



**SANTÉ
SOCIAUX**

S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS



DOSSIER DE PRESSE

CONFÉRENCE DE PRESSE
LA SPÉCULATION IMMOBILIÈRE
AU CŒUR DU SYSTÈME
DE SANTÉ FRANÇAIS:
LE CAS DU GROUPE RAMSAY SANTÉ

Salle 8

MARDI 21 janvier 2025 - 10H00

Contacts :

Ève RESCANIERES
Secrétaire générale

Fabien HALLET
Secrétaire fédéral
Tél : 06 36 02 15 07
fhallet@sante-sociaux.cfdt.fr

Financiarisation de la santé

Dérapages incontrôlés,
reprenre les rênes
de notre système de santé.

« Quand l'état donne 1 €,
on se sait pas où il va ! »



Fédération CFDT santé-sociaux
47-49 avenue Simon Bolivar – PARIS 19^e
Métro Pyrénées, ligne 11

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés



Les Ogres

Chapitre 41
Hors de contrôle

Y a-t-il un pilote dans l'avion de la petite enfance ?

Au-delà des dérives constatées chez certains gestionnaires de crèches privées, au premier rang desquels se situe incontestablement People&Baby, la responsabilité de l'État est clairement engagée.

Comment un groupe de cette envergure a-t-il pu développer, depuis deux décennies, les pratiques décrites dans cet ouvrage ? Il n'est pas anodin de souligner que ce scandale, comme celui des Ehpad, se déroule dans ce qu'on appelle le monde du *care*. **À bien des égards, les travailleuses y ressemblent aux ouvriers d'hier. Elles exercent des métiers peu qualifiés, mal rémunérés, non valorisés, qui, progressivement, se voient embarqués dans des logiques d'industrialisation.** Les auxiliaires de puériculture

528



PRÉAMBULE

La CFDT a toute légitimité à intervenir sur le sujet de la financiarisation. Avec son maillage territorial et sa représentativité, la CFDT santé-sociaux, première organisation syndicale en France, est au cœur du système où se jouent les mécanismes de la financiarisation du système de santé. Elle est certes observatrice et lanceuse d'alerte, mais elle peut intervenir, agir, ou être relais s'il y a une volonté de régulation. Précisons que cette dernière prérogative est tributaire d'un dialogue social respecté et fonctionnel qu'il s'agit de protéger et défendre.

// La CFDT santé-sociaux : Un lanceur d'alerte doté de capacités d'action !

Si nous voulons passer de l'indignation à l'action, il ne faut pas oublier que l'État, et les services de l'État ont un rôle à jouer pour stopper les risques de la financiarisation.

Parmi les leviers d'action syndicale, la capacité des élu·e·s CFDT en entreprise à pouvoir nommer des experts est centrale dans le sujet qui nous occupe. Chaque fois que la transparence gagne du terrain, que les dispositifs sont exposés aux yeux de tou·te·s, les dérives et les excès sont plus limités et les processus de régulation peuvent être construits pour protéger notre système de santé, de dérives ou de menaces sur son existence.

La CFDT santé-sociaux travaille avec des experts privilégiés, en particulier l'organisation Cictar¹. Les analyses de ce dossier s'appuient sur des études que la CFDT santé-sociaux a commandé à plusieurs de ses partenaires.

Depuis longtemps, la CFDT alerte, dénonce et s'inquiète de dérapages des acteurs libéraux ou lucratifs qui font partie du système de santé. **Aujourd'hui, les excès observés nous alarment parce qu'ils font courir des risques au système de santé.**

Dans la période, le thème de la financiarisation s'installe dans le débat public du fait d'un travail d'investigation de la part de plusieurs médias. Les infos qui sortent inquiètent nos responsables politiques. Le Sénat a ouvert une commission d'enquête avec plusieurs auditions ciblées, en particulier sur les laboratoires d'analyses médicales et les groupes lucratifs. À notre surprise, les sénateur·rice·s n'ont pas jugé utiles de nous auditionner.

Avec ce dossier, la CFDT entend jouer pleinement son rôle et défendre les intérêts de celles et ceux qu'elle représente.

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

sante-sociaux.cfdt.fr



1 Cictar est une organisation qui existe par la volonté de plusieurs syndicats et organisations de la société civile qui croient que les travailleur·euse·s et leurs communautés ont besoin de plus et de meilleures informations sur les arrangements fiscaux des sociétés multinationales.



FINANCIARISATION DE LA SANTÉ: Genèse de cette prise de conscience d'un phénomène mal connu

Du scandale Orpea à aujourd'hui

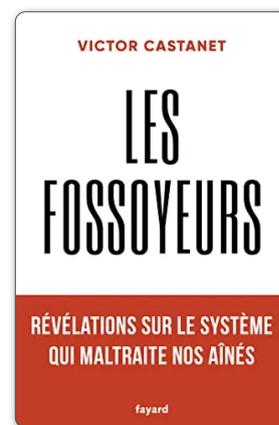
Le phénomène de la financiarisation de la santé ne date pas d'hier. Dès les années 1990, les premiers fonds d'investissement ont commencé à s'intéresser au secteur hospitalier et aux soins ambulatoires.

Expansion dans les années 2000

Dans les années 2000, le regroupement d'établissements, les acquisitions et les fusions se sont intensifiés. C'est à cette période que des groupes de plus en plus grands et puissants ont émergé.

Un tournant décisif

Le lien entre qualité des soins et recherche de profits a été mis en lumière par l'enquête de Victor Castanet, relatée dans son livre *Les Fossoyeurs* (janvier 2022). Les scandales révélés ont exposé des pratiques que beaucoup soupçonnaient sans pouvoir les prouver publiquement. **Les groupes gestionnaires verrouillent leur communication**, divulguent peu d'informations sur leur fonctionnement et **exercent des pressions sur les salariés** et leurs représentant-e-s pour limiter le dialogue social et l'expression des instances représentatives du personnel.



Avec une éthique et un professionnalisme remarquables, Victor Castanet a dévoilé, sans jamais être contredit officiellement, les effets pervers des montages financiers et logistiques visant à maximiser les profits. Son travail d'enquête n'a jamais été contesté sur le fond, malgré quelques déclarations publiques sans suite.

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

Une action syndicale

Au moment de la finalisation de ce livre-enquête, les syndicats français CGT santé et Cfdt sante-sociaux ont sollicité le cabinet Cictar pour une étude sur le groupe Orpea, en se concentrant sur ses spécificités européennes et internationales. Quelques semaines après la publication du livre *Les Fossoyeurs*, un rapport a révélé les montages financiers complexes, voire occultes, de ces grands groupes contrôlés par des fonds d'investissement. Ce rapport a apporté la dernière pièce du puzzle: **en France, l'argent de la santé finissait bien à l'étranger, alimentant une économie financiarisée à l'extrême, sans régulation, ni garde-fous.**



<https://sante-sociaux.cfdt.fr/OrpeaGate>

// Le lien entre qualité des soins et recherche de profits n'avait jamais été vraiment fait jusqu'au livre-enquête, *Les Fossoyeurs*.

sante-sociaux.cfdt.fr



LA PRISE DE « CONNAISSANCE » à défaut d'une prise de conscience !

