominé par les pathologies chroniques** : les patients en ALD ont plus que doublé depuis 2000, atteignant **~15 M** en 2025 (~21 % des assurés), et **représentent ~70 % de la croissance** des dépenses de santé
- Ce basculement met le **modèle actuel sous tension financière durable** : les dépenses de santé progressent **plus vite que le PIB** et le déficit de l'Assurance Maladie, déjà estimé à 15,9 Md€ en 2024, pourrait atteindre **~19 Md€ en 2029**
- La soutenabilité ne peut plus reposer sur les seules économies tarifaires ou budgétaires : elle suppose de **déplacer l'effort vers la prévention, le suivi chronique et l'efficacité des parcours, la France restant en retrait sur la prévention** (2,3 % du budget vs. 3,2 % OCDE)

B La biologie médicale, partie de la solution

- La biologie médicale constitue une **infrastructure de santé déjà déployée à grande échelle**, capable d'intervenir sur plusieurs **moments clés du parcours** : prévention, dépistage, diagnostic, suivi des maladies chroniques, orientation et veille sanitaire
- Cette infrastructure dispose d'une **portée opérationnelle immédiate** : **~70 % des Français** passent chaque année dans un laboratoire, avec **~3 800 sites**, **~42 000 professionnels de santé**, **~500 000 patients** accueillis chaque jour et **99 % de la population située à moins de 30 minutes** d'un laboratoire
- La **consolidation** du secteur a permis de **préserver cette accessibilité** tout en **absorbant des volumes croissants**, en **homogénéisant la qualité et en finançant les investissements nécessaires** à la modernisation des sites, des automates et des systèmes d'information
- Les laboratoires démontrent déjà leur **capacité d'exécution sur des dispositifs de santé publique**, comme le **dépistage sans ordonnance des IST**, qui réduit les frictions d'accès et touche des publics plus jeunes ou moins captés par les parcours classiques
- Au-delà du dépistage, les **LBM assurent des fonctions systémiques encore peu visibles** - veille sanitaire, alertes critiques, coordination avec les médecins, alimentation du DMP - mais cette **capacité reste peu mobilisée** dans les soins non programmés et l'innovation

Mieux mobilisés, les laboratoires pourraient transformer leur capacité d'exécution en levier de prévention et de maîtrise des coûts

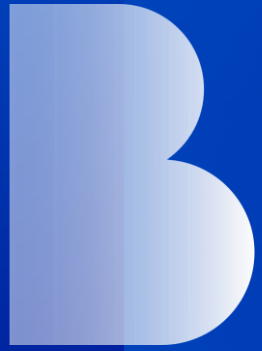
Synthèse de l'étude (2/2)

C La nécessaire stabilisation du secteur de la biologie médicale

- Des **baisses de prix significatives (-30 % depuis 2015)** ont permis de contenir les **dépenses de biologie médicale (-+0,8 % / an vs. ~+3,0 % pour les autres postes)**, malgré une forte **progression des volumes liée à la prescription hospitalière (+3,8 % / an depuis 2015)**
- Ces évolutions ont généré **~5,4 Md€ d'économies pour la CNAM**, mais au prix d'une **perte de ~7,3 Md€ de chiffre d'affaires pour les LBM**
- Une pression économique accrue sur les laboratoires, combinant **inflation des coûts (+18 % depuis 2019)** et **dégradation de la rentabilité (~80% avec une rentabilité nette proche de 0 voire négative)**, dans un contexte de consolidation et d'endettement
- Cette pression économique s'accompagne de **tensions croissantes sur les ressources humaines**, avec une **baisse du nombre de biologistes**, un **vieillessement marqué de la profession (>30 % ont plus de 60 ans)** et une **perte d'attractivité**
- Enfin, **ces fragilités menacent le maillage territorial et l'accès aux soins** : jusqu'à **~2 600 sites pourraient être impactés**, avec des **conséquences sur l'offre de soins**, notamment dans les territoires les moins denses et pour les activités nécessitant une continuité de service

D Un secteur moteur d'efficacité et d'innovation médicale et sociétale, au cœur des enjeux d'évolution du système de santé

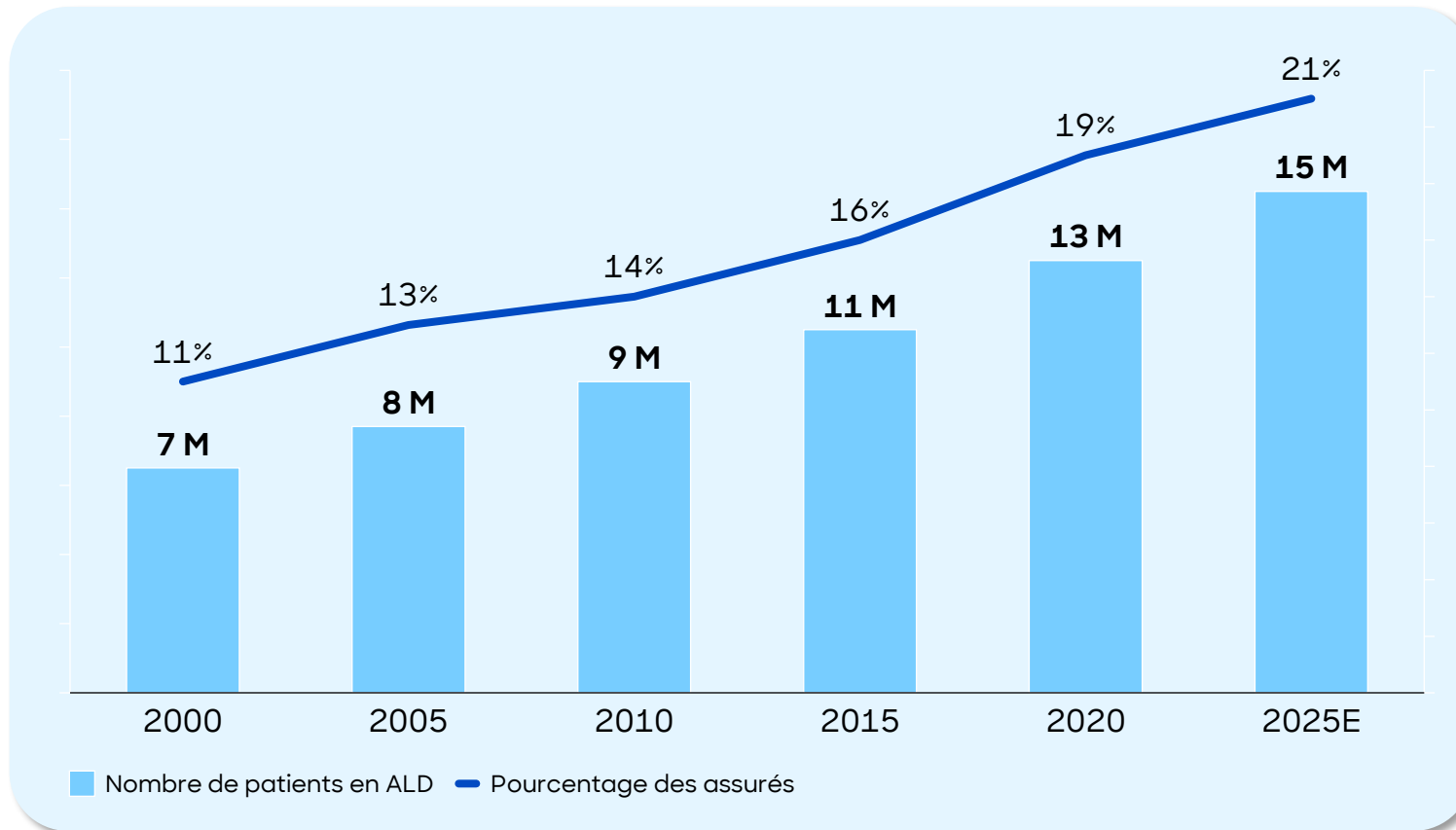
- La biologie médicale peut déplacer une partie de l'effort du système vers la **prévention, le repérage précoce et l'évitement des complications lourdes**, avec un **impact potentiel à la fois sanitaire et économique**
- Les modélisations réalisées sur cinq champs de prévention - **cardiovasculaire, diabète, maladie rénale chronique, cancer colorectal et du col de l'utérus** - montrent des **bénéfices supérieurs aux coûts de déploiement**, avec des ROIs indicatifs de x2 à x10 selon les pathologies
 - Le **cardiovasculaire ressort comme le champ prioritaire** par l'ampleur du risque et le potentiel d'impact absolu : un repérage organisé des 40-75 ans pourrait générer **~4,4 Md€ de bénéfices à 10 ans**, pour ~470 M€ de coût de dépistage
 - Ce **potentiel reste encore insuffisamment structuré en France**, moins par manque d'outils biologiques que par **absence de programme organisé de repérage cardiovasculaire à grande échelle**, malgré des exemples anglais et allemand montrant sa faisabilité opérationnelle
 - Les autres cas étudiés confirment le **même enjeu d'exécution** : **mieux repérer les patients à risque** dans le diabète et la MRC, **augmenter la participation aux dépistages organisés** du cancer colorectal et du col de l'utérus, et **mobiliser plus systématiquement l'infrastructure existante** des LBM pour passer à l'échelle sur la prévention.



A. Le changement de paradigme du système de santé

La France, comme le monde, fait face à une explosion des pathologies chroniques

Nombre de patients en ALD en France [M de patients; % des assurés]



La hausse des ALD reflète une chronicisation progressive des besoins de santé, avec un impact majeur sur la mortalité

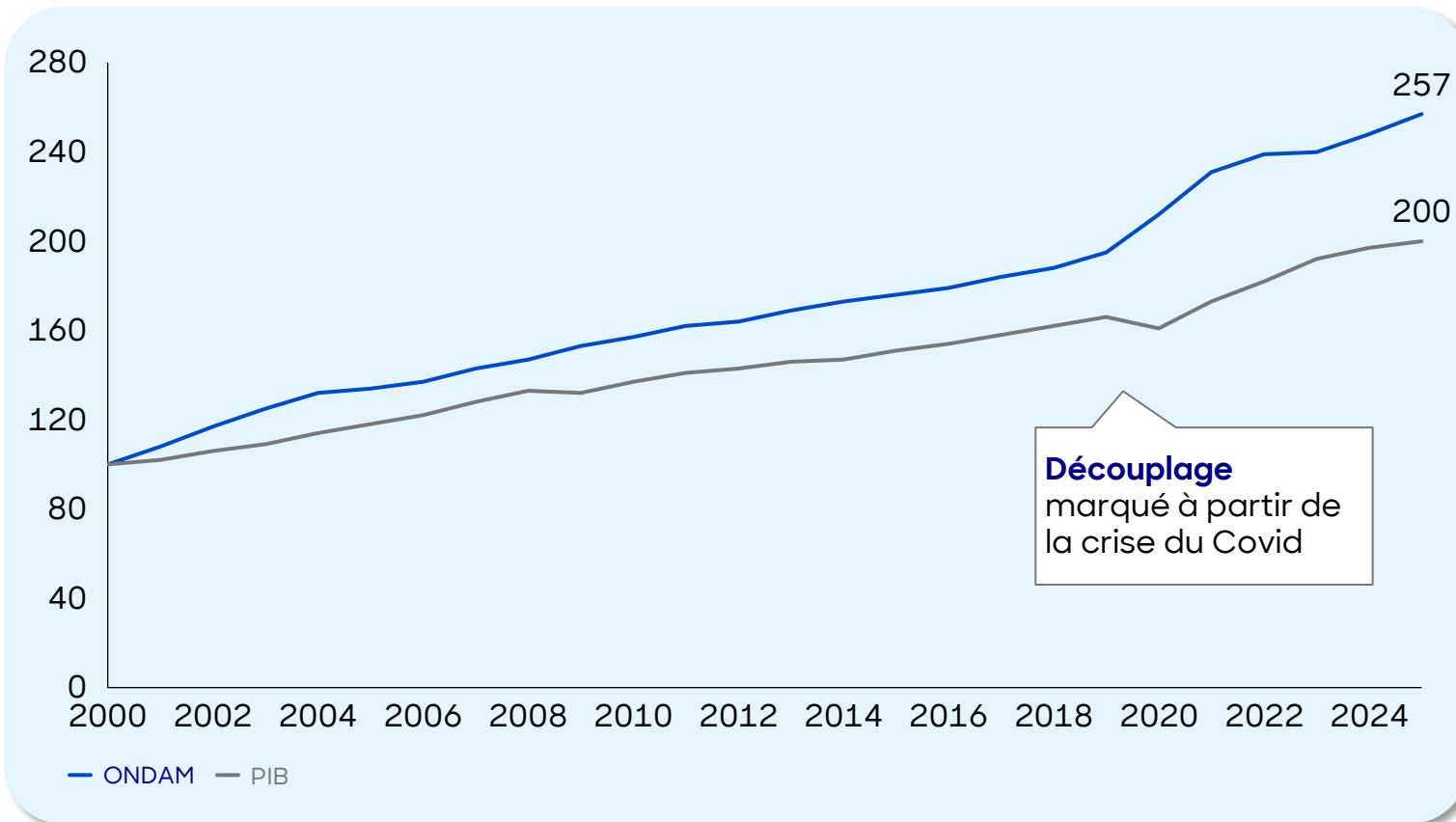
- Le nombre de patients en ALD a plus que doublé depuis 2000, pour atteindre **~15m de patients** en 2025, soit **~21% des assurés**
- Au niveau mondial, **les pathologies chroniques représentent désormais ~75% des décès**, contre ~60% en 2000
- En France, les pathologies chroniques représenteraient **~88-90% des décès**, contre **~80% en 2000** confirmant leur poids structurant dans le système de santé¹⁾



1) Les données France relatives à la part des décès liés aux pathologies chroniques correspondent à une estimation LBM construite à partir des données de causes de décès Inserm CépiDc / Santé publique France

Cette évolution du contexte pathologique et démographique entraîne de fortes tensions au niveau du financement de la santé

Evolution comparée des dépenses de l'ONDAM et du PIB de la France



- Les **pathologies chroniques** représentent **~70%** de la **croissance des dépenses de santé**
- Malgré les plans d'économies successifs, **l'ONDAM progresse durablement plus vite que le PIB**
- Cette divergence alimente un **déficit structurel de l'Assurance Maladie**



La soutenabilité du système de santé devrait reposer sur trois leviers structurants pour la maîtrise des dépenses

Trois leviers pour maîtriser durablement les dépenses de santé

Le système doit se réorganiser autour d'une prévention plus coordonnée et efficace

Déficit de l'Assurance

Maladie : **15,9 Md€** en 2024, attendu à **~19 Md€** en 2029

~25 Md€ d'économies restent à trouver d'ici 2030

3 leviers structurants

1 Renforcer la prévention et la détection précoce

- Diffuser une véritable **culture de prévention**
- Accroître le **recours aux dépistages**
- Réduire les **retards diagnostiques** et les **complications évitables**

2 Mieux prendre en charge les maladies chroniques

- Structurer des **parcours de soins plus coordonnés**
- Renforcer le **suivi des patients** dans la durée
- Limiter les décompensations, **hospitalisations** et **prises en charge** tardives

3 Améliorer l'efficacité du système de santé

- Moderniser les **organisations** de soins
- Mieux cibler l'**allocation des ressources**
- Déployer des solutions **médicalement et économiquement plus efficaces**

En France, l'effort de prévention est encore insuffisant, générant des coûts évitables en aval

Prévention insuffisante, diagnostics tardifs, coûts évitables

Chiffres clés



2,3% part de la prévention dans le budget santé



-0,9 pt inférieur à la moyenne de l'OCDE



< 30 % des patients à risque sont correctement dépistés pour la maladie rénale chronique



30 % des dialyses sont démarrées en urgence



-11 pts de dépistage du cancer du col vs. recommandations EU

A Un effort de prévention encore insuffisant

La France continue d'investir relativement peu dans la prévention

- La prévention représente **2,3%** du budget santé en **France**, contre **3,2%** en moyenne dans l'**OCDE**

 *Focus page suivante*

B Des recommandations qui restent sous-appliquées

Sur plusieurs pathologies, les bonnes pratiques existent mais restent insuffisamment suivies

- Dans un contexte de **population vieillissante**, et de **croissance des pathologies chroniques**, le **statu quo préventif apparaît de moins en moins soutenable**
 - Sur le **rénal**, **moins de 30%** des patients à risque seraient **correctement dépistés**
 - Sur le **colorectal**, seuls **34 %** des éligibles réalisent l'examen de dépistage, contre un **objectif européen de 65 %** et une moyenne **OCDE de 44 %**

