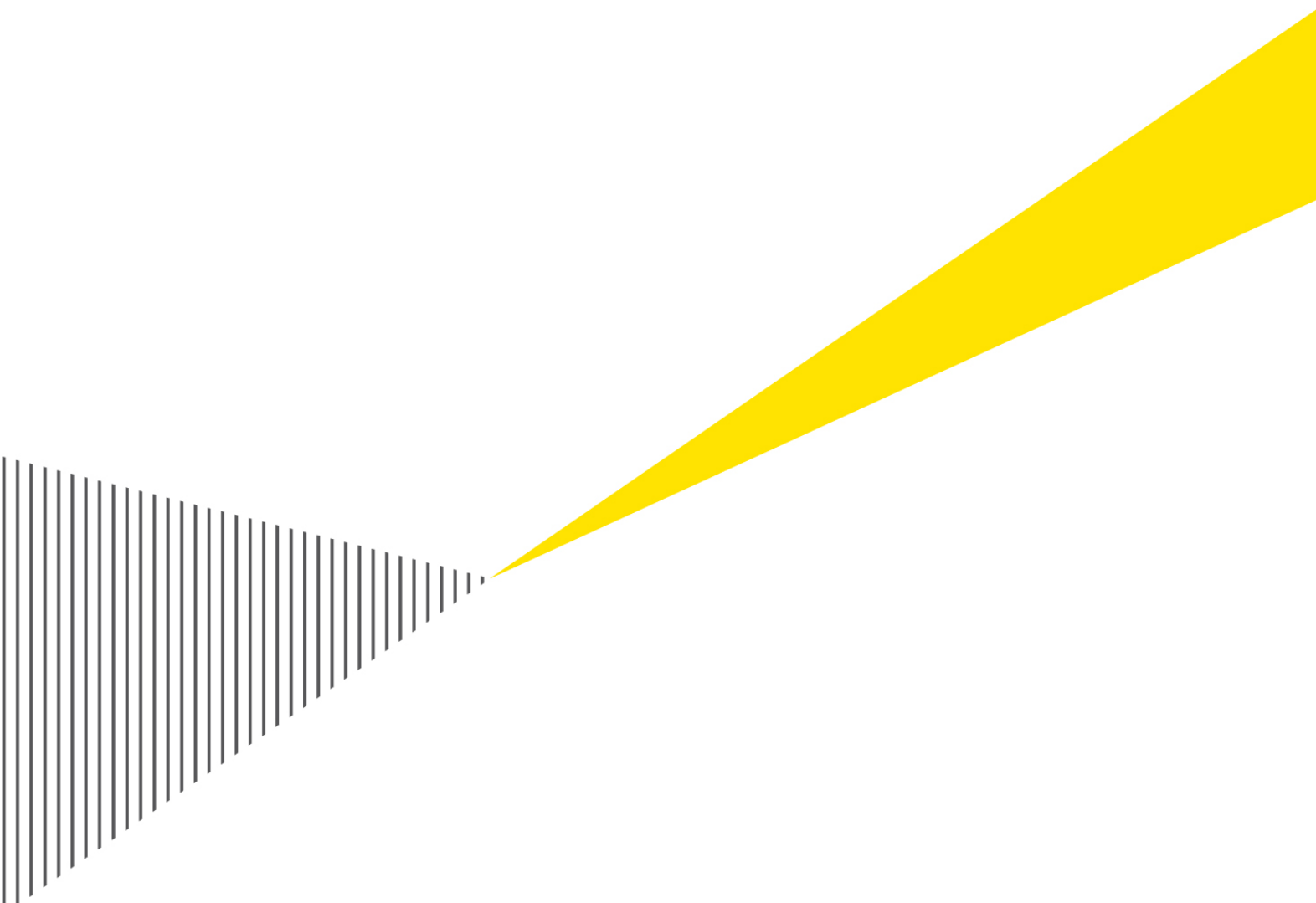


Sénat

Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement
et de services destinés aux personnes âgées dépendantes

octobre 2008



AVERTISSEMENT

Le présent rapport a été réalisé en exécution d'une commande spécifique de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque.

Il a pour unique objectif de venir alimenter la réflexion de ses membres. Il est ainsi destiné à l'usage exclusif du Sénat et ne peut être diffusé seul, ni considéré indépendamment.

L'ensemble des analyses qui y sont développées est issu d'informations et de données publiques et accessibles ou confiées le cas échéant par des entretiens spécifiques, conduits dans le cadre de la mission confiée par le Sénat, auprès de certaines des entreprises citées.

Sommaire

Sénat	1
Eléments clés de contexte	4
Caractérisation de la demande	4
Articulation de l'offre	10
Structuration du secteur	13
Le secteur privé lucratif	13
Le secteur privé non lucratif	26
Eléments de prospective	32
Vers un renforcement de la concentration : pour une maîtrise de l'offre ?	32
Analyse comparative des marchés de l'hébergement en Italie, Allemagne, Royaume-Uni et Belgique	40
Annexes	57
Bibliographie	70

Éléments clés de contexte

Caractérisation de la demande

La population concernée par la dépendance aujourd'hui et demain : un phénomène de société

Un secteur porté par des phénomènes démographiques à forte inertie

La population de grand âge va fortement progresser dans les années à venir. La France va connaître une profonde mutation de la structure de sa population, du fait de l'allongement de la durée de vie, l'élévation du niveau de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des baby boomers : les chiffres sont à cet égard éloquent. En part relative, les plus de 60 ans¹ représenteront ainsi a minima 33 % de la population française en 2040, contre environ 21 % en 2000. Revus en terme absolu, ces chiffres signifient que si l'on comptait environ 10 millions de français de plus de 65 ans en 2005, ils seront de l'ordre de 18 millions en 2050 soit une croissance totale de 185 %... Cette hausse est inégale en fonction du décile concerné : + 45 % pour la population de 65-74 ans, + 78 % pour les 75-84 ans, + 288 % pour les plus de 85 ans. Conséquence logique, le poids des personnes âgées de + de 85 ans devrait croître de 2 à 8 % en l'espace de 50 ans.

Cette augmentation se traduit par une progression mécanique du nombre de personnes âgées fortement dépendantes (2 % des 70 ans sont dépendants contre 30% des 90 ans²). Le nombre de plus de 60 ans classés en GIR 1 à 4 dépasse d'ores et déjà le million si l'on se réfère aux données des bénéficiaires de l'APA. Il est néanmoins important de noter que la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées constituent aujourd'hui la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et donc également une des causes principales d'entrée en institution. Elle touche 850 000 personnes en France, un chiffre qui représente 18 % des personnes de plus de 75 ans. Dans les années à venir, les coûts humains et financiers de la prise en charge de ce type de maladies vont s'alourdir (systématisation des diagnostics, prise en charge plus précoce, progrès de la prise en charge et des traitements...), avec 225 000 nouveaux cas déclarés chaque année. En cas de dépendance « physique », les progrès en matière de maintien à domicile (téléassistance, adaptation de logements...) permettent, jusqu' à un certain point bien sûr, de conserver une alternative à l'entrée en institution³.

1 Nous avons pris en compte le scénario pessimiste de l'Insee. La DREES et l'INSEE avaient proposé d'utiliser deux hypothèses : une hypothèse basse, qui correspond à la stabilité de la durée de vie passée en dépendance, une hypothèse haute, qui postule une baisse modérée de 1 % par an des taux de prévalence de la dépendance à chaque âge, ce qui aboutit à une augmentation de la durée de vie passée en dépendance.

2 Source : « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique mai 2007, Candesic.

3 En ce qui concerne le profil des personnes prises en charge par les Ssiad, il faut noter que sept usagers sur dix ont au moins 80 ans, un quart est âgé de 90 ans ou plus et les deux tiers sont des femmes. La plupart du temps, ces personnes sont très lourdement dépendantes (le taux de recours d'une aide soignante est deux fois plus important pour les personnes classées en GIR1-2 (24 %) que pour celles en GIR3-4).

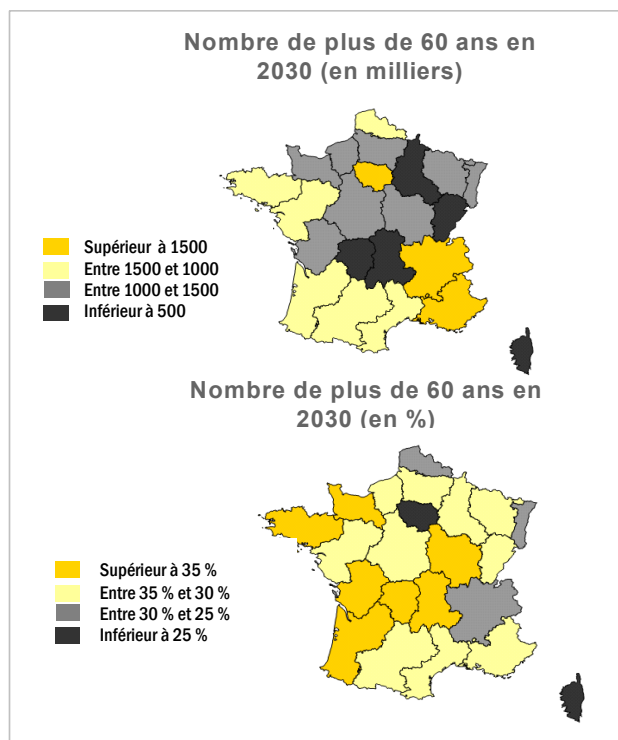
Une entrée en institution qui apparaît de plus en plus comme la solution à une phase de fin de vie pour laquelle le maintien à domicile n'est plus possible

Dans le passé, les maisons de retraite accueillait des personnes âgées désireuses de ne pas vivre seules, mais qui pouvaient demeurer relativement autonomes dans l'exécution des actes de la vie quotidienne. Si ces cas demeurent, ils sont aujourd'hui très largement marginaux face au souhait principal des personnes âgées qui consiste à rester aussi longtemps que possible à leur domicile. La diminution structurelle du taux de prévalence de la dépendance par âge, couplée au souhait du maintien à domicile, font que ces dernières entrent plus tardivement en institution et plus fréquemment en situation de dépendance. En 2003, 81 % des résidents (hors foyers logements) étaient classés dans les GIR 1 à 4 contre 57 % en 1996. Le rapport du Centre d'Analyse Stratégique fait ainsi l'hypothèse (contestée par ailleurs) d'une part insignifiante (1 %) de GIR 5-6 en institution.

De facto, la perte d'autonomie à des stades plus ou moins avancés concerne ainsi près de 9 personnes sur 10 vivant en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée, avec souvent un cumul de problèmes physiques et psychiques touchant la faculté de réaliser des gestes de la vie courante et les capacités d'orientation ou de cohérence. Au-delà du strict aspect médical, l'établissement a pour avantage d'offrir une prise en charge intense, 24 heures sur 24, difficile à mettre en place à domicile. Les maisons de retraite, futures EHPAD, répondent et répondront donc de plus en plus à l'urgence médicale et sociale, ce qui pose la question de la mixité des établissements et du déficit d'offre à destination du « 3^e âge » valide.

Une inégale répartition géographique de la « demande » avec pour conséquence des enjeux d'accessibilité à l'offre d'hébergement et de services

L'approche des besoins sur le territoire et l'identification des régions critiques en termes de demande dans les années présentes et à venir est également nécessaire, sachant que la population âgée ne se trouve pas répartie de façon homogène sur l'ensemble du territoire. D'une manière générale, les 75 ans et plus sont surreprésentés dans le quart sud-ouest, au regard d'une moyenne nationale fixée à 7,7 % de la population totale. A contrario, la partie nord/nord-est du territoire et certains départements de la région Rhône-Alpes paraissent moins marqués à quelques exceptions près (départements de la Meuse, de la Haute-Marne, des Vosges et de la Haute-Saône). En terme relatif maintenant, les régions rurales connaîtront entre 2000 et 2030, la plus forte augmentation de la proportion de personnes de plus de 60 ans, au premier rang desquelles la Champagne Ardennes, le Poitou Charente, l'Auvergne, la Bourgogne et la Lorraine. Or, ces régions sont souvent parmi les moins bien dotées au plan sanitaire et social¹, ce qui pose la question de l'égalité des personnes âgées devant l'offre, d'autant que si leur présence est significative en proportion, celles-ci sont bien souvent dispersées et peu enclines à quitter leur domicile ou du moins leur lieu d'habitation, et donc davantage soumises au risque de l'isolement social.



1 Ce point sera abordé avec plus de détail dans la partie suivante sur l'offre.

La localisation des personnes retraitées en France obéit également à une logique de redistribution territoriale, avec pour facteurs principaux l'héliotropisme et/ou le rapprochement par rapport aux zones littorales et/ou encore l'éloignement des grandes métropoles. Enfin, à noter également une tendance à la multi-résidentialité qui va également s'accroître (développement des résidences seniors en Espagne, Tunisie...), bien que le mouvement reste encore relativement marginal et nécessite d'être mis en perspective avec la réalité présente qui veut que seuls 10 % des retraités vivent aujourd'hui la multi-résidentialité en France.

Une fois caractérisée la demande en terme de volumétrie et de localisation aujourd'hui et dans les années à venir, il convient de s'intéresser aux déterminants de cette demande pour comprendre ses orientations et son inclinaison en terme d'offre d'hébergement, soins et services, ce qui implique de porter le débat sur les contraintes qui aujourd'hui s'imposent aux personnes âgées et les déterminent dans leur choix.

Une demande portée par des évolutions sociétales mais largement contrainte économiquement

Une diminution probable à terme du nombre d'aidants familiaux favorisant la demande d'hébergement et de soins, malgré le souhait du maintien à domicile

Nombre de personnes âgées sont maintenues à domicile du seul fait de l'intervention familiale, et plus précisément des femmes (épouses, filles), même si les hommes participent davantage qu'avant à cette prise en charge (gestion du budget et du patrimoine mais aussi parfois soins directs aux personnes). Or, si dans les prochaines années, le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter fortement, cette hausse mérite d'être mise en perspective avec une diminution probable à terme du nombre d'aidants potentiels informels (le plus souvent le conjoint ou les enfants, voire dans un second temps les voisins, amis, etc...). Tout d'abord, la génération des 40- 59 ans sera moins nombreuse en 2015 que celle des personnes âgées. Ensuite, la disponibilité des enfants pour aider leurs parents âgés fragiles tend à devenir une ressource de plus en plus rare (travail des femmes, individualisme, changement des modèles familiaux, séparation). Enfin en termes économiques, l'aidant peut être lui-même déjà retraité au moment où il doit accompagner financièrement son parent.

En outre, nous l'avons vu, la génération qui atteint l'âge de la retraite aujourd'hui ne souhaite pas être à la charge d'un proche. Aussi, si le maintien des personnes âgées dépendantes à leur domicile¹ ou à celui de leurs familles reste le voeu de huit Français sur dix en 2005², en revanche, l'accueil chez soi n'est plus la solution la plus fréquemment prônée. Toujours selon une enquête d'opinion de la Drees, entre 2002 et 2005, les Français interrogés envisagent de moins en moins de vivre dans un établissement spécialisé, soit environ quatre Français sur dix. L'enjeu de l'adaptation des logements, de l'amélioration de l'accessibilité des copropriétés et de leur sécurisation devient dès lors essentiel. A noter que l'hébergement en maison de retraite est davantage privilégié pour des raisons sécuritaires (57 % contre 34 % rester à domicile) et d'isolement social (55 % contre 38 %), alors que pour être « bien soigné », « accompagné », et surtout « vivre agréablement », les personnes interrogées privilégient le domicile (44 % contre 45 % ; 25 % contre 62 % ; 16 % contre 75 %)...

Enfin, le choix de l'institution dépend également du niveau de ressources des personnes âgées. A revenus mensuels net du foyer inférieur à 1 000 euros, seuls trois Français sur dix environ envisagent cette solution. Cette proportion s'élève à quatre personnes sur dix parmi celles qui ont un revenu net compris entre 1 000 euros et 1 900 euros et près de cinq personnes sur dix pour celles dont le revenu mensuel net du foyer excède 1 900 euros... De même, si

1 Le « maintien » ou « soutien » à domicile peut prendre différentes formes: l'accueil d'un proche chez soi, l'aide prodiguée au domicile de la personne (soutien moral, ménage, toilette, etc.), les aides financières, etc.

2 Source : enquête d'opinion Drees. Depuis 2000, l'enquête barométrique de la Drees, réalisée chaque année par des instituts de sondage (Ipsos, BVA), permet de recueillir les opinions des Français vis-à-vis des personnes âgées dépendantes.

les personnes aisées peuvent plus facilement avoir le choix entre prise en charge à domicile et en institution, en revanche, les personnes relativement défavorisées économiquement n'ont souvent d'autre choix que de recourir à un établissement habilité à l'aide sociale.

De fortes incertitudes quant à la solvabilité des générations qui suivront le papy boom

Le niveau moyen des retraites des ménages devrait encore progresser quelque temps sur sa lancée du fait de l'arrivée de générations en moyenne plus riches que les précédentes en raison notamment de l'activité des femmes. Le patrimoine des générations qui seront dépendantes dans les 20 prochaines années est également globalement plus important que celui des générations qui les ont précédées mais également des générations qui vont leur succéder. Il existe donc de fortes disparités en fonction des tranches d'âge concernées : le patrimoine moyen des tranches d'âge de 50 à 65 ans d'aujourd'hui est environ deux fois plus élevé que le patrimoine moyen actuel des 85 ans et plus¹. En outre, si le patrimoine constitue bien un élément fondamental de comparaison, cela ne doit pas masquer le fait que la part du patrimoine dans le revenu est excessivement fluctuante selon la catégorie socio professionnelle du retraité. De même, il existe de très fortes disparités dans les niveaux de pensions en général (hommes/femmes, indépendants/fonctionnaires, etc.).

Si l'on considère maintenant les charges que peuvent assumer la « génération pivot » des 50-59 ans, celles-ci peuvent être tout à fait significatives. Ils peuvent encore avoir des enfants à charge – mais ne touchent plus d'allocations familiales –, et commencer à assumer parallèlement la charge de leurs parents qui peuvent être en situation de perte d'autonomie. Pour les moins de 40 ans, et tout particulièrement les moins de 30 ans, le niveau de retraite est également incertain (cotisation immédiate, éventuellement difficultés d'insertion, faiblesse des revenus monétaires, augmentation du prix de l'immobilier...). En 2005, si l'on dénombre 2 actifs pour 1 retraité inactif de plus de 60 ans, ce ratio tombera à 1,5 actif par retraité en 2020. En 2050, le report pourrait se situer à un actif pour un inactif retraité...

Type d'hébergement	Coûts	Aides
Maisons de retraite	1000 à 1500 €/mois	Nc.
Logements foyers	300 à 760 euros/mois	ALS ou APL
Résidences avec services	900 à 1200 euros/mois	ALS ou APL (notamment relatives à l'accession à la propriété)
USLD	1500 à 3000 euros/mois	Aide sociale si agrément, aide logement : ALS ou APL, APA
Résidence d'hébergement temporaire	900 à 2250 euros/mois	Aide sociale si agrément Aide logement : ALS ou APL, APA
Accueil familial	680 à 1390 euros/mois	Aide sociale si agrément Aide logement : ALS ou APL, APA
Accueil de jour	nc.	APA

Source : Site Internet Editions Pétrarque

1 Source : Insee, enquête sur le patrimoine des ménages (2004).

L'Etat sollicité par l'opinion publique pour être un acteur de la prise en charge de la dépendance

De plus en plus de personnes se montrent favorables à l'intervention des pouvoirs publics dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes (enquête d'opinion Drees). 65 % des personnes interrogées se prononcent pour le caractère universel des prestations dépendance, estimant qu'elles doivent bénéficier à tous sans distinction de catégorie sociale ou de statut professionnel

En matière d'aide, l'Etat et plus globalement la puissance publique entend s'engager fermement, visant l'amélioration de l'accessibilité financière des différentes composantes de l'offre, voire la neutralité des choix en termes financiers pour les usagers. Il est ainsi réaffirmé comme axe prioritaire du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 la volonté d'assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance, afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance. On constate par ailleurs une nette amélioration des dispositifs d'aides sociales permettant d'assurer la couverture d'une partie des frais de la vie à domicile ou du séjour en institution. En 2004, le total d'aides personnelles au logement pour les personnes âgées en établissement a atteint 560 millions d'euros. S'additionnent l'aide sociale à l'hébergement (ASH) qui représente 2 milliards d'euros et pour laquelle le nombre de bénéficiaires est évalué à 112 000 personnes au 31 décembre 2005, ainsi que des aides fiscales avec les réductions d'impôts et abattements forfaitaires (mais peu ciblées sur PAD). Pour autant, la complexité des aides et les lacunes du système d'information sont réelles : en effet, les structures d'information comme les CLIC sont souvent méconnues de la population, les mécanismes institutionnels particulièrement compliqués et les intervenants divers et variés.

Un transfert prévisible sur les ménages

En 2005, 77 % des Français préfèrent compléter le système actuel de retraite par une assurance ou une épargne individuelle, pour anticiper leur éventuelle perte d'autonomie. Dans les faits, à l'heure actuelle, et même s'il est en progression sensible, le marché de l'assurance dépendance est encore relativement peu développé (l'assurance dépendance concerne selon la FFSA un peu plus de 3 millions de personnes en France). La famille reste perçue comme le deuxième acteur important de la prise en charge de la dépendance après les pouvoirs publics.

Le problème du reste à charge fait craindre un effet de ciseaux entre baisse du niveau de pension et hausse des coûts d'exploitation (immobilier, personnel). En effet, à domicile, la Cour des comptes a montré que le montant des aides perçues (APA et réduction d'impôt pour l'emploi à domicile) en fonction du revenu décrit une courbe en U défavorable aux classes moyennes. En établissement, le reste à charge après APA est donc significatif pour les faibles revenus. Si l'on regarde uniquement les résidents qui ne bénéficient pas de l'aide sociale, on constate que le reste à charge moyen sur l'ensemble de ces résidents peut ainsi représenter, selon les établissements, de 90 % à 130 % du revenu disponible moyen de ces mêmes résidents¹. Selon l'enquête HID, 60 % des personnes en maisons de retraite privées disposent de moins de 68 € par mois (montant minimum garanti) une fois réglés les frais de séjour. D'où l'importance des besoins en matière d'aide à la solvabilisation des populations vieillissantes pour les prochaines décennies.

1 Source : « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique Candesic (mai 2007).

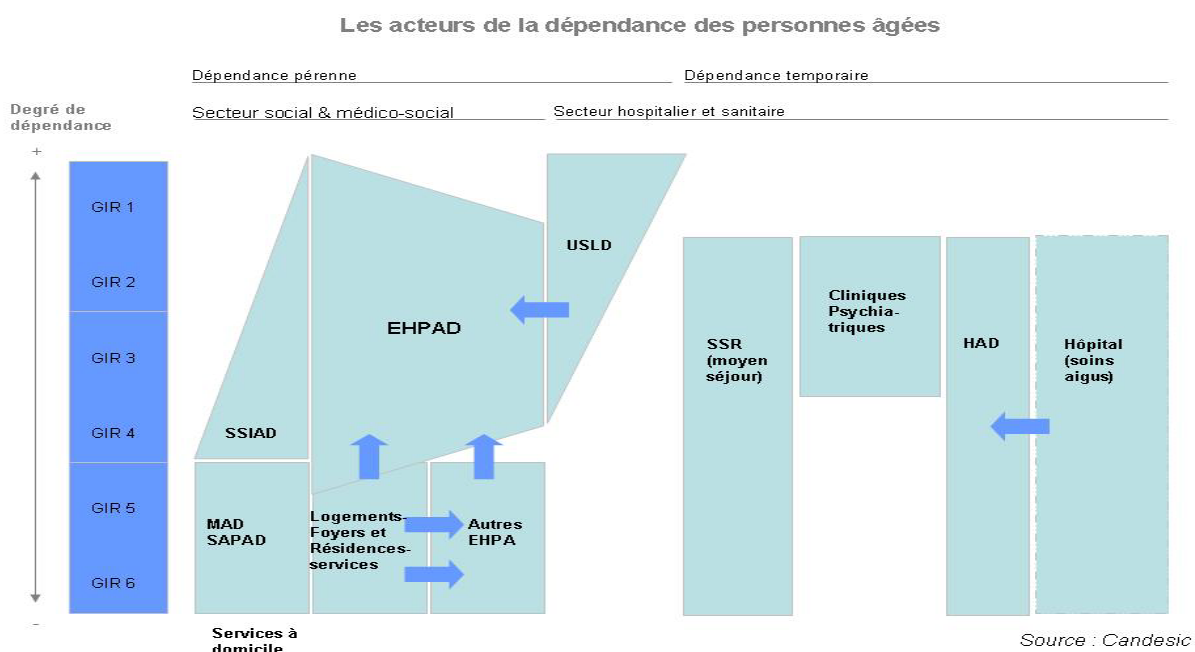
Des besoins croissants et une attente forte en matière de choix et de qualité

Si l'effet ciseaux identifié précédemment est pour une part dû à la solvabilité incertaine des générations à venir, parallèlement, l'enjeu est également celui d'une montée en qualité des établissements d'accueil. Cet enjeu est relatif à la réglementation, plus drastique sur les normes d'hygiène et de sécurité (notamment dans le cas du conventionnement tripartite qui nécessite un passage devant le CROSMS). Mais cette hausse répond également à des attentes des résidents : on observe une montée en gamme en rapport avec des revendications consuméristes : les personnes âgées de 85-90 ans en 2015-2020 se situent en effet davantage comme « acteurs décisionnaires » de leur parcours de vie et ils ont ainsi des exigences particulières et légitimes (possibilités de déplacement, accessibilité des équipements publics ou commerciaux, maintien du lien social).

Une fois considérée la demande tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, il nous faut désormais qualifier l'adéquation de l'offre aux caractéristiques des personnes hébergées, aux normes en vigueur ou prévisibles, à la montée en gamme des demandes exprimées par les personnes âgées ou leurs familles, à leur souhait de maintien à domicile et de diversité de choix.

Articulation de l'offre

De l'autonomie à la dépendance, le vœu pieux d'un continuum dans l'offre pour éviter des ruptures dans le parcours résidentiel des personnes âgées



Inadéquations de la filière de prise en charge des personnes âgées et manque d'offre « passerelles »

Dans l'idéal d'un parcours résidentiel linéaire de l'autonomie à la dépendance lourde, il s'agit de partir du domicile (SAP, SAD) pour arriver à l'établissement médicosocial (EHPA, puis EHPAD), voire sanitaire (cliniques, USLD - Unité de Soins Longue Durée), sachant qu'il existe des passerelles d'une offre à l'autre (Ssiad, HAD, hébergement temporaire, accueil de jour...). Le fait est que les attentes sociales bousculent les cloisonnements professionnels et institutionnels entre social, médico-social et sanitaire, avec notamment une demande accrue de prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale. Face à ce désir de continuum d'offre, on observe des inadéquations fréquentes dans la prise en charge qui concerneraient par exemple environ 20 % des personnes âgées hospitalisées (durées de prises en charge trop longues et/ou le risque d'hospitalisme à défaut de solutions d'aval). Deux causes majeures sont identifiées : d'une part, les faiblesses de l'organisation interne des services (insuffisance de court séjour gériatrique, absence d'avis gériatrique et d'évaluation, insuffisante programmation des séjours...), d'autre part, l'insuffisance de développement et de coordination du panel des réponses médico-sociales (réseaux gérontologiques, accueil de jour, hébergement temporaire, maisons de retraite médicalisées, etc.) en matière de prise en charge de la dépendance.