2023 - Une définition de la financiarisation, proposée par le directeur général de la CNAM¹

Les retombées du scandale d'Orpea dans l'opinion publique ont été énormes. En raison de cet impact médiatique, les pouvoirs publics se sont saisis des questions soulevées. Ainsi, dans les travaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam)¹, le sujet est devenu une priorité. En 2023, le directeur général Thomas Fatôme a posé la question de la financiarisation comme un élément essentiel du rapport Charges et produits destiné à établir le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). À cette occasion, il a donné **une définition de la financiarisation** et a souligné la complexité du sujet, insistant sur l'importance de bien le comprendre et le maîtriser pour pouvoir le contrôler.



À voir sur la
chaîne Youtube
de l'assurance
maladie.



**“ La financiarisation c’est
la prise de contrôle d’une offre de soins
qui est détenue par les professionnels
de santé, par des acteurs financiers ”** Thomas Fatôme

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

Effectivement, il y a lieu de définir et de bien comprendre ce qu’est la financiarisation, et ce qu’elle n’est pas. Autant le fait de citer le sujet de la financiarisation en tant que tel n’inquiète pas plus que ça les grands groupes, autant **la révélation de ce qui se passe dans l’ombre**, la captation d’argent public ou la prise de contrôle de pans entiers de nos systèmes sociaux les dérangent au plus haut point. Illustration, s’il en était besoin, qu’il faut être **précis et stratégique** dans les mesures et les recommandations que l’on formule.

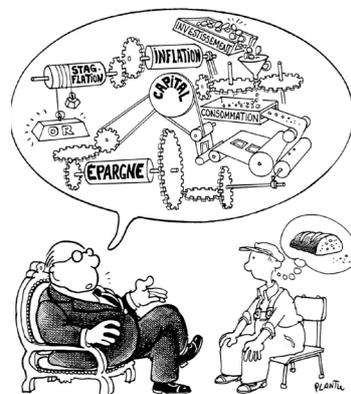
Quand on suit les travaux des responsables de nos systèmes de santé et de protection sociale, l’inquiétude est palpable tout au long de leurs interventions, auditions ou prises de position. Le dernier rapport sénatorial ne fait pas exception : il nomme les choses, formule quelques recommandations, mais ne nous paraît pas à la hauteur de la tâche et du danger que nous voyons monter, de notre place. Sur la financiarisation dans le secteur de la santé, il faut faire le constat que nous avons **beaucoup de lanceurs d’alerte mais peu de changements de paradigmes** dans les décisions politiques.

La CFDT sait que de fortes actions de lobbying sont à l’œuvre pour assurer la pérennité d’un système savamment élaboré par des opérateurs très puissants et influents.

¹ La Caisse nationale de l’Assurance maladie (Cnam) est la « tête de réseau » opérationnelle du régime d’assurance maladie obligatoire en France.

La CFDT entend jouer son rôle plein et entier sur ce dossier. Puisque nous avons eu peu d'invitations pour être auditionné sur ce dossier, et donc que nous n'avons pas pu apporter nos éléments aux différentes commissions d'enquêtes réalisées sur le sujet, nous proposons nos analyses dans ce dossier, l'expertise de nos élu-e-s et celles de nos conseils. Courant janvier, lors d'une conférence de presse, **la CFDT sera en mesure de faire des révélations**, qui seront toutes des illustrations de phénomènes décrits dans ce dossier.

La santé comme produit économique



Une optimisation des coûts : des mécanismes souvent légaux mais questionnant !

La santé comme source d'enrichissement

Toujours dans la légalité... mais beaucoup plus problématique !

La santé, sujet de financiarisation

Lignes rouges : le glissement lent et peu perceptible vers des phénomènes de pure financiarisation !

Quatre propositions de la CFDT

COMMENT LE SECTEUR LUCRATIF EST ARRIVÉ DANS LA SANTÉ

Ces dernières années, de profondes mutations ont été opérées dans la santé à la demande de politiques. Toutes ces occasions ont été autant d'opportunités pour les opérateurs privés lucratifs de proposer aux pouvoirs publics des méthodes, inspirées de l'industrie et avec une optimisation des démarches administratives. Ces opérateurs sont par nature plus souples et donc plus rapides pour répondre aux projets (*cf. encadré*). Chaque fois, ces opérateurs se sont présentés comme des acteurs capables de mener des changements rapides en assurant une maîtrise économique.

// **Avoir un établissement déficitaire est avantageux pour les employeurs lucratifs sur au moins quatre niveaux !**

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés



Les Ogres ✕

Un certain nombre de maires ont jugé judicieux de faire appel à des sociétés dont la petite enfance était le cœur de métier. Cela leur permettait également de réduire sensiblement les délais d'ouverture. Alors qu'une mairie, soumise au code des marchés publics, met entre trois et cinq ans pour créer une nouvelle structure, les gestionnaires privés sont capables d'être opérationnels en moins de six mois. Autre avantage non négligeable : la réalisation d'économies sur le budget communal.

In: *Les Ogres*
Chapitre 38.
Le triomphe
du low cost



UN PRÉALABLE À AVOIR EN TÊTE POUR COMPRENDRE LES STRATAGÈMES DES GROUPES LUCRATIFS

Si un établissement est en déficit, de nombreuses conséquences en découlent. Mais opportunément, la seule entité qui ne subit aucune retombée négative dans cette situation, c'est justement l'établissement en question!

En revanche:

- Les salarié-e-s perdent toutes capacités à négocier un partage de la valeur (pas de NAO², pas de participations, pas de possibilités d'accéder à l'épargne salariale...).
- Un discours anxiogène peut alors se mettre en place à propos des conditions d'exis-

tence de la clinique permettant de mettre une pression mentale dans le management local et quotidien.

- En France, les entreprises, qui ne dégagent pas d'excédents, bénéficient d'exonérations, et sont destinataires d'avantages fiscaux.
- Les gestionnaires de cliniques en déficit se répandent dans les médias et au sein des ministères pour réclamer toujours plus de fonds. Allant jusqu'à faire causes communes avec les autres secteurs qui n'ont absolument pas les mêmes réalités budgétaires et administratives!