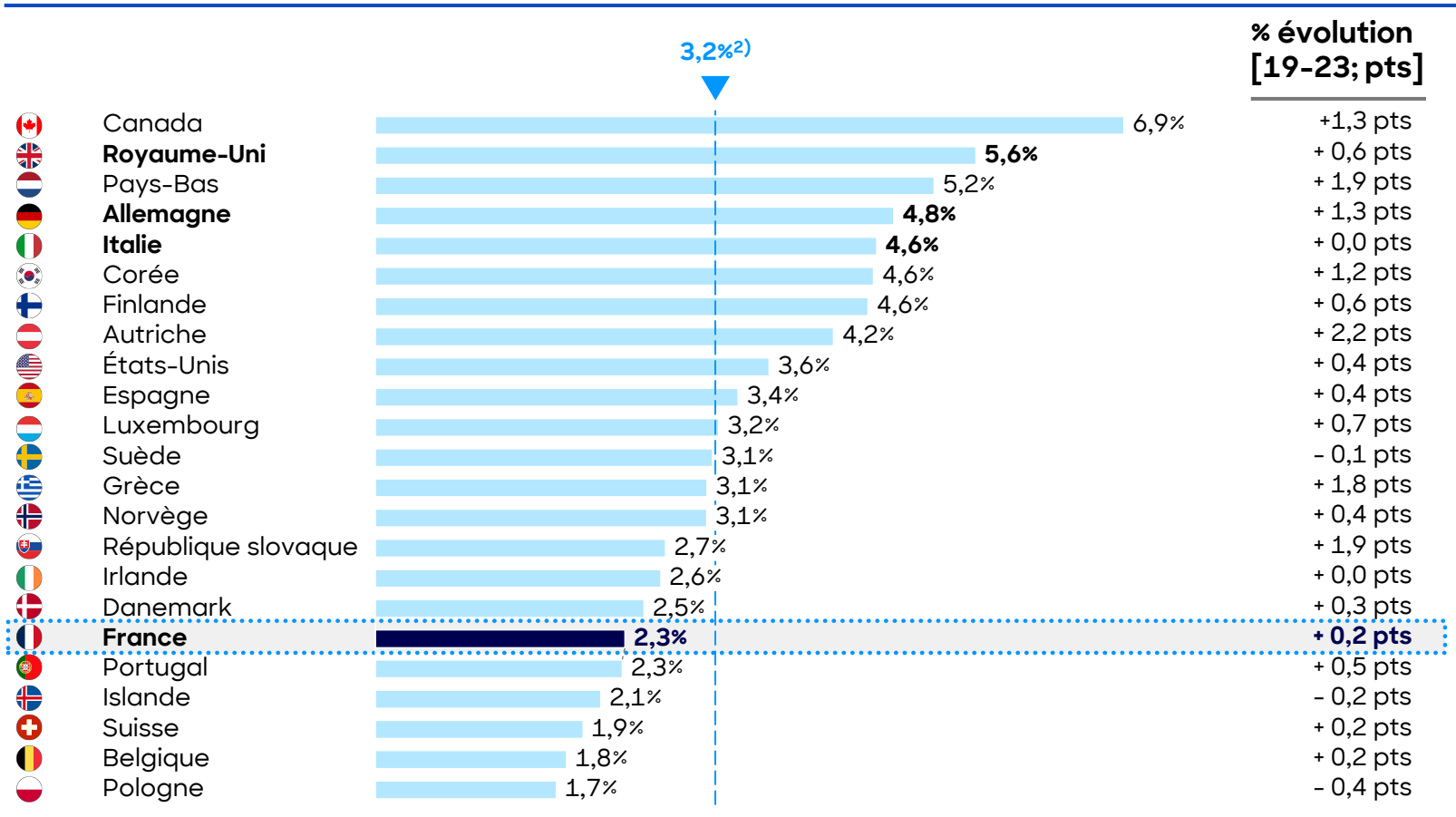
C Le coût réel apparaît par la suite aux stades tardifs

Le système prend ensuite en charge des situations plus lourdes et plus coûteuses

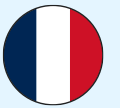
- La vraie charge économique ne vient **pas du dépistage**, mais du **retard diagnostique** et des **complications évitables**
 - **30 %** des **insuffisances rénales terminales** sont découvertes à ce stade et nécessitent une **prise en charge en urgence**
 - **28 %** des **diabètes de type 2** ne sont identifiés qu'après des complications ayant nécessité une **hospitalisation**

La France consacre 2,3 % de son budget de santé à la prévention, contre 3,2 % en moyenne dans l'OCDE – un niveau resté quasi stable depuis 5 ans

Dépenses en soins préventifs par pays - OCDE [2023; % du budget santé publique]



Situation actuelle



La prévention représente une part plus faible en France (2,3 %) que chez ses voisins européens (3,2 % en moy.), avec un écart marqué vs Royaume-Uni (-3,3 pts), Allemagne (-2,5 pts) et Italie (-2,3 pts)

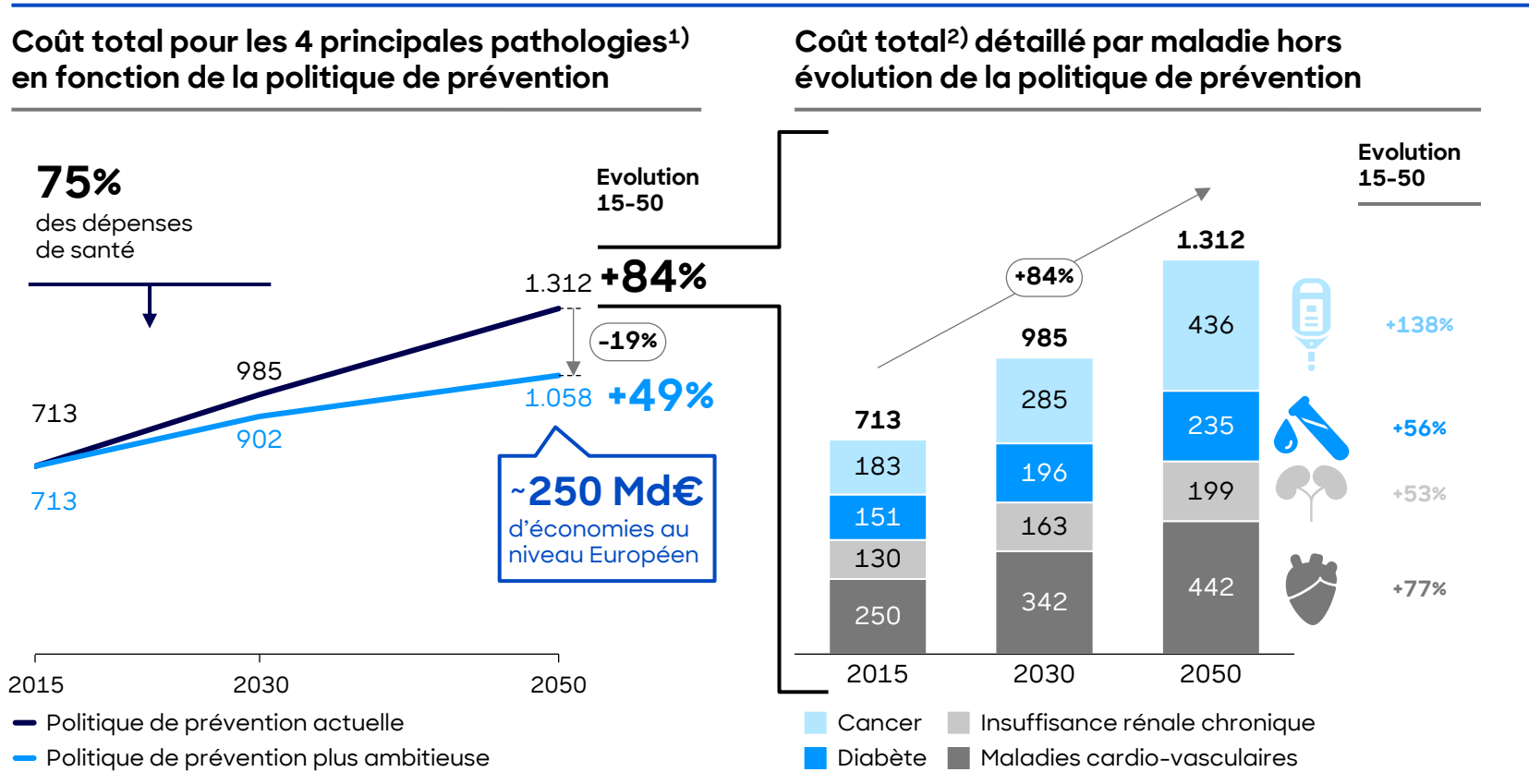
- Cette part est restée **quasi stable en France** ces dernières années, alors que la majorité des pays européens ont davantage renforcé leurs investissements de prévention
- En **France, la prévention reste moins priorisée** et peu dynamique
- La biologie médicale reste aujourd'hui davantage mobilisée en **aval** du parcours qu'en **prévention structurée**
- Cette situation contribue à un **retard global** sur l'ensemble des segments de la prévention

1) Biologie médicale (détection précoce des maladies, surveillance de l'état de santé, vaccination), éducation et conseil en matière d'information, surveillance épidémiologique, réaction aux situations d'urgence ;

2) Moyenne réelle de l'OCDE en 2023 sur données disponibles recouvrant un panel de 32 pays (23 présentés ici)

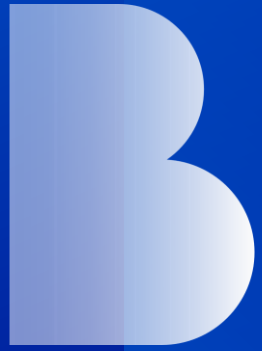
Concernant les grandes pathologies chroniques, une prévention plus ambitieuse pourrait infléchir significativement la trajectoire des dépenses

Évolution du coût des 4 principales maladies chroniques [UE; Md€; 2015 - 2050]



- Les politiques actuelles ne **suffiront pas à contenir la progression du coût des grandes pathologies** chroniques
- À horizon 2050, leur coût total augmenterait de **+84 % à politique inchangée**
- Une prévention plus ambitieuse permettrait de ramener cette **hausse à +49 %**, soit **~ 250 Md€** d'économies à l'échelle européenne
- La **prévention** apparaît ainsi comme un **levier central de soutenabilité**, au-delà de son bénéfice médical direct

1) Le coût total comprend le coût potentiel d'une politique de prévention plus ambitieuse ainsi que le coût indirect des maladies (par exemple, les journées de non-productivité) 2) Le coût total comprend le coût de la prévention existante ainsi que le coût indirect des maladies (par exemple, les journées de non-productivité)



B. La biologie médicale, partie de la solution

La biologie médicale constitue une infrastructure déjà en place, immédiatement mobilisable pour renforcer l'exécution de la prévention

Un maillage de proximité au service du dépistage, du diagnostic, du suivi et de la veille sanitaire

Prévention & dépistage



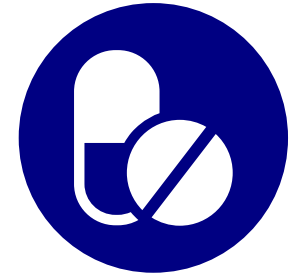
Rôle central mais encore sous-exploité dans le virage préventif et les dépistages organisés

Diagnostic biologique



70 % des décisions médicales reposent sur un examen biologique

Suivi & Orientation



Un rôle **structurant** dans le suivi des **maladies chroniques**



Un rôle de prévention épidémiologique, grâce à l'identification rapide des signaux faibles et à la remontée de données aux autorités

L'accès aux soins est assuré sur l'ensemble du territoire : le maillage territorial est jugé satisfaisant par la CNAM

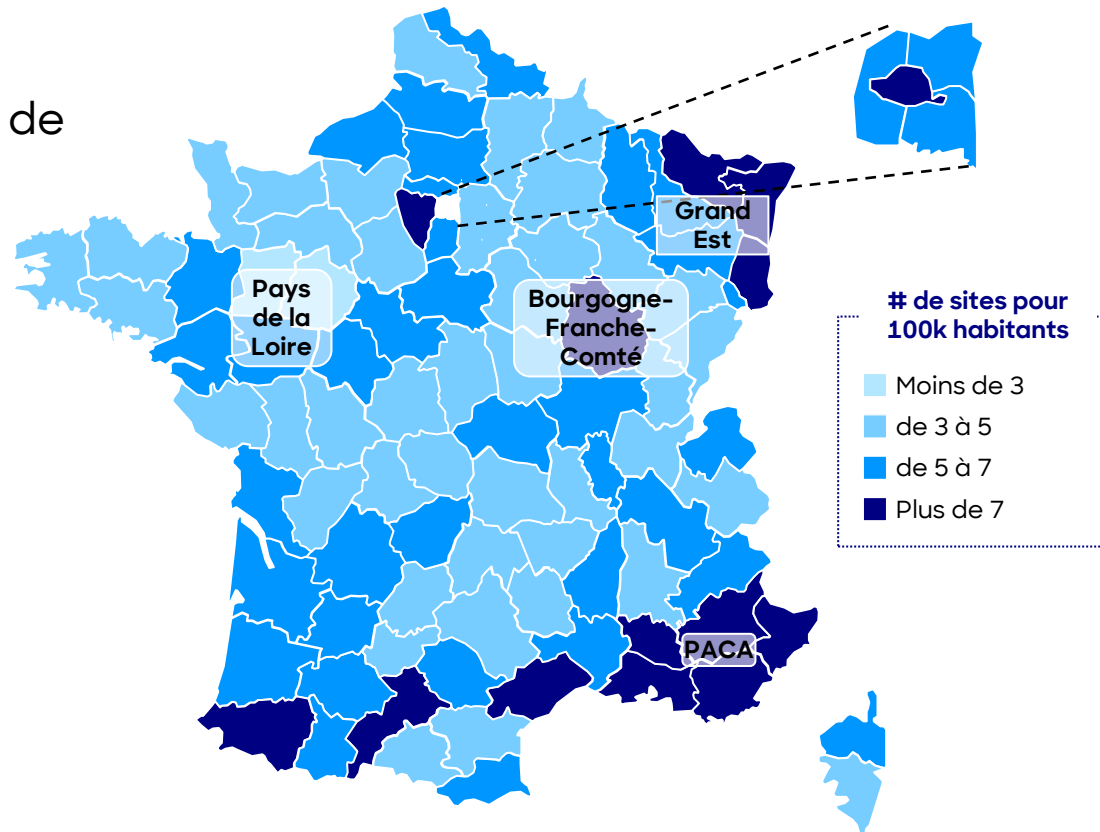
Taux de couverture des sites¹⁾ de biologie médicale privés par département [# de sites pour 100k habitants]

99% de la population française réside à moins de **20 km** d'un site de biologie médicale privé (moins de 30' en voiture)

 [Détails en page suivante](#)

“Un maillage territorial satisfaisant”

- - Rapport Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023



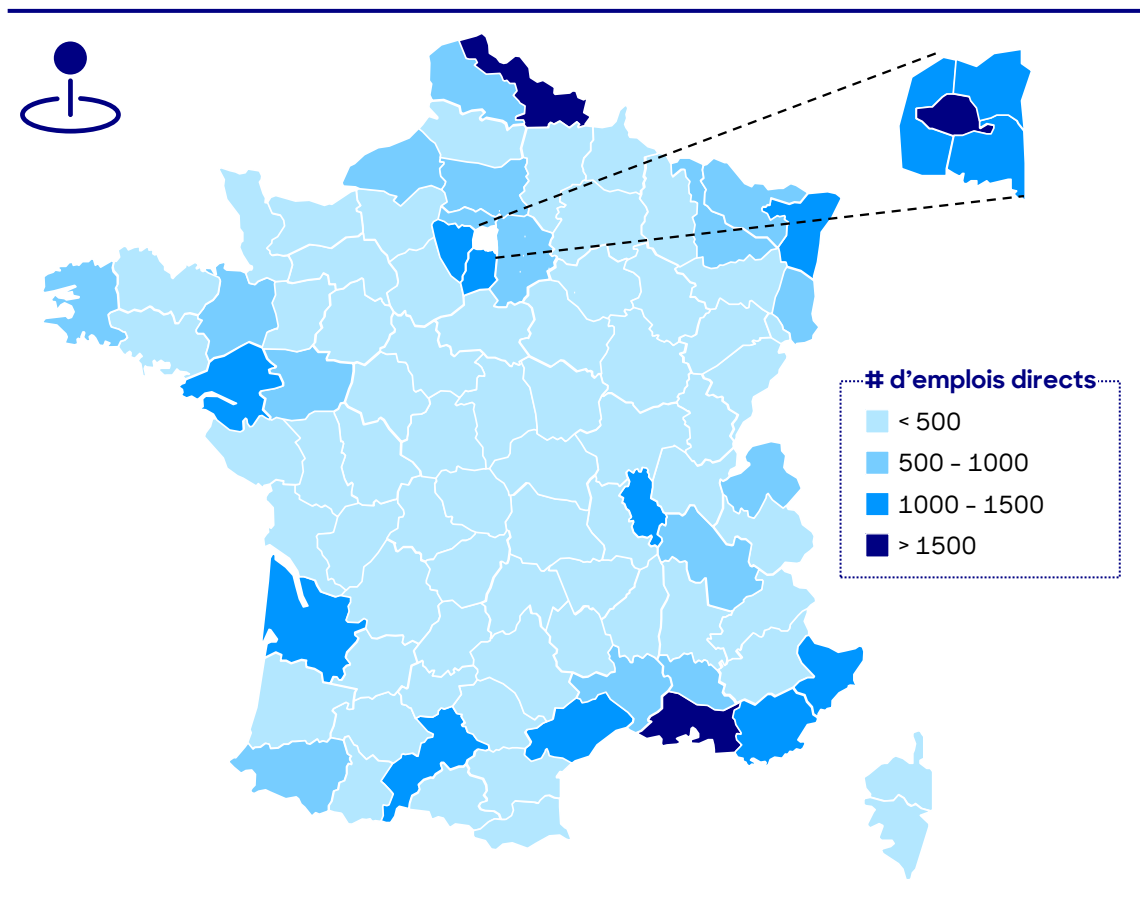
- Une infrastructure de santé déjà en place, immédiatement mobilisable à grande échelle : **~4 200 sites, 500 000 patients** accueillis chaque jour, **99 % de la population à < 30 minutes** d'un laboratoire
- Un laboratoire constitue le **1^{er} facteur d'attractivité** pour l'installation des médecins généralistes (94,6 %)

