

Sur la financiarisation des soins aux personnes âgées en Europe

Par Cornelia Hildebrandt



Dans cet article qui présente les premiers résultats d'une étude à paraître sur la financiarisation des soins aux personnes âgées dans six pays de l'Union européenne, Cornelia Hildebrandt et Tatiana Moutinho expliquent les mécanismes d'un processus qui a commencé dans les années 1990 et s'est accéléré dans les années 2000 dans un contexte d'absence de réglementation et de stratégie de financement durable du grand âge et de la dépendance à l'échelle européenne. Les soins aux personnes âgées sont devenus la cible de quelques grands groupes cotés en bourse qui ont tiré profit de la directive européenne sur la concurrence concernant la procédure des appels d'offre. Captant les subventions publiques alors que les établissements publics sont plongés dans de multiples difficultés notamment financières, ces sociétés de capital-investissement organisent la précarité des soins pour maximiser leurs profits.

Cet article présente les premiers résultats d'une étude sur la financiarisation des soins aux personnes âgées dans six pays de l'Union européenne (Croatie, France, Allemagne, Portugal, Espagne et Suède). Menée sous la direction de Theo Bourgeon, Université d'Édimbourg, à la demande de [Transform!europe](#), l'étude sera publiée dans les semaines à

venir.

Dans les pays de l'Union européenne, la proportion de personnes âgées augmente, alors que le taux de natalité diminue. D'ici 2050, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans passera de 20 % aujourd'hui à 30 % en 2050, et avec elle le nombre de personnes nécessitant des soins, qui passera d'environ 30 millions en 2019 à 38 millions en 2050, associé à un besoin croissant de services et d'établissements de santé.

Cependant, la qualité des soins de longue durée est déjà loin de répondre au droit à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle, tel que stipulé dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne^[1]. Cela vaut également pour le principe 18 du pilier européen des droits sociaux : le droit à des soins de longue durée, des services de soins à domicile et des services de proximité abordables et de qualité.

L'importance capitale des soins de longue durée a été reconnue par la Commission européenne, qui a adopté une *Stratégie européenne en matière de soins de longue durée* en septembre 2022^[2]. Ce document présente une vision stratégique des soins de longue durée dans l'UE, mais se contente de souligner la nécessité de soins de longue durée de qualité, abordables et accessibles. La Commission européenne fait également référence au rapport de la Conférence sur l'avenir de l'Europe^[3], mais ne développe pas de lignes directrices concrètes et n'aborde pas la financiarisation croissante du secteur des soins à la personne dans l'UE comme un problème fondamental pour la mise en œuvre de ces objectifs. Les conséquences de la financiarisation des soins aux personnes âgées sont déjà évidentes aujourd'hui.

Lorsque les services de soins à la personne sont offerts par le secteur public, ils ne sont pas suffisants, en particulier dans les régions rurales, et sont souvent associés à une qualité de soins inférieure. Lorsque les soins sont fournis par des entreprises familiales privées – également en raison du manque d'alternatives – il y a trop souvent un manque de contrôle des normes définies par la loi en matière de soins à la personne. Les conditions de soins inacceptables et les niveaux de personnel inadéquats font régulièrement l'objet de gros titres sur les conditions de vie scandaleuses dans les maisons de retraite médicalisées, comme en Croatie et au Portugal.

La situation est encore pire en ce qui concerne les prestataires de soins de longue durée à but lucratif cotés en bourse ou les investisseurs privés, pour qui les soins ne sont qu'un « élément secondaire » permettant de maximiser les profits grâce à des services de soins subventionnés par l'État. En outre, l'achat-revente aussi rapide que possible vise à accroître encore les marges bénéficiaires sans que l'État n'intervienne réellement. Cette situation est due à l'absence de réglementations et de politiques visant à limiter la financiarisation et à élaborer de véritables stratégies de financement durable des soins à la personne dans le respect de la viabilité globale des finances publiques et d'un contexte réglementaire clair qui tienne compte de la valeur sociale des soins et d'établissements pour personnes âgées et permette l'accès à des soins de longue durée abordables et de haute qualité.