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés





COMMUNIQUÉ DE PRESSE

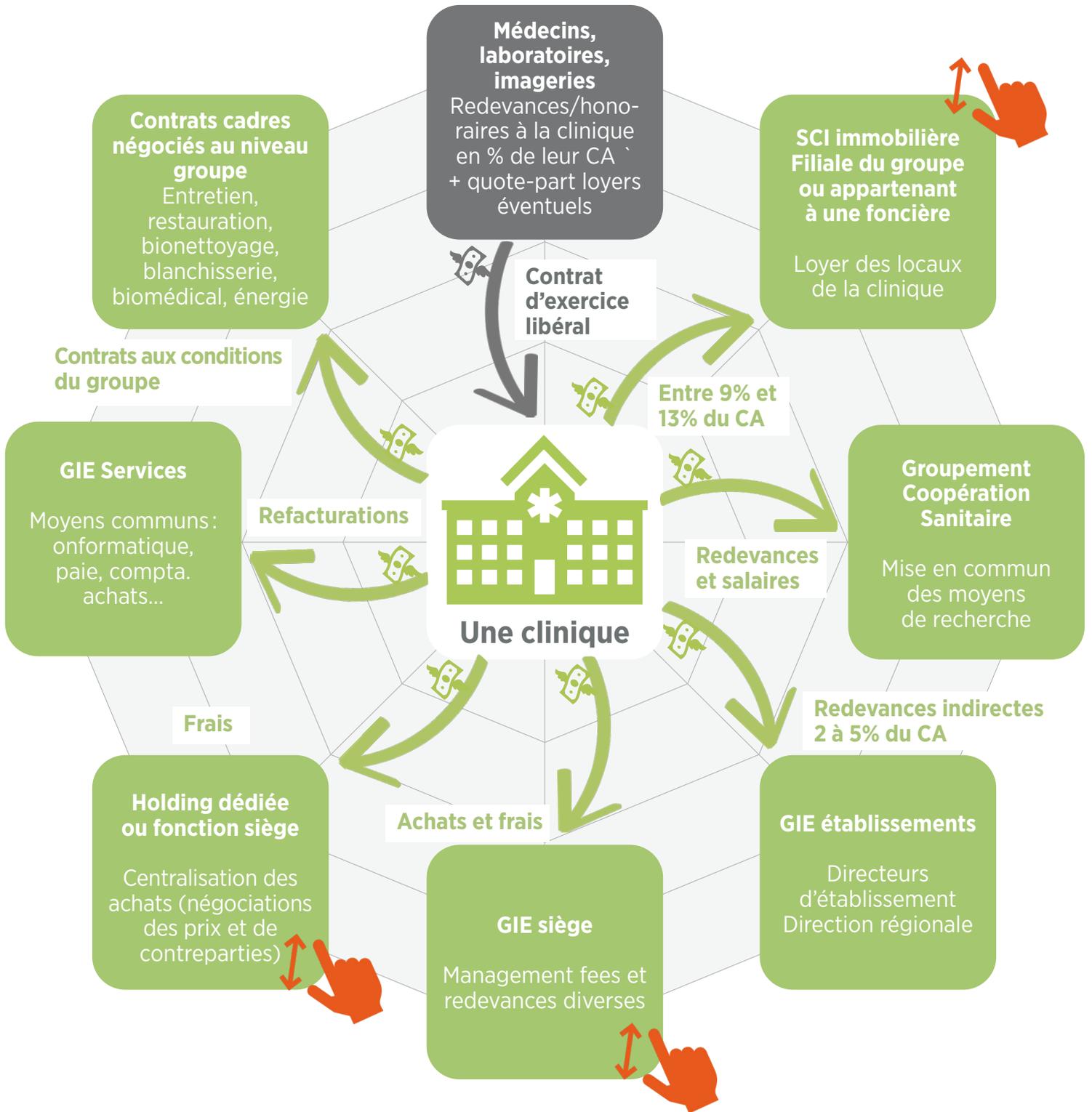
Toutes les fédérations hospitalières appellent de leurs vœux des mesures urgentes pour faire face au niveau d'inflation constaté en 2023, largement supérieur à celui pris en compte dans la campagne tarifaire, et ce à hauteur de 1,5Mds d'euros pour l'ensemble des établissements de santé.

sante-sociaux.cfdt.fr

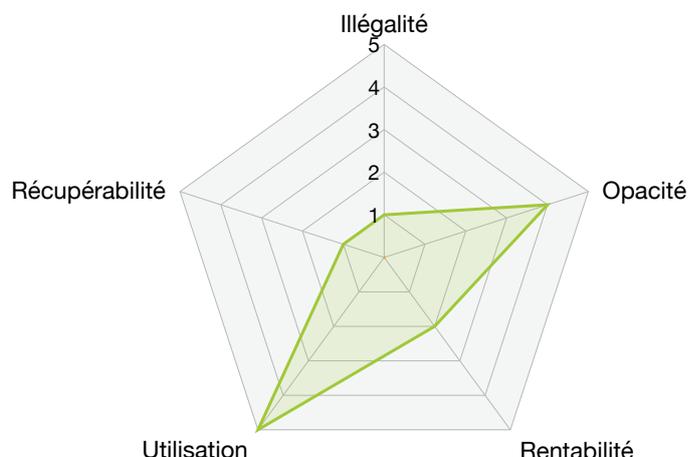


UNE CLINIQUE AU CENTRE DE PONCTIONS MULTIPLES... AU PROFIT DE BEAUCOUP D'ACTEURS

Ce schéma est inspiré par les différentes expertises que la CFDT a mené dans les entreprises où elle a des élu-e-s.



UNE OPTIMISATION DES COÛTS: DES MÉCANISMES SOUVENT LÉGAUX MAIS QUESTIONNANT!



LES FRAIS DE SIÈGES

Les « management fees », ou frais de gestion, sont un élément essentiel de la structure financière et opérationnelle des groupes de sociétés. Ces frais, payés par les filiales à la société mère, en échange de services administratifs, comptables, juridiques ou de conseils, jouent un rôle crucial dans l'optimisation budgétaire par la centralisation des fonctions supports.

Premier levier, et un des plus communs, des frais de siège sont appliqués aux établissements d'un groupe, au profit d'un établissement central appelé siège. Plus les groupes

sont importants, plus les économies d'échelle sont possibles. Cependant, les mécanismes, aussi complexes que tentaculaires, restent difficiles à expertiser et donnent lieu à des échanges contradictoires entre experts et directions, souvent stériles. Néanmoins, ce système bien réel, même s'il est difficile à cerner, permet un transfert de fonds entre les établissements et le siège.

Ces mécanismes ont été surveillés assez tôt puisque ce système a été un des premiers dispositifs mis en place à l'arrivée des groupes lucratifs dans la santé. Des règles et quelques normes encadrent ce mécanisme mais force est de constater que le contrôle sincère n'est pas toujours possible, certains indicateurs ou explications restant à la seule main des employeurs. Les management fees sont toujours une variable utilisable pour faire des jeux d'écritures comptables entre structures et siège et réduire les bénéfices des cliniques.

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

Ainsi, le rapport de la Cour des comptes concernant la SAS Clinea (groupe Orpea) en date du 3 avril 2020 rappelait que les frais de siège y étaient « encadrés par la convention de frais de siège signée le 31 décembre 2009 par le PDG d'Orpea et président de Clinea, qui prévoit de fournir « conseil et assistance dans les domaines de la gestion administrative, financière et commerciale (...). » La convention prévoit une rémunération d'Orpea « fixée au minimum à 2 millions d'euros HT et peut s'élever jusqu'à 1 % du montant du chiffre d'affaires HT réalisé par la société bénéficiaire aux termes de chaque exercice ». Mais lors de ce contrôle, il est apparu que « lors des deux derniers exercices, les frais de siège comptabilisés ont dépassé les limites théoriques prévues par la convention. En 2018, les frais de siège ont atteint 1,3 % du chiffre d'affaires hors taxes. »

Par un jeu d'écriture, la plupart des salaires des directions sont imputés sur des sociétés tierces, rendant difficile voir impossible de savoir le montant réel des rémunérations

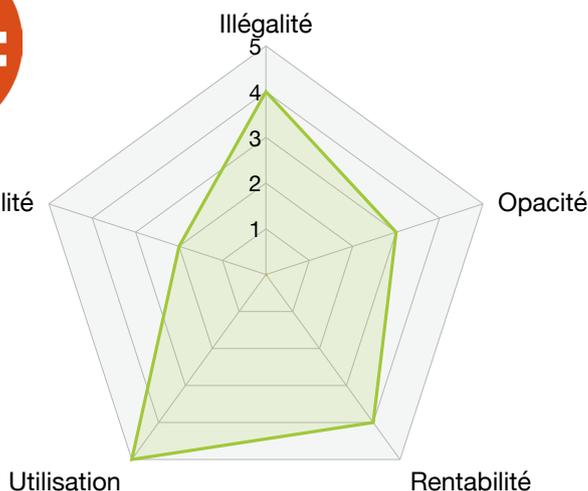
de ces derniers. Le mécanisme qui «externalise» les salaires des directions, crée aussi un préjudice pour les salarié-e-s car les budgets des IRP³ sont basés sur masse salariale qui est, de fait, « allégée »!