1) Site accueillant du public pour réaliser un prélèvement ("Site de prélèvement")

42 000 professionnels, dont 5200 biologistes, sont répartis sur l'ensemble du territoire national au service des patients

Localisation géographique et profil des salariés de la biologie médicale privée [2024]

Auxquels s'ajoutent un nombre important d'**emplois indirects**



Biologistes (yc TNS¹)

~42 000

~5 200

Infirmiers

~7 500

Techniciens

~11 400

Secrétaires

~9 800

Autres et fonctions support

~4 600

Coursiers

~3 500

Profils des salariés

- **Bac +9/10** (pharmacie ou médecine)
 - Expertise médicale, coordination avec les spécialistes de santé, supervision des équipes, développement de nouveaux protocoles
 - **Bac +3** (Diplôme d'état)
 - Prélèvements, accueil physique et téléphonique des patients
 - **Bac +2/3** (BTS ABM ou DUT/BUT ou DEUST)
 - Prélèvements, accueil physique et téléphonique des patients, réalisation d'analyses, maintenances des automates
 - **Bac +1/2** (FCIL Secrétariat médical)
 - Accueil physique et téléphonique des patients, gestion des demandes d'examens externes...
- Fonctions siège
- **Bac +3/5** (Ecoles de commerce/ d'ingénieur)
 - Management, communication médicale, finance, RH, achats, juridique, IT et digital
- Autres
- Ex. Coursiers, réception des échantillons, entretien (inclus une part sous-traitée²)

1) Y compris Travailleurs Non Salariés, hors hospitaliers 2) Dépend du choix du laboratoire d'internaliser ou externaliser certaines activités, ex. ménage, coursiers

L'offre de biologie médicale a été sauvegardée par la consolidation du secteur induite par l'ordonnance Ballereau de 2010 : productivité accrue et qualité renforcée

Bénéfices de la consolidation de la biologie médicale privée

Un secteur poussé à la consolidation depuis 2010 (rapport IGF/IGAS)

- **Concentration accélérée** depuis l'ordonnance Ballereau (2010)
- **284 laboratoires privés** regroupant **~3 800 sites**
- **6 groupes = ~75 %** de part de marché



Gains de productivité

La **consolidation** et les **plateaux techniques multisites** ont permis d'importantes **économies d'échelle**, notamment sur les achats, contribuant à contenir la dépense



Capacité d'investissement

La structuration en réseaux a permis de porter les **investissements technologiques**, la mise aux normes des **systèmes qualité**, l'**informatisation** et les dispositifs de **cybersécurité** et **RGPD** devenus essentiels



Qualité homogénéisée

L'**accréditation ISO 15189** pour 100% des examens, bien que coûteuse, a homogénéisé la qualité des analyses et corrigé les disparités qui prévalaient avant 2010



Maîtrise des dépenses

Les **accords « prix-volume »** ont canalisé les gains de productivité au bénéfice de l'Assurance Maladie (**~5.4Mds€¹ économisés depuis 2016**), stabilisant la dépense dans la durée



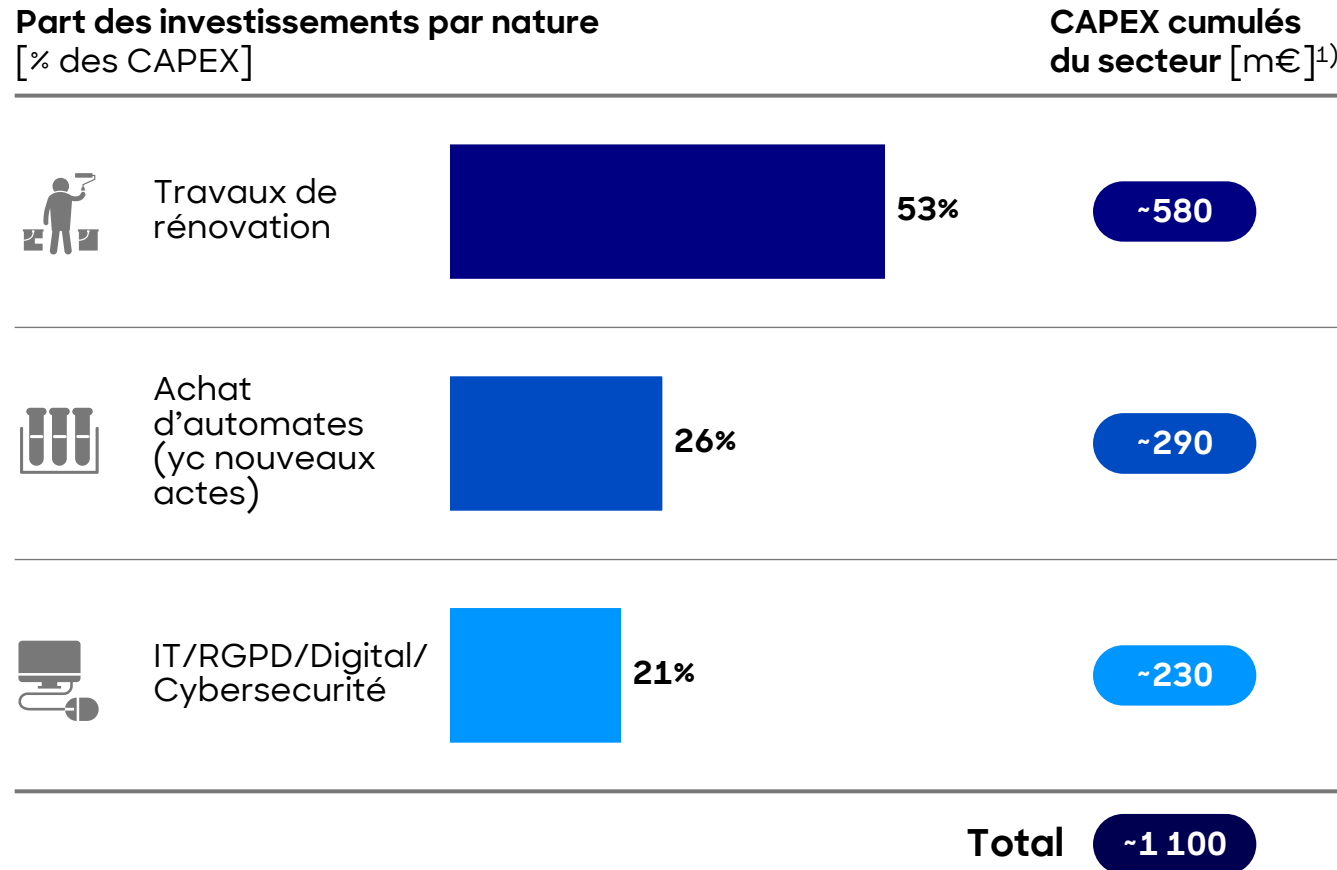
Accessibilité territoriale

La consolidation n'a pas affaibli le maillage territorial : **~100% des Français restent à moins de 30 minutes d'un site** de prélèvement, avec un appui renforcé d'**infirmiers sous convention** pour le ramassage en zones rurales

1. Estimation Roland Berger au périmètre des actes déjà existants en 2015, d'autres études évaluent les économies à 10 milliards d'euros sur la période 2012 à 2024, en incluant également les économies sur les actes introduits au cours de la période d'analyse
Source: Vie publique (rapports IGF/IGAS)

Les LBM ont investi plus de 1,1 Md€ depuis 2020 pour moderniser leurs infrastructures, répondre aux priorités sanitaires et sécuriser les capacités

CAPEX par nature d'investissement [cumul sur 2020-2025]



Bénéfices pour le système de santé



- Conformité aux **normes de sécurité** (ex. distance entre les patients; systèmes de ventilation) et **accessibilité** (ex. accès PMR)
- Qualité de l'accueil et des conditions de travail
- Réduction du **délai d'analyse, mise à niveau** technologique, amélioration du niveau de **fiabilité, séquençage et traitement** plus rapide
- Déploiement de **technologies d'analyses innovantes** (ex. séquenceur pour les analyses tumorales)
- Amélioration du **parcours patient** (ex., résultats en ligne)
- **Sécurisation** de l'infrastructure et de la **protection des données** confidentielles

Note : extrapolation réalisée à partir d'un échantillon représentatif de laboratoires de biologie médicale, petits et grands, représentant ~75% de l'activité privée

1) Excluant les CAPEX liés au COVID

Le dépistage sans ordonnance des IST est exemple de la capacité des biologistes à se mobiliser rapidement au service de la santé publique

Les IST sont des pathologies en croissance qui sont considérées comme insuffisamment diagnostiquées par les autorités sanitaires

Les principales IST bactériennes continuent de progresser en Europe

Un enjeu sanitaire en hausse

- En 2023, > 230 000 cas de chlamydia, ~100 000 cas de gonorrhée et >41 000 cas de syphilis ont été recensés dans l'UE/EEE
- Les autorités sanitaires appellent à **renforcer les efforts de prévention, de dépistage** et de traitement

Un réservoir silencieux

- Pour certaines IST fréquentes comme la chlamydia, **jusqu'à 60-80% des infections** peuvent être **asymptomatiques**
- L'enjeu est de **repérer plus tôt les infections silencieuses** pour **éviter les transmissions secondaires** et les **complications**



Les IST exposent à des **complications médicales évitables** et entretiennent les chaînes de transmission

Des conséquences médicales et collectives évitables

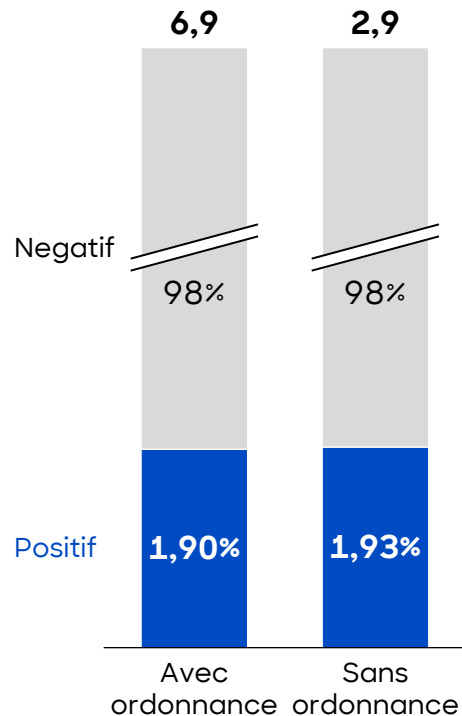
- De **nombreuses complications** évitables incluant risques d'infertilité, d'atteintes neurologiques ou hépatiques
- Exemples de **trajectoires évitables**
 - **Chlamydia** : infertilité, grossesse extra-utérine, complications pelviennes
 - **VIH** : prise en charge chronique de long terme
 - **Hépatite B** : complications hépatiques sévères
 - **Autres IST** : traitements, complications, diffusion prolongée de l'infection
- Le coût de la **prise en charge des complications** est **supérieur** à celui du **dépistage**

Le dépistage sans ordonnance présente un taux de positivité comparable au dépistage avec ordonnance et cible une population plus jeune et plus masculine, généralement moins suivie

Le dispositif sans ordonnance capte une population plus jeune, surreprésentée parmi les positifs [2025]

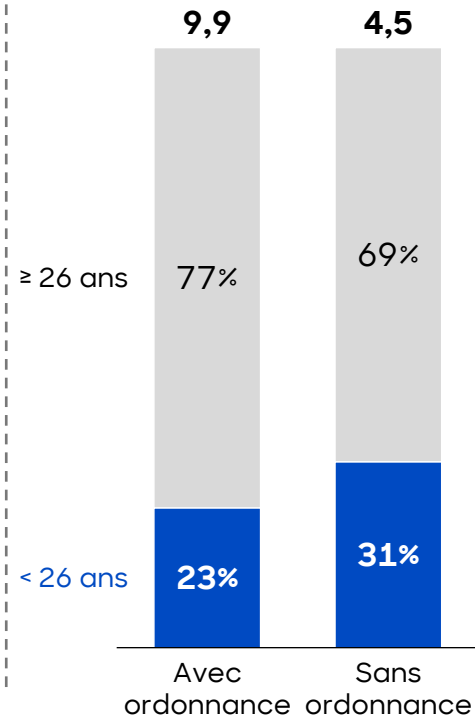
Taux de positivité IST hors VIH

En M de tests



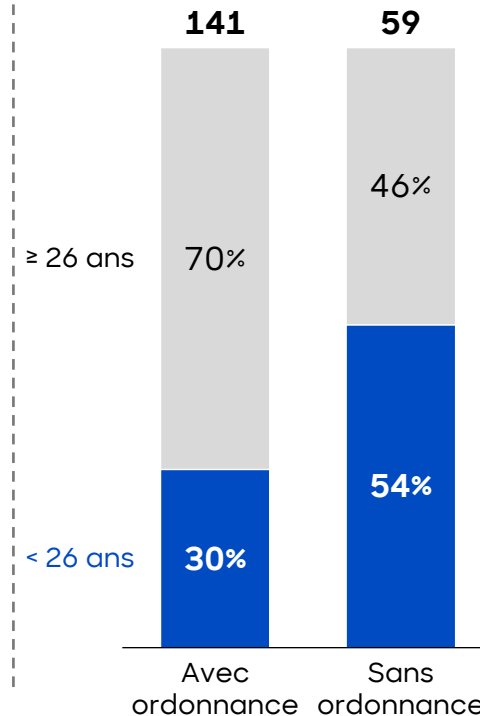
Part des <26 ans parmi les personnes dépistées¹⁾

En M de tests



Part des <26 ans parmi les positifs¹⁾

En milliers de positifs



Enseignements clés

- 1 Le **sans ordonnance** représente une part **significative** des dépistages (~30%)
- 2 Les **taux de positivité hors VIH avec et sans ordonnance** sont **comparables** (respectivement **1,90 % vs 1,93 %**)
- 3 Le dispositif touche **davantage les < 26 ans** que le parcours avec ordonnance (+8 pts), un public **souvent moins suivi médicalement**
- 4 Les **< 26 ans** y sont **surreprésentés parmi les positifs** (+24 pts)
- 5 L'écart apparaît particulièrement marqué sur **certaines infections silencieuses**, comme la **chlamydie**, avec un **taux de positivité plus élevé** chez les <26 ans (**8,9% SO vs 7,2% AO**)

Note méthodologique: analyse réalisée en avril 2026 sur un panel de ~80 SELAS participantes, selon données disponibles et exploitables sur 2025 année pleine

1) Panel d'IST comprenant VIH, Gonocoque, Chlamydia, Syphilis et Hépatite B

La biologie médicale contribue décisivement à la veille et à la surveillance sanitaire

Un réseau au service des patients, de l'alerte sanitaire et de la décision publique

Les laboratoires contribuent déjà à des fonctions clés pour le système de santé



- 1 Production de **données épidémiologiques** utiles à la surveillance et à l'alerte sanitaire
- 2 Détection rapide de **signaux faibles** et **remontée aux autorités** sanitaires
- 3 Appui à la **gestion des crises sanitaires** et aux campagnes de santé publique
- 4 Contribution à des dispositifs collectifs reposant sur la **donnée**, la **traçabilité** et l'**interopérabilité des systèmes**
- 5 Participation à la **formation** et **commission de validation des capacités de prélèvements**

Les LBM contribuent déjà à un large éventail de dispositifs opérationnels d'alerte et de surveillance sanitaire

Les laboratoires alimentent plusieurs dispositifs collectifs critiques de veille, d'alerte et de surveillance

Exemples de réseaux et dispositifs de surveillance alimentés par les LBM

Relab

Surveillance des **virus respiratoires** - grippe, COVID, VRS - avec **>1M de résultats** transmis en 3 ans

Spares / Consores

Surveillance de l'**antibiorésistance** et des consommations d'antibiotiques / antifongiques en **établissements de santé**

Primo

Surveillance de l'**antibiorésistance** en **soins de ville** et **EHPAD**

CNR

Appui aux centres nationaux de référence via l'**envoi de souches**, la confirmation et la caractérisation, avec une **logistique et des consommables non valorisés**

Arboviroses

Remontées aux **ARS / santé publique france** sur dengue, chikungunya, zika, etc.