Quelques groupes privés dominant un marché des soins privatisés

Le processus de financiarisation des services de soins a commencé au milieu des années 1990 et s'est accéléré dans les pays de l'UE au début des années 2000. L'introduction d'une assurance publique pour les soins de longue durée, comme en Allemagne en 1995, est devenue le point de départ d'une financiarisation presque incontrôlée du secteur des soins à la personne. L'obtention de données concrètes sur les services de soins privés à but lucratif - qui reflètent la financiarisation du secteur des soins - s'avère être un obstacle, en raison des structures de propriété alambiquées et, dans certains cas, anonymes, pour dévoiler les flux financiers et la transformation des subventions publiques ou de l'État en marges bénéficiaires aux dépens des soins. Dans le

même temps, les établissements de soins publics, comme ceux du Portugal et de la Croatie, sont de plus en plus confrontés à des problèmes financiers dus à l'augmentation du coût de l'énergie et du coût de la vie, à des coûts supplémentaires pour les établissements de santé et leur administration, et deviennent progressivement orientés vers le profit.

Néanmoins, et bien qu'il y ait un manque général de données officielles accessibles et transparentes, des chiffres notables mettent en évidence la dimension croissante de la financiarisation du secteur des soins. En France, par exemple, pays dont le secteur des soins à la personne est très fortement financiarisé et qui abrite les trois plus grands groupes européens de soins à la personne (Orpéa, Korian et DomusVi), la proportion de places d'hébergement à but lucratif est actuellement de 20 %. Ces trois entreprises sont également présentes en Espagne, en Allemagne et dans d'autres pays de l'UE^[4]. En Suède, près de 90 % des prestataires de services sociaux privés à but lucratif sont de grandes entreprises, dont Ambeo et Attenda – le sixième plus grand prestataire de soins en Europe. Au Portugal, la part d'établissements de soins à la personne à but lucratif est d'environ 30 %. En Croatie, la proportion de soins publics est inférieure à 10 %, la proportion de soins privés est de 20 % et la proportion de pensions de familles est d'environ 70 %, dont certaines, comme les pensions de soins privées, sont largement orientées vers le profit. Dans certains pays, comme l'Espagne, il est également nécessaire de faire la distinction entre les établissements publics gérés par l'État et ceux qui sont gérés par des acteurs privés. 26 % des établissements de soins à la personne appartiennent à l'État. Toutefois, la proportion de lits d'hébergement financés par l'État est de 62 %. Cela signifie qu'en Espagne, l'État subventionne directement les investissements des entreprises privées dans le secteur des soins à la personne, une tendance que l'on retrouve dans plusieurs autres pays de l'UE (Suède, France et Allemagne, par exemple). La réglementation inadéquate du secteur des soins à la personne, et plus encore des flux financiers, fait des soins aux personnes âgées l'une des cibles d'investissement les plus attrayantes pour le capital financier européen, ce qui conduit à une concentration du marché et à la monopolisation du secteur des soins.

En Espagne, la monopolisation signifie que quatre groupes d'entreprises contrôlent un quart de l'ensemble du secteur des soins à la personne. Trois d'entre eux (DomusVi, Vtalia home et Ballesol) sont détenus par des sociétés financières privées et le quatrième, la société française Orpéa, opère en bourse. En France, six grandes entreprises opèrent dans le secteur des soins à la personne : Korian, Orpéa, DomusVi, Le Noble Age, Colisée et Domidep. Les quatre premières cités sont les plus grands groupes de soins d'Europe. Outre Orpéa, Korian et Le Noble Age sont également cotés en bourse. En Allemagne, le plus grand prestataire de soins à la personne à but lucratif est Alloheim, détenu par l'investisseur suédois Nordic Capital ; Korian est le deuxième plus grand groupe de soins à la personne en Allemagne. En Suède, les soins à but lucratif sont désormais concentrés dans cinq « conglomérats de soins », Ambeo et Attendo représentant à eux seuls près de 60 % des parts. En particulier, la procédure d'appel d'offres à l'échelle européenne, conformément à la directive européenne sur la concurrence 2004/18/CE de 2004, a conduit à l'éviction des prestataires locaux et, dans le même temps, a favorisé l'externalisation des prestations et de l'administration des soins ou la séparation des prestations de soins et des établissements de soins.