LES CENTRALES D'ACHAT

Semblant relever du bon sens, le regroupement des achats et de la gestion du matériel doit permettre des économies mais est très souvent suspect lorsqu'on examine les choses de près. Encore faudrait-il qu'on le puisse, car les équipes syndicales ou les experts qu'elles nomment ne parviennent jamais



Récupérabilité



à obtenir les comptes des entreprises qui accueillent ces centrales d'achat, soumise à des réglementations différentes ou domiciliées hors de France.

Plus douteux encore, les liens très fréquents et assez faciles à décortiquer entre ces groupements d'achats et les employeurs du privé lucratif respirent le conflit d'intérêt. En effet il est courant de voir des personnes, sur des postes de direction, être gestionnaire à la fois des groupes lucratifs mais aussi en charge de la direction des centrales d'achat.

Ainsi, être acheteur de ce que l'on vend devient possible. Pire, il existe des contrats

instaurant des clauses d'exclusivité, d'obligations pour toutes les structures d'un groupe. Ajoutons l'hypothèse que les prix de vente des biens ou services

// Il est évident que la complexité inhérente à ces dispositifs joue un rôle important pour masquer les recettes et les bénéfices.

de ces centrales d'achat sont au prix fort par rapport au tarif du marché. Malgré les volumes et les tarifs négociés en amont, ce mécanisme devient alors un dispositif capable de diriger les résultats d'exploitation vers d'autres entreprises, minimisant ainsi les bénéfices dans les établissements en créant des **marges importantes** mais dans les centrales d'achat.

Le scandale d'Orpea, en 2022, a montré qu'il était possible de **mettre en place des mécanismes dits de « marges arrières »**. Ainsi en négociant avec les fournisseurs le versement de sommes forfaitaires, dites « marges arrières » ou en négociant le financement de services (ex: actions de formation, accueil de colloques, etc.), un groupe, tout en pratiquant les prix du marché, fait baisser de fait les frais de son groupe ou de ses établissements.

Il va sans dire que ce genre de pratique oblige inévitablement les sous-traitants, fournisseurs de ces centrales d'achat à jouer sur la qualité des produits ou des services, afin de maintenir un équilibre budgétaire acceptable malgré les frais liés aux marges arrières. *In fine*, les usagers sont systématiquement perdants et victimes de ces systèmes d'économies outranciers.

« Nous notons que Ramsay Santé exploite une société d'achats centralisés, Performance achat au service de la santé (PASS) SAS. Cette société n'apparaît pas être propriétaire de biens et de fournitures achetées: elle ne détient aucun stock (et ne supporte donc aucun risque de vente ou d'approvisionnement). Son chiffre d'affaires ne provient pas des ventes. La Société PASS SAS perçoit entre 40 et 60 millions d'euros par année, vraisemblablement sous forme de commission de vente ou de courtage de la part d'autres sociétés du groupe en France. Avec des montants faibles de frais et d'emprunts, elle enregistre une très grande marge bénéficiaire avant impôts sur les sommes qu'elle perçoit, entre 67 % et 85 % depuis 2018 !

In: lettre Cictar à Ramsay
Sortie du rapport le 21 janvier 2025

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

sante-sociaux.cfdt.fr



Dans le cas d'Orpéa, les médias et les journalistes d'investigation ont décrit le phénomène en parlant de rétrocommissions⁴.

Les fossoyeurs

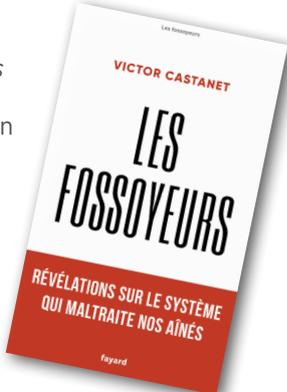
Des apporteurs d'affaires comme Jean-François Rémy, il y en avait une petite dizaine en France, prêts à faire bénéficier les groupes privés de leur carnet d'adresses. J'ai eu l'occasion d'en rencontrer un second à la fin de mes recherches. Un ancien patron de la santé française reconverti dans ce business de l'ombre. Un homme qui a eu l'occasion de travailler pour tous les groupes, de Colisée à DomusVi, en passant par Korian. Il m'a raconté des histoires similaires, m'expliquant que dans ce secteur tout était politique et que l'une des clés du succès était d'avoir un carnet d'adresses fourni.

Les deux techniques les plus utilisées sur le marché pour contourner les règles durant cette période déterminante (2002-2010) auraient été de recourir à des pots-de-vin (ce que m'ont confirmé plusieurs DG de grands groupes privés d'Ehpad) ou de faire appel à des apporteurs d'affaires (ou à des sociétés de conseil). Dans les deux cas, le système des autorisations était totalement perverti. Avec des apporteurs d'affaires, nous n'étions pas à proprement parler dans des scandales de corruption politique. En effet, les hommes politiques qui ont aidé Orpéa à obtenir ces autorisations ou qui ont facilité des rachats d'établissements n'auraient, *a priori*, rien reçu en échange de leur soutien. Mais cela n'en faisait pas une technique saine pour autant. Les intermédiaires, eux, ont touché gros, plusieurs centaines de milliers d'euros, voire plusieurs millions d'euros, pour chaque transaction. Des commissions qui ont pu, on l'a vu, entraîner un système complexe de rétrocommissions et nécessiter des montages financiers particulièrement troubles. Dans tous les cas, quel que soit le procédé, les petits groupes, les indépendants, les associations, n'avaient absolument aucune chance d'émerger

Les fossoyeurs

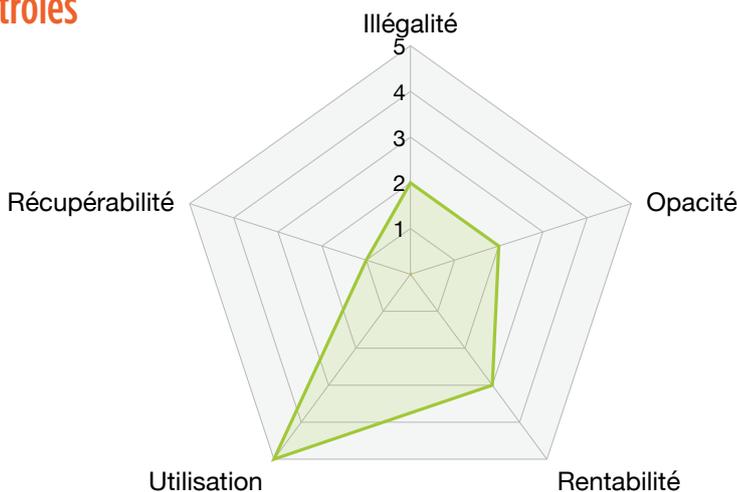
dans ce système. Ils n'avaient ni les contacts ni les ressources suffisantes pour faire face à leurs concurrents. Ces témoignages nous permettent de mieux comprendre comment, en France, certains grands groupes privés auraient émergé si vite et seraient devenus des empires d'une telle puissance. Et pourquoi, aujourd'hui, tout le secteur français de la dépendance (Ehpad et cliniques) se trouve concentré dans les mains d'un très petit nombre d'acteurs. Un tel système aurait privilégié à bien des égards les sociétés les plus grosses et les moins vertueuses. Plus un groupe avait la capacité et la volonté de nouer des contacts dans le milieu politico-administratif, plus il pouvait espérer se développer rapidement. Et à ce petit jeu à un milliard d'euros, Orpéa a toujours été le meilleur. Et de très loin. C'était la spécialité du docteur Jean-Claude Marian : s'entourer de gens de pouvoir.