38 maladies à déclaration / signalement obligatoire (MDO/MSO) suivies¹⁾, dont 33 à intervention urgente

- **Maladies infectieuses à fort risque collectif** : tuberculose, rougeole, légionellose, coqueluche
- **Maladies vectorielles et émergentes** : dengue, chikungunya, zika, virus du Nil occidental
- **Infections à potentiel épidémique ou importé** : choléra, fièvre jaune, fièvre typhoïde, fièvres hémorragiques virales
- **Situations nécessitant une réaction rapide** : suspicion de botulisme, listériose, méningocoque, poliomyélite



1) La déclaration des MDO est effectuée par le laboratoire ou le médecin traitant

Mieux intégrer la biologie médicale dans le SAS permettrait de mobiliser une capacité déjà présente au service des patients, des régulateurs et de l'hôpital

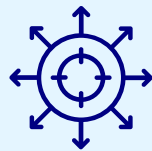
Un sujet d'abord de visibilité, de coordination et d'intégration, plus que de création d'offre nouvelle

Mieux utiliser une capacité biologique déjà présente dans les territoires



Pour les régulateurs

Une offre plus lisible et plus mobilisable



Meilleure visibilité des capacités biologiques réellement disponibles

Orientation plus simple vers une ressource adaptée

Intégration plus claire dans les circuits du SAS

Pour les patients

Un accès plus fluide à une réponse de proximité



Orientation plus rapide vers la bonne ressource

Réduction des ruptures de parcours

Accès facilité à un examen utile sans passage hospitalier par défaut

Pour l'hôpital et le système

Une meilleure utilisation des ressources existantes



Réduction des passages hospitaliers par défaut et des examens redondants

Articulation plus fluide entre réponses de proximité et recours hospitalier

Coopérations plus lisibles entre réponses de proximité et recours hospitalier

La biologie médicale est aussi un acteur clef d'une médecine des 4P (précise, préventive, prédictive, personnalisée) : l'exemple des biomarqueurs

Vers une médecine personnalisée et prédictive grâce à la biologie médicale

Les biomarqueurs en biologie médicale

- L'examen sanguin permet d'identifier des **molécules biochimiques** (ex. acides nucléiques, protéines) **anormalement exprimées** de façon qualitative ou quantitative
- **Applications très larges** :
 - Identifier un risque
 - Diagnostiquer
 - Surveiller
 - Orienter le traitement



Des bénéfices pour le système de santé français

Permet de **prévenir le développement** avancé des maladies et **améliorer le traitement**

- Des traitements plus précoces, plus ciblés et moins lourds
- Des économies liées aux coûts de traitements évités



Déjà largement utilisés en **oncologie** et **cardiologie**

Des développements anticipés pour **d'autres pathologies**

EXEMPLE

- recherche de HER2 pour traiter le cancer du sein par Herceptin
- en médecine d'urgence une troponine élevée définit un syndrome coronarien aigu
- Alzheimer, Parkinson, Diabète

Un **parcours patient plus efficace**

- Les délais de diagnostic sont raccourcis
- La recherche des facteurs de risque peut être davantage personnalisée



Potentiel de **réduction** significative des **cas d'errance diagnostique**

Des **examens préventifs ciblés** pour les descendants de patients

EXEMPLE

- nombreux marqueurs de la mucoviscidose
- filles de mères atteintes d'un cancer de l'utérus

La biologie médicale est également un acteur clef d'une médecine des 4P (précise, préventive, prédictive, personnalisée) : l'exemple de la génétique

Le séquençage nouvelle génération (NGS)

Les biomarqueurs en biologie médicale

- Cette technique permet de **déterminer la séquence d'un ensemble de gènes** (ADN et ARN) simultanément au lieu d'utiliser une analyse conventionnelle de « gène par gène »
- **Un potentiel considérable** :
 - Dépistage prénatal
 - Génétique somatique
 - Maladies infectieuses
 - Microbiome



Des bénéfices pour le système de santé français

Permet d'aborder de nouveaux enjeux cliniques

- Approche probabilistique du risque de développement de pathologies
- Identification de gènes ayant un impact sur l'efficacité des traitements disponibles



Efficacité démontrée pour la prise en charge de maladies génétiques

Prédire l'efficacité des traitements

EXEMPLE

- diabète multigénique
- formes multigéniques de réseaux de gènes identifiant des profils génétiques discriminants
- sujets qui ont une élévation de la glycémie

Une révolution dans le dispositif médical

- Ajustement des méthodes des professionnels de santé
- Baisse des coûts rapide qui permet un déploiement à l'échelle



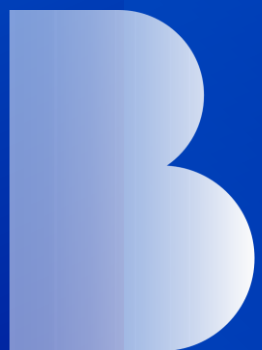
Etude de l'entière des facteurs de risque

Le coût d'un génome complet diminue tout en produisant les analyses plus rapidement

EXEMPLE

- repérer l'existence de mutations somatiques au niveau des cellules hématopoïétiques
- de nouvelles solutions comme Novaseq X promettent de réduire le coût d'un séquençage de génome entier

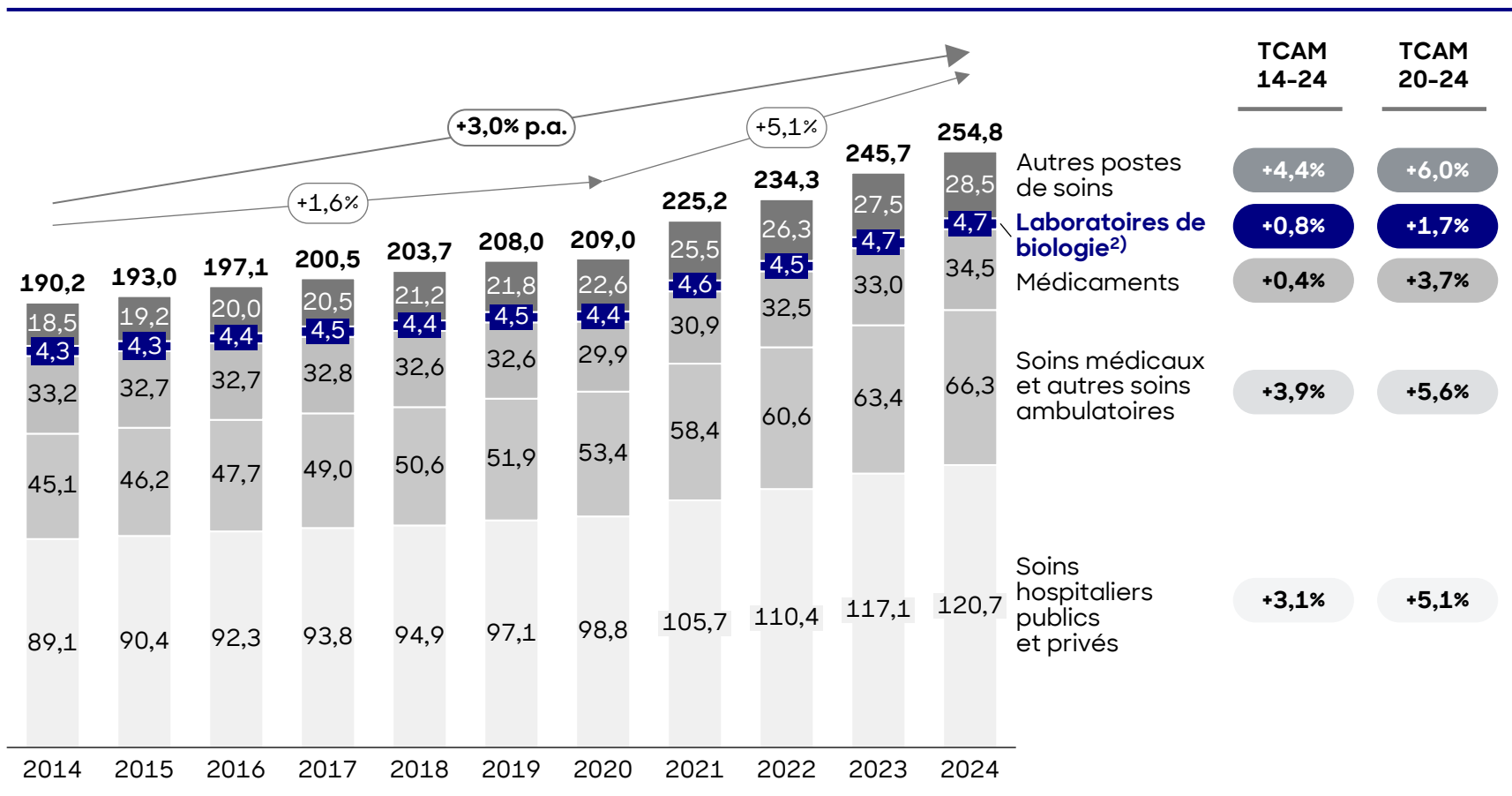
Un financement insuffisant de ces techniques pourrait accentuer les inégalités d'accès et la perte de chance pour certains patients



C. La nécessaire stabilisation du secteur de la biologie médicale

Malgré un accroissement fort des volumes, la croissance des dépenses de biologie reste très en-dessous de celles des dépenses de santé

Évolution de la CSBM¹⁾ par poste, secteur public et privé [Md€]



Un poste peu dynamique, mais central dans les parcours de soins

• Un rôle clé en amont du diagnostic

- La biologie médicale contribue à orienter rapidement les patients, notamment grâce à des résultats de proximité

• Un levier transversal pour le système de santé

- Dépistage, prévention, suivi des pathologies chroniques et évitement de prises en charge tardives

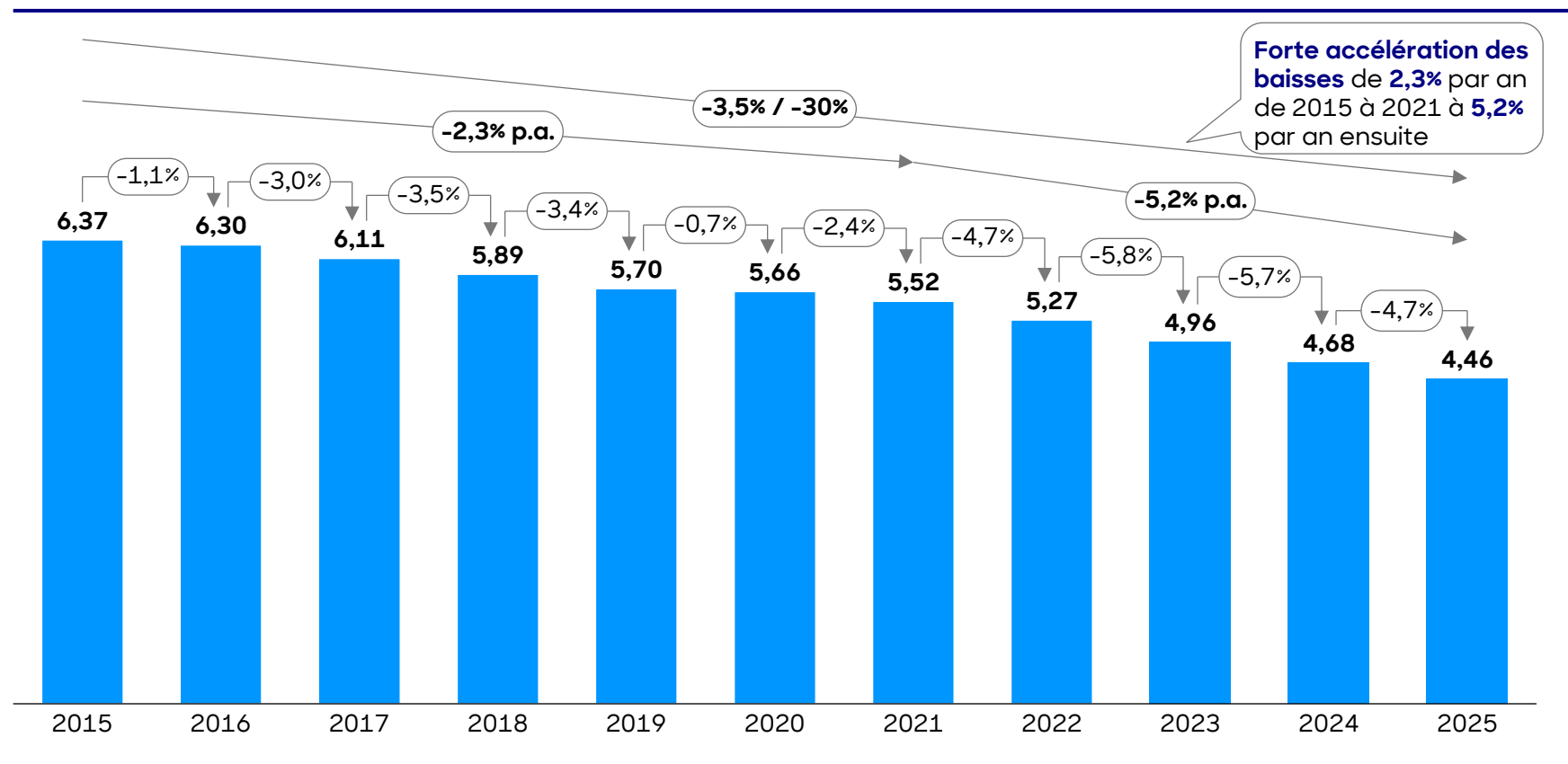
• Un enjeu d'investissement sous contrainte

- Une dynamique tarifaire limitée peut réduire les marges de manœuvre pour financer équipements, innovation, numérique et qualité

1) "Consommation de soins et de biens médicaux" (CSBM), hors Covid ; 2) Part remboursée, Privé + Publique

Depuis 2015, les baisses de prix ont atteint -30%

Base de remboursement moyenne par acte, hors Covid et nouveaux actes¹⁾ et dispositions générales [EUR, 2015-2025]

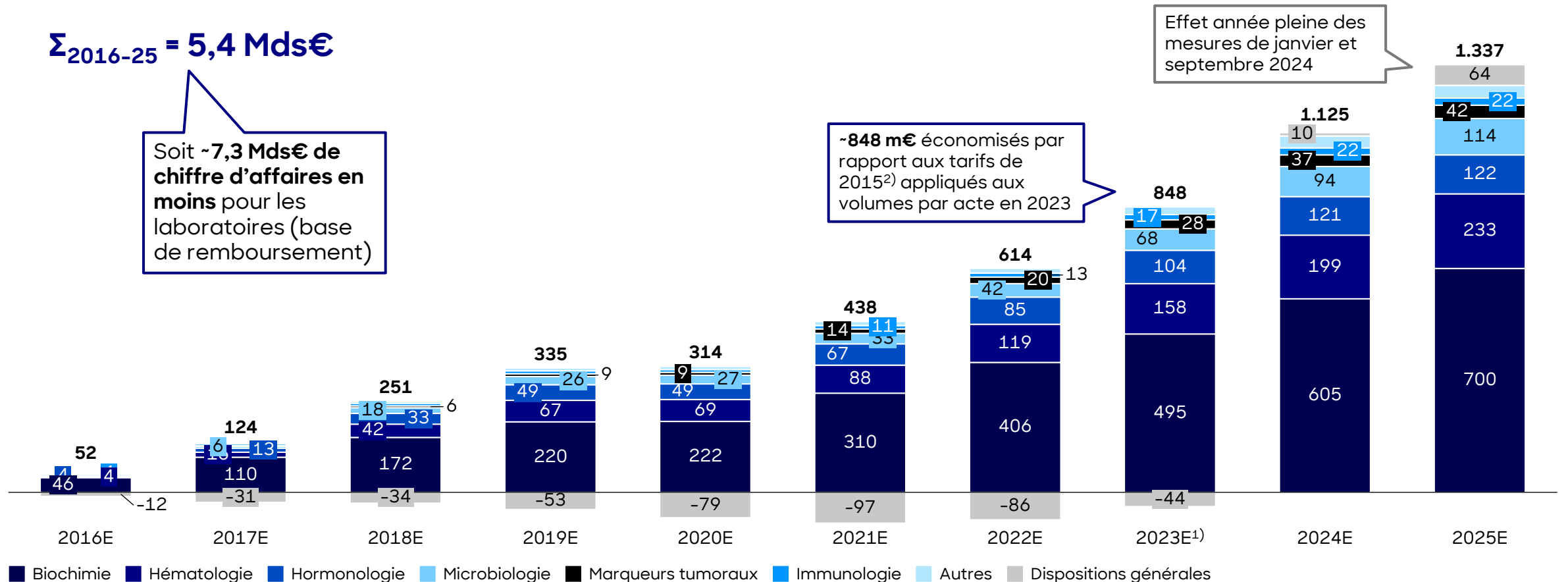


- Forte baisse du tarif moyen pour les actes de biologie médicale, qui passe de EUR 6,4 à EUR 4,5 en 10 ans, soit **-30% en cumulé, -3,5% par an en moyenne**
- La **baisse est davantage marquée depuis 2022** malgré le contexte fortement inflationniste
- 4 mesures prises depuis 2023 pour **~700 m€ d'économies** en année pleine :
 - **Deux baisses pérennes du B** de 1 centime, au 4 février 2023 et au 15 janv. 2024, soit ~280 m€
 - **Deux baisses des tarifs (NABM)** au 1^{er} avril 2023 et au 10 sept. 2024, soit ~420 m€