Cet état ne doit pas faire oublier les progrès déjà en cours avec la médicalisation rapide des anciennes maisons de retraite et de certains logements foyers passés EHPAD conventionnés¹, la mise en place de réseaux gérontologiques locaux qui placent en leur cœur un hôpital ou encore l'élaboration de schémas gérontologiques et de PRIAC. Il s'agit d'éviter des ruptures dans le parcours résidentiel des personnes âgées, et pour ce faire, dépasser le clivage sanitaire et médico-social, et mettre en cohérence les schémas d'organisation des soins, pour améliorer la réponse aux besoins et la fluidité de l'ensemble du dispositif. La persistance de lignes de fracture risque en revanche d'avoir pour conséquence immédiate le report de la charge de la coordination sur les personnes âgées et leurs familles, mais également la difficulté de construire les formules intermédiaires parmi lesquels l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire².

Ces modes de prise en charge répondent pourtant à des besoins spécifiques de proximité et d'accompagnement des aidés, mais également des aidants. Ces offres souffrent généralement d'une trop faible visibilité, d'un déficit de structuration et de difficultés budgétaires et administratives (saisonnalité de la demande (taux d'occupation de 61 % en moyenne en 2006³), pression de l'hébergement permanent, faible rentabilité (à lier au surcoût du transport), inadéquation du plateau technique, réticences des financeurs et parallèlement insuffisante solvabilité de la personne âgée).

Une offre de SAD diversifiée mais insuffisamment structurée et valorisée

Les prestations incluses dans les services à la personne ou aides aux personnes âgées à domicile recouvrent l'aide ménagère, le portage de repas, la téléassistance, téléalarme pour les personnes âgées dépendantes, le transport accompagné, aides techniques... Selon une étude INSERM, le besoin en heures s'élève à 1,6 h hebdomadaires pour les GIR 6 et jusqu'à 54,3 heures pour les GIR 1 avec une moyenne à 37,4 heures (de 1 à 4). Des aides techniques viennent par ailleurs compléter les aides humaines : 2,6 millions de personnes parmi les 13,5 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus qui vivent à domicile ou en logement foyer (22 %) bénéficient d'au moins une aide technique (aide à la mobilité, auditive, adaptation du logement).

Fortement émiettés, les organismes de services à la personne font face à un fort enjeu de structuration : 63 % d'entre eux employaient moins de 25 salariés en 1999 selon la DREES. L'enjeu de professionnalisation est également prégnant (secteur pour l'essentiel associatif). A noter également la complémentarité entre les actes accomplis à domicile par les aidants et par les professionnels. Il apparaît ainsi que 68 % des bénéficiaires de l'APA reçoivent une aide mixte fournie par leur entourage et par des professionnels. L'étude révèle que l'aide apportée par l'entourage (conjoint et femmes de la famille essentiellement) reste en volume deux fois supérieure à celle fournie par les professionnels. La question du niveau de revenu est bien entendu décisive.

Une offre inadéquatement dimensionnée

Un déficit d'offres qui fasse le pont entre les soins et l'aide à domicile

Reste que si innover et diversifier le panel d'offre à disposition des personnes âgées s'avère nécessaire, la question du dimensionnement, donc de la volumétrie, demeure centrale. Il existe notamment un déficit d'offres qui fassent le pont entre les soins et l'aide à domicile de places. En moyenne en 2005, on comptait 1 place de SSIAD pour 6 personnes âgées dépendantes vivant à domicile (malgré une augmentation de près de 23 % en 3 ans). Les

1 Les différentes catégories d'établissements sont aujourd'hui en cours de redéfinition avec une distinction EHPA /EHPAD fonction du degré de dépendance du public cible.

2 Analyse des PRIAC par la CNSA qui constate « un retard dans la programmation des accueils de jour, des accueils temporaires et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les régions ne programment pas autant de places que ne le prévoit le Plan Grand Age mais l'écart tend à se réduire ». En 2006, 7 782 lits d'hébergement temporaire sont enregistrés en France métropolitaine, soit une progression de 5 % en un an (+ 409 places).

3 Source : « Enquête nationale sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique », GRATH, 2007.

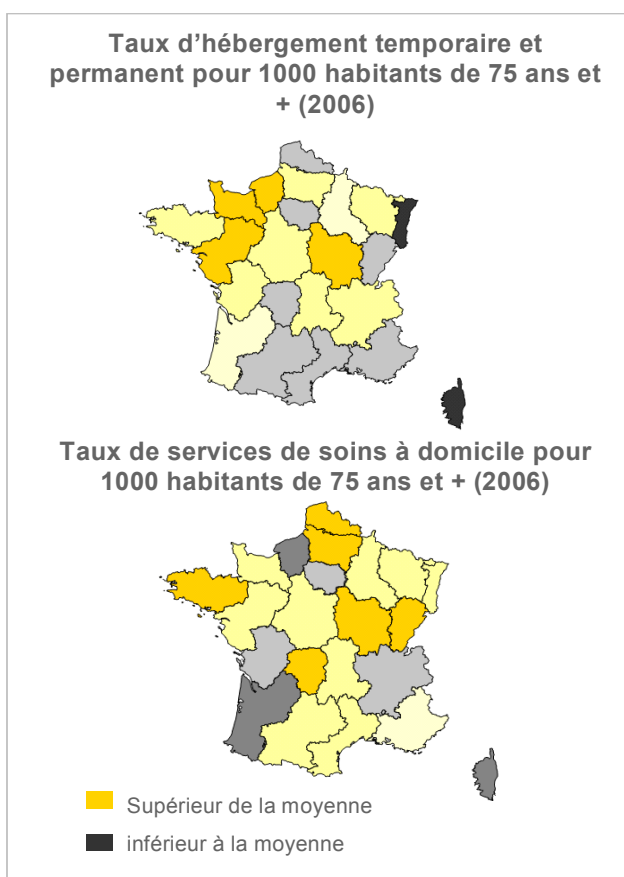
structures de HAD françaises traitent quant à elles moins de 1 % des patients, avec de fortes disparités territoriales.

En 2006, on compte 690 000 places en maisons de retraite, ce qui revient à un ratio de 140 places installées en EHPA pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans. Ces chiffres traduisent une saturation de l'offre avec un taux d'occupation moyen de 95 %, alors que le nombre de GIR 1-4 a déjà très largement dépassé le million. Ces quelques éléments chiffrés¹ de base posent donc clairement la question du degré d'adéquation demain entre l'offre et la demande, alors même que le constat d'une pénurie de capacités d'accueil renvoie à des enjeux de structuration du secteur (croissance du nombre de places portée par le secteur privé à but lucratif). Ce phénomène de rationnement de la demande par l'offre s'accompagne donc inévitablement d'un effet de sélection par « l'argent » (niveau de tarification des EHPAD privés...).

Un enjeu d'équité devant l'offre qui se pose également en termes géographique face aux disparités territoriales au sein du parc existant

L'offre est caractérisée par une claire disparité en termes de capacités d'accueil. Le Sud est déficitaire en termes d'équipement (maisons de retraite, logements-foyers et USLD) et de capacité d'accueil, relativement à la forte densité de population âgée résidente sur ses terres, à l'instar des régions de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées. L'Ouest et l'Est sont en revanche les régions les mieux dotées. Le contraste Nord-Sud s'atténue cependant lorsque l'on considère l'offre globale de soins infirmiers. Les aides au maintien à domicile servent ainsi de palliatif aux disparités de répartition des EHPA. La France compte en moyenne 5,3 soignants infirmiers pour 1 000 personnes de 70 ans et plus. Néanmoins, de fortes variations départementales subsistent, qui peuvent être le fait de politiques départementales spécifiques (autorisations d'ouverture délivrées par les Conseils Généraux), d'une priorité donnée à la politique de maintien à domicile, ou tout simplement de la non pertinence des limites administratives.

L'objectif de cette présentation succincte de l'offre et la demande de services, soins et hébergement pour personnes âgées, était de revenir de façon synthétique sur les principales problématiques et les principaux éléments de structuration du marché, qui ont été abordés plus en détails dans l'étude de la commission. Une fois mis en exergue les principaux enjeux de la composition de l'offre, l'augmentation et la « captivité » de la demande, nous allons analyser ci-après la façon dont se structure et évolue le secteur.



1 Si ces éléments sont relativement fiables puisque issus de tendances démographiques inscrites dans le long terme, quelques incertitudes demeurent néanmoins sur la demande supplémentaire (succès des politiques de maintien à domicile, diagnostics médicaux réalisés...).

Structuration du secteur

Les établissements pour personnes âgées peuvent être privés ou publics. La majorité des structures publiques accueillant des personnes âgées dépend des collectivités locales (communes, communauté de communes ou départements). Les structures publiques représentent encore aujourd'hui plus de 50 % des places installées toutes catégories d'établissements confondues et 56 % des places en EHPAD et USLD¹. Ces chiffres mentionnés, il nous faut ici rappeler que le choix a été fait de ne s'intéresser, dans le cadre de cette étude, qu'au secteur privé.

Le secteur privé lucratif

Positionnement et part de marché

Un poids croissant du secteur privé lucratif porté par un mouvement de concentration

Le secteur commercial se compose à la fois d'entrepreneurs individuels et indépendants, et d'entrepreneurs regroupés. Pour ces derniers, une quinzaine de groupes à taille critique commencent à se profiler dont certains cotés en bourse. Selon le classement 2008 des groupes privés de maisons de retraite établi par « Le mensuel des maisons de retraite », cinq groupes dominant actuellement le marché national. Korian vient en tête avec 14 371 lits (4 354 à l'étranger), devant Orpéa (9 212 lits en France et 3 057 à l'étranger), Dolcéa (7 898 lits), Medica France (7 144 lits en France et 1 378 à l'étranger) et DomusVi (6 211 lits en France et 1 830 à l'étranger). Sur ce top cinq du marché de la dépendance, se côtoient des spécialistes de la dépendance combinant EHPAD, cliniques SSR (soins de suite et de réadaptation) et cliniques psychiatriques (Korian, Medica France), des groupes de maisons de retraite (Noble Age) et quelques acteurs fortement intégrés à l'image de DomusVi. La suite du classement fait apparaître sept groupes comptant entre 2 100 et 1 044 lits. Les trois derniers groupes de ce Top 15 en comptent moins de mille. Il faut encore noter que les sept derniers groupes ne comptent aucune implantation à l'étranger. De même, si l'on excepte Korian, Medica France et Orpéa, à l'échelle européenne et a fortiori mondiale, les groupes français pèsent relativement peu. Autre particularité, alors que les six premiers groupes en nombre de lits sont possédés par des actionnaires (Batipart détient par exemple 34,5 % du capital de Korian et Prédica, filiale du Crédit Agricole, 27 %), tous les autres sont des propriétés familiales.

1 Source : DREES, Etudes et Résultats n° 379, 2005.

	Année de création	Nombre d'EHPAD	Nombre de lits	dont Nombre de lits à l'étranger	Chiffre d'affaires 2006	Tarifs	Couverture géographique	Taille moyenne des établis.
KORIAN	2006 (par fusion)	137	14 371 (hors lits du secteur sanitaire)	4 354	520 M€	70 € / jour	Nationale Internationale : Italie et Belgique	85 places
ORPEA	1989	150 (dont 122 en France)	14 053 dont 994 en restructuration et 2 607 en construction	3 057	415 M€	90 à 100 € / jour en région parisienne 60 € par jour en province	nationale : île de France, Rhône Alpes, PACA, Midi Pyrénée, Picardie internationale : Italie, Belgique, Espagne et Suisse	94 places
MEDICA France	1968	85	10315	1 378	324 M€	90 € / jour en région parisienne 60-65 € / jour en province	nationale : île de France, Rhône Alpes, Pays de Loire, Poitou Charentes, PACA internationale : Italie	74 places
DOMUS VI	1983	71 MDR médicalisées	8041	1 830	240 M€		Île de France et Sud Est	85 places
GDP VENDOME (DOLCEA)	1990	83	7 898				nationale : île de France et Oise	
EMERA	1987	18 MDR médicalisées	1824		37 M€	80 à 100 € / jour en région parisienne 70 à 75 € / jour en province	nationale : France (Centre Ouest et Sud Est) internationale : Suisse	Entre 90 et 110 places

Source : « Acteurs du secteur de l'hébergement des personnes âgées », étude Eurostaf (2006), sites internet

La part de marché détenue par les acteurs du secteur privé lucratif sur le marché hexagonal demeure relativement faible, notamment en comparaison de la structuration d'autres pays européens (Royaume Uni). En 2007, le secteur commercial représente environ 18 à 20 % des lits installés hors logement foyers et résidences services. Le privé commercial est davantage présent sur les établissements de dépendance temporaire avec 26 % des 180 000 places en moyen séjour en 2003 (33 % pour l'associatif et 41 % pour le public) et 20 % des 436 000 lits en maison de retraite contre 29 % pour l'associatif et 51 % pour le public. Dix ans plus tôt, il ne représentait que 14 % des capacités d'accueil en maison de retraite. Ces trois dernières années, plus de la moitié des nouvelles places créées (70 % environ) relève du secteur privé lucratif. Le secteur privé se trouve donc au cœur des évolutions et de la croissance du secteur de la prise en charge de la dépendance, l'un des plus porteurs de l'économie française selon l'analyse Xerfi. Si plusieurs axes de développement se font récemment jour sur lesquels nous reviendrons ultérieurement, avec notamment la mise en place de stratégies de réseaux poursuivies par des groupes novateurs tels Korian ou DomusVi, il demeure que la croissance engagée ces dernières années tient pour l'essentiel à une double dynamique de croissance interne et externe.

Dans les années 1990 et jusqu'à aujourd'hui, la stratégie de développement courante privilégiée consiste à acheter des sites isolés. Avant de se fondre dans Korian, Medidep y a très largement eu recours, notamment après son introduction en bourse en 1998. En 2007, Korian réalise une croissance organique de 6,1 %. La même année, le chiffre d'affaires d'Orpéa a progressé de 31 % dont 11 % de croissance organique. La politique de rachat permet de contourner les difficultés à créer de nouveaux lits *ex nihilo* dans un cadre de plus en plus normé et restrictif en terme de planification, avec pour conséquence la difficulté pour les opérateurs d'obtenir des autorisations d'ouverture sur les quelque 5 000 lits programmés annuellement (bientôt 7 500). Les acteurs du secteur privé à but non lucratif sont d'ailleurs confrontés à cette même contrainte. La procédure est longue et complexe (3 ans minimum entre la confection du dossier et la construction de l'établissement), avec un *numerus clausus* de fait qui semble s'être instauré et limite le nombre de maisons de retraite dans plusieurs départements. La raison tient tout d'abord aux charges qui incombent aux finances locales. Le succès de l'APA a pu donner lieu à des difficultés budgétaires pour certains départements, en particulier les moins bien dotés, qui ont parfois du mal à financer les actuels ayants

droit. D'autres départements peuvent prioriser la politique de maintien à domicile au regard des besoins de leur population. A noter par ailleurs que les acteurs du privé lucratif peuvent parfois (mais de moins en moins) se trouver confrontés à un refus d'octroi de licence pour une question de principe, notamment la non habilitation à l'aide sociale de leurs lits, même si sur ce point les choses évoluent rapidement. Aujourd'hui, les nouveaux établissements privés ouverts comprennent généralement 10 à 20 % de lits habilités à l'aide sociale, fonction des exigences des autorités régulatrices, des besoins des territoires et des capacités d'accueil des établissements. Ainsi, le choix de la croissance par rachat par rapport à la croissance organique relève souvent d'une nécessité (capacités d'extension des sites limitées, voire inexistantes ; nombre de places que les groupes sont autorisés à créer chaque année limitées à 7 500 lits). Ces rachats participent par ailleurs à la modernisation nécessaire du parc existant, jugé « inadéquat » par la Cour des Comptes dans une proportion de 10 à 15 %. Une étude de la Drees datant de 2003 a par ailleurs mis en lumière la nécessaire remise à niveau des maisons de retraite publiques, précisant que près de 40 % des chambres étaient inférieures à 13 m² (contre 13 % pour le secteur privé lucratif). L'une des possibilités ainsi offerte aux opérateurs dans le cadre de leur politique de rachat, est de regrouper les autorisations d'exploitation dans un établissement neuf de plus grande taille. L'opération est dès lors neutre pour les finances locales, tout en permettant l'amélioration de la qualité et la rentabilité moyenne des structures. En situation de pénurie d'offre, cette stratégie de rachat est néanmoins inflationniste, avec pour conséquence la hausse continue des prix. Tous les groupes n'ont pas les moyens de racheter une structure de 80 lits à 10-15 millions d'euros, et encore moins de développer à grande échelle cette stratégie de rachats de sites existants nécessitant des restructurations lourdes, d'où un mouvement mécanique de concentration du secteur privé lucratif (et non lucratif d'ailleurs).

Plus récemment, la concentration du secteur par des mouvements de fusion-acquisition s'est sensiblement accélérée. Grâce à de nombreux regroupements et acquisitions, les opérateurs commerciaux majeurs du secteur ont rapidement atteint une taille critique qui leur a permis de distancer les opérateurs du secteur associatif (hors Mutualités) et public. Medidep a ainsi été absorbé par Suren, propriété du groupe immobilier Batipart qui avait auparavant racheté le réseau d'EHPAD Serience. Le groupe est ensuite devenu Korian. Relégué à la seconde place par Korian, Orpea continue de son côté ses achats ciblés de sites obsolètes et prévoit dans les prochaines années un grand nombre d'ouvertures (de l'ordre de 3 000 si l'on s'en tient au plan de développement délivré en 2007). La croissance du groupe Medica France a de son côté été alimentée par le rachat du groupe EIS-Qualisanté, puis en 2003 des Doyennés. Enfin, DomusVi a absorbé MAPAD Services en 2006, tandis que Dolcea s'est développé rapidement de façon plus « traditionnelle » par une combinaison d'acquisitions individuelles et créations. Cette stratégie de croissance des principaux groupes commerciaux se traduit dans la hausse de leur chiffre d'affaires : le chiffre d'affaires cumulé des 5 premiers opérateurs a cru à hauteur de 28 % en moyenne annuelle depuis 2001¹. Pour comparaison, sur la période 2000-2006, la hausse annuelle moyenne du chiffre d'affaires des EHPA privés est estimée à 6 %², chiffre à mettre en perspective avec la moindre croissance des EHPA privés à but non lucratif. Aujourd'hui, les 10 premiers opérateurs privés représentent la moitié de l'offre du secteur commercial lucratif en termes de maisons de retraite et logements foyers (nombre de lits opérationnels en France).

Les 15 premiers groupes commerciaux mènent ainsi une politique volontariste de croissance externe avec une progression de leur parc d'établissements de 13 % en moyenne annuelle entre 1998 et 2006, ce qui représente 379 nouvelles structures, acquises pour l'essentiel par rachat. Si l'on considère la seule année 2006, Orpea a racheté 22 établissements et GDP Vendôme (Dolcea) 11. Ces acquisitions nécessitent des investissements lourds dans une activité à forte intensité capitalistique, et donc la mise en œuvre de différents leviers de financement au-delà de l'endettement classique, ainsi que des stratégies de cession partielle du patrimoine immobilier permettant de dégager des liquidités. Cette dynamique (nécessaire il faut bien le rappeler au regard des besoins création, mais également de mise à niveau du parc existant) est alimentée par un mouvement de cession des établissements indépendants. Ce mouvement est dû pour une part au renforcement des contraintes réglementaires (médicalisation, rénovation...) qui ont eu pour effet de fragiliser les situations financières de mono établissements

1 Source : « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique mai 2007, Candesic.

2 Idem.

gérés par le privé ou le public. A cet égard, les fermetures continues d'établissements gérés par les collectivités locales ont été un élément majeur de la croissance du privé. Ce mouvement de cession a ensuite été favorisé par deux autres facteurs également déterminants : les départs à la retraite des propriétaires indépendants prévus dès 2010 et la recrudescence d'acheteurs avec pour conséquence, nous l'avons vu, une hausse du prix de cession qui constitue en soi une incitation à vendre, alors même que les acteurs en capacité de reprendre se font plus rares dans un secteur où les barrières à l'entrée sont significatives (financière, compétence sanitaire et sociale, reconnaissance, réglementation...).

Reste que, si la consolidation du secteur tend à se généraliser, et que les dix premiers opérateurs représentent aujourd'hui plus de la moitié de l'offre du secteur commercial, cette part est néanmoins à relativiser. Notons tout d'abord que ces opérateurs ne gèrent pas ou très peu de logements foyers – même si le cœur du sujet est la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, malgré cette forte croissance, les 10 premiers opérateurs ne représentent que 8 % du marché national contre 20 % au Royaume Uni par exemple. Si l'on inclut les acteurs privés à but non lucratif, les 10 premiers représentent alors 12 % de la capacité en EHPAD. En outre, il n'y a pas d'acteur qui dépasse les 2 % de part de marché. En 2003, on comptait ainsi encore 900 propriétaires individuels dont 700 gérants entre 5 et 40 lits.

Le lucratif et l'économie sociale et solidaire : deux univers à distinguer

Concernant les EHPAD privés commerciaux, deux points polarisent particulièrement l'attention, qui sont d'une part le niveau de tarification de l'hébergement¹, d'autre part, la répartition géographique de ces établissements. Il existe en effet, des établissements privés positionnés sur du haut de gamme et situés dans de grandes agglomérations (essentiellement Paris) qui sont destinés à répondre aux demandes spécifiques de personnes âgées à fort pouvoir d'achat et peuvent afficher des prix journée de 150 euros (contre une moyenne à 110 euros des prix de journée en région parisienne). Néanmoins, en règle générale, les tarifs hébergement moyens appliqués à la journée (hors Paris) sont davantage de l'ordre de 65 à 75 euros², avec une structure de coût par ailleurs plus élevée que pour des opérateurs publics (subventions, terrain gratuit, garanties d'emprunt...). Pour comparaison, les tarifs hébergement appliqués par des établissements du secteur non lucratif (Mutualité Française ou Fondation Caisse d'Epargne pour la Solidarité) tournent autour de 50 à 70 euros. De facto, un établissement appliquant des tarifs d'hébergement en deçà de 50 euros paraît difficilement viable d'un point de vue économique pour des acteurs de la sphère privée (bien qu'il y ait des exceptions fonction de la structure, la localisation...).

La marge opérée sur l'hébergement doit être analysée au regard de la qualité et la nature de l'offre, sachant que les réglementations sont de plus en plus exigeantes en la matière, de même que les résidents. Or, si la notion de « haut de gamme » est relative, les maisons de retraite privées à but lucratif³ présentent l'offre d'équipements la plus complète : accessibilité, sécurité, confort des résidents. A contrario, les logements-foyers, où se trouve absent le privé lucratif, présentent les niveaux d'équipement les plus faibles. La qualité constitue par ailleurs un des piliers de la stratégie de développement des principaux groupes commerciaux (normes AFNOR, labellisation et certification). De même, les EHPAD privés lucratifs sont davantage médicalisés et tournés vers la forte dépendance (en pointe notamment sur la prise en charge des malades d'Alzheimer). L'âge moyen en maison de retraite lucrative est donc plus élevé (85 ans contre 79), et la durée moyenne de séjour plus courte (1 an et 5 mois pour les hommes et 2 ans pour les femmes contre 2 ans et 9 mois et 3 ans et 5 mois pour le secteur privé non lucratif ou 3 ans et 5 mois et 3 ans et 9 mois pour le public autonome). La tarification doit également être mise en perspective avec les coûts de fonctionnement (les établissements privés lucratifs ont un GMP moyen supérieur, mais une taille moyenne

1 Si les débats suscités sont fréquents, c'est que, contrairement à l'hôpital, l'hébergement doit être pris en charge par le résident (ou l'aide sociale le cas échéant). Les personnes âgées peuvent dès lors être amenées à utiliser leur patrimoine pour financer l'hébergement en Ehpap, donc prendre sur leur capital de succession. Les enfants et petits enfants peuvent également être mis directement à contribution.

2 Services inclus : repas, animation, surveillance.

3 Nous pouvons y ajouter celles des Mutualités et de la FCES.

également supérieure¹), ainsi que le dynamisme des acteurs (coûts d'amortissement et politiques d'investissement). Si l'on reprend l'analyse des comptes du groupe Noble Age², on constate que la marge opérationnelle, calculée à partir du résultat opérationnel courant d'exploitation, représente entre 5,5 et 7,5 % du chiffre d'affaire exploitation. Ainsi, dans un secteur en pénurie d'offre, avec une activité fortement capitalistique nécessitant de lourds investissements et un apport conséquent de fonds propres, la question qui se pose est davantage celle du juste équilibre entre un prix de journée qui soit acceptable pour le résident³, mais suffisamment attractif pour permettre à l'opérateur de développer qualitativement et quantitativement son offre.

Conséquence logique de cette stratégie d'offre, la plus ou moins forte présence d'opérateurs va différer selon les territoires – urbains, périurbains, ruraux et semi-ruraux. Naturellement soucieux de leurs implantations qui constituent une composante à part entière de leur offre et leur structure de coûts avec des enjeux de valorisation et de protection de ses actifs immobiliers, les établissements privés commerciaux ne couvrent pas l'ensemble du territoire de façon homogène. Le choix d'une reprise s'opère en fonction de critères précis quant au dimensionnement en volume et en valeur de la demande, sachant que la taille moyenne des établissements commerciaux (toujours hors mono-établissements indépendants) est d'environ 80 à 95 lits. Le choix de création est quant à lui contraint par la planification de l'offre et l'obtention d'autorisations d'ouverture auprès des conseils généraux. L'Ile de France est ainsi la première région d'implantation des établissements privés lucratifs, suivie des régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône Alpes, territoires d'accueil de retraités qui ont généralement les moyens de leur mobilité. Principalement implanté en Ile de France, Pays de la Loire et PACA, le groupe Noble Age a racheté cinq EHPAD en 2007 à Marseille, Perpignan, Cannes (Alpes Maritimes) et Garches (Hauts de Seine), et en a ouvert un de 94 lits aux Sables d'Olonne (Vendée). Trois opérations d'extension ont également été conduites en Ile de France et en PACA.

Un modèle économique rentable inscrit dans une dynamique de développement

De très bonnes performances économiques

L'activité des EHPAD (panel représentatif d'indépendants et filiales de groupes constitué par l'étude Xerfi) a progressé de 9,2 % en moyenne annuelle sur la période 2001-2007. L'effet classe creuse (post 1914-18) aura légèrement ralenti le rythme de progression du chiffre d'affaires des opérateurs entre 2001 et 2005 (8,9% en moyenne annuelle tout de même...), l'année 2004 dérogeant à la règle du fait d'une hausse plus forte du tarif d'hébergement. L'effet « papy boom » apparu en 2006, ainsi que des politiques de santé favorables (APA, tarification binaire, plans...), sont les principales causes de ré-accélération du rythme de croissance de l'activité qui devrait se prolonger jusqu'en 2009 avant de se ralentir jusqu'en 2013. En 2008 est escomptée une croissance record de 10,5 %. De même, malgré un léger fléchissement en 2006, le taux de résultat net des EHPAD à vocation commerciale atteint généralement 5 % du chiffre d'affaires.