In: *Les Fossoyeurs*
Chapitre 31:
« Je te file 1,5 million d'euros! »



Financiarisation Dérapages incontrôlés

LA RATIONALISATION DE LA MASSE SALARIALE



Dans les établissements de santé, la grande majorité des dépenses relève des coûts salariaux. Rapidement, les grands groupes ont cherché à rationaliser ce poste budgétaire en utilisant des dispositifs légaux ou à la limite de la légalité pour minimiser ces coûts et maximiser les recettes.

Les modes de financement, quelques fois très complexes, conséquents entre autres au système de la T2A⁵ ont été une aubaine pour les grands groupes. Non seulement la complexité ne les effraie pas, mais elle leur permet de maquiller des coûts salariaux en faisant porter le maximum des frais là où les

budgets sont les plus importants.

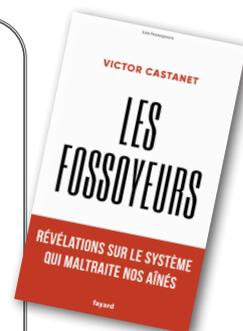
Il est important aussi de souligner que les opérateurs privés lucratifs ont choisi

4 Une rétrocommission est le fait illégal pour un vendeur de verser une commission plus importante que demandée à un intermédiaire pour récupérer ensuite, de façon occulte, la partie de la somme superflue après la transaction initiale. (Wikipédia)

5 Tarification à l'activité

« Les auxiliaires de vie sur l'hébergement ménage et nursing ne seront pas remplacées en CDD auxiliaire de vie jusqu'à nouvel ordre. Au nursing, les remplacements doivent s'effectuer par des AS (dotation Soins...). » On comprend, à travers ces mails, que le groupe souhaite réduire sa masse salariale en urgence et que, pour ce faire, il n'hésite pas à demander à ses directeurs d'utiliser des aides-soignantes (dont les salaires sont réglés à 100 % par l'argent public) à des postes normalement occupés par des auxiliaires de vie (dont « seulement » 30 % des salaires sont réglés par l'argent public).

D'après Alexandra Girelli, le groupe aurait été prêt à tout, cette année-là, pour contenir sa masse salariale au niveau national afin de pouvoir afficher les comptes les plus solides possible lors de la présentation annuelle de son rapport financier 2010.



In: *Les Fossoyeurs*
Chapitre 19:
Une directrice
qui résiste

les activités de santé sur lesquelles ils se sont positionnés. Opportunément ce sont des activités ou des domaines de la santé pour lesquels le temps soignants pèse le moins ou qu'il est sans risque de dépassements horaires non maîtrisés. Nous avons des exemples de tri de patient-e-s dans des services de médecine ambulatoire. Ainsi, les personnes souffrant de pathologies complexes sont laissées à la charge des autres acteurs de la santé, en particulier les hôpitaux publics.

Dans le meilleur des cas, les salarié-e-s sont soumis à des conditions de travail exigeantes et à une charge de travail importante. La pression et la productivité poussées à l'extrême créent au minimum une fatigue importante, voire une démotivation lorsque le sens du travail n'est plus central. Il n'est pas rare de constater un taux élevé de jeunes travailleurs et travailleuses qui ne font qu'une petite partie de leur carrière dans les établissements privés et quittent les effectifs en raison de la fatigue, de l'épuisement ou du ras-le-bol.

Dans le pire des cas, comme l'organisation du travail dans le domaine de la santé peut être très standardisée et très protocolisée, cela permet le recours à des salarié-es précaires ou à des services extérieurs. Cette sous-traitance, qui n'est pas illégale en soi, pose question lorsqu'elle est utilisée uniquement pour réduire la charge salariale des établissements, en faisant appel à des entreprises appliquant des règles et des conventions collectives moins avantageuses.

Si l'on examine la situation avec une perspective à long terme, dans une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences générale et transversale du secteur de la santé, il devient pertinent de se poser des questions sur des acteurs de la santé qui épuisent délibérément des salarié-e-s que d'autres employeurs devront embaucher pour le reste de leur parcours professionnel.

Sans conteste, la mise en place de nombreux sous-traitants pour de nombreuses tâches a également pour effet de complexifier la structuration juridique des entreprises, ce qui impacte la représentation des salarié-e-s et les moyens que le code du travail accorde en fonction des effectifs présents. Même si les règles du travail prévoient des représentations communes des salarié-es incluant l'entreprise mère et les sous-traitants, il existe des possibilités techniques d'échapper à cet aménagement de la loi dans le cadre de la représentation des salarié-e-s.

Financiarisation Dérapages incontrôlés



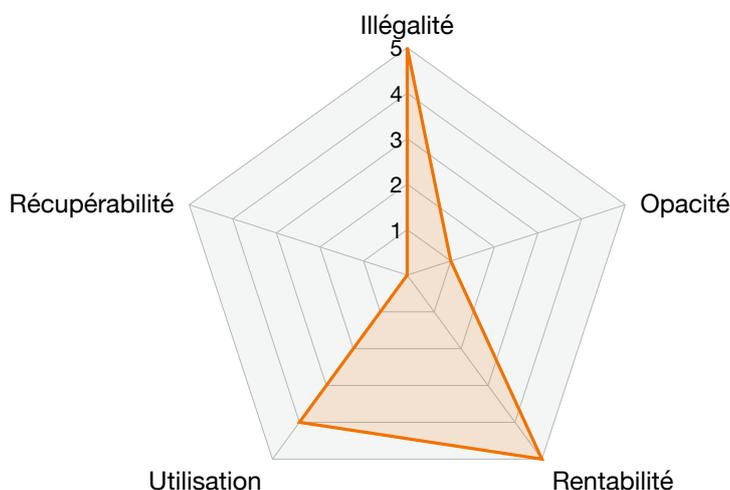
L'observation de la question salariale permet de percevoir la véritable nature des employeurs du secteur lucratif. Ils aiment afficher une solidarité démonstrative, mais quand il s'agit de s'engager pour établir des règles communes, d'appliquer des procédures identiques pour tou-te-s, ils freinent des quatre fers. En matière de salaires, les opérateurs préfèrent la logique du gré à gré plutôt que des garanties collectives. En réalité, contrairement à des gages ostentatoires d'une entente cordiale, les opérateurs se vouent une véritable compétition en coulisses, pour ne pas dire une guerre. Il ne faut pas se laisser tromper par leurs discours très empathiques où ils aiment se parer des valeurs positives qui sont associées à notre système de santé solidaire. En effet, c'est bien l'essence même du capitalisme qui les anime. Pour survivre, ils peuvent se mener des guerres destructrices entre eux. La longue séquence de l'avenant 33 est en une triste illustration. C'est une des raisons pour lesquelles cet accord, qui régulera les classifications et les grilles salariales, connaît autant de difficultés à être appliqué. **Il y a bien là une question éminemment politique, car réguler et mettre de l'égalité sur la question salariale, c'est aller à l'encontre de leurs véritables logiques : la concurrence et la recherche de profits.**

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

Nous l'avons vu dans les exemples précédents, rien n'est illégal, mais chaque dispositif soulève de nombreuses questions sur l'organisation. Il est évident que la complexité inhérente à ces dispositifs joue un rôle important pour masquer les recettes et les bénéfices. Plus il y a d'entreprises intervenant autour d'une activité, plus les recettes et bénéfices sont diffus. Comme on l'a vu dans certains exemples, lorsque les entreprises sont construites de manière inter-dépendante et gérées par des directions en partie communes, **la question du conflit d'intérêts ou du détournement de fonds pour des raisons fiscales ou vénales se pose.**

TOUJOURS DANS LA LÉGALITÉ... MAIS BEAUCOUP PLUS PROBLÉMATIQUE!