1) Calcul réalisé en neutralisant l'effet mix, à partir des prix de l'année N et des volumes de l'année 2015, seuls les actes existants en 2015 sont pris en compte dans l'analyse pour des raisons de comparabilité

Ces mesures budgétaires ont permis à la CNAM d'économiser ~5,4 Mds€¹⁾ depuis 2016 alors que les LBM perdaient ~7,3 Mds€ de chiffre d'affaires

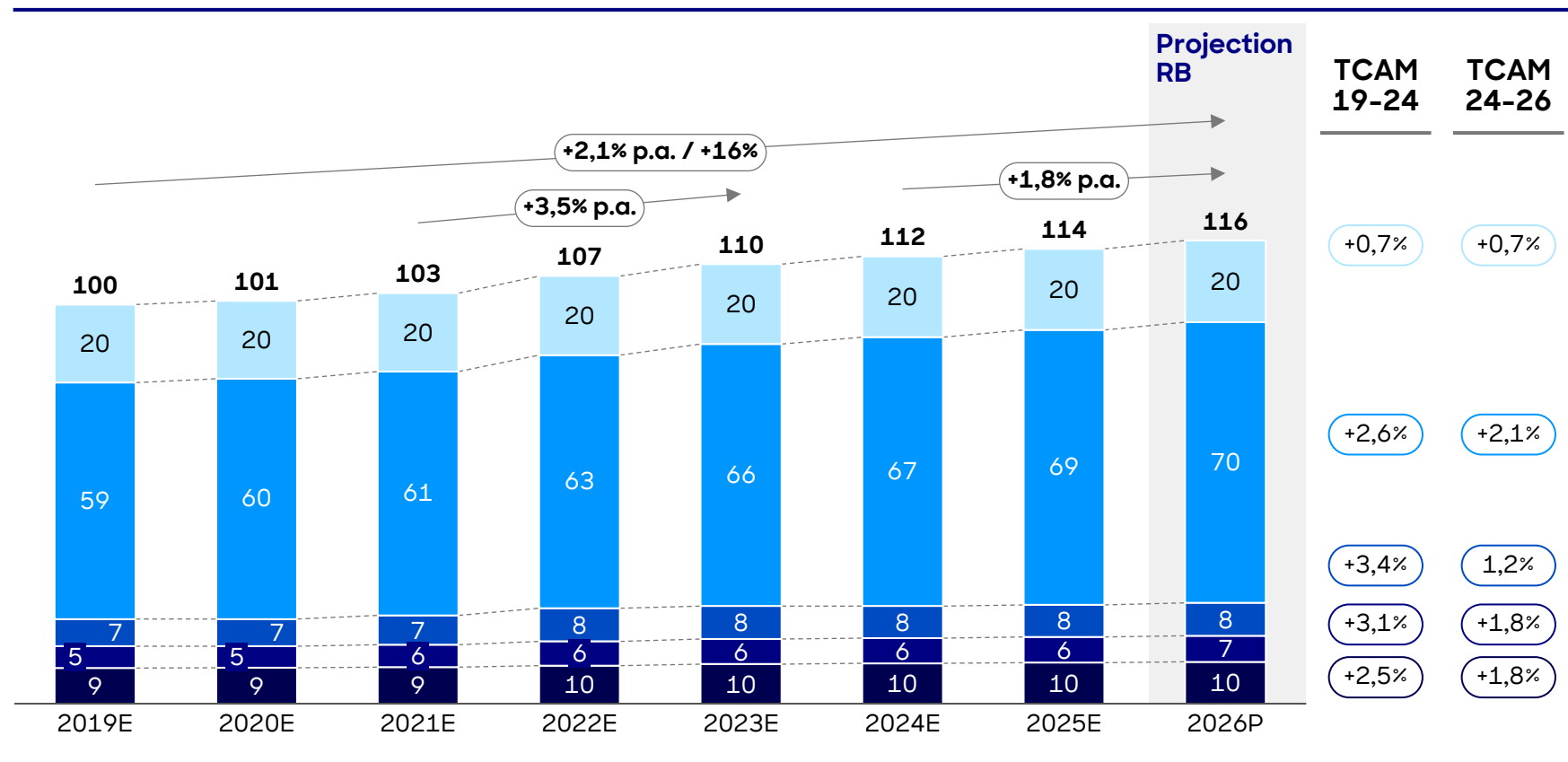
Economies de l'Assurance Maladie liées aux baisses de tarifs, hors Covid et nouveaux actes [m€, 2016-2025]



1) Estimation Roland Berger au périmètre des actes déjà existants en 2015, d'autres études évaluent les économies à 10 milliards d'euros sur la période 2012 à 2024, en incluant également les économies sur les actes introduits au cours de la période d'analyse ; 2) Economies calculées en variation par rapport aux tarifs de 2015 pour les actes existants en 2015, n'inclut pas les économies réalisées sur les "nouveaux actes" introduits après 2015

Aux baisses de tarifs s'ajoute une inflation forte sur la structure de coûts des laboratoires ; +16% en cumulé depuis 2019

Inflation sur la structure de coûts de laboratoire 2019 [Base100 en 2019, 2019-2026]



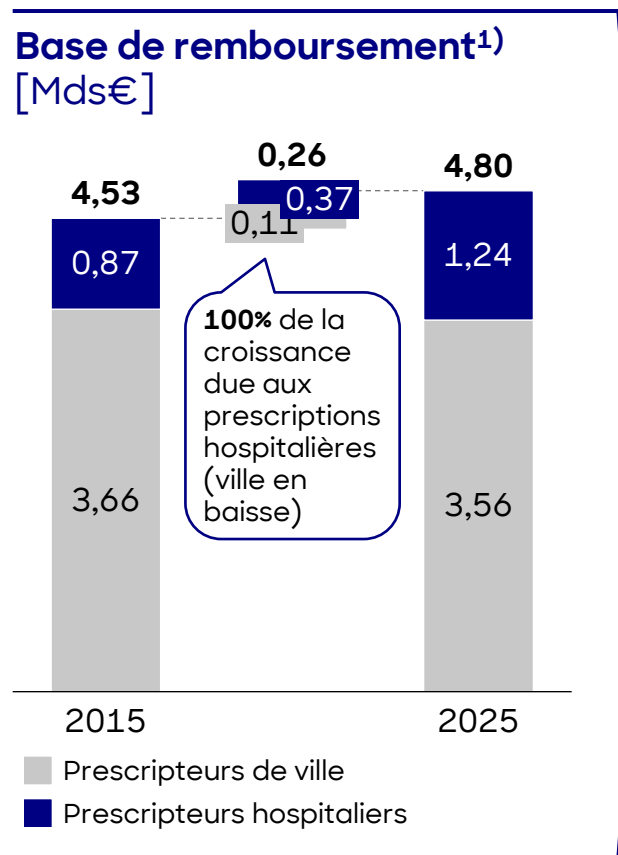
- Hausse mesurée du coût des réactifs et consommables, principalement liée aux **contrats pluriannuels** existants et aux leviers d'optimisation
- Augmentation des **salaires en forte hausse depuis 2022**, pour compenser la perte de pouvoir d'achat liée à l'inflation et les **difficultés de recrutement**
- Indices de **revalorisation des loyers corrélés à l'inflation IPC**, voire supérieurs (ICC¹)
- Coût de l'**énergie**, en particulier gaz et électricité, impactés par les **pénuries depuis 2021**
- Coûts logistiques en hausse du fait du **renchérissement des véhicules et du carburant**

■ Réactifs, consommables et sous-traitance ■ Charges de personnel ■ Loyers et utilités ■ Logistique et maintenance ■ Autres charges opérationnelles

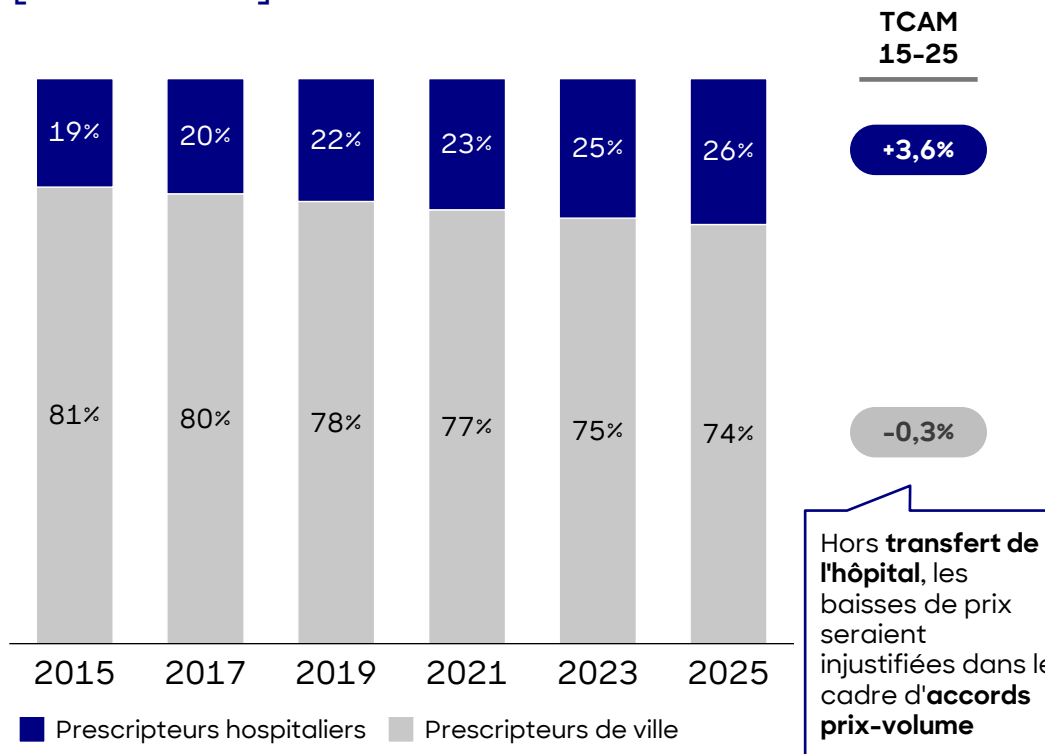
1) Indice des Coûts de la Construction

La croissance de la prescription hospitalière explique une part significative de la croissance de l'activité des laboratoires de biologie médicale

Dépenses de biologie médicale, par type de prescripteur



Part des dépenses prescrites à l'hôpital, vs. en ville [2015 - 2025]



- **Report significatif de l'activité hospitalière** vers la biologie médicale de ville en lien avec le virage ambulatoire depuis 10 ans
 - Dépenses issues de **prescriptions hospitalières en forte hausse** à **+3,6% par an** sur 2015-2024
 - Activité des **prescripteurs de ville baissière** en valeur, et fortement baissière en part de l'activité globale (**-7 pts en 10 ans**)
- **Ce transfert d'activité est la cause des fortes baisses de tarifs dans le cadre des protocoles prix-volume**

Double peine pour certains sites, qui subissent baisses de tarifs et de volumes, qui ne s'expliquent que par le transfert depuis l'hôpital

1) Montant de l'ensemble des dépenses en base remboursable au périmètre Biol'am. Des écarts existent avec le périmètre de l'enveloppe de biologie médicale
Source: Base de données Biol'AM

Activité hospitalière : une comparaison du B hospitalier et du B libéral non pertinente en l'absence de périmètres homogènes

Des modèles de financement, d'organisation et d'imputation des charges très différents

Toute comparaison directe entre coût du B hospitalier et tarif du B libéral est méthodologiquement infondée

Des modèles de financement non comparables

- Le B hospitalier est un **coût comptable intégré** (GHS, MIGAC, FIR...), sans facturation unitaire systématique
- Le B libéral est un **tarif négocié (NABM)**, homogène et opposable
- Absence de **système consolidé** permettant d'isoler les coûts de biologie hospitalière
- La superposition de circuits de financement rend **impossible l'identification d'un "prix" comparable**

Des méthodes de calcul hétérogènes et peu robustes

- Données hospitalières issues de **retraitements partiels (ATIH ~78% des établissements)**
- Forte dépendance à la **comptabilité analytique locale (non standardisée)**
- **Écarts significatifs** selon les méthodes (ScanSanté vs base d'Angers)
- Biais méthodologiques majeurs (ex : **B "techniques" non comparables à la NABM**)

Des périmètres de charges non homogènes

- Le **B hospitalier exclut largement** les prélèvements (réalisés en services), logistique et transport, maillage territorial
- Le libéral supporte des **coûts significatifs**: pré-analytique, transport, DASRI, réseau de sites
- À l'inverse, l'hôpital supporte une **permanence des soins 24/7** et la **redondance** des équipements

Une frontière ville / hôpital artificielle

- L'activité hospitalière inclut des **patients externes**
- Les LBM privés interviennent pour des **patients hospitalisés**
- Flux de **sous-traitance croisée**

"La frontière entre les deux champs ne correspond pas à des activités de biologie différentes dans la nature des actes réalisés mais relève d'un artefact d'organisation du système de soins qui n'est stable ni dans le temps ni dans l'espace."

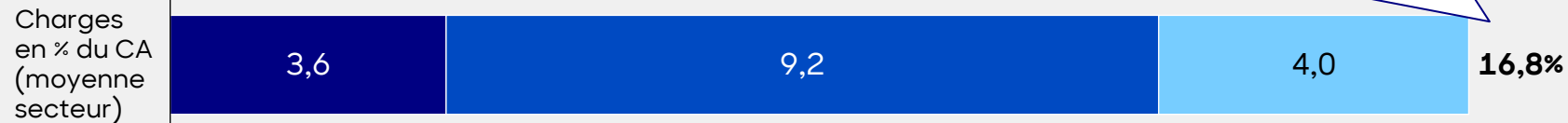
- Rapport IGF/IGAS, Mai 2025

~80% du secteur a une rentabilité nette proche de 0 voire négative après déduction des charges sous l'EBE (~17% du CA)

Charges sous l'EBE des laboratoires

Les charges sous l'EBE¹⁾ représentent en moyenne ~17%²⁾ du CA 2025, et jusqu'à 29%

Coûts difficilement rationalisables à court-terme, ex. CAPEX engagés, dette contractée



CAPEX

Intérêts des emprunts

Impôt sur les Sociétés (IS)

Écarts observés

2% - 6%

1% - 18%

0% - 5%

Notes

Nécessaires investissements dans les sites, les automates et l'IT

Poids des **intérêts de la dette** contractée pour lancer une activité (ex. jeunes biologistes), investir, et s'adapter à la réglementation (ex. consolidation)

Charges financières non déductibles car SELAS non consolidables fiscalement (spécificité sectorielle)

Conséquence :

~80% de l'activité de biologie médicale est portée par des structures dont la rentabilité nette est très limitée, voire négative³⁾

Note : données de 153 SELAS représentant ~87% du secteur en valeur

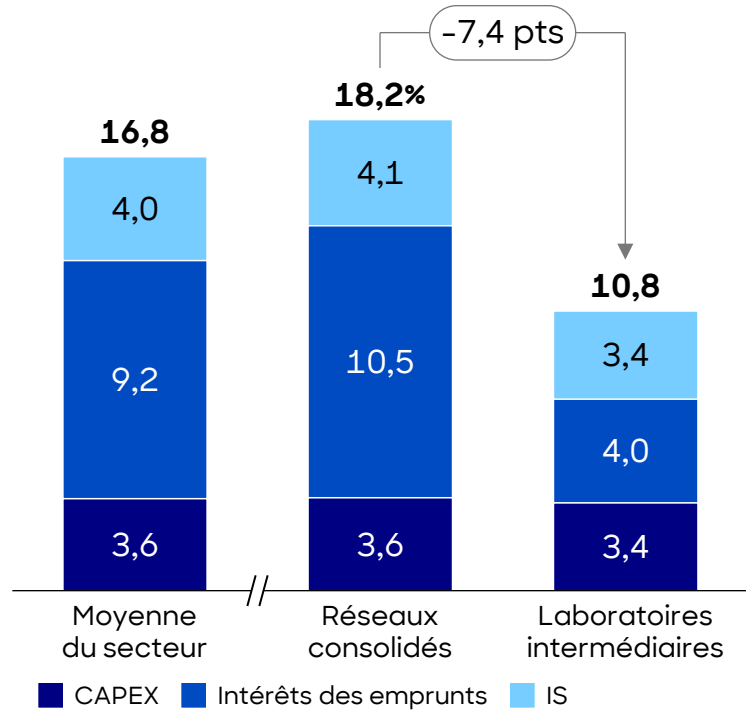
1) Charges financées par l'excédent brut d'exploitation, pour arriver au résultat net afin de financer le développement de l'entreprise ou verser des dividendes ; 2) Hors charges non récurrentes (ex. restructuration) ou sans impact sur la trésorerie, ex. dépréciation du Goodwill ; 3) Résultat net au bilan <3% du CA, après déduction de toutes les charges sous l'EBE, y compris les charges exceptionnelles et financières non présentées sur la page,