En conséquence, les groupes de capital-investissement et les sociétés cotées en bourse dominent le marché des soins privatisés, ce qui a des conséquences pour l'ensemble du secteur des soins à la personne, y compris le secteur public.

Comment les prestataires financiers de services de soins à la personne travaillent-ils et opèrent-

ils ?

Les groupes d'investisseurs privés et les sociétés cotées en bourse cherchent avant tout à maximiser leurs profits – et le secteur des soins à la personne ne fait pas exception à la règle. L'évitement fiscal étant l'un des outils financiers préférés des sociétés à but lucratif, l'organisation globale de l'actionariat des groupes de capital-investissement opérant dans le secteur des soins se trouve en fin de compte en dehors des pays dans lesquels ils sont réellement actifs – par exemple, les sièges sociaux de Nordic Capital et de DomusVi se trouvent dans des paradis fiscaux, respectivement au Luxembourg et à Jersey.

Les sociétés de capital-investissement s'attachent principalement à concentrer et à réorganiser les entreprises afin qu'elles puissent être vendues à un nouvel acquéreur avec un bénéfice substantiel. Dans le secteur des soins aux personnes âgées, il s'agit de réaliser des bénéfices en achetant, en acquérant et en fusionnant des établissements de soins, puis en les revendant à des prix plus élevés. Ces entreprises séparent souvent la prestation de soins et l'hébergement, sur la base de prêts et en répercutant les charges du prêt – les intérêts – sur les établissements de soins et leurs utilisateurs. Les paiements d'intérêts d'Alloheim en Allemagne (Cidron Holding - Nordic Capital), par exemple, représentent 10 % des revenus du groupe d'établissements médicalisés. En 2021, la dette totale s'élevait à 1,4 milliard d'euros, dont 874 millions d'euros dus à des créanciers externes.

Pour maximiser les profits, il faut « transformer » les structures de soins à la personne en abaissant les normes de construction et de prestation de soins, en réduisant les ratios de personnel et en abaissant les salaires du personnel soignant (souvent en recrutant des travailleurs moins qualifiés).

Pour éviter que cela ne se remarque, une société holding est officiellement créée pour les différentes entreprises de soins à la personne, qui concluent alors les contrats avec les clients étatiques et appuient ainsi l'activité d'investissement sous-jacente sur une base sûre. Les bénéfices des sociétés de portefeuille sont transférés aux propriétaires réels par le biais d'accords de transfert de bénéfices, qui ne sont finalement pas basés dans le pays où les bénéfices sont générés. Par exemple, le groupe allemand Alloheim, deuxième fournisseur de soins à la personne à but lucratif en Allemagne avec plus de 25 000 lits d'hébergement, est officiellement détenu par une société holding à Düsseldorf, qui est toutefois liée à Cidron Atrium par des accords de transfert de bénéfices, qui est à son tour liée à Nordic Capital.

Entreprises familiales

Les pensions de familles et les petites entreprises (souvent gérées illégalement) revêtent une importance particulière en Croatie et au Portugal, respectivement, et peuvent être considérées comme des cibles faciles pour la monopolisation par des investisseurs financiers, étant donné qu'elles sont également soumises à une forte pression financière et de capacité en raison de la rareté de l'offre publique dans les pays où les populations vieillissantes sont les plus nombreuses. En Croatie, les personnes à faibles revenus n'ont pas le choix, d'autant plus que la prise en charge familiale n'est guère envisageable en raison de la migration des jeunes générations. La migration des travailleurs sociaux croates vers d'autres pays de l'UE est l'une des raisons pour lesquelles il n'y a que neuf employés pour 100 000 dans le secteur des soins à la personne en Croatie, de sorte que les pensions de famille deviennent une solution « informelle » pour répondre à des fonctions étatiques ou publiques non accomplies. Dans le même temps, des capacités inadéquates et des déficiences dans les soins apportés dans les pensions de famille sont régulièrement identifiées, sans que cela n'entraîne de conséquences. 108 pensions de famille (sur environ 400) devaient être fermées en 2022, mais 74 continuent de fonctionner^[5]. Au Portugal, les mêmes problèmes de manque de qualité des soins fournis conduisant à la maltraitance en établissements ont également été dénoncés dans les petites maisons de retraite médicalisées privées, qui représentent près de la moitié des maisons de retraite médicalisées des plus