DES AIDES REÇUES SANS RAISON IMPÉRIEUSE, PAS TOUJOURS RENDUES...

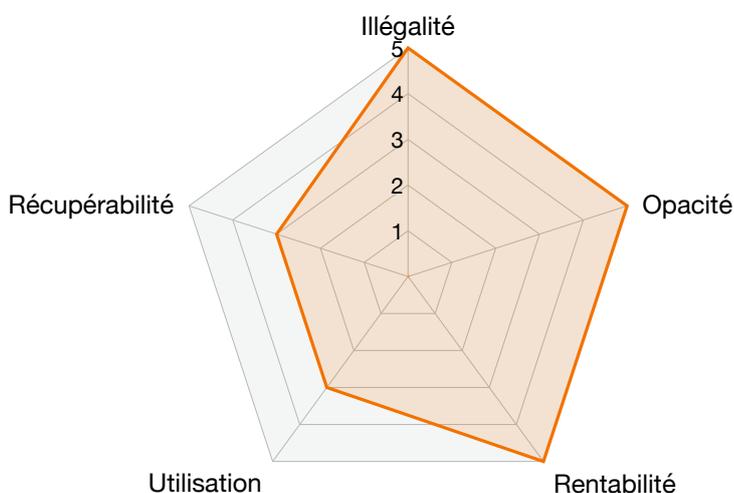


La crise Covid a imposé de nombreux dispositifs exceptionnels. L'arrêt économique du pays pendant le confinement et la reprise économique très progressive ont nécessité des mesures appelées « quoi qu'il en coûte ». Dans le secteur de la santé, durement sollicité et touché, le maintien des recettes a été un principe mis en place par les services du ministère afin de garantir la pérennité des établissements, des opérateurs et des structures de santé. Pour faire face aux besoins de santé exceptionnels de l'époque et au rattrapage nécessaire des soins non effectués pendant la période Covid, des aides financières ont été allouées

à de nombreux opérateurs. À la sortie de la crise, fort d'un bilan *a posteriori*, certaines aides avaient vocation à être rendues et ainsi revenir en crédit des recettes de santé. Dans le secteur lucratif, il est connu de tous que le mécanisme de retour des aides publiques non utilisées n'a pas fonctionné. Ainsi, dans les exercices 2022, 2023 et 2024, nous retrouvons des traces de fonds alloués mais non dépensés, venant ainsi en surplus dans les exercices comptables. Plusieurs hauts fonctionnaires nous ont expliqué que dans le secteur lucratif, les opérateurs avaient rapidement ventilé ces enveloppes exceptionnelles post-Covid au sein de tous leurs établissements, ce qui fait qu'aujourd'hui la récupération des fonds non-utilisés impose à l'État de procéder à autant de démarches que d'établissements. Cela coûterait plus cher de faire le nécessaire pour récupérer l'argent que ce qui serait récupéré.

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

LE TOUR DE PASSE-PASSE AVEC L'IMMOBILIER



Sous prétexte de s'alléger de la gestion de l'immobilier, l'État ou les gestionnaires publics ont sous-traité un peu trop facilement cette question aux opérateurs privés. S'ils sont certes plus agiles, ils ont manifestement trouvé là un levier pour mettre en place des mécanismes de financement et des dispositifs où ils sont juges et parties. En effet, imaginons que les gestionnaires d'établissement soient propriétaires des sociétés immobilières, l'activité économique des établissements de santé finirait donc l'acquisition de patrimoines immobiliers appartenant à ces dites sociétés qui n'ont pas d'engagements particuliers, ni de contraintes. Ce type de montage pourrait être une forme de « blanchiment légal » d'argent public. Le secteur de l'immobilier est régi par des règles spécifiques et connaît des dispositifs fiscaux particuliers. Les opé-



rateurs du secteur lucratif ont bien repéré l'intérêt de multiplier les structures. Les formes juridiques ou les dispositifs sont très variées, utilisant même des types de contrat-bail qui ont été conçus pour maximiser les revenus des propriétaires en réduisant les risques pris. **Le résultat est souvent le même : des structures immobilières largement bénéficiaires et les cliniques locataires des bâtiments toujours en déficit.** Dans beaucoup de cas, les baux exonèrent les propriétaires des bâtiments, de la charge du fonctionnement et d'entretien. Donc, même si les loyers peuvent apparaître raisonnables et cohérents avec les prix du marché, il y a de fait une surfacturation locative au détriment des budgets des établissements, puisque les risques sont souvent portés par le locataire (ex : les contrats-bail dit triple net¹). En étant au cœur des établissements, nous pouvons dire que quelques situations sont particulièrement caricaturales que ce soit des sociétés immobilières dont le siège est située dans des pays à la fiscalité très avantageuse, ou que ce soit des loyers clairement surévalués et couvrant largement les frais et les remboursements de dettes des sociétés immobilières propriétaires. Les actionnaires de ces sociétés immobilières profitent de rendements financiers exceptionnels, ne connaissant pas d'équivalent dans d'autres secteurs économiques. Il est facile de clironner que les actionnaires directs des grands groupes du secteur lucratif ne reçoivent pas de dividendes, car il n'en est pas de même des actionnaires des sociétés immobilières, accueillant l'activité des groupes du secteur lucratif (or souvent ce sont les mêmes personnes).

QUAND LES ÉCONOMIES BUDGÉTAIRES ET L'ÉCONOMIE CLASSIQUE NE SUFFISENT PLUS

Jusqu'à maintenant, dans ce dossier, nous nous sommes intéressés à des phénomènes économiques pour le peu classiques. Malgré quelques montages habiles pour masquer des résultats financiers et bénéficier d'intérêts fiscaux et sociaux, les grands groupes ne se sont pas arrêtés là. Devant les limites posées par les pouvoirs publics, ils ont développé de nouvelles stratégies, se sont dirigés vers des pratiques plus financières qu'il convient de bien comprendre. La première démarche est de procéder à des rachats successifs pour grossir et s'imposer comme acteur important, voire incontournable dans une activité ou un secteur. À partir d'une certaine taille, la recherche de fonds n'est pas toujours suffisante. Ainsi, l'économie classique ne permet plus le rachat de structures. C'est à ce moment-là que les groupes financiers ont procédé à des rachats d'établissements ou d'autres opérateurs par LBO², achat avec effet

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

1 Un bail triple net est un type de bail commercial dans lequel le locataire paie un loyer de base, plus toutes les dépenses d'exploitation de la propriété, telles que les impôts fonciers, l'assurance du bâtiment et l'entretien. Cela signifie que le locataire assume la majeure partie du risque et du coût de la propriété, tandis que le propriétaire reçoit un revenu fixe et a des obligations minimales. Un bail triple net est généralement à long terme, allant de dix à vingt-ans ans, et peut comporter des augmentations ou des diminutions de loyer en fonction des conditions du marché ou d'une formule prédéterminée. (LinkedIn)

2 Le terme LBO (Leveraged Buy-Out) désigne une opération financière permettant le rachat d'une entreprise en utilisant un effet de levier. Concrètement, cela signifie que l'acquisition est financée en grande partie par de la dette, plutôt que par des fonds propres. Voici comment cela fonctionne :

- Création d'une holding : une société holding est créée pour réaliser l'acquisition.
- Financement par emprunt : la holding contracte un emprunt pour financer l'achat de l'entreprise cible.
- Remboursement de la dette : les bénéfices générés par l'entreprise rachetée sont utilisés pour rembourser l'emprunt.