Les performances économiques publiées⁴ et escomptées des premiers opérateurs privés, dans l'ordre Korian, Orpéa, Medica France, Dolcea et DomusVi, sont également très bonnes avec un chiffre d'affaires qui enregistre une croissance à deux chiffres. Le groupe Noble Age vise une croissance supérieure à 30 % en 2008, soit un chiffre d'affaires de l'activité exploitation de 125 millions d'euros en 2008. Ce dernier était de 95 millions en 2007. L'EBITDAR exploitation, c'est-à-dire le résultat opérationnel avant dotations aux amortissements, provisions et

1 Le modèle belge montre que des établissements de 120 lits permettent des prix de journée inférieur de l'ordre de 50 à 60 euros, tout en étant viables pour les résidents, dès lors qu'ils sont structurés en petites unités de vie.

2 Cf annexes (source : Diane).

3 Cf l'enjeu de solvabilisation par les pouvoirs publics et le marché assurantiel en partie 1.

4 Source : communiqués de presse issus de l'ensemble des revues de presse disponibles sur le moteur de recherche Factiva (Le Monde, Le Figaro, L'Express...); rapports d'activité (Diane) avec une analyse des comptes de Korian, Orpéa et Noble Age en annexe.

loyers, a progressé de 55 % en 2007 à 26 millions d'euros. Le résultat opérationnel courant d'exploitation a pour sa part doublé pour se situer à 7,23 millions d'euros. Enfin, le résultat net du groupe a atteint 3,33 millions d'euros, soit une hausse de 87 %. L'accélération du chiffre d'affaires repose sur la croissance à double ressort analysée précédemment : croissance organique et croissance externe. Entré dans une dynamique de croissance régulière, le groupe a doublé en 5 ans et entend continuer à investir dans le secteur soins et dépendance. Orpéa vise de son côté un chiffre d'affaires d'un milliard en 2011 sans nouvelles acquisitions. Résultat d'un travail échelonné sur ces cinq dernières années, le potentiel du parc du groupe représente près de 7000 lits actuellement en restructuration ou construction, dont la moitié à l'étranger. Le chiffre d'affaires réalisé à l'étranger devrait ainsi passer de 10 à 20 %. Si l'on soustrait également de ce chiffre global, les lits en établissements sanitaires (cliniques), cela nous ramène à une perspective de création de quelques 2000 nouveaux lits en France d'ici 2011, soit un rythme de création soutenu mais stable depuis quelques années. Ainsi, environ un quart de l'augmentation du chiffre d'affaires annoncée serait « imputable » au secteur français de la prise en charge de la dépendance. En 2007, le chiffre d'affaires, l'EBITDAR, le résultat courant et le résultat net d'Orpéa ont progressé à hauteur de 30 % pour se situer respectivement à 544,6 millions, 134,3 millions, 72,4 et 41,2 millions d'euros. Le groupe Korian a également annoncé en 2007 qu'il souhaitait atteindre le milliard de CA en 2011. Une croissance notamment soutenue par l'augmentation de 10,6 % des ventes du groupe et une croissance organique de 6,1 %.

Le chiffre d'affaires hébergement, principale source de marge des EHPAD à vocation commerciale

Si l'on décompose le chiffre d'affaires et la création de valeur, on constate une progression mécanique des revenus soins et dépendance, ainsi que des coûts associés. De fait ces deux variables ne génèrent pas de marge pour les opérateurs du secteur. Le chiffre d'affaires « hébergement » constitue donc bien la clé de voûte de la rentabilité économique des EHPAD tous types confondus. Nous l'avons vu, la qualité moyenne des établissements commerciaux (immobilier et prestations), ainsi que leur positionnement dans des zones géographiques à fort potentiel, permettent aux opérateurs commerciaux de revaloriser leur grille tarifaire d'hébergement au-delà de l'indexation arrêtée par le ministère (pour rappel, les établissements ne peuvent augmenter les tarifs appliqués aux résidents en place au-delà de l'indexation fixée à 2,2 % au 1^{er} janvier 2008).

La hausse moyenne annuelle du tarif hébergement est ainsi comprise entre 4 et 5 % depuis 2004¹, alors que les tarifs à l'entrée pour de nouveaux résidents peuvent être supérieurs de 8 % à ceux pratiqués pour les résidents hébergés². Les caractéristiques de la population âgée résidente alimentent ce phénomène dans lequel le turnover est in fine un facteur d'augmentation des revenus, du moins dans les premières années puisqu'il arrive toujours un moment où l'augmentation des tarifs se trouve plafonnée pour des raisons de solvabilité et de marché. Sur un montant de 70 euros TTC par jour soit environ 70 % du prix total d'un hébergement en institution, la marge de manœuvre additionnelle ainsi générée peut être conséquente.

Cette hausse tarifaire s'inscrit notamment avec la politique de rachats de structures existantes appliquant des tarifs inférieurs. Une fois rachetés, ces établissements sont restructurés, médicalisés et agrandis. Ces investissements s'accompagnent (autant qu'ils entraînent) d'une hausse des tarifs pratiqués – et donc potentiellement des marges (indirectement et partiellement) – jusqu'à atteindre le seuil critique de solvabilité de la demande.

On constate donc logiquement que ce sont les établissements moyens (chiffre d'affaires compris entre 1,5 et 2,5 M d'euros) qui concentrent l'essentiel des extensions d'activités avec un chiffre d'affaires qui a progressé de plus de 10 % sur la période 2001-2007. Ces structures se sont montrées plus dynamiques que les grands établissements et surtout les petites unités de vie qui n'ont en général pas vocation à grandir au-delà d'une certaine taille et ne constituent généralement pas des cibles de rachat. Il en est de même pour les grands

1 Source : « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique 2007, cabinet Candestic.

2 Source : étude Eurostaf sur le secteur de la dépendance des personnes âgées.

établissements qui, en dépit de la généralisation de l'organisation en unités de vie de 20 places, ne peuvent grandir au-delà d'une certaine limite sans mettre en péril le bon fonctionnement économique et surtout social de l'établissement. Les EHPAD de taille moyenne peuvent en revanche devenir de futurs grands.

Enfin, dernier élément déterminant de leur rentabilité économique, la mise en place d'une politique de gestion optimisée des taux d'occupation. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte : la pénurie récurrente d'offre malgré la montée en puissance des PRIAC ; la bonne adéquation de l'offre des acteurs commerciaux avec la demande (attractivité des actifs, médicalisation et diversification des prestations) ; enfin, la mise en place de processus de gestion informatisés et centralisés notamment au sein des grands groupes commerciaux. Optimiser les taux d'occupation tout en étendant ses capacités, tel est l'équilibre que se doivent de respecter les groupes du secteur qui affichent des taux d'occupation de l'ordre de 95 %. Cette tâche demeure délicate, le remplissage d'une maison de retraite pouvant s'étaler sur 2 ans, tandis qu'un établissement en phase de travaux peut se voir durablement amputer d'une partie de ses capacités d'accueil, d'où l'intérêt de s'insérer dans les filières de soins et réseaux gériatriques des territoires de santé, voire de diversifier son portefeuille d'activités.

La réforme du conventionnement tripartite : des financements liés à la dépendance dont ont profité l'ensemble des acteurs

La proportion de personnes âgées de 85 ans et plus est plus importante dans les maisons de retraite du secteur lucratif compte tenu d'un GMP (niveau de dépendance des résidents) plus élevé. La part des résidents en GIR 1-2 dans les maisons de retraite privées à but non lucratif est de 41 % contre 54 % pour les maisons de retraite privées à but lucratif. La part des personnes atteintes de détérioration intellectuelle est quant à elle égale à 16 % dans les maisons de retraite privées à but non lucratif et de 39 % pour les maisons de retraite à but lucratif. Celles-ci sont médicalisées à hauteur de 54 % de leurs capacités d'accueil, soit une moyenne supérieure aux maisons de retraite du secteur privé à but non lucratif. Les EHPAD commerciaux se voient ainsi octroyer des financements publics en adéquation avec le niveau de dépendance de leurs établissements. La canicule de 2003 a mis en exergue le manque de moyens et d'équipement des maisons de retraite même si dans ces domaines les EHPAD à vocation commerciale sont, nous l'avons vu, plutôt mieux dotés que leurs homologues publics ou associatifs. Le lancement du plan « Vieillesse et Solidarité », relayé par le Plan « Solidarité Grand Age », conjugué à la montée en charge des conventionnements tripartites de 2^e génération, a ainsi permis aux établissements d'accroître et diversifier (accueil de jour, unités de soins spécialisées) leurs capacités d'accueil pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les financements adéquats débloqués, les EHPAD privés ont pu plus aisément démultiplier leurs investissements (travaux d'extension, réhabilitation, restructuration... pour médicaliser les établissements) à partir de 2005. Cette tendance devrait se prolonger. Les EHPAD privés ont également pu procéder à l'embauche de personnel soignant dans le cadre du conventionnement tripartite (tendre vers un ratio de 1 personnel par lit contre 0,5 aujourd'hui).

Une exploitation rigoureuse et efficace qui permet de maîtriser les coûts...

Les opérateurs privés commerciaux sont tout à fait performants sur leur cœur de métier, ayant développé des modèles de gestion d'établissements « standard » opérationnels. Les synergies entre opérateurs dans le cadre du mouvement de regroupement/concentration, peuvent d'ailleurs être source d'améliorations opérationnelles. Le potentiel de création de valeur dépend de la gestion des prix, des coûts, du taux d'occupation, et du portefeuille. En matière de coûts, les efforts ont porté ces dernières années sur l'optimisation des frais de personnel (50 % des postes de charges) grâce notamment à une amélioration de la gestion des plannings et une mutualisation/centralisation de la gestion des tâches administratives. Comme dans tout autre secteur, il est possible pour une entreprise élargie de réduire les coûts, qu'il s'agisse du cœur de métier, des fonctions support (vente, achat, finances, audit, RH) ou du siège, sous réserve d'éviter le risque d'un développement hypertrophié du siège (donc des frais de structures). Ainsi, la mise en place d'une politique de centralisation des achats au sein de

la plupart des établissements, qu'ils soient indépendants (GIE) ou filialisés (groupes) leur permet de réduire leurs coûts. Les économies significatives ne se font pas exclusivement par le biais du seul regroupement des achats, mais également grâce à la mise en place d'un meilleur modèle opérationnel dans l'ensemble des établissements et d'un pouvoir de négociation accru à mesure que les volumes augmentent.

Cette politique de centralisation des achats s'accompagne en parallèle d'une réflexion sur un recours accru à l'externalisation de fonctions jugées peu stratégiques. Néanmoins les effets bénéfiques de ces pratiques sur le poste achat et autres charges externes sont aujourd'hui amoindris par la progression structurelle (externalisation des murs) et cyclique des loyers externes (révision conséquente de l'indice ICC sur lequel sont indexés les loyers). Les achats et charges externes sont ainsi restés orientés à la hausse en 2005 et 2006, bien que sur un rythme moindre que celui de progression du chiffre d'affaires. En conclusion, l'allègement du poids des achats et charges externes combiné à la progression du chiffre d'affaires se traduit par une croissance continue du taux de valeur ajoutée entre 2001 et 2006, soit une progression de 6 points (58 % à 63 % de la valeur ajoutée sur le chiffre d'affaires).

... sans pour autant faire disparaître les pressions inflationnistes sur les marges

Certes le taux de marge économique brute a progressé de 0,1 point en 2006 à 11,2 % du chiffre d'affaires. Mais ramené à la valeur ajoutée, ce ratio n'a cessé de se dégrader depuis 2001. Entre 2001 et 2006, l'EBE s'est ainsi dégradé passant de 20,7 % de la valeur ajoutée à 17,8 %. Les principaux facteurs de pression sur les marges sont de trois ordres. La problématique porte tout d'abord sur le coût de l'immobilier et du foncier, soit, en 10 ans, une hausse de 38 % du coût de construction et/ou d'investissement sur actif existant¹ (à mettre en perspective avec une hausse d'environ 13 % du niveau de retraite et de 30 % des tarifs affichés). Or, ces investissements sont nécessaires au regard de la réglementation avec la production, sur un rythme annuel, de nouvelles normes de sécurité (hygiène alimentaire, ratio de 50 m² au lit...). Les coûts de fonctionnement des établissements ne sont par ailleurs pas épargnés, qu'il s'agisse de l'énergie, l'alimentation, ou la masse salariale. En situation de pénurie de ressources humaines sur les métiers du médico-social, pour attirer et fidéliser le personnel qualifié alors même que les conditions de travail sont jugées difficiles, les structures – qu'importe ici leur secteur d'appartenance – doivent proposer des politiques salariales attrayantes pesant directement sur les frais de personnel. Ces derniers ont augmentés de 9,5 % en 2005 et 8,7 % en 2006 soit une hausse plus rapide que celle du chiffre d'affaires. Ainsi, toujours entre 2001 et 2006, le coefficient de rendement du travail salarié a diminué de 0,7 point passant à 1,29 euro créé pour 1 euro de salaire versé en 2006. A cela s'ajoutent les difficultés relatives au financement d'investissements lourds et la hausse des taux d'intérêt.

1 Entretiens avec Mr Marian, président d'Orpéa et Mr Reboulleau du groupe Résidéal.

Différents leviers de financements pour soutenir une politique de croissance

Après avoir affiché une croissance record en 2005 (22 %), les immobilisations corporelles nettes des établissements ont augmenté de 13 % en 2006. Pour financer ces dernières, les grands groupes commerciaux mixent des stratégies de financement par le haut (cotation, entrée d'un nouvel actionnaire, LBO) et par le bas de bilan, soit l'endettement (obtention d'un prêt de 150 millions d'euros par Korian en 2007). A un certain stade de développement, le recours à des ressources en fonds propres se généralise donc, ce qui a l'avantage de diversifier les risques et alléger le poids de la dette. Parmi les groupes les plus dynamiques, qui sont également ceux ayant un chiffre d'affaires supérieur à 100 M d'euros, soit Medica, Domus Vi, Korian, Dolcea et Orpea, trois (Medica, DomusVi et Korian) sont soutenus par des fonds d'investissement, et deux sont cotés (c'est le cas également du groupe Noble Age)¹.

Concernant le taux d'endettement, après trois années consécutives de baisse sensible, le taux d'endettement du panel Xerfi s'est quasiment stabilisé entre 2004-2006 à un peu plus de 75 % des capitaux propres. Parallèlement, la capacité de remboursement n'a cessé de croître. En 2006, 2,4 années de CAF étaient nécessaires au remboursement des dettes financières contre 3,5 années en 2001. Ceci s'explique par des conditions d'emprunt très favorables, la généralisation des opérations de cession de l'immobilier et des politiques d'investissement contenues qui ont permis aux EHPAD privés de stabiliser leur dette financière entre 2001 et 2004. Néanmoins la situation a évolué depuis 2004-2005. La hausse brutale des investissements, la remontée des taux d'intérêt depuis 2006 et les incertitudes consécutives à la crise des subprimes pourraient ainsi entraver la bonne marche des opérateurs du secteur pour 2009-2010 et ce d'autant qu'ils sont dynamiques. Ainsi, si l'on considère plus spécifiquement les 3 groupes Noble Age, Korian et Orpéa, le ratio d'endettement progresse dans l'ensemble de 10 points avec une baisse parallèle du même ordre de l'autonomie financière. Il s'agit là d'une résultante de leur stratégie de développement.

A noter également, que l'activité d'exploitation des EHPAD n'est pas – ou très peu – sujette à des imprévus en termes de recouvrement. Elle dégage par nature des ressources en fonds de roulement. Ces ressources proviennent essentiellement des dépôts de garantie versés par les personnes âgées à leur entrée (soit en moyenne 2 000 euros par résident) et de la généralisation des pratiques de règlement par prélèvement mensuel. Le lancement dès 2004 de programmes de financement importants a néanmoins pesé sur le besoin en fonds de roulement des établissements. Par ailleurs l'habilitation partielle croissante des établissements à but lucratif peut expliquer également une partie de l'érosion des ressources en fonds de roulement de leurs EHPAD (retards de paiement fréquents des CG). Entre 2001 et 2006, les ressources en fonds de roulement du panel Xerfi se sont réduites de près de 12 jours tombant à 21,4 jours de chiffre d'affaires (les dettes des fournisseurs représentent le principal poste en BFR).

Au-delà de l'endettement, le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes est devenu depuis peu un centre d'intérêt pour les acteurs du secteur de la prise en charge de la dépendance que sont les investisseurs institutionnels comme les banques, les mutuelles ou les compagnies d'assurance, qui y voient un moyen de promouvoir et développer leur offre sur un marché de la prévoyance promis à un bel avenir. Le secteur s'apparente également à une valeur sûre pour les marchés boursiers. Ceci explique que les groupes commerciaux ont considérablement accru leurs capacités de financement de haut de bilan (capitaux propres). Générale Santé est le premier groupe à avoir été introduit sur le marché Eurolist d'Euronext Paris en 2001, suivi en 2002 par Orpea, puis des Groupes Noble Age et Korian en 2006. La cotation et le recours aux marchés financiers constitue ainsi un puissant levier, tout en impliquant des contraintes en matière notamment d'information et communication (publication normée et régulière des comptes et rapports d'activités), et de rentabilité (poids de la dette sur le bilan). Autre levier, l'entrée de fonds d'investissement avec néanmoins le risque que cela fait peser en terme de

1 A noter que les autres groupes du Top 15 des opérateurs privés de maisons de retraite, sont des propriétés familiales aux taux de croissance plus modestes.

retour sur investissement dans le cadre le plus souvent d'un business plan sur 5 ans (notamment dans le cadre d'un LBO), ce qui pose clairement la question de la pérennité d'investissements dont l'amortissement est traditionnellement évalué par les opérateurs à horizon de 15-20 ans... Aujourd'hui, seul le groupe Medica France est concerné pour une part significative de son capital. Le groupe a été cédé par Bridgepoint Capital à un consortium composé des fonds d'investissement BC Partners et Axa Private Equity dans le cadre d'un LMBO en 2006. Ce sont davantage des fonds d'investissement « institutionnels » qui investissent le secteur, qui obéissent davantage à une logique de synergies que les services aux personnes âgées entretiennent avec les métiers de la banque et de l'assurance qui ont une offre prévoyance à évaluer et promouvoir. Korian a pour actionnaire de référence le bancassureur et spécialiste de l'assurance-vie Predica (27 % du capital), filiale du groupe Crédit Agricole, ainsi qu'ACM, la branche Assurance Vie du Crédit Mutuel, qui a franchi en 2008 le seuil de détention de 10 % du capital et des droits de vote de Korian à la suite d'une acquisition d'actions hors marché. DomusVi a de son côté ouvert son capital à la Caisse nationale des Caisses d'Epargne (17 %) et au Groupe Macif (17 %) en 2007.

Des stratégies immobilières divergentes, mais souvent mixtes

Enfin, les stratégies immobilières sont également intrinsèquement liées au financement des activités de développement des EHPAD. En matière d'exploitation, avec un impact direct sur les comptes, l'arbitrage principal se fait entre la location (loyer) d'une part et la conservation des murs d'autre part. Le choix de la cession des murs ou la simple location, se fera sur plusieurs critères : tout d'abord, l'anticipation de la hausse des taux d'intérêt avec un impact sur les charges immobilières plus fort que la hausse des loyers ; ensuite l'évolution favorable ou non du marché de l'immobilier de santé ; enfin, la possibilité d'entrer dans un véritable partenariat avec un tiers bailleur. L'opérateur peut également souhaiter s'affirmer et se présenter comme un prestataire de services, et donc se désengager de ce qui ne constitue pas son cœur de métier, dont la gestion des murs. La conservation des murs et le crédit bail sont à l'inverse déterminés par une hausse des loyers escomptée plus forte que celle des taux d'intérêt, l'évolution favorable de la valorisation des actifs par rapport au poids de la dette, ainsi que l'impossibilité d'une cession dans des conditions acceptables, les opérateurs étant en effet très réticents à perdre totalement la maîtrise de l'immobilier ce qui rendrait difficile des modifications ou extensions à terme. Le groupe Korian privilégie ainsi deux partenaires immobiliers de long terme avec la Foncière des Murs (dont est actionnaire Batipart, actionnaire également de Korian) et Cofinimmo¹. Ce dernier a acquis les murs de 40 établissements Korian, dont 19 en 2008. Dans ce cadre, Cofinimmo a garanti à Korian une enveloppe d'investissements de 75 millions d'euros destinée à financer les extensions que le groupe souhaiterait mettre en œuvre sur les immeubles détenus par la foncière.

Ces choix ne sont bien évidemment pas anodins en termes financiers. La conservation des murs s'accompagne en général d'un endettement de long terme conséquent, surtout pour les petits groupes qui n'ont pas recours au marché financier ou n'ont pas encore ouvert leur capital. Néanmoins, le marché de l'immobilier de santé continue d'évoluer favorablement. Il est porteur, offre une bonne visibilité et est peu exposé au risque de retournement (actif peu cyclique). Ces opérateurs peuvent donc continuer à s'endetter grâce à la valorisation de leur immobilier, même si la crise immobilière consécutive à la crise des subprimes a montré les limites d'un tel modèle. Ainsi, Orpéa a choisi de rester en possession des murs de 40 % de ses établissements. Fin 2007, le patrimoine d'Orpéa était composé de 103 immeubles dont 41 détenus partiellement. Au global, l'immobilier représente 1,2 milliard d'euros, dont 350 millions d'euros de stock. Même pourcentage pour DomusVi malgré l'externalisation de 9 immeubles en 2006 à la Foncière Sagesse Retraite. Outil plus « traditionnel », le crédit bail permet quant à lui d'optimiser le financement grâce à des engagements longs (12 ans en général) et un fonctionnement identique aux loyers classiques avec néanmoins la possibilité de devenir propriétaire du bien à l'expiration du contrat. Ainsi, dans le cas d'une cession bail, et afin de répondre aux exigences de qualité dans l'exercice de son activité, Orpéa assure lui-même la maîtrise d'œuvre de ses sites d'exploitation.

1 Cofinimmo est particulièrement présent dans le secteur de la santé et de la dépendance, qui représente 19% (618 millions d'euros) de son portefeuille de biens immobiliers.

Reste possible la cession pure et simple des murs. Celle-ci permet de dégager des ressources financières nécessaires à la réalisation de projets de croissance ou un recentrage sur le cœur de métier. La généralisation des opérations de cession de l'immobilier était particulièrement visible entre 2001 et 2005 avec des dotations aux amortissements qui n'ont cessé de baisser. Les groupes Noble Age et Korian ont tous deux opté pour cette alternative mais avec des modalités différentes. Ne souhaitant pas supporter financièrement les investissements requis (terrains, murs, travaux, mobilier), le groupe Noble Age procède à une externalisation systématique de ses murs en LMP essentiellement (Loueur en Meublé Professionnel). Dans le cas d'un LMP, l'actif immobilier est cédé à plusieurs investisseurs qui font l'acquisition de lots correspondant chacun à une chambre meublée (matériel et mobilier relatif à l'hébergement compris) et des quotes-parts des parties communes. L'ensemble des investisseurs forment une copropriété, chacun contractant individuellement un bail commercial avec la société d'exploitation. On retrouve ici la logique classique des placements immobiliers qui entrent par ailleurs dans le cadre de la défiscalisation. De même, la stratégie de Korian n'est pas de détenir sur le long terme les murs qu'il exploite. Le groupe a ainsi réalisé en 2008 la cession des murs de 19 établissements supplémentaires au groupe immobilier belge Cofinimmo. La transaction lui permet de sécuriser, dans un environnement immobilier incertain, la cession d'un portefeuille d'immeubles d'une valeur de 144,4 millions d'euros à un taux de rendement de 6,3 %. Le montant initial des loyers sera de 9,1 millions d'euros. Ses immeubles sont ainsi loués auprès de tiers bailleurs pour environ 85 % d'entre eux. De même, 65 % des établissements exploités par Medica France le sont en vertu de baux commerciaux. Il s'agit notamment du résultat d'une stratégie de croissance externe consistant à ne pas racheter le foncier des structures intégrées.

Une forte capacité à répondre aux enjeux du marché avec plusieurs axes de développement

La capacité des acteurs du secteur lucratif à répondre aux enjeux du marché tient tout d'abord à leur rentabilité (rationalisation de gestion, tarification, optimisation) qui leur permet d'investir dans de nouveaux établissements ou la modernisation de ceux existants pour être en meilleure adéquation avec les exigences de qualité des tutelles et des résidents.

Une stratégie d'internationalisation récente, mais prometteuse, ouvrant la voie à l'expansion européenne

Dès lors qu'un groupe atteint une taille raisonnable dans son pays d'origine se pose la question d'une éventuelle concentration européenne. Bien que les synergies apparaissent limitées dans l'immédiat, le transfert d'importantes populations (retraites au sud de l'Europe), le vieillissement des populations expatriées dans leur pays d'adoption, mais qui souhaitent rester dans leur communauté d'origine, et l'attente d'une harmonisation des législations justifient de se positionner à l'échelle européenne. Dans les zones linguistiques de pays contigus, ce positionnement est d'autant plus justifié. Le transfert de expériences est également mentionné comme la synergie la plus évidente à ce type de développement (architecture, mobilier...). Les synergies de coûts sont en revanche limitées du fait de la part prépondérante de la masse salariale. Reste que ce n'est que très récemment que la situation a changé et, comme dans le segment des hôpitaux ou des cliniques, on assiste désormais à un engouement croissant des principaux opérateurs européens pour les opérations transfrontalières. Quatre pays acquéreurs principaux se profilent : les pays nordiques qui se sont rapprochés entre eux. L'Allemagne qui s'étend dans les pays germaniques et tout récemment en Espagne où l'on trouve une importante communauté germanophones (150 à 300 000 personnes). L'Angleterre s'intéresse quant à elle à l'Irlande, mais également à l'Espagne avec la forte présence de Bupa, l'un des principaux opérateurs locaux. Enfin les opérateurs français, à l'étroit dans l'hexagone, trouvent parfois plus facile de se développer dans les pays latins. Korian a annoncé en 2007 l'acquisition de 97 % de Segesta (80 M d'euros pour un chiffre d'affaires de 44 M et 1 015 lits), ce qui lui

donne une plate forme de croissance en Italie, pays qui connaît un fort déficit structurel de lits (173 000 lits à créer selon le gouvernement). Il dispose par ailleurs d'une centaine de lits en Belgique. Deuxième opérateur étranger en Espagne avec 1504 lits, et classé parmi les dix premiers groupes du pays après l'acquisition de Grupo Care en 2006, Orpéa constitue le plus international des groupes français avec également des lits en Italie (474) et en Belgique (170). Dans les pays européens où Orpéa est présent, l'objectif est d'atteindre une taille critique comprise entre 2 500 et 3 000 lits. Medica France s'est également développé à l'étranger avec la prise de contrôle d'Aetas en Italie en 2005 (1 062 lits). Emera s'est quant à lui concentré sur son segment haut de gamme avec le rachat de 220 lits en Suisse. Noble Age est quant à lui présent en Belgique. Enfin, des rumeurs d'acquisition en Italie et en Espagne, voire en Chine, persistent concernant respectivement Emera et Colisée Patrimoine. Néanmoins, s'il s'agit d'un relais de croissance pour les années à venir, il convient de nuancer ces chiffres. Les sept derniers groupes du Top 15 des opérateurs privés ne comptent aucune implantation à l'étranger. De même, à l'échelle européenne et a fortiori mondiale, les groupes français pèsent encore peu. Le premier groupe privé britannique Southern Cross Healthcare compte 35 000 lits, devant le groupe privé à but non lucratif Bupa Care Hommes (21 000 lits).