Source: laboratoires

Toutes les structures sont concernées : les labos intermédiaires ont des difficultés de rentabilité opérationnelle, les acteurs ayant consolidé le secteur font face à la charge de la dette associée

Situation financière des laboratoires

Charges sous l'EBE¹⁾, par typologie de laboratoire, en % du CA, 2025



Deux profils de laboratoires, mêmes difficultés : le résultat net du secteur est estimé autour de 1% du CA en 2025²⁾

1. Réseaux consolidés

- Recours à une **dette structurée** pour financer la consolidation
 - Bénéficient d'**économies d'échelle** (plateaux techniques, fonctions support, achats de réactifs)
- *Meilleure marge d'EBE mais **charges financières très lourdes**, permettant difficilement de réaliser un résultat positif*

2. Laboratoires intermédiaires (moins endettés)

- Charges sous l'EBE plus faibles (~-9 pts de CA)
 - Mais marge d'EBE **inférieure de 6 à 10 pts** à celle des grands réseaux
- *Résultat net également faible voire négatif*

Peu ou pas de dividendes pour rembourser la **dette contractée à titre personnel** et rémunérer la **prise de risque**

Note : données de 161 SELAS représentant ~85% du secteur en valeur

1) Hors charges non récurrentes (ex. restructuration) ou sans impact sur la trésorerie, ex. dépréciation du Goodwill ; 2) Résultat net au bilan, après déduction de toutes les charges sous l'EBE, y compris les charges exceptionnelles et financières non présentées sur la page





Source: laboratoires

La précarisation financière de certains acteurs et le surendettement d'autres devraient conduire à une transformation du secteur, cessions et fermetures en particulier

Tendances à moyen terme des opérations de développement

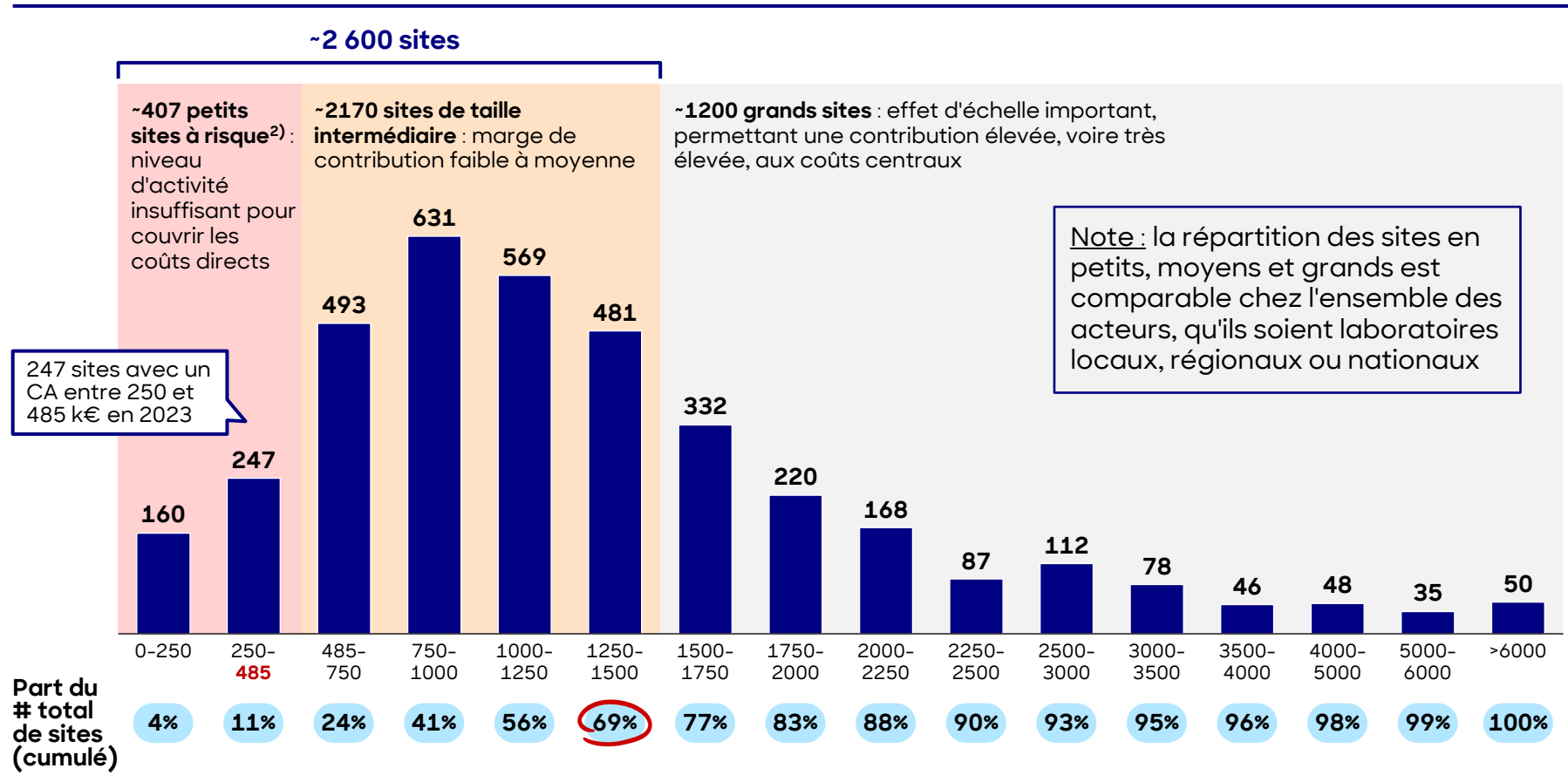
Contexte financier observé dans les comptes – détails dans les sections suivantes du rapport

- 1 Des acteurs fortement affaiblis par le **couple inflation x baisses de tarifs** des dernières années
- 2 Certains réseaux régionaux ou nationaux qui subissent le coût d'une **dette insoutenable**
- 3 D'autres groupes, moins endettés, à la **rentabilité baissière**, sans nécessairement atteindre un seuil d'alerte

| Opération de développement | Tendance à moyen terme | Rationnel |
|--|---|--|
| Ouvertures de sites |  | <ul style="list-style-type: none"> • Succès mitigé des ouvertures réalisées ces dernières années • Tendance haussière du seuil de rentabilité |
| Fermetures de sites ou ajustement des horaires |  | <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre de sites ne couvrant pas leurs coûts • Baisse des ressources pour financer les pertes (cf. contexte) |
| Cessions/ échanges d'actifs |  | <ul style="list-style-type: none"> • Acquéreur : recherche d'échelle dans les territoires sous-optimaux • Vendeur : cession de SELAS déficitaires |
| Relocalisations de sites |  | <ul style="list-style-type: none"> • Opération coûteuse (ex. CAPEX) • Succès, c'est-à-dire hausse de l'activité dans la nouvelle localisation, non garanti |

Jusqu'à 69% des ~3 800 sites de prélèvement¹⁾ français, soit ~2 600 sites, pourraient être impactés dans leur fonctionnement : fermeture ou ajustement des horaires d'ouverture

Distribution¹⁾ des sites de prélèvement par tranche de chiffre d'affaires 2023 [k€ / an]



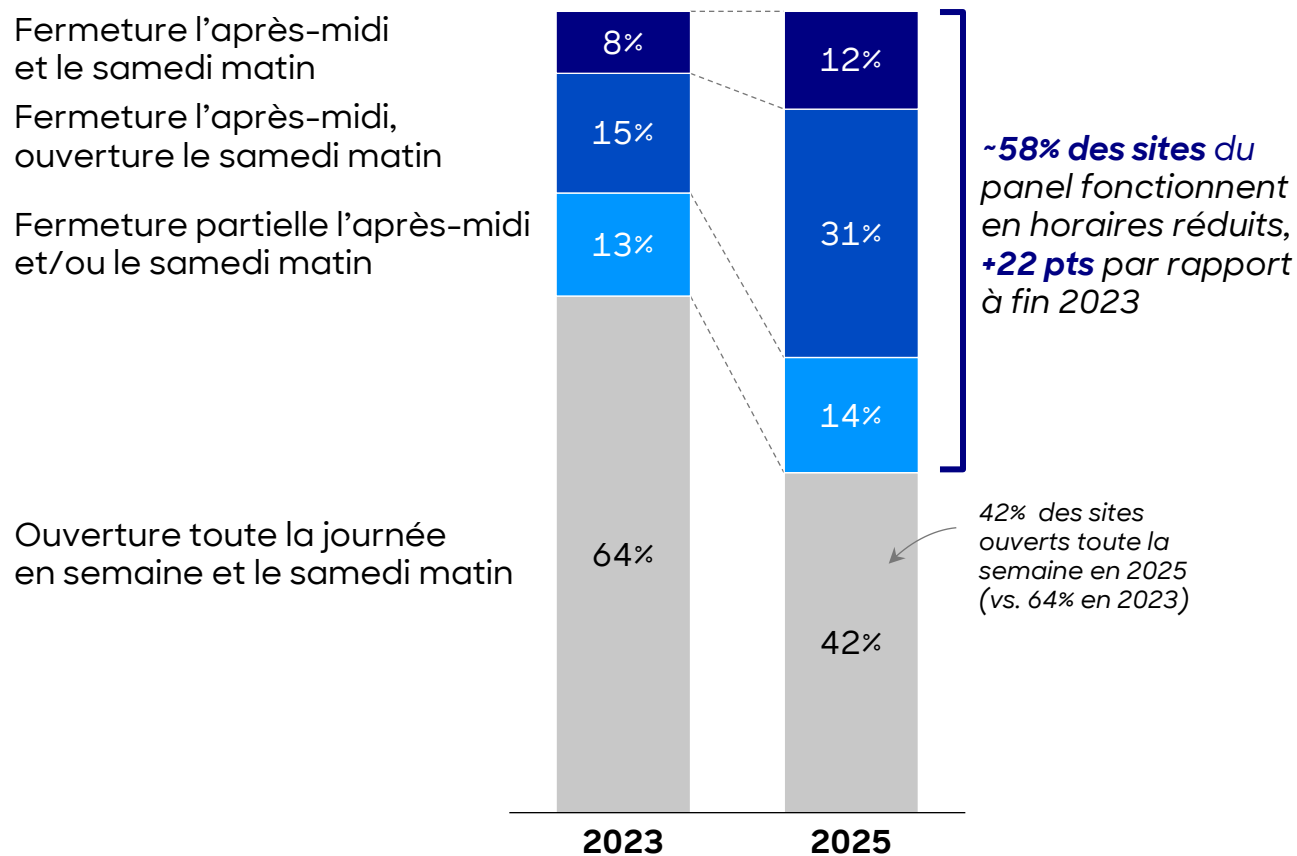
Tendances à prévoir par typologie de site

- **Petits sites :** fermetures progressives, à commencer par les plus petits, avec un risque de baisse de l'accès au soin marquée dans certains territoires
[+ détails pages suivantes](#)
- **Sites de taille intermédiaire :** déploiement probable de mesures d'économies possiblement impactantes pour les patients, par ex. : fermeture l'après-midi
- **Grands sites :** adoption possible de mesures pour assurer l'équilibre financier de la SELAS ou du réseau

1) Extrapolation du nombre total de sites à partir d'un échantillon représentatif de 3599 sites de prélèvement représentant 94% du marché français (en valeur) ; 2) Retraitement partiel des sites en période de montée en puissance du chiffre d'affaires par suite d'une ouverture récente (-50 sites exclus car non pertinents pour l'analyse de risque)

D'ores et déjà 58% des sites¹⁾ fonctionnent en horaires réduits, une hausse de 15 pts par rapport à fin 2023 ; une tension croissante dans les territoires ruraux

Evolution des horaires d'ouverture des sites de prélèvement, 2025 vs. 2023



Un accès au service fragilisé sur l'ensemble du territoire - top départements à faible taux d'ouverture²⁾

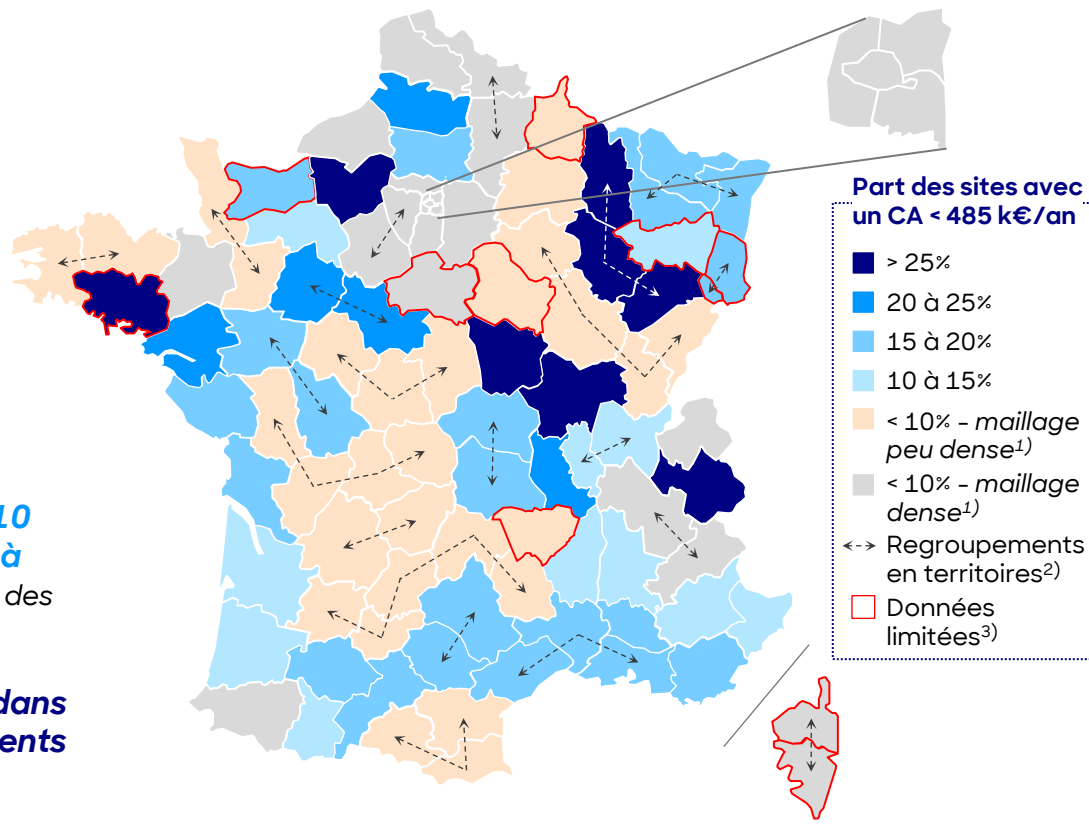
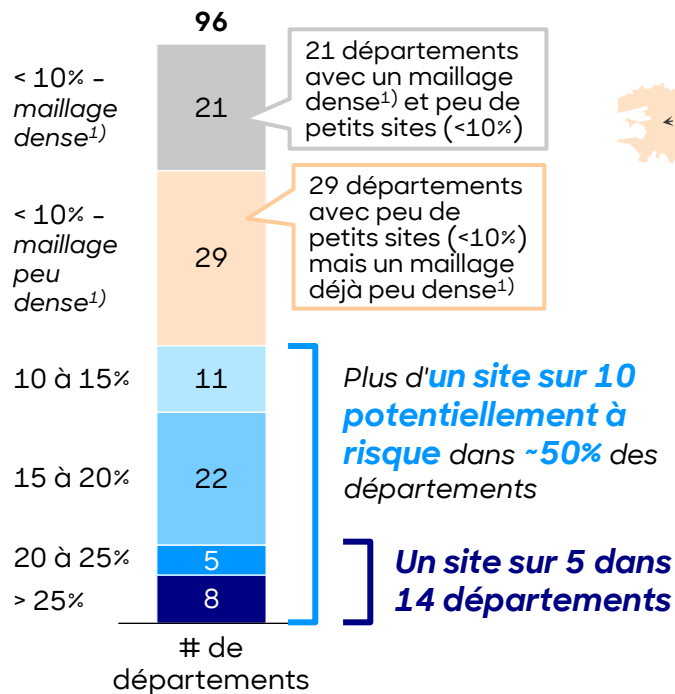
| Niveau d'urbanisation | Département | Principales villes |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Rural dominant – aggravation du désert médical, risque de rupture de service local | Corrèze (19) | Brive, Tulle |
| | Hautes-Pyrénées (65) | Tarbes, Lourdes |
| | Creuse (23) | Guéret |
| | Indre (36) | Châteauroux, Issoudun |
| | Lot (46) | Cahors, Figeac |
| Mixte – détérioration de la proximité de service | Allier (03) | Moulins, Montluçon, Vichy |
| | Loir-et-Cher (41) | Blois, Vendôme |
| | Aisne (02) | Influence rémoise et francilienne |
| | Eure-et-Loir (28) | Chartres, influence francilienne |
| | Jura (39) | Dole, Lons-le-Saunier |
| Urbain dominant – fragmentation de la couverture locale | Vienne (86) | Poitiers et sa métropole |
| | Yvelines (78) | Versailles, Saint-Germain-en-Laye |
| | Hauts-de-Seine (92) | Couronne ouest de Paris |
| | Loire-Atlantique (44) | Nantes, Saint-Nazaire |
| | Val-d'Oise (95) | Périphérie parisienne |