Le LBO permet ainsi de racheter une entreprise avec un apport initial limité, en misant sur la capacité de l'entreprise cible à générer des bénéfices suffisants pour rembourser la dette contractée.



levier. Ces phénomènes financiers, toujours connus et légaux, sont à regarder de manière particulière car ils ont **attiré le regard de grands fonds d'investissement internationaux**. En effet, les grands groupes de santé ont été regardés comme des sources d'investissement et ont été sujets de spéculation ou de rachats de dettes, faisant rentrer ainsi le secteur de la santé dans le monde de la financiarisation. En effet, assez rapidement, la taille de ces entreprises est devenue gigantesque, les valeurs ont explosé, au point de devenir inaccessibles pour des États. La bascule est faite, des pans entiers de la santé ont atteint le point de non-retour pour une reprise en main par l'État et pour les finances publiques.

// Pour prospérer heureux, restons planqués.

Il y a deux choses que les opérateurs privés du secteur de la santé apprécient particulièrement : **la complexité et l'opacité**. En effet, ils s'arrangent très facilement de la complexité, celle des systèmes de financement, de contrôle, d'organisation du système de santé. Nous le voyons en étudiant de près leur fonctionnement, mais aussi en portant un regard sur l'histoire du développement des groupes privés dans le secteur. Chaque fois que des scandales ou des choix politiques ont tenté d'endiguer ou de mieux contrôler un système, les opérateurs ont très rapidement trouvé un moyen détourné pour remettre en place une logique, toujours identique : mettre en déficit les établissements sur le territoire français en déplaçant des profits, soit dans des sociétés qui ne répondent pas aux mêmes obligations que celles de la santé, soit en choisissant des structures à l'étranger où l'État français ne peut plus agir fiscalement ni par voie réglementaire.

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés



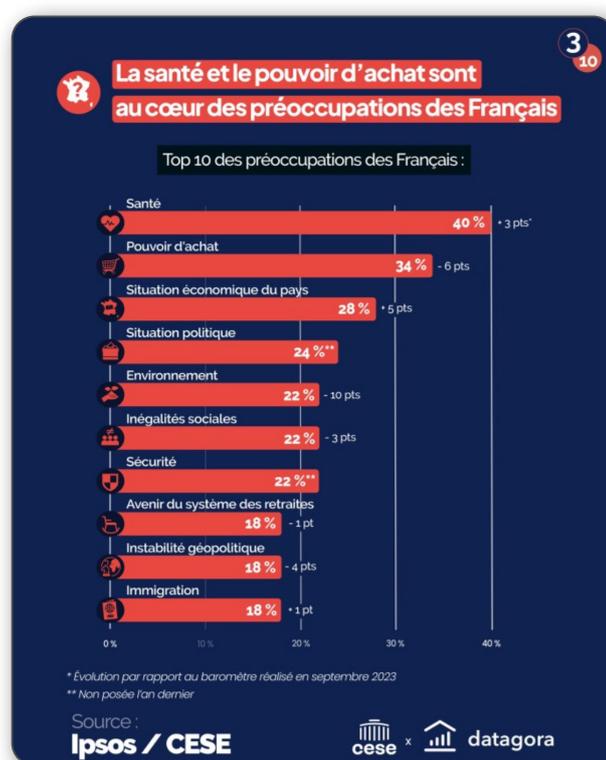
LIGNES ROUGES : LE GLISSEMENT LENT ET PEU PERCEPTIBLE VERS DES PHÉNOMÈNES DE PURE FINANCIARISATION

LE SECTEUR DE LA SANTÉ EST SÉDUISANT POUR LA FINANCE

De tous les secteurs économiques en France, celui de la santé a beaucoup d'avantages aux yeux des investisseurs financiers. Premièrement, les recettes sont majoritairement, parfois même exclusivement, assurées par des systèmes d'assurance collective ou même des États. Les salarié-e-s de la santé connaissent, pour beaucoup, des situations de précarité, les salaires étant bas. Nous pouvons noter ici un certain cynisme, à profiter d'un secteur où les salaires n'augmentent pas, et restent donc très proche du smic, ce qui permet de profiter largement des allègements de charges dits « bas salaires ». Pour des employeurs en recherche de la plus forte profitabilité, la combinaison de ces deux facteurs maximise encore plus les gains de productivité.

Pour un État, la santé est un secteur particulièrement sensible, les investisseurs l'ont bien compris, quel que soit le prix à payer de débordements ou de faillites, il y aura toujours une recherche de solutions pour maintenir ou reconstruire un système considéré comme **hautement prioritaire par les citoyen-ne-s**. L'attachement des français-es, à leur système de sécurité sociale est très fort. Sa pérennité sera assurée, quoi qu'il en coûte. C'est très rassurant pour des investisseurs français et étrangers.

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés



« Rapport annuel sur l'état de la France » par le CESE - 23 octobre 2024

IL EST DE PLUS EN PLUS IMPÉRIEUX DE SE PRÉMUNIR DE LA PRÉEMPTION RAMPANTE DU SECTEUR

On l'a vu jusqu'à maintenant, beaucoup de systèmes économiques et budgétaires sont utilisés par les opérateurs privés lucratifs. Certains d'entre eux sont « borderline » et beaucoup permettent de brouiller une vision financière profitant systématiquement aux investisseurs privés au détriment des salarié-e-s et des fonds publics. **Mais d'autres mécanismes plus inquiétants, peuvent être observés.**

sante-sociaux.cfdt.fr



Pour sécuriser leurs investissements et continuer leur implantation, les grands groupes privés lucratifs ont intérêt à verrouiller leur présence et empêcher tout démantèlement facile et rapide.



PREMIER MÉCANISME : L'EXTENSION ET LA CONCENTRATION SUR DES SOUS-SECTEURS PARTICULIERS

La construction de monopoles ou de **situations monopolistiques** doit nous interpeller, car une fois devenus incontournables, les opérateurs privés lucratifs peuvent imposer leur vision des choses et être à l'initiative de chantages à l'emploi ou à la santé publique. Le cas emblématique d'Orpea, au plus fort du scandale l'a mis en lumière. Aucune solution alternative n'a pu être mise en place au regard du nombre d'établissements gérés à l'époque par ce groupe. L'histoire a montré que l'État a dû s'engager via la Caisse des Dépôts pour éviter qu'Orpea ne soit liquidé, pouvant laisser des dizaines de milliers de françaises et de français en grande difficulté.

Dans le secteur de la biologie médicale, l'hyperprésence des acteurs du secteur lucratif, donne à celui-ci une couleur toute particulière. Régulièrement, dans l'actualité, il est fait état de tensions très fortes entre les organismes de l'État chargés de réguler la consommation de soins et les opérateurs qui sont **en capacité de faire la pluie et le beau temps** sur la biologie médicale et ses tarifs (cf. : les « grèves » des patrons dans les labos ou la menace de grève de la FHP des cliniques privées le 3 juin 2024 qui s'est transformée en « fausse grève »).

Si la biologie médicale a été un des premiers secteurs investis par des opérateurs privés lucratifs, d'autres s'engagent dans la même logique, c'est le cas de la radiologie, des soins dentaires, de l'ophtalmologie etc.