L'élargissement de l'offre sur le moyen séjour et l'aide à domicile : la recherche de synergies par la diversification

Sur le plan national, la diversification des grands groupes s'opère dans les secteurs du moyen séjour (cliniques SSR et psychiatriques) et, pour DomusVi, de l'aide à domicile (désengagement de Medidep en 2005). Ce sont tout d'abord la proximité des métiers et l'importance des synergies qui encouragent les opérateurs à se diversifier vers des activités connexes, au-delà de la seule gestion de structure d'hébergement. Ainsi, Orpéa a ouvert en 2008 une clinique SSR de 128 lits à Boulogne Billancourt (Hauts de Seine) et programmé l'ouverture en 2009 d'une clinique à Asnières (Hauts de Seine) et à Paris XIVème, et en 2010 une clinique à Meaux (Seine et Marne). Cette approche demeure néanmoins encore peu répandue, bien que l'ambition de « groupes exhaustifs » soit légitimée par les pouvoirs publics et autorités de tutelle avec le mouvement de développement, médicalisation et recomposition de l'offre sanitaire et médico-sociale en institution. Ainsi, la levée des contraintes en HAD, SSIAD et SAD (notamment l'assouplissement de la clause d'exclusivité) ouvre-t-elle la voie à la diversification. Parallèlement, nous avons vu que le maintien à domicile constituait désormais une priorité des pouvoirs publics en adéquation avec la demande des personnes âgées. L'élargissement de l'offre vers des métiers connexes à la gestion d'hébergement personnes dépendantes permet de fluidifier le parcours résidentiel de la personne âgée, qui peut constituer un futur résident, que se soit en amont lors de la consommation de services, ou en aval, à la sortie d'une hospitalisation par exemple. Les opérateurs peuvent ainsi logiquement s'inscrire dans les filières gériatriques locales existantes, mais également développer leur propre réseau aux différentes étapes de vieillesse, du service à la personne aux établissements sanitaires. Korian souhaite ainsi offrir au niveau local une gamme complète de services permettant de répondre aux divers besoins des personnes âgées dépendantes tant dans le domaine médico-social (MAD, EHPAD), que sanitaire (cliniques spécialisées dans la psychogériatrie, rééducation fonctionnelle, HAD...). De même, le groupe Colisée Patrimoine a décidé d'offrir son expertise dans la prise en charge des personnes âgées pour développer une large palette de services d'aide à domicile, visant notamment à terme les prestations médicalisées.

Cette stratégie de diversification n'est cependant pas sans risque, et nécessite des financements significatifs et des compétences spécifiques alors que le modèle économique diffère sensiblement avec des taux de marge éventuellement moindres. Deux obstacles majeurs à la diversification sont mis en avant par le secteur privé commercial : la condition d'activité exclusive (les dispositions du code du travail (article L. 119-1) imposent aux services d'aide à domicile de se consacrer exclusivement à cette activité). Le but était d'éviter que n'importe qui puisse intervenir au domicile des particuliers, surtout lorsqu'ils sont considérés comme vulnérables. La législation a été assouplie sur ce point. Les établissements publics autonomes, les CCAS et les associations intermédiaires bénéficient d'ailleurs de dérogations en la matière. Second point de blocage, les obstacles opposés par les CRAM à l'intervention des opérateurs privés commerciaux, en dépit des circulaires de la CNAV.

Enfin, les opérateurs privés se montrent très proactifs sur la prise en charge des nouvelles pathologies, avec la création d'unités (voire d'établissements) dédiés à la prise en charge des malades d'Alzheimer. La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés constituent et vont constituer la principale cause d'entrée en institution. Là encore, le nombre de places reste insuffisant et les conditions d'accueil souvent inadéquates. Il convient aussi de mentionner le développement de l'accueil de jour et l'hébergement et celui de résidences pour personnes âgées peu ou pas dépendantes. Ces dernières représentent une alternative entre le logement foyer et l'EHPAD et offrent un environnement plus proche du domicile privé à des personnes fragiles. Elles permettent de reculer et peut être faciliter le transfert dans l'établissement spécialisé dans la prise en charge de la dépendance. Plusieurs groupes explorent actuellement ce segment dont les Parentèles qui gère 7 établissements situés en région parisienne et spécialisés dans l'accueil des malades d'Alzheimer, ou le Groupe Emera qui a signé en 2007 un accord exclusif avec Nexity pour le développement d'un nouveau concept regroupant d'un côté Résidence seniors services, de l'autre maison de retraite médicalisée. De même Medica France se positionne sur des résidences multiservices agréées AFAQ et adaptées techniquement à l'hébergement temporaire ou permanent, avec là encore des structures spécialement conçues pour les malades Alzheimer ou assimilées. Ces développements se font souvent en partenariat avec des promoteurs immobiliers. Kaufman & Broad a ainsi racheté un tiers du capital du groupe Seniors santé. En entrant sur le marché dépendance, le groupe immobilier veut développer un produit à forte valeur ajoutée sur un marché jugée à forte croissance (cap-geris.com 2007). De son côté Bouygues immobilier a créé la première structure spécifique à la construction de résidences services : l'activité Produits spécifiques de BI.

Le secteur privé non lucratif

Positionnement et part de marché du secteur privé non lucratif

Un privé non lucratif toujours prédominant au sein du secteur privé, mais qui perd des parts de marché

Au sein du secteur privé, les maisons de retraite sont encore gérées en majorité par des structures privées à but non lucratif. Celles-ci regroupent des établissements gérés par des congrégations, des associations régionales (AREP en Ile de France), des fondations (Fondation Caisse d'Epargne et Solidarité), des caisses de retraite et des mutuelles (Mutualité Sociale Agricole, Mutualité Française). Si l'on considère le secteur privé dans sa totalité (lucratif et non lucratif), ce dernier représente 41 % du nombre total d'établissements (soit 4 334 établissements), sachant que les structures du privé non lucratif représentent à elles seules environ un quart du parc installé en termes de capacités d'hébergement et 29 % des établissements¹. On dénombre ainsi 3 200 établissements ayant le statut d'associations à but non lucratif.

	Année de création	Nombre d'EHPAD	Nombre de lits	Chiffre d'affaires 2006	Tarifs	Couverture géographique	Taille moyenne (lits)
UNMPAPH		124	8830		40 à 70€/jour	nationale	70
FCES	1992	59		103,5 M€	Entre 50 et 60€/jour	nationale (Rhône Alpes, Languedoc Roussillon, Poitou Charente)	
AREPA	1964	25	4660		48 €/jour en province ; 69 €/jour à Paris (hormis résidences services)	nationale : essentiellement île de France	74
ERAFO-ARPAD	1966 (AREFA) - 1984 (ARPAD)	15	3822	50,5 M€	de 58,84€/jour à 84,04€/jour	multirégionale	71
ACPPA	1982	11	1265	45,4 M€	74€/jour à Paris , 52€/jour en province	présence régionale (Rhône, Paris, Montpellier)	85
Hospitalor	1972	26	2508	41,3 M€		multirégionale (Moselle, Alsace, Nord)	67
AFP	1950	16	1243	26 M€	49€/jour	présence multirégionale (Poitou Charentes, PACA, Limousin, Rhône Alpes, Auvergne, Aquitaine)	65
SMA - Les Sinoplies	1993	11		23,7 M€			

Les établissements du secteur privé à but non lucratif présentent une grande diversité d'offre. Ils représentent 30 % des capacités d'accueil des maisons de retraite, 27 % des foyers logements, 14 % des USLD et 70 % des services de maintien à domicile – à mettre en perspective avec les parts de marché du secteur privé lucratif qui sont respectivement de 20 %, 4 %, 0 % et 10 %. Au nombre de 2040 en 2003, soit un nombre de places installées équivalent à 127 100, les maisons de retraite privées à but non lucratif ont connu une croissance de 6 % entre

1 Source : DREES - Etudes et résultats 2005.

1996-2003. A contrario, les logements foyers à but non lucratif, au nombre de 810, soit 40500 places installées, ont connu une évolution négative : -7 % de 1996 à 2003. Ces évolutions se sont en partie autoalimentées par le fait qu'avec la réforme de 2002, nombre de foyers logements ont été convertis en Ehpad. On constate donc un relatif maintien de la volumétrie d'offre d'hébergement aux personnes âgées (dépendantes ou non) du secteur privé non lucratif, ce qui, face à la croissance du lucratif, se traduit par une perte de parts de marché en relatif.

En ce qui concerne l'offre médicalisée des établissements à but non lucratif, 29 % des maisons de retraite privée à but non lucratif sont signataires d'une convention tripartite. Avec 71 500 places installées médicalisées, les places médicalisées en maisons de retraite privées non lucratives représentent 56 % de la capacité totale. Le secteur privé non lucratif s'inscrit dans la même tendance générale de médicalisation de l'offre. Au-delà des enjeux de la réforme du conventionnement, cette médicalisation des activités du secteur privé non lucratif s'ancre généralement dans des traditions plus anciennes et/ou une stratégie de diversification de l'offre en réponse à des besoins qui évoluent également avec le temps. Pour illustration, au moment de sa création, la vocation première de l'AREPA, l'un des acteurs majeurs du secteur privé non lucratif, était la gestion de logements foyers pour personnes âgées. Rapidement confrontée au problème de dépendance, l'AREPA a été à l'origine de l'ouverture du premier EHPAD français (anciennement MAPAD) en 1981. Aujourd'hui, l'AREPA gère environ 25 EHPAD. Plus récente, la Fondation Caisse d'Epargne pour la Solidarité a, quant à elle dès le départ, concentré ses activités sur les établissements médico-sociaux (à hauteur de 81 %), tandis que les établissements sanitaires représentent 15 % de son offre.

Le secteur associatif est souvent pionnier, à l'origine de solutions novatrices à travers un panel d'activités diversifiées

De manière générale, le secteur associatif est reconnu pour avoir une image de pionnier, d'éclaireur et d'expérimentateur dans différents domaines sanitaires et médico-sociaux. Ancré dans l'économie sociale et solidaire, le secteur privé non lucratif a tout d'abord cette caractéristique qu'il recoupe des secteurs d'activités divers. Dans le secteur du handicap par exemple, le secteur associatif représente 88 % des activités. En ce qui concerne les secteurs sociaux et médico-sociaux, ce sont plus de 56 % des capacités qui sont détenues par le privé non lucratif. La part de marché des associations dans le secteur des personnes âgées est également significative : 33 % des capacités d'accueil sur le médico-social et 14 % dans le secteur sanitaire (USLD) où la technicité et les capacités financières sont d'une tout autre nature. Enfin, bien que devant faire face à de nouveaux entrants (Leclerc, Assureurs...), le secteur non lucratif demeure en position dominante sur l'offre de services, segment porteur plus récent et encore relativement peu développé : ce sont ainsi près de deux tiers des Ssiad qui sont gérés par des organismes privés, majoritairement des associations à but non lucratif. La stratégie de diversification d'activités constitue par ailleurs, pour les grands acteurs privés non lucratifs, des relais de croissance en adéquation avec leur philosophie d'action. C'est notamment le cas de la Fondation Caisse d'Epargne qui héberge d'autres fondations et se diversifie à travers des partenariats avec la Fédération Hospitalière de France, la Fédération Nationale de la Mutualité Française, ou encore le Crédit foncier de France. La Mutualité Française (UNMPAPH) est également à l'origine d'innovations intéressantes, restées cependant ponctuelles de type Villages Retraite ou Domiciles Services.

Ce secteur, d'ores et déjà le plus diversifié en terme d'activité, est également force de proposition en termes d'innovation, parce que proche du terrain et à l'écoute de besoins qui peuvent différer plus ou moins selon la localisation et la population adressée. Le secteur non lucratif est également moins fortement contraint par des enjeux de rentabilité, et moins structuré (pas de modélisation du bon mode de gestion « standard »). Exemple d'expériences innovantes, la mise en place d'un service de cyclo-poussee pour les déplacements quotidiens des personnes âgées lancé en 2007 par AREFO en partenariat avec la ville de Villeurbanne. Parmi les expériences qui reviennent plus couramment, on retrouve le fait de favoriser les échanges entre générations au sein des structures d'hébergement ou encore l'intégration de petites unités à d'autres services de nature différente (crèches, salles de quartier). Précurseur en la matière, le modèle d'organisation sous forme de petites unités de vie à dimension humaine s'est largement diffusé auprès de l'ensemble des acteurs. La dépendance psychique liée à la maladie

d'Alzheimer est également un enjeu perçu par le secteur associatif. Confrontée à la dépendance psychique au sein de ses établissements, l'AREPA a notamment ouvert en 1991 un premier CANTOU, unité de vie pour personnes désorientées, politique poursuivie à ce jour avec la multiplication des unités de vie CANTOU au sein de ses établissements. Sur 66 EHPAD du groupe, 18 possèdent des CANTOU. L'association a par ailleurs créé en 2004 un établissement spécialisé pour l'accueil des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. De même, l'une des résidences Arpage de l'ARPAD possède une unité spécifique Alzheimer, tandis qu'au sein de ses futurs établissements, des unités spécifiques « personnes désorientées » seront systématiquement créées afin d'accueillir des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer. Ce projet passe par le développement d'une offre novatrice dans l'EHPAD de Juvisy. Au second semestre 2008, ce dernier proposera un accueil de jour spécifique et séquentiel dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'hébergement temporaire, longtemps délaissé du fait de difficultés de fonctionnement propres, est un mode d'hébergement sur lequel les associations sont demeurées présentes. L'AREFO-ARPAD a développé une offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire au sein de ses EHPAD, permettant ainsi de créer des passerelles entre le domicile et l'hébergement. De même, nombre d'établissements de la Mutualité Française maintiennent un certain nombre de lits en hébergement temporaire dans le cadre d'une politique d'aide aux aidants. Pour être en mesure d'anticiper et de satisfaire des demandes multiples, la Fondation Caisse d'Epargne affiche quant à elle une réelle volonté de diversifier les modalités d'accueil au sein de ses résidences, en proposant notamment un accueil de jour pour des personnes souffrant de troubles de type Alzheimer, des séjours de courte durée pour pouvoir se remettre doucement d'une hospitalisation ou encore un accueil de répit de manière à soulager momentanément les familles... Ces acteurs nationaux au portefeuille d'activités diversifié se situent dans une logique de prévention, avec également un positionnement sur le maintien à domicile, fer de lance d'une multitude d'association de petite taille.

Le secteur privé non lucratif, un acteur de l'économie sociale et solidaire qui place en son cœur les besoins des usagers et le souci de la qualité

Les états généraux de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (FNADES) ont été l'occasion pour les 450 directeurs d'établissement présents de réaffirmer « la dimension humaniste de l'action sociale ». Considérant que les personnes les plus fragilisées ont besoin d'un suivi médical de qualité et d'un accompagnement adapté, la médicalisation des établissements, la qualité de l'accueil et de l'animation ont été énoncées comme constituant trois priorités d'action. Exception faite des acteurs traditionnels du secteur philanthropique (congrégations) et des mono établissements associatifs, les opérateurs du secteur privé à but non lucratif se sont fortement professionnalisés ces dernières années, même si des progrès restent à accomplir. Majoritairement positionnés sur l'habilitation à l'aide sociale, le rapport qualité/prix de leur offre la rend davantage accessible¹. Avec un taux de certification aux normes de qualité (certification NF Service, AFNOR...) s'élevant à 76 %, ces établissements déploient des moyens importants pour améliorer les soins et les prestations, bien qu'il demeure encore de grandes disparités, notamment dans le cas de mono établissements associatifs qui connaissent pour certains d'importantes difficultés financières et de gestion.

L'offre du secteur privé non lucratif s'inscrit par ailleurs dans une culture de proximité, du fait même de la structuration du secteur. L'inscription dans la réalité d'un territoire constitue une approche conjointe aux associations locales – nature intrinsèque des structures – et des associations et fédérations nationales qui sont majoritairement organisées de façon décentralisée (exemple de la Mutualité Française). Les implantations de la Mutualité Française, premier acteur du secteur privé à but non lucratif avec près de 11 500 lits, sont géographiquement diversifiées (Bretagne, Ardèche, Côte d'Or...), mais disparates (pour des raisons souvent historiques) avec une présence forte dans les espaces périurbains et les villes moyennes, et un principe de maillage

¹ Le secteur associatif peut notamment bénéficier de subventions et/ou de garanties d'emprunt par les autorités publiques et/ou de taux d'intérêt avantageux.

territorial pour satisfaire aux besoins de proximité de ses quelque 38 millions d'adhérents. Dans le cas d'un fonctionnement centralisé (FCES), l'objectif visé demeure le maillage du territoire et l'intégration dans l'économie locale par le soutien d'initiatives et/ou acteurs présents, ou la création en cas de non réponse par rapport à un besoin. Sa dispersion est néanmoins également un point de fragilité, avec des questions prégnantes sur la taille critique et donc de pérennité des établissements – sachant que le seuil de rentabilité se situe entre 60 et 70 lits. L'arbitrage est souvent à opérer entre taille critique d'une part, proximité et maillage du territoire (donc petites unités) d'autre part.

Cet enjeu rejoint celui de la localisation. Pour pallier le déficit d'offre en milieu rural, les principaux acteurs présents, essentiellement des acteurs publics de type CCAS ou des acteurs du secteur associatif ou mutualiste, privilégient les petites unités de vie. La MSA (Mutualité Sociale Agricole) a par exemple développé le concept des MARPA (Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées), petites unités intégrées dans un bourg dont la vocation est de proposer un habitat regroupé à des PA souvent isolées et les commodités attenantes (services, centre ville...). L'enjeu est également de lutter contre l'isolement social qui tend à provoquer ou aggraver la tendance à la dépendance physique (malnutrition...). Si les personnes âgées vivant en milieu ruraux sont moins enclines à entrer en établissement, la solidarité intergénérationnelle ou entre résidents du bourg joue également davantage. Cause et conséquence, les conseils généraux « ruraux » priorisent les services de maintien à domicile pour satisfaire aux besoins exprimés. Ce sont bien souvent encore les associations essentiellement locales que l'on retrouve sur ce créneau. A l'exception de quelques gros acteurs nationaux bien identifiés, dont principalement les Mutualités et Fondations, le secteur privé non lucratif apparaît donc comme particulièrement disparate, intégrant pléthore de petits acteurs. Compte tenu de leur « historique » décentralisé, même les réseaux mutualistes tels que l'UNMPAPH sont diversifiés et hétérogènes avec un poids du local très fort. L'UNMPAPH fédère 70 groupements mutualistes gestionnaires d'établissements et de services pour personnes âgées, ainsi que 31 groupements non-gestionnaires de Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes. Dans ce cadre, l'initiative est laissée au local, hier les unions départementales, demain les unions régionales. Ce contexte d'éparpillement de microstructures non lucratives ouvre la voie à des rachats (stratégie de la Fondation Caisse d'Épargne qui privilégie les reprises aux créations).

Modèle économique : un objectif d'équilibre des finances

Le secteur privé non lucratif obéit à un mode de gestion privé. Les établissements définissent librement leur organisation interne et leurs salariés relèvent du droit privé. Cette formule leur confère une autonomie et une souplesse appréciable, mais elle a pour contrepartie la nécessité de présenter un bilan en équilibre. Une exigence qui oblige à une gestion rigoureuse pour que ne soit pas remis en cause le principe de l'accès aux soins pour tous. Majoritairement habilités à l'aide sociale, ces établissements proposent des tarifs conventionnés pour accueillir des personnes âgées à faible niveau de ressources, et sont souvent dans l'obligation de réinvestir les éventuels excédents – si tant est qu'ils existent – dans l'établissement. La plupart des structures associatives proposent donc des tarifs d'entrée de gamme. Reconnue d'utilité publique en 2001, la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité, a ainsi pour mission d'accompagner des personnes fragilisées par le grand âge, le handicap ou la maladie. Ces personnes peuvent, quelles que soient leurs ressources, être prises en charge par un service ou un établissement de la Fondation. La question de la rentabilité – ou du moins l'équilibre – est donc un enjeu clé et force est de constater que le secteur associatif demeure à ce jour peu rentable, d'autant qu'il s'est développé sur des activités moins rémunératrices tels les services à la personne, les petites unités de vie ou encore l'hébergement temporaire, sans toutefois, nous l'avons vu, ni industrialiser les modèles, ni atteindre la taille critique nécessaire aux synergies et économies d'échelle. Ainsi, malgré une progression de 58 % de son chiffre d'affaires entre 2004 et 2005 suite à la densification de son réseau d'établissements, la Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité reste déficitaire avec un déficit de 131 K€ en 2005 pour un chiffre d'affaires de 186,7 millions. Plus globalement, le taux de marge brute d'exploitation des associations tend à chuter (1,8 point pour l'ACPPA) du fait notamment de la hausse de postes salaires et frais de personnel, suite aux embauches complémentaires induite par la signature

de conventions tripartites. Ces acteurs sont confrontés aux mêmes tensions inflationnistes sur les coûts que les acteurs commerciaux décrits précédemment.

Analyse stratégique : une évolution contrainte vers a minima davantage de coordination

En termes de développement, il s'agit d'analyser deux axes que constituent d'une part la diversification, d'autre part la concentration. Concernant les stratégies de diversification, elles répondent tout d'abord à un principe d'action (la prise en charge de la personne âgée dans son intégralité, du domicile à l'établissement), ainsi qu'à une demande de plus en plus forte des pouvoirs publics (schémas gérontologiques, PRIAC). L'AREPA souhaite ainsi passer du statut d'hébergeur à celui d'« accompagnateur de vie en direction du grand âge ». Ses 66 établissements doivent devenir des plateformes de services, d'information, de formation, et plus globalement de sensibilisation à l'évolution de la longévité. Il demeure néanmoins un certain nombre d'obstacles à une implication plus forte des opérateurs gestionnaires d'établissements dans les services à domicile et dans les services intermédiaires. En effet, il ne faut pas méconnaître les différences de culture, d'approche gestionnaire, de pratique des relations avec les financeurs et tutelles ou tout simplement l'absence de volonté individuelle de diversification, quand bien même celle-ci serait reconnue, on l'a dit, par l'ensemble des fédérations.

Pour ce qui est des dynamiques de concentration sur le secteur non lucratif, nous avons relativement peu d'éléments. Celles-ci doivent donc être analysées au vu de la dispersion initiale des acteurs, ainsi que des leviers existants et de l'existence (ou non) d'acteurs qui auraient les moyens de ces politiques. L'AREFO-ARPAD poursuit son développement sur une stratégie de croissance interne et externe ciblée avec la création ou la reprise de gestion de 2 à 3 établissements chaque année. Concernant l'UNMPAPH (Mutualité Française), ses orientations stratégiques demeurent à ce jour ouvertes, qu'il s'agisse de créations ou de reprises, bien que l'on observe des reprises localisées, (reprise des murs ou de la seule gestion). La Fondation Caisses d'Epargne est certainement aujourd'hui la plus active en la matière, qui représente un réseau de 82 établissements et services de maintien à domicile répartis sur tout le territoire. Les évolutions observées sur les activités de services à domicile, assurées principalement par des associations de taille très variable, nous offrent par ailleurs une grille de lecture pertinente. Elles mettent en exergue les trois dynamiques existantes : une dynamique d'autonomie qui demeure (les associations revendiquent une autonomie de leur politique de développement) ; une dynamique de réseau avec un regroupement des structures dans un cadre fédératif (cas notamment de Mutuelles de taille moyenne telle Harmonie Mutualité ou Euromut) ; enfin, une dynamique d'intégration qui arrive bien souvent en dernier lieu comme une solution à la disparition (l'instance fédérale devenant le niveau de gestion, de décision et de discussion avec les collectivités et les financeurs qui préfèrent avoir affaire à un nombre d'interlocuteurs limité). On ne peut en effet oublier les phénomènes de concurrence qui existent et concernent d'ailleurs davantage les associations entre elles, que les groupes privés commerciaux qui n'ont pas le même positionnement ou les CCAS qui restent encore largement focalisés sur les activités de gestion d'établissements, et limitent leurs interventions aux seuls résidents d'une commune, sans chercher à se développer au-delà de leur champ d'action. La concurrence est largement modulée pour les acteurs locaux par la sectorisation géographique des interventions ou la spécialisation des publics.

Un autre enjeu pour ces acteurs réside dans la coordination de leur offre. A titre illustratif, tous les établissements gérés par l'AREFO et l'ARPAD ont intégré sur leur lieu géographique un réseau gérontologique, ce qui permet aux établissements de s'inscrire dans une démarche de qualité et d'innovation et favorise la création de passerelles entre structures sanitaires, sociales et médico-sociales. La coordination des interventions permet par ailleurs d'optimiser le coût de la prise en charge, ce qui constitue un enjeu fondamental pour le secteur non lucratif. Les acteurs du privé non lucratif peuvent également renforcer leur positionnement vis-à-vis des acteurs publics. Dans le cadre de la politique « Mieux Vieillir », la CNAV et la MSA ont ainsi signé une convention de partenariat qui réaffirme l'engagement politique des deux acteurs en matière de prévention et de perte d'autonomie des personnes âgées. Les objectifs sont de renforcer leur réseau tant national que local puisque la convention engage 46 caisses de la MSA et les 20 caisses régionales du régime général ; développer les actions menées pour les retraités par une

coordination active en matière d'information, identification des besoins, diversification des aides de maintien à domicile en fonction des spécificités locales ; enfin, développer des lieux de vie collectifs. Dans la même logique, les caisses MSA Franche Comté et Bourgogne, la CRAM et le RSI ont proposé en 2008 un nouveau système d'aides pour les plus de 65 ans dans le cadre d'un plan d'aide pour sécuriser le retour à domicile des personnes âgées et assurer le suivi adapté des soins après une hospitalisation. L'enjeu est bien entendu d'avoir une offre qui soit à la fois accessible et de qualité pour l'utilisateur (solvabilisation du public cible), et viable d'un point de vue économique pour le porteur du projet.

Eléments de prospective

Vers un renforcement de la concentration : pour une maîtrise de l'offre ?

Une course à la taille critique : une nécessité ou une fenêtre d'opportunité conjoncturelle ?

Les entreprises du secteur privé lucratif ont connu ces cinq dernières années des taux de croissance élevés de leur chiffre d'affaires, non seulement en raison de leur croissance organique, mais également de nombreuses opérations d'acquisitions. Cette dynamique de développement est tout d'abord à mettre en perspective avec les difficultés, voire le retrait d'autres acteurs traditionnellement présents sur le secteur : opérateurs publics et associatifs, congrégations. Sur certains territoires, les acteurs privés commerciaux sont parfois les seuls à répondre aux demandes de créations. Ainsi, outre l'augmentation des besoins d'hébergement à laquelle il faut répondre, les acteurs privés ont majoritairement gagné des parts de marché sur les structures associatives et privées indépendantes. Cependant les acteurs publics et associatifs représentent encore aujourd'hui près de 80 % des établissements (en incluant les Mutualités et Fondations). A échéance de 5-10 ans, la part de marché de ces acteurs traditionnels historiques devrait encore se réduire. En effet, en raison de l'intensité capitalistique de ce secteur (10 à 15 millions d'euros pour la création d'un établissement moyen de 80 place) et les investissements nécessaires à la mise aux normes continue des établissements existants souvent anciens (avec un niveau de confort d'hébergement très limité, chambres pour 2 voire 3 résidents, cabinets de toilettes communs...), ces acteurs ont et auront de plus en plus de difficultés à trouver les moyens de leur développement, voire simplement de leur maintien. Ils seront en effet en incapacité de mobiliser les financements nécessaires à la création ou restructuration de leurs établissements. Traditionnellement et jusqu'aux années 1980, leur présence sur le secteur médico-social était rendue possible par un accès facilité au marché financier : garantie d'emprunt et subventions accordées par les collectivités locales, acquisition de terrain pour un euro symbolique... Aujourd'hui, ce contexte favorable des années 1980 a disparu et les structures sont confrontées à des manques de fonds propres, des déficits en termes de résultat ...