grandes villes. Le secteur des soins privés aux personnes âgées est en train de devenir un marché en pleine expansion, avec de grands groupes financiers comme DomusVi et Orpéa qui opèrent déjà dans le pays. À cet égard, il convient de mentionner que, bien que l'État portugais ne puisse pas financer directement les prestataires de soins privés, les modifications apportées à la législation pendant les années de la troïka ont permis d'envisager une augmentation du nombre maximum de lits d'hébergements autorisés par établissement, ce qui a rendu les maisons médicalisées pour personnes âgées beaucoup plus attrayantes pour les grands investisseurs financiers.

Quelles sont les conséquences ?

Le système de soins comprend le personnel soignant, les services de soins et les hébergements liés aux soins – l'immobilier de santé. Dans le processus de financiarisation du secteur des soins, la prestation de services, le personnel et les biens immobiliers sont séparés afin de maximiser l'augmentation des bénéfices. Dans les pays où la base juridique le permet, la plus grande marge de manœuvre consiste à réduire les salaires ou les prestations (ou les deux) ou à renoncer à investir dans l'immobilier.

Les conséquences de l'abaissement des normes minimales dans les structures de soins à la personne à but lucratif ont été démontrées par la pandémie dans presque tous les pays de l'UE, en particulier dans les établissements de soins à la personne des sociétés à but lucratif. Les épidémies ont peut-être été moins fréquentes, mais elles ont été plus importantes et ont duré plus longtemps, et il y a eu plus de décès que dans d'autres établissements comparables. En Espagne, les régions autonomes ayant une plus grande proportion de maisons médicalisées privées ont enregistré un taux de mortalité plus élevé^[6].

Les effets sur le personnel soignant sont également difficiles à dissimuler. Réduire les coûts et maximiser les profits passe par la pénurie de personnel soignant, la surcharge de travail du personnel et le recours à des travailleurs temporaires moins bien payés et moins qualifiés. Selon le magazine allemand *Frontal21*, la surcharge de travail a entraîné des problèmes d'hygiène, de qualité des soins et favorise les abus. Dans les établissements publics – comme on peut le constater en Suède, par exemple –, le nombre de travailleurs temporaires et marginaux est nettement inférieur à celui des établissements à but lucratif. Broms et al. (2024)^[7] ont constaté, pour la Suède, que les niveaux de personnel sont les plus bas dans les établissements à capitaux privés et les établissements cotés en bourse, et les plus élevés dans les établissements publics ou à but non lucratif. Il en va de même pour la formation officielle.

Par où commencer ?

Tout d'abord, il est nécessaire de faire entrer la financiarisation du secteur des soins à la personne dans le débat public et, pour se faire, les faits de la financiarisation : qui fait des bénéfices et à quel prix pour les personnes ayant besoin de soins et leurs proches. Les soins à la personne sont un bien public et doivent être défendus, car il s'agit de la manière dont la société traite ses membres les plus faibles, c'est une question d'humanité. Les soins, en tant qu'élément de base d'une vie digne pendant la vieillesse, doivent être placés sous le contrôle des pouvoirs publics. Cela implique l'adoption de lignes directrices et de normes minimales en matière de soins, ainsi que leur contrôle effectif.