Notons, qu'avant même la position de monopole, dès que l'implantation est forte dans un secteur, dès que les cliniques deviennent incontournables dans un périmètre local, celles-ci se déconventionnent de l'Assurance maladie et pratiquent des tarifs libres, provoquant inéluctablement une hausse des frais de santé qui alourdit le déficit, les prises en charge par les complémentaires et le reste à charge sur les usager·ère·s. Dans certains territoires, aujourd'hui l'offre de soins lucrative est imposée aux citoyen·ne·s.

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

// **Des risques systémiques sur la santé.**



UN INTÉRÊT CROISSANT QUI SE DIVERSIFIE CONSTAMMENT

Aujourd'hui, les activités du secteur de la santé, très lucratives, ont été largement investies par les opérateurs privés. Mais l'appétit des investisseurs se porte maintenant sur des secteurs moins rémunérateurs, mais en difficulté ou devant opérer d'importantes mutations. C'est le cas en particulier des soins primaires dans les déserts médicaux ou même de la prise en charge sociale des enfants placés ou en difficultés. Le rachat de cabinets médicaux dans des endroits peu attractifs semble être une des prochaines cibles des opérateurs privés. Si dans un premier temps, aux yeux des politiques locales, il peut paraître séduisant d'avoir des solutions clés en main, **la mainmise d'acteurs privés sur toute la chaîne du soin**, allant des médecins généralistes jusqu'au chirurgien·ne·s, doit nous inquiéter. La capacité à dégager de fortes marges n'est manifestement pas la motivation première pour investir le secteur des soins primaires. En revanche, cet axe de développement relève plutôt d'une stratégie de préemption du système de santé français.



UN NOUVEAU DANGER

Autre pièce du puzzle, les acteurs privés de la santé expérimentent dans certains secteurs, des montages juridiques qui visent à déposséder les médecins ou les gestionnaires traditionnels des établissements de santé, de leur pouvoir d'agir. Nous avons des exemples qui démontrent qu'au travers de statuts savamment écrits, **les décisions au sein même de certains conseils d'administration n'appartiennent plus aux actionnaires historiques** (médecins, citoyen·ne·s, banques, etc.).



MEDIAPART

SANTÉ ENQUÊTE

En radiologie, la finance fait du profit sur le dos de l'assurance-maladie

Près d'un quart de la radiologie libérale est aux mains de fonds financiers, lancés dans une course à la rentabilité dangereuse. Ces fonds sont même parvenus à contourner la réglementation censée garantir l'indépendance médicale, comme le révèlent des documents que nous nous sommes procurés.

Caroline Coq-Chodorge et Manuel Magrez

14 décembre 2024 à 14h52



Ce contournement de la loi est rendu possible par la création de holdings, des sociétés financières qui entrent au capital des groupes de radiologie. Le groupe Oradianse est ainsi chapeauté par la holding Horadianse, comme le montre ce tableau issu du pacte secret d'actionnaires, que Mediapart s'est procuré : les radiologues fondateurs n'y détiennent que 12,53 % du capital et des droits de vote d'Horadianse, et les investisseurs financiers 87,33 %. Finalement, dans de tels montages, « *les médecins ne peuvent rien décider sans l'accord des financiers* », estime Laurent Grosclaude.

Article complet



Financiarisation
Dérapages
incontrôlés

Il y a une logique de fond, pratiquée dans une certaine discrétion par les acteurs privés lucratifs, que nous avons essayée de mettre en lumière dans ce dossier. Au départ, le secteur de la santé a été considéré comme un produit économique classique. Puis, il est devenu un secteur source d'enrichissements, rentable d'un point de vue financier. **Cette recherche de rentabilité a fini par produire des fragilités, qui pourraient, au détour d'une crise, se transformer en risques systémiques et compromettre l'accès aux soins de tou-te-s.**

sante-sociaux.cfdt.fr





QUATRE PROPOSITIONS DE LA CFDT

1 LA PUBLICATION DES COMPTES CONSOLIDÉS DES ACTEURS DU SECTEUR LUCRATIF

Transparence financière: obligation de consolidation et publication des comptes de toutes les structures financées par les cotisations sociales des contribuables. Cela inclut également les entreprises qui facturent à ces structures, directement ou indirectement. Cette mesure vise à garantir une transparence totale sur l'utilisation des fonds publics et à prévenir les dérives financières.

Aujourd'hui les experts de la CFDT santé-sociaux ne peuvent pas toujours analyser rapidement les comptes des acteurs du secteur lucratif car les comptes ne sont pas publiés dans le temps, comme l'exige la loi. Les pouvoirs publics doivent se montrer rigoureux et intransigeants sur cette disposition, d'autant plus qu'il s'agit d'argent public.

2 DES FINANCEMENTS PUBLICS UNIQUEMENT FLÉCHÉS SUR DES ENVELOPPES RH

La CFDT se bat toujours pour l'application de l'avenant 33, accord majeur de ces dernières années dans la branche lucrative. Sa mise en place est l'occasion de s'assurer que les fonds publics versés sont bien dirigés vers et pour les salaires des professionnel-le-s qui travaillent dans les établissements.

3 UNE ATTENTION APPUYÉE POUR CONSTRUIRE UN DIALOGUE SOCIAL PLEINEMENT OPÉRATIONNEL

Renforcer le rôle des syndicats pour qu'ils restent ou deviennent un véritable contre-pouvoir capable d'agir en tant que régulateur et lanceur d'alerte face aux montages financiers désavantageux pour l'État et les comptes sociaux. Cela inclut de revoir les prérogatives qui permettant aux syndicats de surveiller et de signaler les pratiques financières douteuses, assurant ainsi une meilleure protection des intérêts publics. Notons ici que les ordonnances « Macron » de 2017 ont globalement réduit les moyens et le pouvoir d'agir des syndicats dans l'entreprise.

4 UN INVESTISSEMENT CONSÉQUENT POUR LA SANTÉ DE TOU-TE-S MAIS AVEC LA GARANTIE QUE CET ARGENT NE FINISSE PAS DANS LES CIRCUITS SPÉCULATIFS FINANCIERS

Réinvestissement des profits: obligation de flécher les profits dans l'investissement. Si la financiarisation induit des gains d'efficacité et des niveaux de rentabilité élevés, il est indispensable que le régulateur public puisse récupérer une partie de ces gains pour les réinvestir dans le système de santé. Cela permettrait de réorienter les bénéfices vers des améliorations concrètes des services de santé.

Financiarisation
Dérapages
incontrôlés



CONFÉRENCE DE PRESSE



La spéculation immobilière au cœur du système de santé français : le cas du groupe Ramsay santé

Mardi 21 janvier 2025 à 10 h

Lors de la conférence de presse :

- les experts de Cictar présenteront leur rapport et répondront aux questions ;
- la CFDT formulera ses propositions à propos de la financiarisation ;
- elle présentera les actions en cours et celles à venir.

Pour suivre la conférence de presse :

à distance sur Vimeo :

Lien : <https://vimeo.com/event/4807845>



en présentiel :

Immeuble des Fédérations CFDT

Salle 8 - niveau 1

47-49 avenue Simon Bolivar - Paris 19^e - Métro Pyrénées, ligne 11

Vous pouvez signaler votre venue

à **Fabien Hallet**, secrétaire fédéral chargé des relations presse

fhallet@sante-sociaux.cfdt.fr

06 36 02 15 07

**Financiarisation
Dérapages
incontrôlés**

sante-sociaux.cfdt.fr