1) Données de 1600 sites (sur ~3800), répartis sur 88 départements, utilisées ; 2) Sélection des départements avec le plus faible taux d'ouverture à complète, pour chaque typologie de territoire ; minimum 3 sites recensés dans le département, taux d'ouverture <30%, moyenne à 16% pour les 15 départements retenus (vs. 42% en moyenne nationale)

La moitié des départements pourrait être plus fortement impactée par des fermetures de sites, avec une baisse de l'accès au soin

Part de petits sites à risque par département ou territoire

de départements en fonction de la part de petits sites
(CA inférieur à 485 k€/an)



Commentaires

- 21 départements, à l'instar de ceux d'Ile de France, sont peu concernés car concentrant une faible part de petits sites
- 29 départements présentent également un risque limité, avec un maillage toutefois déjà peu dense (< 2/3 de la moyenne nat.)
- 46 départements sont davantage concernés par le risque de fermetures, à des degrés divers, ex. :
 - Plus de 25% de petits sites à risque dans 5 départements des régions Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté
 - 9 départements avec 15 à 20% de petits sites en Occitanie-PACA

Note : données de 3599 sites de prélèvement représentant 94% du marché français (en valeur)

1) Densité = # de sites de prélèvement / 1000 km² de territoire. Densité moyenne nationale de 7,0 sites / 1000 km², limite de faible densité pour les départements fixée à 2/3 de la moyenne nationale, soit moins de 4,7 sites / 1000 km² ; 2) Regroupement pour empêcher toute déduction d'informations sur les acteurs locaux en cas de forte concentration ; affichage de la moyenne des départ. du territoire ; 3) Moindre précision du fait de données de CA indisponibles pour au moins 20% des sites du département, situation réelle du département possiblement une catégorie au dessus ou en dessous, par ex. 20-25% ou 10-15% de petits sites au lieu de 15-20% estimé

Source: laboratoires

Le contexte économique fragilise l'ensemble du secteur, des leaders endettés aux acteurs locaux, avec une pression accrue sur les conditions de financement

Cas concrets de laboratoires fragilisés par l'équation économique actuelle

L'AGEFI 11/05/2026

Biogroup refinance 2,7 milliards d'euros de dette au prix fort

Refinancement repoussé à août 2031, avec une obligation senior sécurisée de 1,3 Md€ à 7,75% et un prêt à taux variable de 1,4 Md€ à Euribor +450 bps ; coût du crédit environ 2x supérieur à 2021

ouest france 07/06/2025

Basé à Cholet, ce réseau de laboratoires d'analyses médicales placé en redressement judiciaire

"XLabs [...] est encadré par une procédure de redressement depuis le mois d'avril. La faute à la situation économique que vit ce secteur au plan national, mais aussi à un emprunt bancaire."

Le Monde 26/06/2025

La « liste noire » des entreprises françaises malades de la dette s'allonge

"Cerba se prépare activement à restructurer sa dette de 5 milliards d'euros [...] avec ses créanciers alors que la trésorerie du groupe est sous tension.

C'est encore plus vrai pour les entreprises dépendant d'une dépense publique qui s'est contractée."

Repreneurs.com



4 SELAS situées à **Saint-Nazaire, Sablé-sur-Sarthe, Poitiers et Cholet (20 sites de prélèvement en tout)**, ont été déclarées en Jugement d'ouverture d'une procédure de redressement judiciaire par le TRIBUNAL JUDICIAIRE D'ANGERS.
Mai 2025



SELAS située à **Vitry-sur-Seine (3 sites)** a été déclarée en Jugement de plan de redressement par le TRIBUNAL JUDICIAIRE DE CRÉTEIL.
Juillet 2025

Au-delà des sites accueillant du public, l'équation économique des laboratoires d'urgence 24/7 est complexe, avec des volumes baissiers et des coûts supplémentaires, ce qui pourrait également avoir des conséquences sur l'offre de soin

Compte de résultat type d'un Laboratoire d'urgence avec plateau tech.¹⁾ – chiffre d'affaires 2023 à 1,6 m€

| Laboratoire d'urgence | '000 EUR | 2023E | 2025P | Dispositions spécifiques par rapport aux sites de ville |
|---|---|--------------|--------------|---|
| Activité localisée au sein d'une Clinique ou d'un CH public | Chiffre d'affaires | 1 600 | 1 398 | Baisse des tarifs iso mais volumes stables, voire baissiers ²⁾ |
| | Réactifs et consommables | -243 | -247 | 25-30% plus coûteux car "mini" plateau technique, moins efficace, et typologie d'actes plus onéreux |
| | Sous-traitance (spécialité) | -56 | -55 | - |
| Contrats pluri-annuels, souvent multi-cliniques, yc. nationaux | Marge sur coûts directs | 1 301 | 1 097 | |
| | % du chiffre d'affaires | 81,3% | 78,4% | |
| Exigence de service 24/7 avec analyses réalisées sur place (plateau technique intégré) | Coût biologiste(s) | -181 | -181 | Plage horaire plus importante, astreinte nuits et week-ends |
| | Masse salariale hors biologiste ³⁾ | -474 | -500 | Personnel 24/7, yc techniciens du plateau, primes et heures majorées en plus de la rémunération habituelle |
| | Loyer, redevance et autres charges du laboratoire ⁴⁾ | -437 | -416 | Fonctionnement 24/7 – ex. clim./ chauffage, ménage 7 jours sur 7 ; services par l'établissement (ex. accueil, prélèvements) |
| Accueil de patients de ville par certains laboratoires d'urgence | Marge de contribution | 209 | 0 | |
| | % du chiffre d'affaires | 13,1% | 0,0% | |
| | Quote-part des coûts centraux (fonctions support) | -80 | -82 | Fonctions support uniquement car plateau technique intégré sur place |
| | EBE / EBITDA | 129 | -82 | |
| | % du chiffre d'affaires | 8,1% | -5,9% | |

Commentaires

- **Equation économique qui se tend depuis plusieurs années :**
 - Tarifs et volumes d'activité baissiers, coûts en hausse
 - Coûts additionnels liés aux spécificités du site
 - Suppléments de tarification insuffisants pour couvrir les charges additionnelles
 - Délais de paiement par les cliniques rallongés
- **40 à 50%⁵⁾ des laboratoires d'urgence avec un CA annuel <1,6 m€ en 2023**, seuil d'activité estimé¹⁾ pour couvrir les coûts directs en 2025

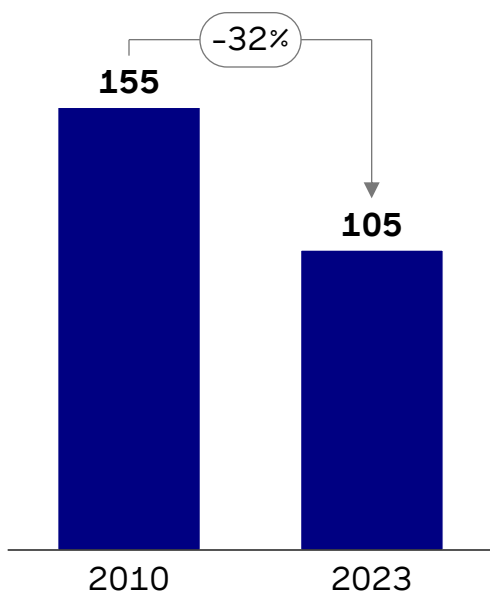
1) Hétérogénéité très forte constatée dans les comptes (par rapport aux sites de ville), qui dépend du modèle du laboratoire d'urgence, avec des sites plus petits rentables et des sites plus grands non rentables ; 2) Hypothèse conservatrice de volumes stables dans un marché en hausse de 7,5% sur 2023-2025 en dépit d'une tendance passée baissière constatée dans les données recueillies ; 3) Hypothèse de 9,5 ETP ; 4) Autres charges incluant notamment : utilités, ménage, frais postaux/ télécom, fournitures, maintenance ; 5) Absence de données exhaustives à l'échelle nationale – nombre total des laboratoires et niveau d'activité
Source : laboratoires

Le revenu des biologistes, en chute de 32% depuis 2010, à un niveau inférieur aux autres spécialités, suscite la crise d'attractivité de la profession

Evolution et comparaison de la rémunération annuelle des biologistes libéraux

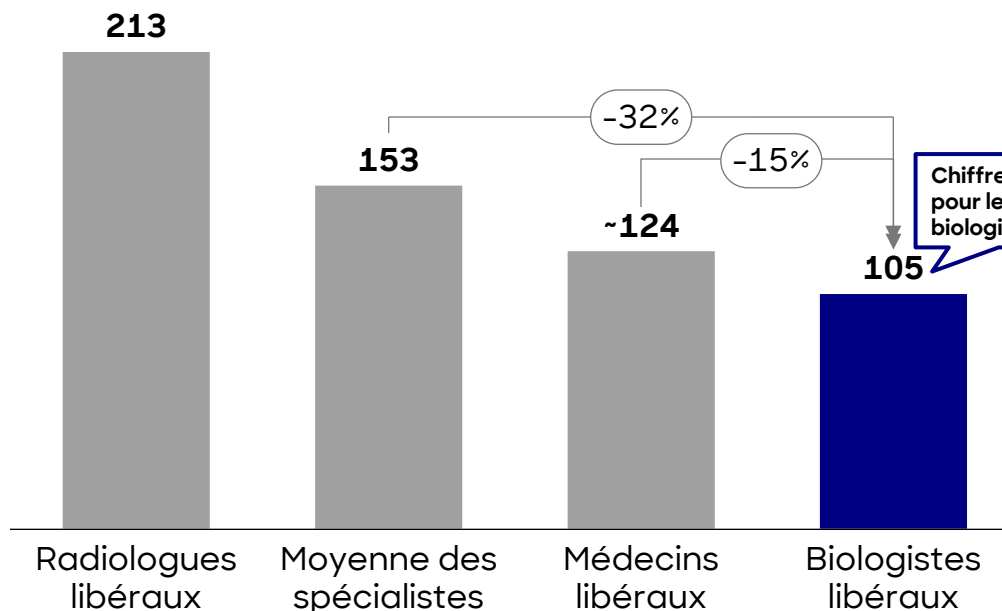
En 15 ans, la rémunération moyenne¹⁾ des biologistes s'est effondrée de 32%

Revenu annuel (k€)



D'après les données de l'IGAS, les biologistes se situent désormais loin derrière la moyenne des spécialistes et en dessous des médecins libéraux

Revenu annuel (k€, 2021)



Extraits du rapport "Pertinence et efficacité des dépenses de biologie médicale", IGF/IGAS de mai 2025

“On constate que le niveau de rémunération des biologistes libéraux a fortement baissé en quinze ans [...], à rebours de la hausse des revenus de l'ensemble des médecins”

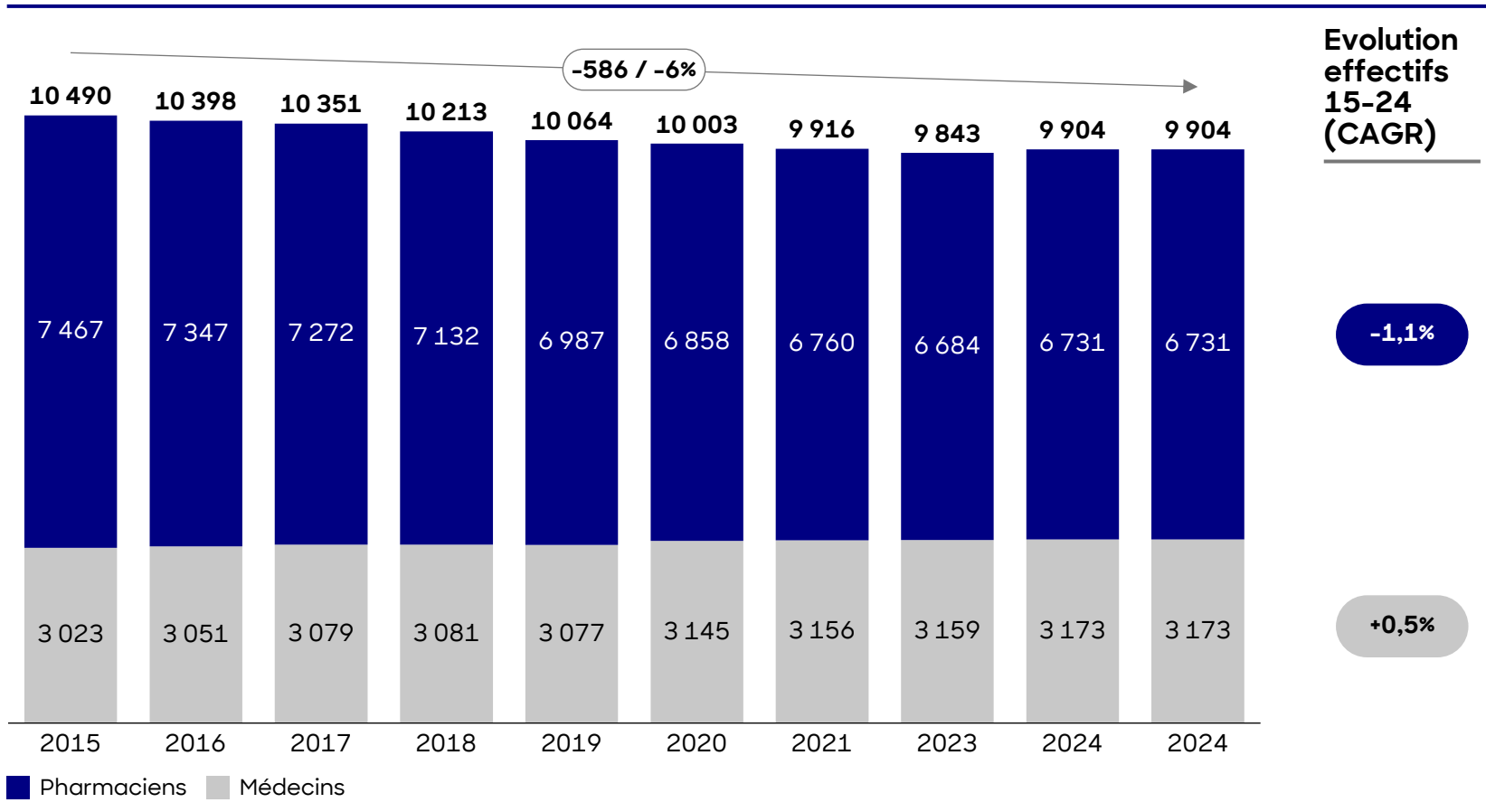
“La productivité du travail des biologistes a très fortement augmenté sous l'effet d'une augmentation très sensible du volume d'analyses traité par biologiste [...] et d'une baisse notable de la rémunération des biologistes”



1) Calculée à partir de la rémunération moyenne des médecins biologiste et pharmaciens biologistes issues du rapport IGF/IGAS

On observe une réduction du nombre de biologistes (public et privé), en recul d'environ 600 entre 2015 et 2024, faute de renouvellement des départs en retraite

Population de médecins et pharmaciens biologistes en activité [# de biologistes, public et privé]



Impact sur le secteur

Pénurie dans certains territoires



- La baisse annoncée du nombre de biologistes risque de renforcer la **pénurie dans plusieurs territoires**

Laboratoires sans repreneur



- Les **départs en retraite** vont mettre sur le marché des **petits laboratoires à reprendre**, dont les jeunes biologistes se détournent au regard des perspectives et de l'investissement initial
- L'intérêt est plus marqué pour les **postes en laboratoires spécialisés** ou par les carrières **au sein des réseaux**

Par ailleurs, l'innovation biologique est entravée par la congestion du RIHN

Un système sous-dimensionné face au stock d'actes en attente et au flux continu d'innovations

Un stock d'actes innovants déjà critique



>600 actes hors nomenclature étaient en attente fin 2024

- ~10 actes évalués par an, insuffisant pour absorber le stock
- À ce rythme, il faudrait ~50-60 ans pour résorber le stock actuel
- Le RIHN, conçu comme un mécanisme transitoire, devient de fait un **goulot d'étranglement** durable

Une sortie vers le droit commun encore difficile



Le blocage porte autant sur la sortie du RIHN que sur l'entrée

- Le passage vers la nomenclature reste **lent** et **complexe**
- Des actes anciens, parfois moins innovants, restent bloqués dans **l'enveloppe innovation**
- Le passage au droit commun crée des **effets de bord** à maîtriser, en ville comme à l'hôpital