Parallèlement à cet état de fait, on trouve face à ces acteurs historiques une concurrence forte et organisée qui structure le marché et le développement du secteur : d'une part les acteurs appartenant au secteur privé à but lucratif qui ont réussi à atteindre une certaine taille critique (que ce soit sous forme de groupes ou de regroupements tels les réseaux coopératifs comme Resideal Santé) ; d'autre part les acteurs du secteur privé à but non lucratif là encore à taille critique parmi lesquels on retrouve pour l'essentiel les organismes mutualistes (de livre III ou livre II, Mutualité Française, MGEN ...), les Fondations (une seule identifiée aujourd'hui qui est la Fondation des Caisses d'Epargne) et enfin les associations d'envergure nationale (AREPA, ARFO...) qui se sont très fortement professionnalisées ces dernières années et ont gagné en efficacité de gestion.

Concernant tout d'abord la part de marché des acteurs privés commerciaux, celle-ci est aujourd'hui encore relativement secondaire puisque ces derniers représentent 18 % des capacités d'accueil EHPAD et USLD confondus (20 % si l'on exclut les USLD), soit en ordre de grandeur de l'ordre de 100 000 places sur les quelques 540 000 places existantes. Si l'on se place maintenant d'un point de vue dynamique sur les trois dernières années, ces acteurs ont été à l'origine de 70 à 75 % des 5 000 nouvelles créations de places autorisées chaque année, le reste étant majoritairement le fait des autres identifiés ci-dessus (mutualistes...). Aussi, à pourcentage constant de part de création de places privées lucratives (70 à 75 %) et sur la base de 7 500 places autorisées par an dans les cinq années à venir, les acteurs commerciaux lucratifs pourraient ajouter entre 25 000 et 30 000 places à leur parc existant, soit une part de marché comprise entre 20 et 25 % sur les offres EHPAD / USLD (marché total estimé à 600 000 places dans 5 ans). Au sein du secteur privé à but non lucratif, les acteurs mutualistes et les fondations devraient également gagner en part de marché au « détriment » des mono établissements de statut « loi de 1901 », ce qui permettrait au secteur privé non lucratif de maintenir sa part de marché à environ 25 % des capacités d'accueil. Ces estimations de parts de marché, reposant sur les créations uniquement, ne tiennent pas compte des mouvements de concentration et de rachats en cours. Si les acteurs privés semblent s'inscrire dans ces stratégies de reprise de façon plus marquée que les autres acteurs, il est difficile ici d'en estimer les impacts en termes de nombre de reprises et donc in fine de part de marché.

Sur le point de la création de places ex nihilo, les perspectives de développement sont contraintes par la planification du secteur dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux (fonction des besoins identifiés) et des PRIAC (tributaires des financements disponibles). Les liens avec le secteur sanitaire sont également de plus en plus impactant avec la nécessaire inscription dans une filière de soins. Ainsi, la réforme hospitalière, la mise en place des ARS, et plus globalement les enjeux de décloisonnement entre sanitaire et médico-social posent la question d'éventuelle nouvelles parts de marché avec la reconversion d'hôpitaux de proximité en EHPAD. Cela pourrait concerner 30 000 places. La prudence est cependant de mise quant à l'intérêt pour les acteurs privés à but lucratif ou non lucratif de se positionner sur ces reconversions (taux d'occupation, rentabilité...).

Au-delà de ces quelques éléments de prospective portant sur les créations, soit les nouvelles parts de marché potentielles et la répartition de celles-ci entre les différents type d'acteurs intervenant sur le secteur des personnes âgées dépendantes, il existe une autre tendance de fond qui redistribue les cartes au sein même de chaque groupe d'acteurs : la concentration. Celle-ci peut prendre diverses formes (fédération, réseau, absorption...), mais constitue aujourd'hui une orientation stratégique majeure. En effet, les contraintes actuelles pesant sur ce secteur impliquent à la fois de trouver des réponses aux enjeux économiques (activité à forte intensité capitalistique, augmentation des coûts de fonctionnement, taille critique, mutualisation des fonctions supports et recherche de synergies...), mais aussi aux enjeux « techniques » (coûts des travaux de mise aux normes, maîtrise des coûts de fonctionnement pour les « mono établissements », réponses qualitatives dans l'hébergement...). Face à cette double contrainte, un nombre important d'acteurs (indépendants privés, congrégations, associations...) se retrouvent en situation délicate, ne pouvant répondre aux évolutions du marché de l'hébergement, et se retrouvent donc contraints à se désengager de l'activité par cession de leur établissement. Les cibles potentielles de reprise ou de rapprochement sont donc encore nombreuses, sachant que l'on dénombre environ 600 établissements privés qui ne peuvent statistiquement s'aligner aux critères de modernité (remises aux normes). L'heure n'est donc pas à l'essoufflement du mouvement de concentration sur les 5 années à venir. Ainsi, bien que des acteurs se soient lancés dans l'internationalisation de leur activité vers des pays de proximité (Korian, Orpéa...), la stratégie de croissance sur le territoire hexagonal du top 10 des structures privées n'est pas remise en cause, et demeure bien souvent première en termes d'orientation stratégique. L'acquisition d'établissements isolés peu s'avérer plus rentable et moins coûteuse que celle de réseaux entiers (appropriation culturelle, financière...).

Dans les prochaines années, la priorité continuera donc à se positionner sur l'obtention d'autorisations nouvelles (dans la mesure des places autorisées) et sur la reprise et restructuration de places existantes. Pour illustration, le groupe Noble Age, côté en bourse, possède des réservoirs importants de croissance interne (30 % de ses places autorisées ne sont pas encore en service) et de progression des marges (40 % du parc n'est pas encore aux normes de rentabilité du groupe). Le modèle de développement du groupe est ainsi axé sur la création et acquisition de

résidences médicalisées au cœur des villes et des agglomérations de plus de 50 000 habitants en France et en Belgique. La société a d'ores et déjà obtenu des autorisations sécurisées pour ouvrir quelque 900 lits supplémentaires dans les années à venir, qui s'ajouteront aux 2 800 existants (soit un tiers de l'existant). Même dynamique pour Orpéa, acteur de référence sur le secteur avec 14 000 places, et des prévisions à quelque 200-300 places créées par an auxquelles viendront s'ajouter le double en rachat (600 places environ)¹.

En conclusion, le paysage concurrentiel est aujourd'hui et pour les années à venir en recomposition, sous l'influence de deux catégories d'acteurs : les privés lucratif et non lucratif à taille critique. Les changements ne semblent en effet pas pouvoir venir des acteurs publics ou associatifs qui n'ont pas les moyens de leur ambition (manque de fonds propres...) dans un cadre d'évolution extrêmement rapide. Les représentants du monde mutualiste, dont l'atout premier, au-delà de leur ancienneté et de leur légitimité sur le secteur, est d'être à la fois assureurs (donc prescripteurs) et gestionnaires sont également en mesure aujourd'hui de s'inscrire comme acteurs majeurs du changement. Cependant ces acteurs sont en position moins offensive que les acteurs privés lucratifs aujourd'hui dans les stratégies de reprise et de concentration. Les débats qui ont lieu actuellement dans le monde de la mutualité, relatif notamment au positionnement et à l'offre des mutuelles de Livre II (métiers de l'assurance) et de Livre III (métiers des services), permettent d'entrevoir dans les années à venir une restructuration permettant de tirer partie de toutes ces synergies et d'être plus offensif.

Les facteurs de croissance : des leviers de financement et un paysage concurrentiel dispersé

L'enjeu premier, et discriminant, de ce développement tient à son financement. Pour rappel, la création d'un établissement de 80 lits représente un investissement de 10 à 15 millions d'euros. Ceci explique l'entrée récente de fonds d'investissement institutionnels au capital de certains opérateurs comme tendance de fond de l'évolution du secteur. La prise de participation de ces fonds constitue un puissant levier de financement. Elle crédibilise et facilite par ailleurs les démarches des opérateurs auprès des banques qui, du fait des montants à souscrire et des contraintes législatives propres au secteur obligeant à échelonner l'amortissement sur 15-20 ans², ont de fortes exigences sur le niveau de fonds propres à apporter. L'entrée de Groupama Centre Atlantique au capital du Groupe Noble Age à hauteur de 4,97 %³ illustre cette tendance et l'intérêt porté par ces fonds institutionnels au secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Dans la même logique, la société Mieux vivre⁴ qui contrôle aujourd'hui une vingtaine d'établissements (1 500 places), mais vise un objectif de 2 500 places dans les 2 ans, puis 4 000 places à terme, vient d'ouvrir son capital à des investisseurs financiers, en réalisant une levée de fonds de 8 millions d'euros. Six millions ont été apportés par le groupe Irdi-Icso⁵ et 2 millions ont été souscrits par des outils de financement du groupe Crédit Agricole. La caisse régionale de la banque joue un rôle clef dans cette opération, puisqu'elle a mis par ailleurs à la disposition de Mieux Vivre un prêt de 50 millions sur trois ans. Concernant les Mutuelles et la Fondation Caisse d'Épargne, leur principal avantage comparatif réside dans les synergies possibles en interne entre les métiers de l'assurance et ceux de la gestion d'établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires, qui leur permettent de bénéficier de fonds propres. Néanmoins, ces synergies peuvent s'avérer difficiles à mettre en œuvre ou tout simplement à optimiser (différences culturelles, problème

1 Source : communiqués de presse et entretien avec Mr Marian.

2 Enjeu / contrainte du renouvellement des autorisations et immobilier monovalent.

3. Selon l'actualité des marchés financiers (communiqués d'avril 2008), cette prise de participation a dû se faire sous la forme d'une augmentation de capital réservée pour un montant de 7,2 ME (soit 800 000 E en valeur nominale et 6 400 000 E de prime d'émission), et sous réserve de certaines conditions usuelles. Sa réalisation a été soumise à l'approbation des actionnaires lors de l'Assemblée Générale du 23 Juin 2008. Groupama Centre Atlantique doit être représenté au Conseil d'Administration du Groupe Noble Age en qualité de censeur et rejoindre les actionnaires fondateurs au sein du pacte d'actionnaires du Groupe Noble Age.

4. Spécialisée dans l'exploitation d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Mieux Vivre a été constituée au début de l'année 2007 par l'apport des activités d'exploitation d'Ehpad du groupe Espaces Loisirs Concept. Elle a pour actionnaires majoritaires ses fondateurs Serge Audouin et Marc Faujanet.

5 Créé il y a vingt-cinq ans par la région Midi-Pyrénées, et aujourd'hui détenu à 20,4 % par la région Midi-Pyrénées et à 21,2 % par la Caisse des Dépôts, l'Institut régional (Irdi) de développement industriel et son fonds de placement à risque Isco ont pour mission de soutenir les fonds propres d'une vingtaine d'entreprises.

d'évaluation des coûts...) et nécessitent dans tous les cas du temps. Ces acteurs bénéficient également des mêmes conditions d'accès aux crédits bancaires que les acteurs commerciaux, bien qu'ayant un modèle économique différent (habilitation majoritaire ou totale à l'aide sociale et financements subséquents d'une partie du tarif hébergement par les collectivités).

Concernant les fonds d'investissement au sens strict, seul le groupe Medica France, anciennement cédé à Bridgepoint par la caisse des dépôts et consignations est aujourd'hui concerné avec l'entrée en 2006 de BC Partners et Axa Private Equity à son capital. Aucune autre tentative d'approche n'a été identifiée. L'intérêt porté par ce type de fonds au secteur médico-social est en fait relativement limité, car ces derniers se placent dans une logique de retour sur investissement à échelle de 5-7 ans, alors que les enjeux de rentabilité et de croissance des groupes s'inscrivent dans le moyen et long terme¹.

L'entrée en bourse peut également constituer un levier de financement. Bien que ce dernier demeure aujourd'hui circonscrit à 3 acteurs (Noble Age, Korian, Orpea), les besoins de financement croissants qu'impliquent les stratégies de développement et l'intensité capitalistique relevée peuvent amener d'autres groupes à y recourir. Cette alternative est d'autant plus attractive que les groupes de maisons de retraite cotés en Bourse ont vu le cours de leurs actions progresser fortement depuis leur introduction. Pour les analystes financiers, ces maisons constituent à la fois des valeurs de croissance et des valeurs défensives, autrement dit leur développement est moins sensible à la conjoncture, ce qui n'est pas un atout négligeable après la prise de conscience induite par la crise des subprimes. Orpea, dont le chiffre d'affaires a augmenté de 29 % au premier semestre, a ainsi vu son cours de Bourse bondir de 44 % en un an et de plus de 300 % sur trois ans. Introduit en Bourse en juin 2006, l'action de Noble Âge a quant à elle doublé de valeur en un peu plus d'un an. Au-delà de la croissance du chiffre d'affaires, la croissance des cours s'explique bien entendu également par la consolidation du secteur.

Les stratégies en matière d'immobilier entrent également dans ce cadre et peuvent constituer un élément clé du montage financier d'opérations d'extension ou de construction. Les acteurs de l'immobilier vont certainement voir leur rôle se renforcer dans les années à venir sur le secteur de la santé, qu'il s'agisse de SIIC (Sociétés d'Investissements Immobiliers Cotées) avec une approche « rendement », ou de promoteurs immobiliers ou office HLM avec une approche « construction ». En effet, si les opérateurs du secteur continuent de conserver en propre une partie de leurs établissements, la tendance est à l'externalisation de tout ou partie des murs pour éviter le cumul d'une dette considérable, sujet sensible lorsque le groupe est coté puisque la dette pèse sur le bilan. Le recours aux partenariats avec les acteurs immobiliers est également favorisé par la configuration actuelle des marchés immobilier et financiers (volatilité des taux d'intérêt). Propriétaire de 15 % de son parc d'établissements, Korian a décidé de céder plus de la moitié de son patrimoine. Son ratio dette nette sur fonds propres devrait ainsi passer de 90 % à un peu moins de 70 %. Orpea, l'acteur le plus « foncier » et le plus endetté du panel (il détient plus de 50 % de ses établissements), semble suivre le même chemin, avec comme alternative à une cession pure et simple, la création d'une structure qui lui permettra de ne céder que 40 % de la propriété des immeubles. Noble Âge est quant à lui locataire de la quasi-totalité de ses établissements. Au sein de la Mutualité Française, les stratégies immobilières peuvent différer d'un établissement à l'autre, avec une part relativement équivalente d'établissements propriétaires et locataires (50/50). Du côté des acteurs immobilier, GECINA, première société foncière française dédiée à la santé, qui investit depuis 2005 dans l'immobilier de santé via GECIMED, a gagné très vite une taille critique en rachetant en septembre 2006 pour 536 millions d'euros les murs de 28 cliniques de Générale de Santé, le premier groupe de cliniques privées français. La foncière a aussi investi dans plusieurs EHPAD exploités par Medica France et développe des partenariats avec Korian et Orpea². Ces sociétés peuvent éventuellement faire partie de l'actionnariat des opérateurs, comme c'est le cas pour Batipart avec Korian. Du côté des promoteurs immobiliers, le groupe Nexity a noué récemment un partenariat avec Emera en vue de construire des maisons pour seniors (produit mixte constitué d'un EHPAD adossé à une résidence services). Bouygues Immobilier est également très présent dans la promotion de maisons de retraite (700 chambres cette année). Vinci Immobilier inscrit quant à lui sa percée sur le secteur à travers une stratégie de partenariat avec Omeris tout en

1 La création d'une maison de retraite demande a minima 3 ans entre la préparation du dossier et la construction. Les temps de montée en charge peuvent également s'échelonner sur le temps.

2 Depuis le 1^{er} janvier 2007, Gecimed a investi près de 145 millions d'euros avec un rendement net moyen de 6,7 %.

commercialisant ses résidences au titre de LMP/LMNP. Enfin, Pierre & Vacances a racheté en 2007 Les Senioriales pour 23 millions d'euros. Gecimed a d'ailleurs réalisé récemment une acquisition conjointe au côté de la Générale de Santé qui a acquis le fonds de commerce d'un hôpital construit par Gecimed. De facto, les EHPAD constituent un secteur immobilier porteur offrant une forte visibilité et des rendements plus élevés que dans les bureaux (3,5 %), ou le logement (4 %, dix ans de hausse des prix de l'immobilier ayant entamé la rentabilité des locations classiques). Les taux dans l'immobilier santé sont aujourd'hui de l'ordre de 5 à 6 %. La rentabilité souhaitée pourra par ailleurs demeurer plus faible dès lors que le produit entre dans le cadre d'une loi de défiscalisation et devient un placement immobilier (cas du LMP¹ « location en Meublé Professionnel »). L'entrée sur l'immobilier de santé de ces différents acteurs constitue donc une tendance de fond du secteur² et un levier de développement pour les acteurs en croissance.

Les limites du modèle de développement : des contraintes financières et de fonctionnement, avec une question en suspens sur de potentiels nouveaux entrants

L'entrée de fonds d'investissement ou l'introduction en bourse peuvent faire craindre que la recherche de rentabilité à court terme l'emporte sur les engagements à moyen et long terme, ce qui mettrait en péril le bon fonctionnement du secteur (moins de services ou plus de services facturés, hausse des prix, éclatement des groupes en cas de retrait d'un fond...). Néanmoins, ce risque semble aujourd'hui écarté et ne semble pas devoir se profiler. Dans le cas d'entrée de fonds constitués par les acteurs de la bancassurance, la logique de développement s'inscrit dans le long terme (avec notamment une volonté de maîtriser les offres et les conditions tarifaires de celles-ci). Les résultats semblent par ailleurs trop faibles (peu, voire pas de dividendes versés) ou pas assez immédiats pour rendre attractif le secteur aux fonds d'investissement privés qui pourtant aujourd'hui se diversifient fortement (secteur alimentaire...). Plusieurs raisons à cela : les rendements plafonnent dès lors qu'est atteint le « rythme de croisière » de l'établissement ; le niveau de tarification est dépendant des pouvoirs publics (subventions, mais également plafonnement des hausses tarifaires) et du niveau de solvabilité des personnes concernées ; les tensions inflationnistes sur les coûts sont fortes (hausse prévisible des coûts immobiliers, financiers et salariaux) ; les sommes investies sont significatives mais pas du même ordre que sur le secteur sanitaire ; enfin, les Bancassureurs se positionnent sur le secteur. La stabilité des résultats (EBIT) offre en revanche une lisibilité qui conforte les investisseurs qui se positionnent sur le long terme et/ou sur des placements de « sécurité ». A cet égard, l'entrée en bourse avortée en 2005 de DomusVi est très instructive. Cet acteur a vu entrer dans son capital deux fonds institutionnels qui, ce faisant, ont contré le projet d'OPA du fond d'investissement Blackstone, déjà présent sur le sanitaire.

Concernant les stratégies immobilières, la transformation des places en EHPAD en produit de placement financier dans le cadre du LMP trouve également ses limites. Cette stratégie est notamment celle de GDP Vendôme / Dolcea, même si tous les groupes y ont partiellement recours. Dolcea/GDP Vendôme a pour caractéristique de maîtriser toute la filière liée à son activité : de la promotion avec GDP Vendôme Promotion à la commercialisation par Patrimmo Expansion, en passant par la gestion, assurée par Dolcea. Positionné sur ce secteur depuis plus de 17 ans, GDP Vendôme commercialise ainsi les chambres de ses maisons médicalisées à des particuliers par le biais de CGPI, de banques et de plates-formes immobilières. Or, le gouvernement a récemment ciblé la location en meublé professionnelle comme une niche fiscale trop avantageuse, avec une réforme possible à venir³. Aucune décision n'a été prise à ce jour, mais une orientation de suppression ou de remplacement de ce placement aurait un impact direct sur la création d'EHPAD. Il demeure que le LMP constitue un levier de financement parmi d'autres, considéré comme utile mais pas nécessaire par la majorité des groupes.

-
- 1 Les loyers ne sont pas considérés comme des revenus fonciers mais relèvent du régime des bénéfices industriels et commerciaux (BIC). Deux statuts coexistent : le régime appelé loueur en meublé non professionnel (LMNP) et le régime dit professionnel (LMP), très avantageux fiscalement.
 - 2 Elle leur permet d'acquérir une expertise en matière de montage et de construction d'établissements de santé, et ainsi de proposer des projets d'aménagement mixtes « clé en main ». Elle leur permet également d'accroître leur patrimoine avec un actif neuf et de diversifier leur portefeuille, donc les risques.
 - 3 L'administration a décidé de s'attaquer aux niches fiscales non plafonnées. Trois pistes de réforme ont été retenues : limiter les déficits déductibles du revenu global à 10700 euros ou supprimer cette possibilité d'imputation ; rendre cumulatifs les critères pour pouvoir prétendre au statut de LMP et revoir à la hausse le seuil de 23 000 euros ; suppression pure et simple du LMP.

Enfin, au-delà du mouvement de concentration identifié précédemment, et des entrées de nouveaux acteurs (bancassureurs...), on peut s'interroger sur la non présence de structures étrangères. Le cas s'est posé en 1997 avec l'arrivée d'un opérateur américain à vocation « globale » : Holiday retirement. L'expérience s'est achevée rapidement puisque ce dernier s'est retiré en 2003 en revendant sa filiale française, Serience, avec une forte plus value permise par la fluctuation du taux de change euros/dollars. Cette expérience est demeurée unique. De facto, la complexité de l'Hexagone en matière de réglementation (secteur médico-social), financement (logique binaire soin/dépendance) et d'imbrication des autorités administratives de régulation s'avèrent tout à fait dissuasif. On peut ainsi parler de « barrières législatives à l'entrée ».

Une entrée de nouveaux acteurs sur le secteur par la compétence « services », en l'occurrence des sociétés prestataires des groupes d'hébergement dans le cadre de leur politique d'externalisation (Veolia, Sodexo) apparaît également peu plausible. L'avantage compétitif de tels groupes est en effet de capitaliser sur une offre services indépendamment de l'environnement (exemple de la restauration pour des établissements de santé, scolaires, militaires...).

Enfin, dernière éventualité à soulever, peut être la plus probante, l'entrée par la compétence « soin » d'acteurs du sanitaire, sachant qu'il existe déjà des acteurs duaux (Medica France, Korian) et des stratégies de diversification vers les cliniques (filiale Clinéa d'Orpea). Les acteurs du sanitaire obéiraient à la même logique à savoir la diversification de leur portefeuille d'activités et le développement de synergies dans l'offre (retour en EHPAD après une hospitalisation et inversement). Le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social semble d'ailleurs une tendance forte pour les années à venir avec la médicalisation des maisons de retraite, l'instauration des filières de soins, les réformes en cours (ARS...), mais également la raréfaction des relais de croissance sur le sanitaire et la force de frappe financière de ces acteurs.

Vers un développement aval et diversifié des assureurs ou des banquiers : pour une continuité de l'offre ?

Une relation de donnant/donnant : vers une maîtrise des tarifs ?

Nous l'avons vu, les Bancassureurs se sont récemment intéressés au secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Ils sont présents au capital des groupes de maisons de retraite (Predica pour Korian ; la Macif et la Caisse Epargne pour DomusVi ; Groupama pour Noble Age), éventuellement au capital des sociétés immobilières présentes sur le secteur (Gedimed, Foncières des Régions), ou encore à travers leur Fondation dans le cas de la Caisse d'Epargne. Tout d'abord, l'entrée au capital des groupes de maisons de retraite des Bancassureurs s'inscrit dans une perspective de long terme. Il s'agit de développer des synergies entre deux métiers complémentaires. Acteur bancaire le plus présent sur le secteur, à travers notamment sa fondation qui gère quelque six mille lits, ainsi que sa participation dans DomusVi, la Caisse d'Epargne a récemment renforcé sa légitimité avec un produit dépendance, qui vient étoffer son offre prévoyance. Ces acteurs ont ainsi une meilleure compréhension et maîtrise de l'offre qu'ils inscrivent dans leur contrat dépendance (évaluation des coûts, des risques...) et peuvent la dimensionner en conséquence. Leur présence leur permet également d'accompagner le processus de vente de leurs propres produits.

L'entrée des Bancassureurs dans le capital des opérateurs de maisons de retraite peut dès lors constituer un élément de régulation par l'imbrication des enjeux de financement et de solvabilité. En effet, dès lors que le résident en EHPAD est l'assuré, il semble nécessaire pour ces acteurs de maîtriser la hausse des coûts de l'hébergement, celle-ci impactant directement le montant de cotisation dépendance versée dans le cadre de l'assurance. Dans ce contexte, l'attitude des pouvoirs publics, et notamment la création ou non d'une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à la dépendance, constitue un enjeu majeur qui impactera fortement la stratégie de ces acteurs et leur positionnement sur le secteur de l'hébergement aux personnes âgées dépendantes. Par ce biais (équilibre entre assurance privée et financement public) et celui de la tarification, la puissance publique conditionnera l'évolution du secteur, en suscitant ou non un regain d'intérêt des Bancassureurs sur la

dépendance, sachant que globalement l'assurance est identifiée pour les années qui viennent comme l'un des premiers leviers de croissance organique des Bancassureurs.

Vers des groupes exhaustifs maîtrisant tous les chaînons de l'offre, du service à la personne à l'hébergement médicalisé ?

Sans qu'il soit fait mention des acteurs du privé non lucratif dont les activités sont historiquement relativement diversifiées, deux opérateurs commerciaux principaux ont inscrit dans leur stratégie de développement la diversification vers les services de maintien à domicile : Korian avec la création de Korian services, enseigne aujourd'hui en suspens, et DomusVi. Tous deux ont d'ailleurs pour actionnaires des acteurs du secteur banque et assurance (Prédica qui détient 27 % de Korian ; la Macif et la CNCE, actionnaire chacun à hauteur de 17 % de DomusVi). Les groupes d'assurance et bancaires tels que les Caisses d'Epargne, CNP Assurances, Crédit Agricole, Groupama, LCL, Macif, Maif,... portent d'ailleurs un intérêt réel au secteur des services à la personne. Majoritairement présents via les enseignes nationales, ces groupes ont largement participé à la structuration du marché en intervenant dans le domaine de l'intermédiation¹.