Compte tenu de l'impact des sociétés transnationales sur la qualité du secteur des soins à la personne, il serait nécessaire d'adopter des règles financières plus strictes, telles que celles proposées par la Commission européenne au Conseil européen pour les soins de longue durée (Commission européenne 2022), et surtout de les mettre en œuvre dans tous les pays de l'UE. Cela implique également des normes européennes minimales pour les conditions de travail dans le secteur des soins à la personne, au-delà des formulations

générales de la *Stratégie européenne en matière de soins*, concernant le rapport entre le personnel et les personnes nécessitant des soins, les salaires, les heures de travail maximales, les périodes de repos obligatoires et l'amélioration de la formation continue.

Cependant, il ne suffit pas de se concentrer uniquement sur le secteur des soins. Les institutions financières et les flux financiers doivent être contrôlés. Lors de l'attribution de services publics de soins à des prestataires de services financiers transnationaux européens ou à des sociétés cotées en bourse, une « Schufa »^[8] européenne doit tenir compte de leur endettement. Sur la base de directives européennes contraignantes, il faut exclure que les sociétés de capital-investissement soient autorisées à transférer leurs dettes aux entreprises qu'elles rachètent. En outre, des mesures concrètes doivent être prises pour développer un financement durable des besoins croissants en matière de soins dans l'UE au niveau européen.

La santé n'est pas une marchandise ! Et les soins non plus. Il est donc impératif de libérer les soins des griffes et des contraintes de la financiarisation.

Traduit par Clémence Berger

Notes de bas de page :

[1] Parlement européen, *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*, article 25, 2000.

[2] Commission européenne, *Une stratégie européenne en matière de soins pour les aidants et les bénéficiaires de soins*, 2022.

[3] Plus précisément la proposition 15, paragraphe 18, *Rapport sur les résultats finaux de la Conférence sur l'avenir de l'Europe*, mai 2022, p. 63.

[4] Schumann, Harald/Schmidt Niko, *Das Milliardengeschäft Altenpflege : Heime als Gewinnmaschinen für Konzerne und Investoren* (Les soins aux personnes âgées, un marché de plusieurs milliards : les maisons de retraite médicalisées, des machines à profit pour les entreprises et les investisseurs), *tagesspiegel.de*, le 16/07/2021.

[5] M. Vrsaljko, « *Ilegalni obiteljski domovi u Zadru posluju unatož zabrani, država im ništa ne može* », *Faktograf.hr*, le 05/04/2022.

[6] E. Barrera-Algarín et al., « *Covid-19 y personas mayores en residencias: Impacto según el tipo de residencia* », *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, ("Covid-19 et personnes âgées en maison de retraite : impact selon d'établissement", *Revue espagnole de gériatrie et gérontologie*), 56(4), pp. 208-217.

[7] Broms, R., Dahlström, C., Nistotskaya, M., « *Provider Ownership and Indicators of Service Quality: Evidence from Swedish Residential Care Homes* », *Journal of Public Administration Research and Theory*, 34 (1), 2024, pp. 150-163. <https://doi.org/10.1093/jopart/muad002>

[8] La SCHUFA est une agence de notation de crédit en Allemagne. Elle attribue un score de crédit aux résidents allemands. Avoir une bonne note à la Schufa, signifie qu'il est plus facile de trouver un appartement ou d'obtenir un prêt. Avoir une mauvaise Schufa, peut signifier que certaines banques refusent l'ouverture d'un compte bancaire.

[9] La SCHUFA est une agence de notation de crédit en Allemagne. Elle attribue un score de crédit aux résidents allemands. Avoir une bonne note à la Schufa, signifie qu'il est plus facile de trouver un appartement ou d'obtenir un prêt. Avoir une mauvaise Schufa, peut signifier que certaines banques refusent l'ouverture d'un compte bancaire.

Pour citer cet article :

Cornelia Hildebrandt, «Sur la financiarisation des soins aux personnes âgées en Europe», *Silomag*, n°18, mai 2024. URL: <https://silogora.org/sur-la-financiarisation-des-soins-aux-personnes-agees-en-europe/>