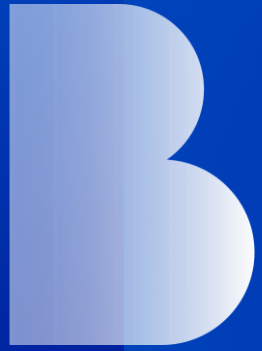
Un impact sanitaire et économique systémique



Le retard d'accès aux innovations utiles génère des pertes de chance

- Une lecture centrée sur le coût de l'acte **sous-estime les impacts** sur l'ensemble du parcours
- Les **innovations diagnostiques évitent des coûts ailleurs dans le parcours** : traitements inadaptés, hospitalisations, errance diagnostique
- Le flux continu d'innovations risque **d'accentuer l'engorgement** du système

L'enjeu est de fluidifier le passage de l'innovation au droit commun, sans faire porter son financement sur les seules enveloppes existantes de la biologie privée et publique



**D. Un secteur moteur
d'efficience et d'innovation
médicale et sociétale, au cœur
des enjeux d'évolution du
système de santé**

La prévention via la biologie médicale constitue un levier à fort impact sanitaire, avec des bénéfices économiques attendus supérieurs au coût du dépistage

Des dispositifs dont les bénéfices attendus excèdent les coûts

| | Pathologie | Hypothèse de déploiement | Coût | Bénéfices à 10 ans | ROI ¹⁾ | <h2>Enseignements clés</h2> <ol style="list-style-type: none"> 1 Tous les dispositifs analysés apparaissent rentables, avec un ROI estimé supérieur à x2 2 Le cardiovasculaire constitue le plus fort potentiel de gains absolus, avec des bénéfices attendus de l'ordre de 4Md€ 3 Le principal coût réside moins dans le dépistage que dans le retard diagnostique, et les complications évitables qu'il entraîne en aval |
|------------------------------|---------------------------|--|---------|--------------------|-------------------|--|
| Pathologies chroniques | Cardiovasculaire | 75% des 40-75 ans dépistés avec réduction de 10% des événements cardiovasculaires | 470 M€ | 4.4 Md€ | x10 | |
| | Diabète | 80% de la population à risque dépistée, avec réduction de 10% des hospitalisations liées au diabète | 130 M€ | 530 M€ | x4 | |
| | Maladie rénale chronique | 80% de la population à risque dépistée, avec réduction de 10% des cas / complications liés à la maladie rénale chronique | 1,3 Md€ | 2,9 Md€ | x2 | |
| Cancers à dépistage organisé | Cancer du col de l'utérus | 80% de la population à risque dépistée, avec réduction de 30% des cancers du col de l'utérus | 50 M€ | 350 M€ | x7 | |
| | Cancer colorectal | 80% de la population à risque dépistée, avec réduction de 10% des cancers colorectaux | 160 M€ | 850 M€ | x5 | |



L'enjeu est de déployer à grande échelle les dispositifs dont les bénéfices attendus excèdent significativement les coûts de déploiement, tout en améliorant la qualité de vie des patients

1) Note méthodologique: Ordres de grandeur ROI issus d'analyses médico-économiques des LBM et leurs partenaires, reposant sur des hypothèses de déploiement et d'impact à ce stade préliminaires. Pour chaque pathologie, le coût du dépistage correspond à l'écart entre les gains totaux et les gains nets du coût du dépistage ; le ROI correspond au rapport entre bénéfices attendus et coût du dépistage

Le cardiovasculaire est le champ de prévention le plus prioritaire, par l'ampleur du risque, le poids de la maladie et le potentiel d'un repérage plus systématique

Un enjeu sanitaire et économique majeur, encore insuffisamment organisé en France

Le cardiovasculaire concentre une charge sanitaire et économique majeure

140 000
décès / an

7,4 M
de patients atteints de MCV

19,4 Md€
de dépenses AMO¹⁾

10 %
des séjours hospitaliers

Le principal déficit porte moins sur les outils que sur l'organisation du repérage

- **Absence de programme national structuré** de repérage cardiovasculaire
- Une **prévention encore très dépendante** du recours au médecin alors que **6,4 M de Français n'ont pas de médecin traitant**
- Pourtant, **les briques biologiques existent déjà** : bilan lipidique, glycémie / HbA1c, repérage des **facteurs de risque métaboliques** (dont l'obésité)

Les pays ayant le mieux préservé leurs gains d'espérance de vie ont aussi mieux contenu la mortalité cardiovasculaire

➔ **L'enjeu en France est désormais de passer à l'échelle**

470 M€ de coût de dépistage à 10 ans pour
4.4 Md€ de bénéfices attendus
soit un ROI de **~x10**

1) Correspond au coût total de prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires dans la cartographie médicalisée des dépenses de l'Assurance Maladie

Note méthodologique: ordres de grandeur ROI issus d'analyses médico-économiques des LBM et leurs partenaires, reposant sur des hypothèses de déploiement et d'impact à ce stade préliminaires.

Pour chaque pathologie, le coût du dépistage correspond à l'écart entre les gains totaux et les gains nets du coût du dépistage ; le ROI correspond au rapport entre bénéfices attendus et coût du dépistage.

Les gains cardiovasculaires reposent sur une logique simple : comparer coût du dépistage et coûts évités des complications à 10 ans

Méthodologie retenue pour l'estimation économique des gains cardiovasculaires



Le modèle compare deux scénarios

- **Sans action** : projection des coûts des complications cardiovasculaires à 10 ans
- Avec **dépistage organisé** : même projection avec -10 % d'événements cardiovasculaires
- **Écart** valorisé à partir des coûts de **prise en charge** et des coûts de **traitement / transfert**
- **Pathologies prises en compte**: AVC, insuffisance cardiaque, syndromes



Le chiffrage repose sur des hypothèses prudentes

- **Population des 40-75 ans** : ~17 M
- **Couverture modélisée** : ~75 % des 40-75 ans ciblés
- **Coût unitaire selon le parcours** : ~10 à 26€ par passage
- **2 passages** sur 10 ans
- **Hypothèse d'impact** : -10 % d'évènements cardiovasculaires

À horizon 10 ans, le gain cumulé potentiel pour l'AMO serait significatif



| | |
|--------------------|----------|
| Coût de dépistage | ~470 M€ |
| Bénéfices attendus | ~4,4 Md€ |
| Economies nettes | ~3,9 Md€ |
| ROI indicatif | ~x10 |



Le coût du dépistage reste limité au regard des coûts évitables liés aux complications cardiovasculaires

Note méthodologique: ordres de grandeur ROI issus d'analyses médico-économiques des LBM et leurs partenaires, reposant sur des hypothèses de déploiement et d'impact à ce stade préliminaires. Pour chaque pathologie, le coût du dépistage correspond à l'écart entre les gains totaux et les gains nets du coût du dépistage ; le ROI correspond au rapport entre bénéfices attendus et coût du dépistage.

Plusieurs pays européens ont déjà structuré des programmes de repérage cardiovasculaire à grande échelle

Des programmes de repérage structurés existent déjà ailleurs en Europe

Deux exemples de programmes nationaux structurés autour d'un bilan régulier

Angleterre

NHS « Health Check »



Programme national destiné aux **40-74 ans**, avec **1 bilan / 5 ans**

Parcours structuré autour de **l'évaluation des risques**, la **sensibilisation** et la **gestion du risque**

Sur le cycle 2021-2025 : **76 % des éligibles ont été invités** et ~30% ont réalisé un bilan soit **~40% de complétion**

Allemagne

Check-up « 35 »



Check-up préventif pris en charge : 1 fois entre 18 et 34 ans puis tous les 3 ans à partir de 35 ans

Logique explicite de détection précoce : risque cardiovasculaire, diabète, atteintes rénales

Contenu simple et standardisé : tension artérielle, sang, urines
~2/3 des assurés éligibles participent à ce dépistage (2021)

Des enseignements transposables à un repérage plus systématique en France

- Des parcours **simples, lisibles** et **récurrents**
- Une logique de **repérage précoce** plutôt que de prise en charge tardive
- Des **examens biologiques déjà disponibles** : bilan lipidique, glycémie / HbA1c, marqueurs rénaux
- Un **enjeu d'organisation plus que d'outillage** : définir la population cible, la fréquence, le financement et le parcours d'orientation

Le diabète illustre le potentiel d'un repérage biologique simple pour limiter des complications lourdes et coûteuses

Une population cible massive, un repérage simple et un potentiel d'économies significatif

1 Une large population cible

24 M de personnes relèvent de la population cible, dont **4,3 M** déjà concernées

- Une pathologie chronique fréquente, avec un risque élevé de complications évitables
- Des facteurs de risque identifiables en amont
- Un enjeu de passage d'un repérage opportuniste à une démarche plus structurée



2 Un coût massif du retard diagnostique

28 % des diabètes de type 2 ne sont identifiés qu'après des complications ayant nécessité une hospitalisation

- Retard de diagnostic associé à des complications plus lourdes
- Risques cardiovasculaires, rénaux, ophtalmologiques et neurologiques
- Parcours de soins plus complexe lorsque la maladie est découverte tardivement



Un repérage fondé sur des outils simples et disponibles en routine

- Identification des patients à risque, notamment via FINDRISC
- Confirmation biologique par glycémie / HbA1c
- Déploiement possible via les LBM auprès des patients à risque identifiés



-400M€ d'économies nettes à 10 ans

-530M€ hors coût du dépistage (**-130M€** de coût de dépistage)

- Hypothèses : 80 % de la population à risque dépistée et 10 % de réduction des hospitalisations liées au diabète
- Soit un ROI de l'ordre de **x4**

3 Un repérage biologique simple



4 Impact potentiel



Note méthodologique: ordres de grandeur ROI issus d'analyses médico-économiques des LBM et leurs partenaires, reposant sur des hypothèses de déploiement et d'impact à ce stade préliminaires. Pour chaque pathologie, le coût du dépistage correspond à l'écart entre les gains totaux et les gains nets du coût du dépistage ; le ROI correspond au rapport entre bénéfices attendus et coût du dépistage.

La maladie rénale chronique illustre le coût d'un diagnostic tardif malgré l'existence d'un repérage biologique simple

Une pathologie souvent silencieuse et des patients encore repérés trop tard

1 Une large population cible

22,6 M de personnes relèvent de la population cible, dont **6 M** déjà atteintes

- Une pathologie fréquente, longtemps silencieuse et souvent repérée tardivement
- Des facteurs de risque identifiables en amont
- Un enjeu de passage d'un repérage opportuniste à une démarche plus structurée



2 Un coût massif du retard diagnostique

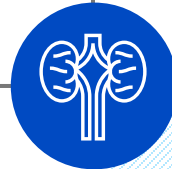
30% des insuffisances rénales terminales sont découvertes à ce stade et nécessitent une prise en charge en urgence

- Retard diagnostique associé à des prises en charge plus lourdes
- Entrée dans le parcours de soins souvent à un stade déjà avancé
- Coût sanitaire et économique fortement accru lorsque la maladie est découverte trop tard



Un repérage fondé sur des outils simples et disponibles en routine

- Seuls **-20%** des sujets à risque seraient aujourd'hui dépistés
- Les premières journées de dépistage organisées par des LBM ont permis de repérer **-8,5%** de personnes¹⁾ présentant une altération du DFG compatible avec une MRC non précédemment connue
- Déploiement via les LBM auprès des patients à risque identifiés



-1,6Md€ d'économies nettes à 10 ans

-2,9Md€ hors coût du dépistage (-1,3Md€ de coût de dépistage)

- Hypothèses : 80 % de la population à risque dépistée et 10 % de réduction des cas / complications liés à la maladie rénale chronique
- Soit un ROI de l'ordre de **x2**

3 Un repérage biologique simple



4 Impact potentiel



1) Donnée 2025; échantillon de ~22k personnes dépistées; ~1850 (8,5%) sans connaissance préalable d'une MRC présentaient un DFG bas ou anormalement bas

Note méthodologique: ordres de grandeur ROI issus d'analyses médico-économiques des LBM et leurs partenaires, reposant sur des hypothèses de déploiement et d'impact à ce stade préliminaires.

Pour chaque pathologie, le coût du dépistage correspond à l'écart entre les gains totaux et les gains nets du coût du dépistage; le ROI correspond au rapport entre bénéfices attendus et coût du dépistage.

Le cancer du col de l'utérus montre qu'un dépistage déjà utile peut encore gagner en impact si sa couverture effective progresse

Un dispositif déjà en place, mais encore insuffisamment utilisé

1 Une pathologie évitable qui reste encore présente

~3 100 nouveaux cas et 1 000 décès par an

- Une pathologie pour laquelle un dépistage régulier permet d'éviter une partie des formes graves
- Une cible de dépistage déjà identifiée dans la population
- Un enjeu désormais moins de créer un nouveau dispositif que de mieux faire fonctionner celui qui existe déjà



2 Un enjeu majeur de couverture effective

La participation reste insuffisante malgré l'existence du programme

- Une participation au dépistage organisé de ~59%, sous la cible de 70%
- Près de 40% des femmes restent non ou mal dépistées
- Le principal frein réside donc dans le non-recours et les ruptures de parcours, plus que dans l'absence d'outil de dépistage



Le dispositif existe déjà, avec des leviers concrets d'amélioration de l'accès

- Le dépistage organisé repose sur un parcours déjà structuré
- L'auto-prélèvement HPV constitue un levier concret pour élargir le recours au dépistage
- Les LBM peuvent contribuer au repérage de l'éligibilité et à l'orientation des patientes vers le bon parcours

3 Un dépistage déjà utile et actionnable



4 Impact potentiel

-300 M€ d'économies nettes à 10 ans

-350 M€ hors coût du dépistage (-50M€ de coût de dépistage)

- Hypothèses : 80 % de la population à risque dépistée et 30 % de réduction des cancers du col de l'utérus
- Soit un ROI de l'ordre de x7



Note méthodologique: ordres de grandeur ROI issus d'analyses médico-économiques des LBM et leurs partenaires, reposant sur des hypothèses de déploiement et d'impact à ce stade préliminaires.

Pour chaque pathologie, le coût du dépistage correspond à l'écart entre les gains totaux et les gains nets du coût du dépistage ; le ROI correspond au rapport entre bénéfices attendus et coût du dépistage.

Le cancer colorectal illustre l'enjeu d'augmenter la participation à un dépistage déjà démontré comme utile

Un dépistage pertinent et déjà organisé, mais une participation encore trop faible

1 Une pathologie fréquente et lourde

47 500 nouveaux cas et **17 100** décès par an en France

- Une pathologie fréquente, avec un poids sanitaire majeur
- Une population éligible déjà connue dans le cadre du dépistage organisé
- Un enjeu important de détection plus précoce pour limiter les formes diagnostiquées tardivement



2 Un enjeu majeur de participation

Le principal frein réside dans une couverture encore trop faible

- Une participation encore limitée à **~33%**, très en deçà du taux cible de **65%**
- Une part importante de la population éligible n'accède donc pas effectivement au dépistage
- Le sujet est d'abord un sujet de couverture effective, d'accès et de réduction des ruptures de parcours



Le dépistage existe déjà et son utilité est établie

- Le programme de dépistage organisé repose sur un examen simple et déjà disponible
- Les LBM peuvent contribuer à l'accès effectif au dépistage, notamment via la remise de kits et la vérification de l'éligibilité
- L'enjeu principal est donc moins de concevoir un nouveau dispositif que d'améliorer son exécution concrète



3 Un dépistage déjà démontré comme utile



4 Impact potentiel

-690 M€ d'économies nettes à 10 ans

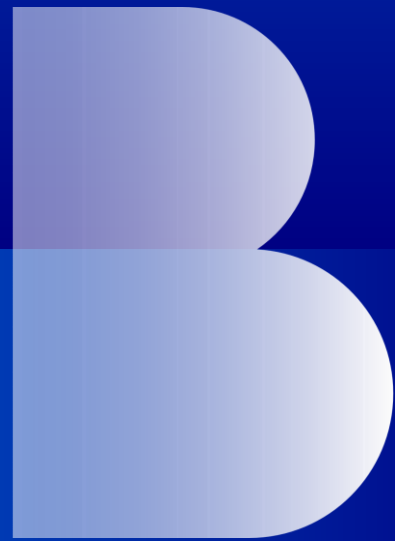
-850 M€ hors coût du dépistage (**-160M€** de coût de dépistage)

- Hypothèses : 80 % de la population à risque dépistée et 10 % de réduction des cancers colorectaux
- Soit un ROI de l'ordre de **x5**



Note méthodologique: ordres de grandeur ROI issus d'analyses médico-économiques des LBM et leurs partenaires, reposant sur des hypothèses de déploiement et d'impact à ce stade préliminaires.

Pour chaque pathologie, le coût du dépistage correspond à l'écart entre les gains totaux et les gains nets du coût du dépistage ; le ROI correspond au rapport entre bénéfices attendus et coût du dépistage.



Roland
Berger