Pouvant constituer un relais de croissance dans les années à venir, cette stratégie de diversification en aval suscite néanmoins un engouement mesuré en raison d'une prise de risque pour une moindre rentabilité du modèle économique des services à la personne². L'essor des services à la personne apparaît en outre plus lent que prévu³, et même si parmi ces services, ceux liés aux personnes âgées, sont les plus porteurs, leur rentabilité à court terme se révèle défavorable. Enfin, ce secteur est largement investi par les associations et les organismes publics, qui par ailleurs réalisent 60 % de leur activité (en termes d'heures travaillées) auprès des personnes âgées et dépendantes. Son intérêt n'est cependant pas inexistant comme le prouve la progression régulière des entreprises privées dans le chiffre d'affaires pour atteindre 10 % du marché en 2006. En 2008, cette part du privé lucratif devrait atteindre 15 % voire 20 % en 2010 avec un chiffre d'affaires alors de l'ordre de 3,6 Md euros⁴.

La stratégie de diversification des groupes de maisons de retraite peut cependant devenir un axe de développement dans les années à venir. Elle permet principalement de diversifier les sources de revenus, et de nouer des synergies entre l'activité hébergement et l'activité service, avec l'enjeu de la « captation » de la personne futur résident d'un établissement et le ménagement de passerelles entre les offres. Ce développement constitue dès lors l'une des réponses pouvant être apportée à l'inadaptation de l'offre aux besoins et l'existence de ruptures dans le parcours résidentiel des personnes âgées.

Deux autres facteurs d'évolution de l'offre peuvent être relevés, mais militant plutôt en faveur de stratégies de spécialisation. On constate d'une part un mouvement de spécialisation des maisons de retraite sur la dépendance forte, d'autre part, la priorité donnée au développement des services de maintien à domicile face au déficit de places en institution⁵. Dans cette perspective, une offre intégrée peut apparaître prometteuse avec un investissement initial relativement faible. Le segment spécifique des services destinés aux personnes âgées est porteur en raison du vieillissement de la population, mais doit encore se structurer et se professionnaliser. Il s'agit pour les opérateurs d'être capables de proposer des services de qualité et de se faire connaître auprès du grand

1 Certains assureurs vendent déjà de la téléassistance ou de la mise en relation avec des services à domicile.

2 Les acteurs présents sur ce marché doivent disposer d'agences physiques, particulièrement coûteuses, pesant sur la rentabilité. Les contraintes financières des familles sont également un frein au développement d'activités de services. Pour l'instant, seuls quelques acteurs proposent une prise en charge directe d'aide à domicile dans leur contrat dépendance dont LCL, l'UNPMF, AG2R.

3 Malgré un nombre d'heures travaillées en progression, un fort développement des entreprises de services qui a été multiplié par 2,5 entre 2005 et début 2007, une professionnalisation accrue, la demande de la part des ménages n'est pas aussi soutenue que ce qui était prévu lors du lancement du plan Borloo. Les mesures prises par les gouvernements successifs depuis quinze ans jusqu'au plan Borloo ne sont pas parvenues à surmonter des obstacles structurels : mauvaise image et manque d'attractivité de ces métiers, ancrage culturel du travail au noir, insuffisance de formation, problèmes de qualité des services,....

4 Source : étude d'Ineum Consulting menée en partenariat avec l'école de commerce Essec en 2007.

5 Faute de places en établissement, mais aussi par choix, entre 60 et 70 % des malades d'Alzheimer vivent chez eux ou chez un proche. A noter que depuis 2007, les services à domicile concernant les personnes dépendantes bénéficient d'une nouvelle dynamique dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2007. Ainsi, les EHPAD peuvent désormais développer une activité de services à domicile. Plus globalement, le marché des services à la personne qui pèse 12 Md euros, possède un potentiel considérable en tenant compte de l'importance du travail non déclaré dans ce secteur, estimé à 48 Md.

public, deux points sur lesquels des grands groupes de maisons de retraite ne sont pas démunis. En outre, ces services à domicile nécessitent des compétences bien spécifiques détenues via l'activité EHPAD. Enfin, la diversification de son portefeuille d'activités permettrait à l'opérateur d'être un interlocuteur unique de l'assuré qui aurait des prestations de services incluses dans son cadre de contrat d'assurance dépendance.

Les acteurs mutualistes déjà présents sur ce secteur sont d'ailleurs encore davantage concernés. Leur orientation vers le service est plus ancienne et/ou davantage ancrée dans leur philosophie d'action qui consiste à appréhender la prise en charge dans sa globalité. Dans certains départements, la Mutualité Française propose ainsi à ses adhérents des ateliers pour les préparer à la dépendance et la « dégradation physique » de leur parent malade, mettant ainsi l'accent sur l'aide aux « aidants », activité peu développée et non sécurisée d'un point de vue financier, les familles n'étant pas toujours prêtes à payer pour ce type de prestation. Korian services proposait également d'assister les familles des malades dans l'organisation de leur planning, la coordination des prestataires et leur gestion budgétaire, mais l'expérience s'est interrompue fin 2007. Néanmoins, et même si les noms peuvent différer d'un acteur à l'autre, il n'en demeure pas moins que nombre d'acteurs de l'hébergement - privés commerciaux, privés associatifs et publics - mettent en avant l'importance de l'intégration des compétences sanitaires, médico-sociales et sociales pour construire une prise en charge globale de la personne âgée en perte d'autonomie, ce qui signifie sortir du cadre strict de l'hébergement. On parle ainsi de « carrefour polyvalent de services à la personne » (Synerpa), « plate-forme » dont les établissements pourraient être les coordinateurs (FEHAP, FHF), « plate-forme de services ». L'unanimité semble devoir se faire autour du rôle pivot à faire jouer aux établissements dans l'intégration des services.

Analyse comparative des marchés de l'hébergement en Italie, Allemagne, Royaume Uni et Belgique

Cette analyse comparative vise à apporter quelques éclairages complémentaires à partir de l'analyse du fonctionnement du marché de l'hébergement des personnes âgées en Italie, Royaume Uni, Allemagne et Belgique. Elle reprend ainsi les principaux points abordés dans l'étude du marché français, concernant à la fois la démographie du vieillissement de la population, le rôle des autorités publiques, le prix de l'hébergement et son financement, ainsi que des informations sur la structuration du marché et les principaux acteurs en présence.

Nous avons pour ce faire procédé au recueil d'informations documentaires à partir de sources complémentaires : sources internes Ernst & Young, recherches internet, et entretiens. Nous avons également mobilisé plusieurs interlocuteurs sur quatre pays, soit l'Italie, le Royaume Uni, l'Allemagne et la Belgique (cf annexe infra).

Quelques données clé en synthèse

	Italie	Royaume Uni	Allemagne	Belgique
Plus 65 ans en 2005	19,5%	15,9%	18,7%	17,1%
Système de gestion	Régions	Councils / NHS / CSCI*	Etat fédéral / Länder	Etat / Communautés linguistiques / Région Wallonne
Dépenses publiques (€)	8,7 Md	10,3 Md **	7,6 Md	1 320 M***
Evolution en réflexion		Critères d'éligibilité aux aides plus drastiques	Assurance complémentaire prochainement obligatoire	Fonds de vieillissement
Places en établissement pour 1000 habitants	2,5 à 5,7 ****	7,7	9	
Prix journée	60	125	90	25-80
Financements publics	Partie "soins" en intégralité / partie hôtelière selon revenu	Compléments selon les revenus (capital) / assurance privée	Assurance dépendance obligatoire / allocation sociale si besoin / assurance facultative	Forfait soin selon le degré de dépendance (INAMI) / CPAS / assurance complémentaire
Secteur dominant	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Privé
Part du public	47%	8%	7%	25%
Part du privé lucratif	18%	77%	38%	49%
Evolution du privé lucratif	(+ +)	(+)	(+ +)	(+)

* National Health Service / Commission for Social Care Inspection

** inclus uniquement les financements des councils

*** Dépenses soins aux personnes âgées de l'Etat fédéral (uniquement pour les Maisons de Repos)

**** selon le chiffre retenu inclus ou non les maisons pour personnes âgées non agréées (statistiques très imprécises)

Des pays de l'Europe vieillissante

Le vieillissement de la population est un phénomène perçu à l'échelle mondiale. Entre 1950 et 2025, les personnes âgées (à partir de 60 ans) passeront de 200 millions à 1,2 milliard, soit de 8 à 14 % de la population mondiale totale. Ainsi, tandis que la population mondiale aura approximativement triplé, le nombre des personnes âgées aura sextuplé et celui des plus de 80 ans décuplé.

L'Italie figure parmi les pays les plus vieillissants, qui rivalise ainsi avec la structure démographique du Japon. En 2002, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 18,6 % de la population italienne, 19,5 % en 2005, 22,5 % en 2015, soit presque un quart de la population, pour atteindre 39,5 % en 2050 (à taux de natalité inchangé). Selon les statistiques italiennes, les trois quarts de ces personnes âgées seraient affectés de maladies chroniques comprises ici au sens large, du diabète à la maladie d'Alzheimer. Cette hausse concerne par ailleurs également les plus de 85 ans dont le pourcentage devrait passer de 2,1 % en 2002 à 3,4 % de la population en 2015 (1 240 000 personnes en 2008 et 2 040 000 en 2015), soit une évolution assez similaire à la France (1 200 000 personnes de plus de 85 ans en 2008 et 2 000 000 en 2015).

Pays de la « vieille Europe », le Royaume Uni, l'Allemagne et la Belgique n'échappent bien sûr pas à la règle du vieillissement de la population.

En 2010, la Belgique devrait compter 1,85 million de personnes de plus de 65 ans contre 1,73 million en 2000. Les perspectives pour 2020 et 2030 sont respectivement de 2,2 et 2,6 millions, soit une hausse de 53 % de la population de plus de 65 ans en 30 ans. Le nombre des personnes très âgées augmente d'ailleurs plus que proportionnellement, soit une augmentation de respectivement 93 % et 123 % sur cette même période 2000-2030 pour les personnes âgées de 80 à 89 ans et celles de plus de 90 ans. La Région flamande sera davantage confrontée au vieillissement de sa population. A contrario, la Région de Bruxelles-Capitale sera celle qui le subira le moins.

Au Royaume Uni, en 2006, 11,3 millions d'Anglais ont atteint l'âge de la retraite (dont 9,7 millions de plus de 65 ans¹), soit 420 000 personnes de plus par rapport à 2002. Ce chiffre atteindra 12,2 millions en 2011, 13,4 millions en 2026 et 15 millions en 2031. La situation varie selon les régions, avec un pourcentage plus significatif de personnes âgées dans le Sud Est de l'Angleterre. En proportion, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 15,9 % de la population en 2005, pourcentage qui devrait passer à 16,9 % en 2010, pour atteindre 25,8 % en 2050.

L'Allemagne se trouve dans une position intermédiaire entre le Royaume Uni et l'Italie. En 2005, la part des plus de 65 ans s'élevait à 18,7 % de la population. Elle devrait passer à 20,3 % en 2010, pour atteindre à 31,5 % en 2050. En revanche, dans l'absolu, le nombre de personnes « concernées » est plus élevé, puisque ce seront près de 22 millions de personnes qui auront plus de 65 ans en 2030, et 23 millions en 2050. En d'autres termes, dans 50 ans, une personne sur trois sera âgée de plus de 65 ans. De surcroît, c'est la population des plus âgés, c'est à dire des personnes âgées de plus de 80 ans, qui augmente le plus rapidement. En 2004, leur part dans la population se situait à 3,5 % ; en 2050, cette part pourrait atteindre 12,1 %, soit 9,1 millions de personnes. Concernant le sujet de notre étude, nous pouvons également noter qu'en 2005 le nombre de personnes dépendantes est estimé à 2,13 millions, dont 82 % de personnes âgées de plus de 65 ans et 32 % âgées de 80 ans ou plus, avec une tendance à la hausse².

Terre d'immigration, les Etats-Unis d'Amérique sont moins touchés que l'Europe par la problématique du vieillissement de leur population. En 2005, la population américaine de plus de 65 ans représentait 35,2 millions d'individus, soit 12,1 % de la population.

¹ Il est ainsi estimé qu'un tiers des foyers se trouve avec a minima une personne âgée à charge, soit 6,8 millions de foyers.

² De 2003 à 2005, le nombre était monté de 2,5 % et l'INSEE allemand parle dans ses prévisions de 3,4 millions pour 2030.

Une gestion décentralisée de la santé et du social

En Italie, la gestion de la santé se trouve décentralisée au niveau des Régions avec pour conséquence une vingtaine de législations différentes. Il en est de même au Royaume Uni où les autorités compétentes dans le secteur social, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées, des personnes handicapées et des familles, sont les « councils »¹. Les politiques et moyens engagés diffèrent ainsi également très fortement selon le territoire considéré.

Cependant, dans les deux cas, l'Etat conserve un rôle de supervision, régulation et contrôle. Il édicte les règles, notamment les standards de qualité permettant l'accréditation des structures d'accueil des personnes âgées, accréditation qui autorise le conventionnement, donc l'accès aux financements publics. La réglementation est d'ailleurs très encadrée dans les deux pays, les structures d'accueil devant répondre à des critères très stricts (nombre de m² par chambre, niveau d'encadrement du personnel...). Concernant l'Italie, les structures d'accueil sont régies par la loi cadre de 1995 (« Plan de mise en oeuvre des services de santé dans le système national de santé »). Les Maisons de santé (équivalent EHPAD) doivent ainsi offrir différents services, dont une permanence des soins 24h/24, la présence d'un spécialiste gériatrique a minima 4 heures par jour, ainsi que la disponibilité d'une assistante, une infirmière, un éducateur et un thérapeute pour respectivement 4, 7, 10 et 20 résidents. Ces obligations réglementaires de personnel Soins et Dépendance sont ainsi plus élevées que les normes françaises. L'Etat procède également à des contrôles, équivalent d'« audits de qualité ». Le résultat est relativement probant avec, en 2006, un taux de 78 % des maisons de retraite anglaises atteignant le standard de qualité défini au niveau national contre 59 % en 2003.

De l'autre côté du Rhin, le schéma d'organisation des autorités publiques est relativement semblable. La gestion de la santé est de la responsabilité du gouvernement fédéral. Néanmoins, dans le cadre de la réforme du système fédéral de 2006, ce qui relève plus spécifiquement des soins et de l'hébergement des personnes dépendantes a été décentralisé au niveau des régions (« Länder »). La législation de chaque « Land » sera donc amenée à changer, mais plutôt à la marge, car l'Etat fédéral demeure l'autorité de régulation qui décide des grandes orientations en matière de santé publique. Il existe ainsi aujourd'hui deux lois qui encadrent l'hébergement des personnes âgées : Le « *Pflegeversicherungsgesetz* » (Code de l'assurance dépendance) qui fait partie de l'équivalent de notre sécurité sociale, et le « *Heimgesetz* » (Code de la maison de retraite). Tandis que le premier réglemente les conditions encadrant la construction, la labellisation et le financement de l'hébergement des personnes âgées, le second s'occupe du fonctionnement (concertation avec les partenaires sociaux par exemple) concernant ces hébergements. Une instance de contrôle spécifique, la « *Heimaufsicht* », située soit au niveau des administrations des villes ou des arrondissements, soit au niveau des administrations régionales de santé, réalise des contrôles réguliers de la qualité des prestations et du respect des normes en coopération avec le service médical des assurances maladie (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK).

Enfin, en Belgique, l'enchevêtrement des compétences complique le paysage². Les réformes constitutionnelles des années 1980 ont transféré aux communautés les domaines de compétences « personnalisables ». Parmi celles ci, le législateur a distingué deux domaines : la politique de la santé et la politique de l'aide aux personnes, dont la politique du troisième âge. Néanmoins, en 1993, suite aux difficultés financières de la Communauté Française, cette dernière a transféré ses fonctionnaires et certaines de ses compétences, dont celle concernant les personnes âgées et handicapées, à la Région Wallonne. Ceci crée une situation paradoxale, dans la mesure où une Région à vocation économique est compétente dans un domaine « médico-social ». La Communauté Germanophone a en revanche conservé ses prérogatives, ce qui signifie que, concrètement, la Région Wallonne ne peut agir que sur son

¹ Au nombre de 340, ils se situent à un niveau correspondant au département ou à la commune en France, qui comprend davantage de collectivités locales.

² A la suite de la révision constitutionnelle de 1993 qui a redéfini les diverses compétences au sein de l'Etat fédéral, on distingue désormais trois niveaux de gouvernement (fédéral, régional, et de communautés linguistiques) avec une répartition complexe des responsabilités. L'originalité du fédéralisme belge est cette coexistence, sur le même plan, de l'institution régionale et de l'institution communautaire à côté, et non pas en dessous, de l'Etat fédéral. Pour simplifier, la région est un outil d'aménagement du territoire (environnement, transports, urbanisme...) et de développement économique, alors que la communauté est un outil de politique culturelle, d'enseignement et d'aide aux personnes (personnes âgées, jeunesse, petite enfance, etc.).

territoire de langue française. A ces deux entités s'ajoutent la Communauté flamande (fusionnée avec la Région Flamande) et la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale. Certains domaines d'action comme le logement et les infrastructures, relèvent par ailleurs également du niveau régional, alors que d'autres restent de la compétence de l'Etat fédéral, des Provinces ou des communes et des CPAS (centres publics d'aide sociale). Le Fédéral via l'INAMI (Institut national d'assurance maladie invalidité) finance notamment le coût des soins dispensés en Maisons de Repos. En revanche, à la différence des autres pays, les normes architecturales et l'octroi d'agréments nécessaires à l'exploitation des Maisons sont du ressort des régions. Ces dernières suivent une programmation visant à assurer l'adaptation de l'offre aux besoins de la population, tant du point de vue des types de spécialisation, que des capacités et de la couverture géographique.

Des financements publics significatifs et en progression, avec cependant des doutes persistants sur leur pérennité

En Italie, 85 milliards d'€ ont été dépensés dans la santé en 2005, dont 8,7 milliards à destination des personnes âgées. Ce chiffre devrait progresser pour atteindre 11,3 milliards en 2009, ce qui démontre l'intérêt porté par les pouvoirs publics à un enjeu sociétal qui, à financement constant, verra mécaniquement augmenter les dépenses.

Au Royaume Uni, sur l'année 2004-05, les dépenses des councils ont atteint 10,3 milliards d'€ pour les seuls services aux personnes âgées (plus de 65 ans), ce qui représente 58 % de l'ensemble des dépenses sociales. 1,23 million de personnes plus de 65 ans ont ainsi pu bénéficier de soins fournis¹ ou (partiellement) financés par ce que nous pouvons assimiler au « service social » britannique, soit 13 % du total des personnes âgées. Il s'agissait dans 85 % des cas de services à domicile. Concernant plus spécifiquement les résidents en maison de retraite, 205 750 personnes âgées ont bénéficié d'une aide financière du service social en 2006, contre 118 000 personnes qui ont payé l'intégralité du coût de résidence par leurs propres moyens.

En Allemagne, les Etats fédérés ont dépensé 239,4 milliards d'€ pour la santé en 2004, dont 36,3 % (86,9 milliards) destinés aux personnes âgées de 65 à 85 ans et 9,1 % (21,78 milliards) à destination des 85 ans et plus. C'est ainsi près de la moitié des dépenses de santé des états fédérés qui se trouve orientée vers les personnes âgées, dont 7 % dépensés dans le cadre de l'assurance dépendance.

En Belgique, les dépenses brutes de protection sociale qui représentaient 29,3 % du PIB en 2003, sont en constante progression depuis 2000. Les retraites et la santé constituent la majeure partie des dépenses de protection sociale, soit respectivement 44,1 % et 27,7 %². Concernant plus spécifiquement le budget soins aux personnes âgées, les efforts consentis par le gouvernement fédéral pour les maisons de repos et les maisons de repos et de soins ont augmenté d'environ 72 % par rapport à 1998, passant ainsi de 674 millions d'€ en 1998 à 1 161 millions d'€ en 2002. Dans le budget fédéral pour 2003, 160 millions d'€ supplémentaires ont été dégagés pour les soins aux personnes âgées en institutions. La majeure partie de ce montant est nécessaire pour faire face à l'accroissement continu des coûts. Au niveau microéconomique, cela représente une augmentation de 80 % des recettes INAMI pour une institution mixte (moins de 20 % des lits en Maison de Repos et soins) et 35 % pour une institution avec plus de 20 % de lits MRS.

Les questions pesant sur la pérennité des financements publics se posent avec autant d'acuité dans ces différents pays européens qu'en France. En Allemagne, on compte 33 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes entre 20 et 64 ans. D'ici 2050, ce ratio devrait passer du simple au double, soit près de 60 personnes de plus de 65 ans, d'où un nombre d'actifs moindre au regard des retraites à financer. En Italie, l'augmentation du budget de la sécurité sociale fait pendant à la diminution en cours du budget des régions, avec une politique de remboursement qui fluctue cependant très fortement d'une région à l'autre, dans un contexte où l'assurance privée est quasiment inexistante.

¹ En 2005, 27 % des services aux personnes âgées (ici compris au sens large de la résidence au portage de repas) sont proposés par les councils (30 % en 2004) et 73 % par des organismes privés.

² Les statistiques ne nous permettent pas de distinguer ce qui relève directement de la prise en charge des personnes âgées.

La Belgique supporte également d'importantes pressions budgétaires du fait du vieillissement de sa population. Selon les prévisions de 2005 du groupe de travail sur le vieillissement de la population, les dépenses du régime public de retraite passeront de 10,4 % à 15,5 % du PIB entre 2004 et 2009. Si l'on considère plus spécifiquement les dépenses totales de soins de santé, ces dernières ont augmenté de 7,2 % en moyenne par an (hors inflation) dans les années 1970. Dans les années 80, ce taux de croissance a été ramené à 3,1% et 3,4 % dans les années 90. Pendant la même période, le PIB n'augmentait que de 3,4 % dans les années 70, de 1,9 % dans les années 80 et 2,1 % dans les années 90. Il apparaît donc tout à fait systématique que la croissance des dépenses de soins de santé est plus élevée que la croissance du PIB, ce qui explique d'ailleurs que ces dépenses ne cessent d'augmenter en % du PIB. Une telle évolution n'est pas sans poser des problèmes budgétaires. Au début des années 1990, on comptait 4 personnes âgées de 20 à 65 ans pour une personne de 65 ans ou plus. Ce ratio passera à 3 personnes pour une en 2020, puis deux pour une en 2040. Face à cette situation, L'Etat fédéral a mis en place un fonds de vieillissement, provisionné par chaque commune, et destiné à financer à terme les dépenses sociales liées au vieillissement de la population.

Le Fonds de vieillissement mis en œuvre en Belgique depuis 2001

Le Fonds de vieillissement en bref

Le Fonds de vieillissement a été créé par la loi du 5 septembre 2001 « portant garantie d'une réduction continue de la dette publique et création d'un Fonds de vieillissement ». Il a pour objectif de constituer des réserves permettant de financer, durant la période comprise entre 2010 et 2030, les dépenses supplémentaires des différents régimes légaux de pensions, consécutives au vieillissement de la population. Il doit garantir (sous forme de provision financière) le paiement des pensions futures sans devoir procéder à une augmentation des cotisations sociales.

Il doit être principalement financé, en principe, par les surplus budgétaires de l'Etat. Les moyens ainsi constitués seront utilisés à partir de 2010 pour faire face à l'augmentation des dépenses de pensions.

Fonctionnement et financement du fonds

Le Fonds est placé sous le contrôle conjoint du Ministre des Finances et du Ministre du Budget. Il est administré par un conseil d'administration, composé de dix membres. Le conseil arrête les instructions pour le placement des moyens et assume la gestion des réserves.

Les revenus du Fonds de vieillissement se composent, en principe, de surplus budgétaires, mais peuvent également comprendre des excédents de la sécurité sociale et des recettes non fiscales, auxquels s'ajoutent les produits des placements. Le Fonds de vieillissement peut en effet disposer des revenus de ses placements. La loi sur le Fonds de vieillissement stipule que le Fonds place ses réserves en titres de l'Etat Belge.

En effet, les réserves du Fonds de vieillissement ne sont pas placées dans les instruments habituels de la dette de l'Etat orientés vers les investisseurs institutionnels, comme les obligations linéaires, mais bien dans un instrument spécifique de dette "sur mesure": les "bons du Trésor- Fonds de vieillissement". Il s'agit de titres dématérialisés non négociables, émis par le Trésor à la demande du Fonds de vieillissement. Le taux est fixé sur la base de la courbe d'intérêt des obligations linéaires. Les titres sont remboursables à l'échéance finale mais peuvent toutefois être remboursés par anticipation, en tout ou en partie, aux conditions du marché.

Les frais de fonctionnement du Fonds de vieillissement sont quant à eux portés à la charge du budget général des dépenses.

Pendant ses premières années d'activité, le Fonds de vieillissement a été essentiellement alimenté par le produit de recettes non fiscales. Le but a toutefois toujours été d'alimenter en premier lieu le Fonds de vieillissement avec des excédents budgétaires.

Une adaptation de la loi sur le Fonds de vieillissement votée en 2005 dispose que le Fonds doit être financé à partir de 2007 d'une manière plus structurelle avec principalement des surplus budgétaires. Pour l'exercice budgétaire 2007, un montant équivalant à 0,3 % du produit intérieur brut devait en principe être affecté au Fonds de vieillissement. Les années suivantes jusqu'en 2012, ce pourcentage devait être augmenté à chaque fois de 0,2 point du produit intérieur brut.

Les résultats

Pour la période 2001-2006, des moyens pour un montant total de 13 124,1 millions d'€ ont été mis à la disposition du Fonds de vieillissement. Les recettes ont toujours été d'origine non-fiscale durant les premières années d'activité du Fonds. En attribuant au Fonds de vieillissement le surplus budgétaire 2006 pour un montant de 176 millions d'euros, il a été fait appel pour la première fois aux soldes budgétaires comme source de financement du Fonds.

Une mesure remise en cause dans un contexte peu propice

Sur le budget 2007, le Gouvernement a estimé ne pas pouvoir attribuer des moyens au Fonds de vieillissement, contrairement à ce qui avait été prévu. Comme par le passé, le Fonds de vieillissement a bien entendu obtenu en 2007 des intérêts sur le portefeuille "bons du Trésor - Fonds de vieillissement". Ces produits de placement se sont élevés à 655,8 millions d'€.

Le Fonds de vieillissement ne sera pas non plus alimenté en 2008, puisque l'engagement qui avait été pris de dégager un excédent budgétaire équivalent à 0,3% du PIB a été corrigé au vu du contexte international. Le gouvernement devrait se contenter de viser l'équilibre du budget de l'Etat pour 2009.

Au Royaume Uni, la situation est également critique avec une sécurité sociale (NHS) qui a enregistré un déficit de 2,2 milliards d'€ en 2005. On estime par ailleurs que 7 personnes âgées sur 10 ne peuvent pas bénéficier d'une aide « sociale » à moins de se trouver d'ores et déjà dans un état grave, voire critique. Une étude a par ailleurs montré que 2 % des autorités en charge de la politique de soins aux personnes âgées (les councils) ne prodiguent leurs aides et services que si la personne présente un « état de santé critique ». Pour 70 % des councils, le degré d'éligibilité donnant accès aux aides est jugé « élevé », « modéré » pour 25 %, et enfin « bas » pour les 3 % restants. Cette tendance risque d'ailleurs d'aller en s'accroissant si l'on considère que 77 % des councils comptent rendre plus contraignants leurs critères d'éligibilité aux aides, ce qui signifie en termes clairs restreindre l'accès aux soins pour des personnes âgées se trouvant sur la tangente en termes de revenus ou simplement insuffisamment dépendantes. Les personnes âgées ayant besoin de soins sont ainsi estimées à 2,5 millions, dont 850 000 avec des besoins « élevés ». Ces quelque 850 000 personnes âgées représentent 10 % de la population de 65 ans et plus en Angleterre. Or, on estime qu'environ 6 000 personnes en besoin élevé et quelque 275 000 personnes avec des besoins moindres n'ont pas bénéficié d'un service adapté, soit 11 % des 2,5 millions de personnes âgées potentiellement concernées. Une autre enquête conclut que 35 % des résidents bénéficiaires d'une aide des autorités publiques se sont vu malgré tout contraints de rechercher un complément de financement.

A une toute autre échelle, les dépenses publiques annuelles dédiées aux personnes âgées représentent 1 139 Mds \$ (818 Mds €) aux Etats-Unis. Le système d'assurance de santé géré par le gouvernement américain, Medicare, est destiné aux personnes de plus de 65 ans ou répondant à certains critères (avoir cotisé au moins 10 ans, être inscrit à la Sécurité Sociale, être âgés de plus de 65 ans et habiter de manière permanente aux Etats-Unis). Les individus qui ont moins de 65 ans peuvent également être éligibles aux aides sous certaines conditions (handicaps, maladie grave). Au Medicare s'ajoute le Medicaid, un programme qui a pour but de fournir une assurance maladie aux individus et aux familles à faibles revenus et ressources. Il est géré par les Etats qui le subventionnent conjointement avec le gouvernement fédéral. Parmi les personnes susceptibles de bénéficier de ce programme, on retrouve : les parents à faible revenu, les enfants, les personnes âgées et les personnes à handicap.

Un déficit de places

Le taux d'occupation des maisons de retraite médicalisées s'établit autour de 90-95 % dans chacun des pays étudiés, ce qui témoigne de l'importance de la demande. D'un point de vue strictement quantitatif¹, chaque pays est déficitaire en nombre de places disponibles en établissement comparativement à la demande présente et future, mais dans des proportions plus ou moins fortes. La situation est certainement la plus critique en Italie où l'on compte 5,9 places en maisons de retraite (inclus les Résidences médicalisées et les logements-foyers) pour 1 000 habitants en 2005 contre une moyenne de 7,7 places au Royaume Uni, 9 places en Allemagne et 9,8 places en France (mais 8,5 lits pour 1 000 habitants si l'on ne considère que les EHPAD et USLD). En 2003², l'Italie comptait ainsi environ 90 000 lits en maison de santé RSA (1 190 structures) et 110 000 lits en RA, équivalents respectifs des EHPAD et EHPA français, auxquels s'ajoutent 148 000 lits « résidentiels » (logements foyers). Le nombre de lits à créer évolue, selon les études, entre 70 000 et 100 000 lits. Le besoin est d'autant plus évident qu'il y a peu de lits RSA permettant de prendre en charge les personnes dépendantes, dont le nombre va fortement augmenter dans les années à venir. En comparaison, le Royaume Uni comptait 12 215 maisons de retraite en 2006 (avec au moins un lit par personne de plus de 65 ans³) pour environ 468 000 places. L'Allemagne se situe en position intermédiaire concernant le nombre de maisons de retraite (10 400 en 2005), mais avec un nombre de lits plus élevé au global (environ 750 000), du fait d'une taille moyenne des établissements de 73 lits (90 pour le secteur privé lucratif) contre 68 en France ou 44 au Royaume Uni. Celles-ci prennent en charge 32 % des 2,13 millions de personnes dépendantes⁴. Leur nombre a par ailleurs augmenté de 7 % par rapport à 2003.

¹ Les modèles de « nursing » et « residential homes », résidences-foyers et maison de retraite ou maisons de repos diffèrent sensiblement d'un pays à l'autre et limitent la qualité des comparaisons.

² Il s'agit des dernières données statistiques consolidées à l'échelle du pays.

³ En moyenne, on compte 34 lits par maison de retraite (pour les personnes âgées de plus de 65 ans). Par ailleurs, 77 % des personnes accueillies par ces structures ont plus de 65 ans.

⁴ Personnes ayant besoin d'être soignées constamment.

La Belgique est le pays le mieux doté. En 2007, le pays compte 1 709 établissements (Maisons de Repos et Maisons de Repos et Soins¹) pour un équivalent de 123 981 lits soit une moyenne de 72 lits par établissements et 11,7 places pour 1 000 habitants. Néanmoins, l'enveloppe budgétaire de l'INAMI qui sert à financer le coût des soins dispensés en Maisons de Repos, et qui est calculée sur la base de 7 places en Maison de Repos pour 1 000 personnes de plus de 65 ans, demeure en deçà des besoins réels, nettement plus élevés que ceux prévus par la programmation.

D'un point de vue géographique, la répartition est très hétérogène sur l'ensemble du territoire qu'il s'agisse de l'Italie ou du Royaume Uni. Selon les statistiques, la Lombardie concentre à elle seule entre 30 et 50 % des lits en maisons de retraite... L'Allemagne montre en revanche un profil plus homogène quant à la couverture géographique du pays, du fait d'une décentralisation de la politique d'hébergement des personnes âgées encore très récente (2006). De même en Belgique, la répartition des établissements sur le territoire est relativement adéquate avec la géographie du vieillissement de la population qui ne touche pas toutes les régions de façon homogène. Avec un taux de naissance plus important et une population en moyenne plus jeune que dans le reste du pays, la région bruxelloise répondra aux besoins d'hébergement des personnes âgées jusqu'en 2020.

Un prix journée aussi élevé qu'en France, avec des restes à charge très fluctuants

D'une manière générale, les dotations aux soins en Belgique et en Italie sont plus élevées, ce qui devrait permettre d'afficher en principe un prix de journée inférieur, grâce à la prise en charge d'une fraction plus importante des frais de personnel par ces dotations.

En Italie, le prix de journée moyen se situe autour de 60 €. Cette moyenne s'avère cependant peu pertinente du fait d'écartés conséquents selon qu'on se situe en Lombardie, en Toscane ou en Sicile. Ne serait ce que pour une maison de retraite de type RSA en Lombardie, le prix de journée peut varier de 95 € à Milan à 70 € en province pour un établissement privé. Dans un établissement public (chambre à 3 lits²), le prix de journée d'hébergement est généralement de 30 €. En Allemagne, le prix journalier s'élève en moyenne à 70 € pour les soins, plus 19 € pour les services « hôteliers ». Selon la catégorie (2 à 4 étoiles), le prix de journée peut varier de 80 à 110 € par jour, tandis que la part des soins décroît sensiblement avec la montée en qualité des prestations (de 67 % à 55 % du coût). Malgré l'augmentation des prix, et en tenant compte de la part des aides de l'Etat, le prix moyen jour en France, en Italie et en Allemagne reste en dessous du record atteint en Angleterre, où le prix journalier de résidence en maison de retraite approche les 125 €³, inclus les 26 € supplémentaires pour le « nursing service » si la personne âgée est dépendante. Les maisons de retraite britanniques médicalisées ont par ailleurs augmenté leurs prix de 8 % par an en moyenne depuis cinq ans. Non seulement l'inflation est élevée, mais ces prix moyens cachent des disparités croissantes. Les établissements qui ont un niveau de service supérieur aux normes nationales pratiquent un prix moyen de 25 % supérieur à celui des établissements qui n'atteignent pas les indicateurs souhaités. En somme, la qualité se paie, y compris lorsqu'il s'agit de fournir des services de base. En Belgique, il existe une grande

¹ Les Maisons de Repos pour personnes âgées (MRPA) sont des établissements de séjour collectif où l'on assure aux personnes âgées le logement et une partie des soins familiaux et ménagers habituels. Elles représentent la majeure partie de l'offre institutionnelle. La Maison de Repos et de Soins (MRS) désigne le statut spécifique d'un lit plutôt qu'une structure institutionnelle particulière. Les lits de « Maisons de Repos et de Soins » (MRS) sont intégrés dans les Maisons de Repos. Ils sont destinés aux personnes souffrant d'une maladie de longue durée qui nécessitent donc des soins infirmiers et paramédicaux et d'être aidées dans les activités essentielles de la vie, mais qui n'ont pas besoin d'une surveillance médicale journalière ni de traitement médical et spécialisé permanent. Les centres d'accueil temporaire (de jour, de nuit ou de court séjour) constituent des structures dites « de répit ». Elles contribuent à atténuer le fardeau objectif et subjectif des aidants familiaux, à maintenir ou à améliorer la qualité de vie de la personne âgée, à éviter ou à retarder son hospitalisation et son institutionnalisation. Les résidences-services et les « seniories » sont des unités de logement individuelles où les personnes âgées (60 et plus) habitent de façon indépendante, et où il existe une offre limitée de services communs auxquels elles peuvent éventuellement recourir. Tout en gardant leur indépendance, les personnes âgées peuvent y bénéficier des repas et activités proposées par ces institutions. Aucun soin n'est donné dans ce type d'établissement qui ne perçoit - dès lors - aucune intervention de l'INAMI.

² Les établissements publics comptent encore 40 et 60 % de chambres à 2 et 3 lits. Les établissements privés lucratifs comptent quant à eux 15 % de chambres individuelles et 75 % de chambres à 2 lits. Les établissements associatifs se trouvent dans une position intermédiaire.

³ Taux de change actualisé : 1 € = 0,79 £

différence en fonction du type de gestionnaire (privé, public, associatif) compte tenu de la prise en charge par les pouvoirs locaux des déficits d'exploitation. Le prix moyen dans une Maison de Repos gérée par un opérateur public ou associatif peut ainsi s'avérer extrêmement bas, avoisinant les 25 à 40 €/jour, tandis qu'il montera à 35 - 80 €/jour pour les Maisons privées. Comme partout, ce prix dépend bien entendu de la localisation (grande ou petite ville), de la qualité du bâtiment et des services rendus. Les établissements belges peuvent également facturer des services supplémentaires tels l'entretien du linge personnel des résidents par exemple. Ces frais supplémentaires s'élèvent en moyenne à 7,7 % du prix de journée, mais ils varient là encore fortement selon l'institution.

Aux Etats-Unis, le périmètre d'étude est très fluctuant, donc imprécis, puisqu'il existe différents types de résidences pouvant accueillir des personnes âgées, mais pas exclusivement.

- *Nursing Homes* (maison de repos) :
 - 15 281 structures en 2007 soit 1 613 942 lits
 - Elles fournissent un hébergement long terme ainsi que des services à des personnes ne pouvant être soignées à leur domicile ou dans les *communautés* (cf infra), et qui ne sont pas susceptibles de retourner à la vie indépendante. Parmi les résidents, des personnes âgées dépendantes, mais également des personnes malades qui ne peuvent rester à l'hôpital. Elles offrent par ailleurs également des soins court terme.
 - Le coût annuel est de 50 000\$ et plus (36 000 €). Ces frais sont généralement couverts par Medicare, le Medicaid et/ou les assurances privées.
- *Assisted living residences* (ou residential care) :
 - Environ 38 000 en 2007, soit 980 000 lits
 - Il s'agit de structures où les personnes vivent indépendamment tout en bénéficiant des services offerts sur le complexe. Les services offerts sont généralement liés aux tâches quotidiennes : prise de médicaments, se laver, s'habiller, prise de repas...
 - Les résidents payent généralement un loyer de base auquel s'ajoutent des frais pour les services demandés. Le coût mensuel commence autour de 1 000 \$ (718 €) et est couvert par les assurances pour les soins longue durée.
- *Continuing Care Retirement Communities* (CCRC)
 - Il s'agit de communautés offrant divers niveaux de soins, généralement des appartements indépendants avec une offre de soins spécialisés selon les besoins du résident, permettant ainsi au résident de demeurer sur place au fur et à mesure qu'il vieillit.
- *Independent living Communities*
 - Il s'agit de communautés regroupant des maisons ou appartements accessibles seulement aux personnes seniors. Elles offrent des services divers : la restauration à domicile, le ménage ou encore des services médicaux. Le concept est similaire aux résidences services ou logements foyers en France.
 - Le coût mensuel débute à 1 000 \$ (718 €) et peut parfois être partiellement couvert par le Medicaid pour les personnes à faibles revenus.

Le système de tarification italien est relativement similaire au système français. Une dotation « Soins-Dépendance » est versée par les Autorités de Tutelle (ASL-Région), qui est nettement plus importante que les dotations correspondantes en France, ce qui permet de diminuer le prix de journée « Hébergement » (qui reste pourtant aussi élevé qu'en France en valeur absolue). La partie sanitaire peut ainsi constituer 45 % à 50% du coût total, la partie hôtelière restant à la charge des familles. Ce reste à charge peut cependant être financé en partie ou en intégralité par les communes, qui souvent réservent un nombre prédéfini de places dans les maisons de retraite.

Au Royaume Uni, les financements publics et privés peuvent également s'additionner. Dès lors que leurs revenus excèdent 20 000 £ (équivalent de 25 000 €), les personnes âgées ne bénéficient d'aucune aide. Le *National Health Service* intervient financièrement pour suppléer aux besoins des personnes âgées en complétant, le cas échéant,

les frais dépassant le montant de la pension de la personne âgée, pension qu'il administre d'ailleurs directement. 199 000 résidents de plus de 65 ans figurent parmi les bénéficiaires des prestations des communes, soit 63 % du total des résidents de cette tranche d'âge. Par exemple, dans les maisons de retraite de la Southern Cross à Londres, 2/3 des lits sont réservés « à un tarif préférentiel » aux personnes âgées bénéficiant d'une aide financière du service social. Pour payer la maison de retraite, le service social récupère les pensions de la personne résidente et complète la différence.

En Allemagne, les frais d'hébergement en maison de retraite sont financés d'une part par les résidents eux-mêmes à travers leur pension de retraite, d'autre part par une assurance dépendance « publique », c'est-à-dire obligatoire, qui est directement déduite du salaire au même titre que les cotisations sociales. L'assurance publique paie selon le degré de dépendance de 205 à 665 € par mois pour la prise en charge à domicile par des membres de la famille ; 384 à 1432 € pour la prise en charge à la maison par un service d'aide soignante et 1 023 à 1 432 € pour la prise en charge en institution. Cette assurance finance ainsi tout ou partie des frais de soins, tandis que la partie « hôtelière » reste à la charge du résident. Si la personne résidente n'a pas les moyens de payer la partie hôtelière, une allocation sociale nommée « *Hilfe zur Pflege* » - allocation aux soins¹ - peut suppléer le défaut d'assurance privée après prise en compte des revenus et du degré de dépendance de l'intéressé. Le résident peut, selon ses moyens bien sûr, souscrire des assurances privées complémentaires. Les taux de cotisation sont assez variables, mais généralement très élevés. Aucun texte de loi n'a été publié à ce jour, mais, au vu de des difficultés de l'assurance publique à couvrir les dépenses de santé des personnes âgées, ces assurances aujourd'hui facultatives pourraient également devenir obligatoires. Selon l'âge, l'état de santé et le degré de couverture des dépenses, les cotisations mensuelles varient entre 20 et 150 € par mois.

En Belgique, le système de tarification est sensiblement similaire au système français. Une fois que la personne âgée est acceptée en institution, l'INAMI, dont le budget s'élevait à 1,64 milliard d'€ en 2007, prend en charge le coût des soins dispensés en Maisons de Repos en fonction du degré de dépendance défini par l'échelle de Katz, similaire à la grille AGGIR en France. L'INAMI paie ainsi de 35 à 40 € par jour aux établissements tant publics que privés. Cette intervention financière constitue une part importante du C.A. total des établissements, soit, en moyenne, 60 % dans le public et l'associatif, et 40 % dans le privé. En revanche, les soins des résidents sous le statut d'« indépendants » (catégorie Cd) ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Néanmoins, de facto, avec un âge moyen de 84 ans en Maisons de Repos, le niveau de dépendance est généralement élevé. De leur côté, les provinces et les communes subventionnent largement le coût de construction et d'équipement des Maisons relevant du secteur public, ainsi que de certaines ASBL (secteur associatif). Ces subventions peuvent parfois aller jusqu'à 80 % du coût d'investissement. Les collectivités peuvent également être amenées à prendre en charge le déficit d'exploitation de leurs résidences, comme le font les CPAS (Centres Publics d'Aide Sociale), sous l'autorité des villes et des communes, qui comblent les déficits de leurs Maisons de Repos, sachant que celles-ci représentent 25 % de l'offre. Concernant la partie « hôtelière » de l'hébergement, elle est logiquement prise en charge par le résident². Néanmoins, lorsque le coût de l'hébergement en maison de repos dépasse les revenus de la personne âgée, les CPAS paient pour partie ou en totalité le coût d'hébergement dans les Maisons du secteur privé. Le montant de l'intervention est variable d'un CPAS à l'autre et ne se fera qu'après les interventions personnelles (pensions, rentes...). Aussi, le CPAS peut éventuellement hypothéquer un bien appartenant à la personne aidée, ou encore réclamer la participation du conjoint, des enfants, voire même des petits enfants. Pour le moment, le rôle de l'assurance privée dans le système d'hébergement des personnes âgées est limité. En effet, les produits d'assurances prenant en charge les frais liés à l'hébergement en Maison de Repos n'ont pas connu de réel succès, bien qu'il soit probable que ce secteur se développe à long terme. Concernant plus spécifiquement la Région Flamande, cette dernière impose à tous les citoyens de Flandre de souscrire à un fonds d'assurance dépendance à raison de 25 € par an. Le solde est pris en charge par la région flamande mais il faut souligner que cette couverture est très sommaire.

¹ Il s'agit d'une allocation sociale (inscription dans le code social allemand) gérée par les Etats fédérés et distribuée aux personnes pris en charge médicalement (personnes âgées handicapées...), qui n'ont pas les moyens (retraite, épargne, biens immobiliers...) de faire face à l'ensemble des coûts. Dans le cas présent, elle est perçue si la personne est dépendante et qu'elle ne peut pas faire face aux frais de son hébergement.

² Le montant des pensions de retraite en Belgique est assez bas. Le niveau de retraite minimum est fixé à 850 € par mois. Sachant que les frais d'hébergement en maison de repos sont en moyenne de 35€ par jour minimum pour la partie hôtelière, soit 1 100-1 400 € par mois, l'Etat est amené à prendre en charge le différentiel pour les personnes n'ayant pas souscrit une assurance complémentaire et se trouvant démunies (pas de patrimoine...).

Le système de tarification des établissements accueillant des personnes âgées en Belgique

Mode de financement et tarification

Pour financer leurs dépenses d'investissement, seuls les établissements publics et associatifs peuvent obtenir des subventions. En ce qui concerne la partie fonctionnement du budget, le système belge est fondé sur une enveloppe globale : la sécurité sociale calcule, pour chaque établissement, le budget individuel qui doit couvrir les dépenses annuelles.

Plus globalement, l'assurance maladie intervient pour couvrir les soins, ainsi que l'assistance nécessaire pour les actes de la vie courante. Les coûts des soins sont financés sur la base d'une intervention forfaitaire journalière, qui est facturée par l'institution aux organismes assureurs. Ce forfait est octroyé aux établissements répondant aux trois critères suivants : être agréés par l'autorité régionale, avoir adhéré à une convention nationale et répondre aux normes fixées par l'administration d'encadrement de personnel.

Le montant forfaitaire perçu par les Maisons de Repos auprès de la mutuelle de l'assuré permet de couvrir les soins infirmiers, le matériel de soins, les soins de logopédie et les prestations d'ergothérapie. En revanche, les soins de kinésithérapie font l'objet d'une tarification à l'acte. Quant aux autres prestations (médecins, bandagistes...), les tarifs de remboursement sont les mêmes que ceux pratiqués pour les soins à domicile ; Pour les Maisons de Repos et de Soins, les soins de kinésithérapie sont en revanche directement pris en charge dans le cadre du « forfait soins ».

Contrairement au système français, les forfaits sont définis individuellement en fonction du degré de dépendance de la personne, mesuré au moyen de l'échelle de Katz (équivalent de la grille AGGIR en France). Il ne s'agit pas d'une enveloppe globale au niveau de l'établissement, mais de la somme de forfaits individuels. Le niveau de dépendance est validé par un médecin de la sécurité sociale et peut faire l'objet d'une révision. Ce mécanisme conduit les gestionnaires à réévaluer régulièrement (par exemple, tous les quinze jours) le niveau de dépendance des résidents.

Le tarif d'hébergement est à la charge du résident. S'agissant des pensionnaires belges, l'état fédéral peut financer une allocation pour personne âgée, de façon à assurer un complément de revenu (sur la base du niveau d'invalidité de la personne et de ses revenus). Mais ce sont surtout les centres publics d'aide sociale (CPAS) qui assument la plus grande partie de la charge des personnes dont les revenus sont insuffisants.

Fixation et évolution des prix

Le tarif d'hébergement est fixé par l'établissement. Ce tarif varie d'une année sur l'autre à hauteur de l'inflation, sauf en cas de déficit du budget de l'établissement, de changement de législation, ou d'augmentation particulière des charges.

Tout changement de prix se fait sur la base d'un accord du ministère des affaires économiques, après analyse d'un dossier justifiant la demande de hausse des prix.

Des dispositions régionales, mais surtout fédérales, garantissent par ailleurs les droits des résidents. Ainsi, le service des prix du Ministère des Affaires économiques est attentif à l'application stricte de la réglementation : les prix pratiqués (par type de chambre) doivent être affichés ; les prix d'hébergement et les services qu'ils couvrent doivent être clairement mentionnés dans la convention d'hébergement ; aucun supplément non repris dans la convention d'hébergement ne peut être réclamé. Par ailleurs, les prix d'hébergement ne peuvent être revus qu'après accord du Ministère des Affaires économiques. Enfin, un dossier complet doit être présenté afin de justifier la nécessité pour l'établissement d'augmenter les prix pratiqués.

Le petit matériel de soins, l'entretien de la literie, l'état de semi-validité ou d'invalidité ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation en sus.

Enfin, que ce soit en Italie, au Royaume Uni ou en Allemagne, les opérateurs jouissent d'une liberté tarifaire sur la partie hôtelière. Le contrepoint à une envolée des prix réside dans la solvabilité des résidents et la concurrence sur les marchés domestiques avec notamment l'ouverture de « maisons de bon standard à des prix respectables »¹, en Italie par exemple. A noter cependant que le prix journée fluctue selon le degré de dépendance du pensionnaire, qu'il s'agisse d'un barème préétabli et diagnostiqué à l'entrée (Italie, Belgique) ou d'une prestation additionnelle (Royaume Uni, Allemagne). Si l'on reprend l'exemple italien, sur un prix journée de 100 € à Milan, le forfait soins atteindra 45 € pour une personne fortement dépendante, moins si celle-ci est relativement indépendante. Néanmoins, du fait d'une offre déficitaire et du minimum de service obligatoire pour être accrédité, la cible, et de facto les résidents des maisons de retraite italiennes, sont généralement les personnes âgées dépendantes. La Belgique se distingue par le fait que les augmentations tarifaires sont encadrées. Lors de l'ouverture d'un établissement, le prix est librement fixé par le gestionnaire. Ensuite, l'augmentation des tarifs « hébergement » est indexée sur l'indice des prix à la consommation, appliqué automatiquement à 100 % de son évolution sur la totalité du prix d'hébergement. Le gestionnaire peut cependant solliciter, sur dossier, une hausse supérieure, en justifiant des travaux de modernisation et/ou de prestations supplémentaires.

Un marché diversement mature, mais une croissance généralisée du secteur privé

Si l'Etat reste l'acteur principal dans la gestion des maisons de retraite en France, la tendance dans la plupart des pays d'Europe est bien au désengagement opérationnel de ce dernier, qui garde néanmoins la maîtrise de la réglementation et le contrôle des financements.

Le Royaume Uni se caractérise d'ores et déjà par une plus forte proportion de maisons de retraite appartenant au secteur privé lucratif, soit 77 % de l'ensemble des structures. Le désengagement de l'Etat est néanmoins patent tant au niveau national que local. Le National Health Service gère encore à la marge quelques maisons de retraite (2 %). Celles-ci sont davantage orientées sur des problématiques spécifiques, tel le rétablissement en cas de maladies graves. Les autorités locales, soit les councils, gèrent quant à elles environ 8 % de l'ensemble des structures d'accueil des personnes âgées. Ce pourcentage ne cesse de diminuer tous les ans. Il est passé de 11 % en 2004 à 10 % en 2005, et 8 % en 2006. En comparaison avec la France, cette décroissance se fait à un rythme accéléré. Les structures issues du privé non lucratif représentent quant à elles 13 % de l'ensemble.

En Belgique, la répartition par type de gestionnaire est fort différente selon la région. A l'échelle nationale, 49 % des Maisons de Repos sont gérées par le secteur privé lucratif, 26,5 % par le secteur associatif, le reste, soit 24,5 %, étant géré par les CPAS. Si l'on entre maintenant dans le détail par Région, le secteur privé lucratif domine largement à Bruxelles (77 %) et en Wallonie (65,5 %), mais demeure très en retrait (25 %) en Flandre où le secteur associatif reste majoritaire (42 %). Il est par ailleurs intéressant de noter que la part du secteur privé lucratif diminue à 33 % si l'on prend comme référence le nombre de lits, au lieu du nombre de Maisons de Repos. Ces dernières sont, en effet, de plus grande taille chez les opérateurs publics et associatifs, pouvant approcher les 100 lits par établissement.

L'Italie ressemble en revanche davantage à la France. 47 % des structures résidentielles pour personnes âgées sont encore gérées par des collectivités locales, le secteur privé lucratif ne représentant que 18 % de l'ensemble, contre 35 % pour le secteur privé à but non lucratif. Un grand nombre de ces structures privées non lucratives sont gérées par l'Eglise, proposant de ce fait des tarifs bien plus abordables (50 euros/jour), ce qui pose néanmoins un certain nombre de problèmes dont celui de leur mise aux normes et du manque d'investissement et de services (de moins en moins de vocations). Ces structures bénéficient par ailleurs d'importantes subventions publiques. Parmi les

¹ M. Benza, responsable de fusions-acquisitions dans le secteur sanitaire et médico-social en Italie.

« opérateurs publics », on peut retrouver les régions, les communes, les départements en fonction « *de leurs moyens, de leur tradition interventionniste et de leur bon vouloir* »¹.

Enfin, toujours en termes d'opérateurs, la structuration du secteur de l'hébergement en Allemagne est relativement atypique avec la (sur)représentation des opérateurs privés à but non lucratif, telles les églises ou les associations caritatives sociales. Cette dernière catégorie, en forte décroissance (- 6,5 % depuis 2003), détenait encore plus de 55 % de part de marché en 2005. Suivent les opérateurs privés à but lucratifs qui ont gagné 10,1 % de part de marché depuis 2003 pour atteindre 38 % en 2005. Parmi les principaux acteurs, ProSeniore se situe à la troisième place européenne des acteurs commerciaux pour le nombre de lits, avec un chiffre d'affaires de « seulement » 500 M€². Suivent Kursana (10 500 lits), également présent en Autriche, en Suisse et en Estonie, Marseille-Kliniken, Curanum, Augustinum ou encore Casa Reha dont le chiffre d'affaires oscille entre 200 et 300 M€. Les 7 % restants sont « détenus » par des opérateurs publics, principalement les départements ou les communes, qui ont enregistré une baisse de 3,6 % par rapport à 2003.

Le Royaume Uni et l'Italie sont de parfaites illustrations d'un secteur de l'hébergement pour personnes âgées entré dans une phase de post-consolidation pour le premier et de pré-consolidation pour le second. Au Royaume Uni, le nombre de résidences a continué de diminuer de 2004 à 2005, soit une perte de 315 maisons en 1 an, tandis que le nombre de lits augmentait mais assez faiblement (439), soit un mouvement de concentration qui se perpétue, mais perd de son ampleur. Certains groupes britanniques, qui sont par ailleurs présents sur le marché italien, ont ainsi atteint une véritable taille critique qui les pousse à l'international. Parmi eux les deux premiers groupes commerciaux d'Europe, soit la Southern Cross, avec 727 résidences et plus de 37 000 lits³ et la BUPA, avec plus de 20 000 lits, 16 763 employés et 900 M€ de CA en 2007. En 4^e position, on retrouve un acteur britannique, la Four Seasons Health Care, qui réalisait un chiffre d'affaires de 550 M€ en 2007. Pour comparaison, en France le premier groupe, Korian, propose 14 000 places.

Le grand absent du classement du top 10 des opérateurs européens est l'Italie, dont le marché non « mature » présente quelques similarités avec la France. Les groupes privés italiens sont entrés dans une stratégie de croissance externe, c'est-à-dire par rachat. « *Leur taux de croissance peut facilement être de 100 % dès lors qu'ils doublent de taille* »⁴, et ce sur un marché encore très largement atomisé. Le plus gros opérateur italien, HSS, approche ainsi difficilement les 3 000 lits, suivi de Arkimedia (2 500 lits). Cet état de fait, couplé à une législation relativement similaire à la France, rend le marché italien excessivement attractif dans le cadre des stratégies d'internationalisation de grands groupes français, mais également britanniques ou allemands. Medica France est ainsi le troisième opérateur en Italie (1 800 lits), suivi de Segesta racheté par Korian (1 400 lits) et Orpea (900 lits).

Dans le cas de l'Allemagne, si les opérateurs publics et à but non lucratif ont aujourd'hui encore une capacité plus élevée en nombre de lits que le secteur privé, la privatisation du secteur des maisons de retraite est continue, du fait notamment des difficultés de gestion et financière des acteurs publics qui tendent à davantage déléguer, plutôt que de maintenir des régies.

Le cas de la Belgique est là encore relativement similaire au cas français. En raison de contraintes administratives de plus en plus fortes, de l'indispensable professionnalisation du marché et de la taille trop faible de leurs résidences, de nombreux indépendants ont vendu leur exploitation à des opérateurs de plus grande taille, d'où un fort mouvement de consolidation du marché privé. Les groupes représentent ainsi 40 % du marché privé avec, parmi les principaux opérateurs, ARMONEA (fusion de Restel et Vandenbrande, environ 4000 lits), SENIOR LIVING GROUP (2500 lits), SENIOR ASSIST (1800 lits), MEDI BELGE (1500 lits). ORPEA arrive en troisième position avec environ 2000 lits.

1 M. Irione, expert au sein du pôle santé à Ernst & Young Advisory Italie

2 Les différences de revenu par lit par pays (plus faible en Allemagne) tiennent aux modes de financement, à la présence éventuelle de lits publics et enfin à la définition variable du secteur.

3 La société gère un chiffre d'affaires de plus d'1 milliard d'euros en 2007.

4 Mr Franck Benza, responsable des fusions-acquisitions en Italie pour le compte de Medica.

Les bonnes pratiques et difficultés identifiées

Sans surprise, les opérateurs étrangers sont soumis aux mêmes pressions sur les marges que celles existant en France, du fait de coûts immobiliers en forte hausse et d'investissements « *qui n'ont pas une rentabilité aussi élevée que sur du résidentiel* »¹. A noter que les maisons de retraite italiennes emploient fréquemment du personnel extérieur via des « coopératives de personnel » dédiées, ce qui leur permet de limiter le poids des charges sociales (spécificité italienne non transposable).

Dans le système anglais, la principale difficulté de fonctionnement tient à l'endettement des maisons de retraite. Comme nous l'avons vu, la plupart des lits sont payés par le service social des councils. Or, ce dernier bénéficie de délais de paiement significatifs, parfois non respectés. Selon les contrats, les maisons de retraite peuvent donc n'être payées qu'à la fin de l'année, occasionnant des tensions fortes (cash flow...) quand bien même les opérateurs comptent ces créances clients dans leur chiffre d'affaires. Ces maisons constituent un « vivier de rachat » pour les opérateurs à taille critique, bien que cela ne soit pas sans risque. En 2007, la Southern Cross a ainsi failli déposer le bilan, après le rachat d'une maison de retraite qui s'est avérée plus endettée que l'audit de reprise ne l'avait estimé. Malgré cette « mésaventure », la Southern Cross a déclaré un bénéfice net de 20 % sur son chiffre d'affaires en 2007 (inclus les créances clients). Concernant le personnel, un taux à 2-3 % de travailleurs temporaires est généralement considéré comme une marque de gestion saine. Or, au Royaume Uni, les travailleurs temporaires représentent une part non négligeable – jusqu'à 10 % – du personnel... Le recours à l'immigration s'est également fortement développé, la fonction de personnel soignant n'étant pas perçue comme particulièrement attrayante, d'où une pénurie de main d'œuvre. Les femmes issues de l'immigration (traditionnellement le Commonwealth, plus récemment l'Europe de l'Est) sont ainsi très présentes dans le secteur de la santé. En 2004, Cupa Care Homes comptait recruter en Pologne, République Tchèque, Estonie et Lituanie, pays qui étaient sur le point de rejoindre l'Union Européenne.

En Allemagne, on peut noter une différence de fonctionnement concernant le personnel. Si les maisons de retraite doivent respecter le minimum de personnel fixé par la loi, les salaires diffèrent selon les conventions collectives. Les opérateurs à but non lucratif ou publics sont souvent liés aux conventions collectives du secteur, tandis que les opérateurs privés lucratifs préfèrent généralement négocier les salaires au niveau local, gagnant de ce fait en flexibilité et en rentabilité. Cela peut conduire les maisons de retraite à n'embaucher que le nombre de personnel minimal afin de maintenir leurs ratios financiers, d'autant que les caisses d'assurance ne paient pas tous les frais. Cette situation a été à l'origine d'une grande controverse en Allemagne au sujet de la maltraitance des personnes dépendantes qui, à moyen terme, pourrait mener à un durcissement des normes.

Le maintien à domicile, un axe de développement contrasté, pouvant être stratégique ou marginal

Le maintien à domicile est un axe de développement privilégié dans la plupart des pays européens confrontés au problème du vieillissement de leur population. Dès 1994, les ministres de la politique sociale des pays de l'OCDE ont défini l'objectif « ageing in place » pour inciter les personnes âgées à rester à leur domicile plutôt que d'entrer en institution. L'objectif est généralement double : d'une part, diminuer les dépenses sociales et pallier le manque de structures ; d'autre part, encourager et satisfaire le souhait des personnes âgées de rester plus longtemps chez soi².

Au Royaume Uni, depuis 2000, les autorités locales prévoient d'augmenter l'offre de soins intensifs à domicile, tout en ciblant davantage les personnes qui ont des besoins élevés. Cela s'est traduit par une double évolution : une

¹ Mr Franck Benza, responsable des fusions-acquisitions en Italie pour le compte de Medica.

² Le gouvernement britannique axe sa politique d'amélioration de la santé publique et des services aux personnes autour de 4 objectifs principaux : une meilleure prévention et une intervention plus en amont ; davantage de choix ; une lutte contre les inégalités, notamment en matière d'accès aux services des communes ; enfin, davantage de support pour des personnes qui ont des besoins à long terme.

diminution du nombre de foyers « ayants droit », parallèlement à une augmentation du nombre d'heures délivrées (doublement entre 1993 et 2003). En 2007, 346 700 personnes âgées ont reçu des soins à domicile fournis par l'autorité locale contre 414 700 en 2000 et 359 000 en 2006. Les autorités locales ont cependant prodigué davantage d'heures en 2007 (3,87 millions heures par semaine), qu'en 2005 (3,57 millions) ou 2006 (3,73 millions). Le nombre de personnes hébergées en établissement bénéficiant d'une aide des councils a également décru entre 2003 et 2005, passant de 277 950 à 267 240 bénéficiaires. Néanmoins la répartition des dépenses des councils relatives aux services aux personnes âgées démontre un succès somme toute relatif de la politique de maintien à domicile. Certes, le poste des « services à domicile » connaît la plus forte hausse (7,5 % contre 4,2 % en moyenne entre 2003-04 et 2005-06), de même que les postes « support logement » ou « portage de repas », qui entrent dans la même logique d'action, mais demeurent relativement marginaux d'un point de vue quantitatif. Cependant, le poste « service résidentiel », soit l'hébergement en institution, demeure le poste de dépense le plus important. En 2004-05, près de la moitié des dépenses des autorités locales pour compenser la dépendance était en effet affectée aux prises en charge en établissements contre 21 % pour les prises en charge à domicile, ce qui contredit l'orientation du gouvernement en faveur du maintien à domicile. Le fait est que le potentiel de substitution est limité, les segments de la résidence et de l'aide à domicile étant assez distincts pour la dépendance légère, et a fortiori lourde. Seulement 5 % des usagers de l'un ou l'autre segment pourraient avoir une raison économique de transfert dans l'autre segment.

En Allemagne, le gouvernement fédéral entendait également promouvoir le maintien à domicile, sans que cette politique soit couronnée de succès. L'instauration de l'assurance dépendance a conduit à une progression nettement plus rapide du nombre de personnes accueillies en établissement (+ 39 % entre 1996 et 2005), que de celle du nombre de personnes soignées à domicile (+ 9,2 % entre ces deux dates). Ce sont cependant près de 68,2 % des personnes dépendantes qui sont prises en charge directement à domicile, que ce soit par un membre de la famille (dans 46,1 % des cas) ou par un service d'aide soignante (22,2 %), contre 31,8 % prises en charges dans des hébergements prévus à cet effet, essentiellement les plus âgés. Ces dernières années, le recours aux soins professionnels s'est par ailleurs renforcé au détriment des soins réalisés par des membres de la famille. De 2003 à 2005, la part du dernier groupe a ainsi diminué de 0,6 %, tandis que le recours aux aides soignants a augmenté de 4,8 %. Parallèlement à ce mouvement de professionnalisation du secteur, d'autres modes alternatifs d'hébergement des personnes âgées se développent, notamment l'hébergement encadré. Il est ici question d'appartements adaptés aux besoins des personnes âgées¹ regroupés au sein de bâtiments ou d'un complexe de bâtiments avec une offre de services et de soins à leurs locataires. Des estimations chiffrent cette forme d'hébergement à 99 622 unités d'habitat, soit 150 000 à 200 000 personnes en 2000. D'autres pratiques innovantes se font jour avec notamment des projets d'habitat générationnel, qui visent à créer des communautés d'entre aide en mélangeant des personnes de différentes générations. Près de 200 projets ont pu être répertoriés en 2000, soit avec 4 000 à 5 000 appartements. Enfin, autre mode d'hébergement innovant visant à prolonger l'indépendance de la personne âgée, les collocations pour personnes âgées. Similaires à une collocation d'étudiants, des personnes âgées partagent un appartement souvent avec une chambre et une salle de bain individuelle, les autres pièces étant communes. Elles disposent également d'aides soignants. Ce mode de collocation représentait 234 appartements avec des aides soignants « ambulants » et 239 avec des aides soignants fixes.

La politique du gouvernement belge entre dans la même logique qui entend favoriser le maintien à leur domicile des personnes âgées le plus longtemps possible. La logique d'affectation de l'argent public par les régions et communautés suit ce même objectif. L'offre de soins s'organise de manière à ce qu'une admission dans une maison de repos puisse être reportée le plus longtemps possible. Des formes alternatives de soins aux personnes âgées (courts séjours et centres de soins) reçoivent des moyens supplémentaires, de sorte que les gens qui assurent l'accueil et les soins de la personne âgée à la maison, puissent se reposer. Cette politique fonctionne relativement bien si l'on considère l'âge moyen d'entrée en maison de repos qui approche les 80, voire 85 ans.

¹ En 2000, l'Allemagne comptait 270 000 appartements spécialement conçus afin de répondre aux besoins des personnes âgées, similaires à l'habitat à destination des handicapés.

Seule exception à la règle, le cas italien diffère en raison de la « moindre maturité » du marché, mais également de facteurs sociologiques et culturels propres. Si l'on souhaite appréhender de façon exhaustive le « marché » italien, le seul angle législatif s'avère en effet largement insuffisant. D'une part, la législation peut, comme nous l'avons vu, fortement varier en fonction de la région de résidence ; d'autre part, la variable culturelle est essentielle. En Italie, seules 2,7 % des personnes âgées (de plus de 65 ans) sont prises en charge en institution, contre 6,5 % en France, 5,4 % au Royaume Uni et 5,2 % en Allemagne. Plus de 70 % des plus de 80 ans sont ainsi pris en charge directement par les aidants familiaux étendus aux voisins et amis proches. Dans le Sud de l'Italie notamment, les femmes ne travaillent pas, voire arrêtent de travailler pour s'occuper de leurs parents ou grands parents. Cela signifie également que le maintien à domicile n'est pas un axe de développement majeur pour la simple et bonne raison qu'il ne présente pas une réelle alternative. La véritable concurrence, ou plutôt le palliatif du manque de places en maison de retraite, est bel et bien le marché de l'aide à domicile, mais il s'agit ici d'un marché « informel » (présence de quelqu'un qui habite chez soi), et « peu coûteux » (aucun remboursement).

Au vu de cet exposé, il apparaît clairement que la comparaison du système français avec quatre de ses voisins, n'est pas sans poser de réelles difficultés, ne serait-ce que par la variabilité du périmètre d'études ou encore le degré de maturité des différents marchés. Si l'on regarde par exemple les prix de journée hébergement, la comparaison avec l'Italie sera ainsi largement faussée par le constat que près de 90 % du total des lits sont en chambre à 2 lits, voire à 3 lits, ou encore que la dotation soins est plus importante, ce qui devrait permettre d'abaisser le niveau du prix hébergement à niveau de marge constant. Néanmoins, une fois posée cette précaution méthodologique, l'analyse comparative nous permet de tirer quelques grands enseignements sur les enjeux principaux du secteur de l'hébergement aux personnes âgées. On constate tout d'abord que les prix d'hébergement des quatre pays sont relativement similaires ou plus élevés qu'en France (entre 60 et 125 €). Cet état de fait est dû à deux facteurs principaux que sont la part de marché des opérateurs publics et les tensions sur l'hébergement aux personnes âgées. A cet égard, si l'on considère la dotation générale du pays rapportée à sa population, la France se situe en position intermédiaire avec l'Allemagne (environ 9 places pour 1 000 habitants), derrière la Belgique (11,7), mais devant le Royaume Uni (7,7) et surtout l'Italie qui accuse un retard évident (5,9). Pour ce qui est du panorama concurrentiel, nul doute que le secteur privé lucratif est en croissance (le secteur des personnes âgées ne fait pas exception à la règle), sans occuper pour autant une position dominante inébranlable. La France se distingue ainsi, au même titre que l'Italie, par le rôle des acteurs publics demeurés proportionnellement majoritaires (48 et 51 % de part de marché), et la place aujourd'hui limitée du secteur privé à but lucratif (18 à 20 %). Les opérateurs privés non lucratifs sont en revanche davantage présents dans les Etats fédéraux, en Belgique (27 %) mais surtout en Allemagne (55 %). Ainsi, seul le Royaume Uni présente un marché largement dominé par les opérateurs privés lucratifs (77 % de part de marché). Deux autres similarités peuvent être mentionnées qui concernent d'une part la prise en charge par la puissance publique d'une partie des coûts relatifs aux soins, même si ces derniers peuvent parfois varier selon le degré de dépendance de la personne âgée ; d'autre part, la liberté tarifaire laissée aux opérateurs sur la partie hôtelière, avec cependant l'exception belge qui indexe les augmentations sur l'inflation.

En conclusion, on constate que les éléments structurants du marché de l'hébergement des personnes âgées sont similaires d'un pays à l'autre, à commencer par l'impact du vieillissement de la population sur les finances publiques. Confrontés à la même problématique, les réponses apportées varient à la marge, en fonction notamment de la culture interventionniste des Etats et des niveaux de maturité du marché. Les contraintes économiques en Europe sur ce secteur (poids des investissements, pressions sur les marges...) favorisent le développement du secteur privé à but lucratif, mieux à même que les acteurs publics de répondre aux enjeux de

qualité. Ces derniers, de plus en plus d'actualité, viennent au premier plan des préoccupations des autorités publiques (mise en place de normes de plus en plus strictes), au même titre que l'enjeu de prise en charge. La prise en charge de la politique « personnes âgées » par les régions, communes..., ainsi que la priorité donnée au maintien à domicile, sont perçues comme autant de réponses – certes partielles – à ces deux questions de la qualité et de l'accessibilité à l'hébergement et aux soins (meilleure proximité des usagers couplée au désengagement de l'Etat, moindre coût, souhait des personnes âgées). Des réflexions sont également en cours sur les palliatifs financiers possibles, qu'il s'agisse de la création d'un fonds spécifique (Fonds de vieillissement en Belgique...), ou de réflexions sur le rôle à venir des assurances complémentaires en Allemagne, débat qui n'est d'ailleurs pas sans rappeler celui relatif au 5^{ème} risque en France...

Annexes

Analyse approfondie des comptes de Korian, Orpéa et Noble Age

Korian

Comptes de résultats consolidés

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA	607 979	519 762	477 744	88 217	17%	Voir onglet CA
Autres produits	407	2 331	2 331	(1 924)	-83%	
Produits d'exploitation	608 386	522 093	480 075	86 293	17%	
Achats consommés et autres achats	39 455	34 614	34 993	4 841	14%	
Charges externes	82 982	67 933	65 129	15 049	22%	
Charges de personnel	301 497	266 158	240 792	35 339	13%	A
% du CA	50%	51%	50%			
Impôts et taxes	38 066	30 036	27 213	8 030	27%	
EBITDAR	146 386	123 352	111 948	23 034	19%	
% du CA (tx de marge EBITDAR)	24%	24%	23%			
Loyers externes	66 677	54 724	40 714	11 953	22%	B
% EBITDAR	46%	44%	36%			
EBITDA	79 709	68 628	71 234	11 081	16%	
% du CA	13,1%	13,2%	14,9%			
Dotations aux amortissements et provisions	24 402	17 054	21 022	7 348	43%	
Résultat opérationnel courant	55 307	51 574	50 212	3 733	7%	
% du CA	9%	10%	11%			
Autres charges et produits opérationnels	346	(5 374)	26 387	5 720	-106%	
Résultat opérationnel	55 653	46 200	76 599	9 453	20%	
Charges financières	(25 059)	(24 934)	(36 821)	(125)	1%	
Produits financiers	5 988	11 556	120	(5 568)	-48%	
Résultat financier	(19 071)	(13 378)	(36 701)	(5 693)	43%	C
Résultat avant impôt	36 582	32 822	39 898	3 760	11%	
Impôts sur les bénéfices	(8 687)	(10 669)	(7 975)	1 982	-19%	
Résultat net d'IS des activités arrêtées, cédées	(2 829)	-	(13)	(2 829)		
Résultat net	25 066	22 153	31 910	2 913	13%	
Part des intérêts minoritaires	1 939	2 452	2 086	(513)	-21%	
Part du groupe	23 127	19 701	29 824	3 426	17%	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Comptes de résultats consolidés - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A. Le poste de charges de personnel est le poste de charge le plus important avec 50% du CA au 31 décembre 2007. L'évolution de la masse salariale s'explique principalement par le fait qu'en Italie, les charges de personnel sont supportées par des coopératives qui les refacturent aux établissements dans des contrats de prestation de services. Ces charges sont alors comptabilisées en charges externes. Sans cette pratique courante en Italie, le taux de charges de personnel aurait été stable entre 2006 et 2007.
- B. Le groupe a opté pour un processus d'externalisation du portefeuille immobilier : le portefeuille d'externalisation envisagé sera de l'ordre de 100M€ au cours des prochains mois, les actifs cédés seront immédiatement repris en location. La hausse de ce poste s'explique essentiellement par les activités étrangères (8,1M€), puis par la hausse de l'indice ICC servant de base au calcul de la hausse des loyers. Au bilan, le patrimoine immobilier détenu par le groupe est valorisé à plus de 240M€.
- C. Les charges financières sont maîtrisées grâce à une politique de couverture. Au 1er janvier 2008, 92% de la dette financière est couverte. Coût moyen de la dette : 5,5%/an. Les produits financiers se composent des revenus des instruments de couverture. Le résultat financier se dégrade en raison de la variation de la juste valeur des instruments financiers qui avait généré un profit non cash de 11,5 M€ en 2006, contre un profit de seulement 5,7 M€ en 2007. Voir onglet Endettement

Décomposition du CA

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA GROUPE	607 979	519 762	477 744	88 217	17%	A
PÔLE EHPAD Fce (hors Belgique)	358 118	336 540	304 298	21 578	6%	B
dont EHPAD exploitées dep 01/01/06	327 600	317 140		10 460	3%	
EHPAD Mieux vivre	17 600	17 800		(200)	-1%	
EHPAD ouvertes en 2006	2 300	1 200		1 100	92%	
EHPAD ouvertes en 2007	218	-		218		
EHPAD acquises en 2006/2007	10 400	400		10 000	2500%	
Taux de marge EBITDAR	27,11%	26,27%	24,80%			
PÔLE SANITAIRE Fce (hors Belgique)	199 840	183 222	173 446	16 618	9%	C
dont Etablissements exploités dep 01/01/06	179 700	171 022		8 678	5%	
Plateau d'Assy	4 200	10 100		(5 900)	-58%	
Etablissements ouverts en 2007	4 140	-		4 140		
Etablissements acquis en 2006/2007	11 800	2 100		9 700	462%	
Taux de marge EBITDAR	19,47%	18,50%	20,88%			
ITALIE 6 mois	29 560	-	-	29 560		D
dont EHPAD exploitées dep 01/01/06	16 600	-		16 600		
Etablissements ouverts en 2007	4 860	-		4 860		
Etablissements acquis en 2007	8 100	-		8 100		
Taux de marge EBITDAR	16,58%	0,00%				
ALLEMAGNE 3 mois	20 461	-	-	20 461		E
dont Etablissements exploités dep 01/01/06	15 500	-		15 500		
Etablissements ouverts en 2007	961	-		961		
Etablissements acquis en 2007	4 000	-		4 000		
Taux de marge EBITDAR	25,90%					
EBITDAR GROUPE	146 386	123 352	111 948	23 034	19%	
Taux de marge EBITDAR	24,1%	23,7%	23,4%			
Loyers externes	66 677	54 724	40 714	11 953	22%	
EBITDA GROUPE	79 709	68 628	71 234	11 081	16%	
% du CA	13,1%	13,2%	14,9%			

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Décomposition du CA - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A. La forte progression du CA est notamment liée à la croissance des activités EHPAD en 2007, dont + 27,8M€ pour la France, mais aussi aux acquisitions intervenus sur 2007.
- B. Pôle EHPAD - La hausse du CA 2006 / 2007 s'explique par :
- la hausse de l'activité des établissements exploités depuis le 1er janvier 2006, + 5,4%, qui illustre l'efficacité de la gestion des taux d'occupation et de la politique tarifaire du Groupe.
 - * TO = 96,3% contre 96,6% en 2006 (nb jrs facturés / nb de jrs facturables)
 - * hausse du prix moyen hébergement qui progresse de 3,9% à 68,43€ / jour en 2007 (+2,55€ par rapport à 2006).
- Remarque* : Les tarifs hébergement des EHPAD sont libres à l'entrée du résident, puis indexés annuellement par arrêté du ministère de tutelle. Pour l'année 2007, les tarifs des prestations offertes aux personnes âgées résident en maison de retraite au 31 décembre 2006 ne pouvaient augmenter de plus de 2,5%.
- Une revalorisation tarifaire au-delà de cette indexation n'est alors possible qu'à l'occasion d'un changement de résident. Le management du Groupe peut donc, dans une certaine mesure, améliorer les tarifs hébergement de ses EHPAD. A périmètre constant, c'est-à-dire en ne tenant compte que des établissements exploités depuis le 1er janvier 2006, les tarifs hébergement ont augmenté de 3,9%.
- la contribution des établissements acquis pour 10,4M€
- C. Pôle sanitaire - La hausse du CA 2006 / 2007 s'explique par :
- Une croissance à périmètre constant de + 5,1%
 - * TO = 96,3% contre 94,8% en 2006
 - * hausse du prix moyen hébergement qui progresse de 2,7% par rapport à 2006
 - la contribution des établissements acquis pour 11,7M€
- D. Au 31 mai 2007, le groupe a finalisé l'acquisition du groupe Segestra, principalement implanté dans la région de Milan. De lits supplémentaires ont été ouverts et des développements ont été entrepris à Florence et Rome.
- E. Début octobre 2007, le groupe a finalisé l'acquisition du groupe Phönix, 10ème opérateur privé en Allemagne. De lits supplémentaires ont été ouverts et d'autres ouvriront sur 2008.

Bilan consolidé

<i>Devise: €000 000</i>	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Actif	1 681	1 249	1 173	432	35%
Survaleurs (Goodwills)	627	410	360	217	53%
Immobilisations incorporelles	525	503	491	22	4%
Immobilisations corporelles	274	201	161	73	36%
Immobilisations financières	15	15	11	-	0%
Impôts différés actifs	8	4	4	4	100%
Actifs non courants	1 449	1 133	1 027	316	28%
Stocks	3	2	1	1	50%
Clients et cptes rattachés	75	40	42	35	88%
Autres créances et actifs financiers courants	74	47	46	27	57%
Disponibilités et équivalents de trésorerie	70	27	57	43	159%
Actifs courants	222	116	146	106	91%
Actifs détenus en vue de leur cession	10	-	-	10	
Passif	1 681	1 249	1 173	432	35%
Capital	138	138	254	-	0%
Primes	228	231	108	(3)	-1%
Réserves et résultats consolidés	272	257	35	15	6%
Capitaux propres (part du groupe)	638	626	397	12	2%
Intérêts minoritaires	9	4	21	5	135%
Capitaux propres totaux	647	630	418	17	3%
IDR	11	6	6	5	83%
Impôts différés passifs	189	177	164	12	7%
Autres provisions	7	5	4	2	40%
Emprunts et dettes financières	605	294	419	311	106%
Passifs non courants	812	482	593	330	68%
Provision à moins d'un an	2	4	5	(2)	-50%
Fournisseurs et cptes rattachés	54	23	24	31	135%
Autres dettes et cptes de régularisation	108	74	95	34	46%
Emprunts à moins d'un an et découverts bancaires	48	34	32	14	41%
Instruments financiers passifs	2	2	6	-	0%
Passif courant	214	137	162	77	56%
Passifs détenus en vue de leur cession	7	-	-	7	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Bilan consolidé - Section BS - Balance Sheet Analysis

Endettement net (courant / non courant)

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Emprunts auprès des établissements de crédit	587 919	283 287	407 300	304 632	108%
Financement des locations financières	13 778	8 918	10 241	4 860	54%
Participation des salariés	27	23	10	4	17%
Dépôts et cautionnements LT	-	-	-	-	
Autres dettes financières diverses	3 566	1 395	1 103	2 171	156%
Passifs détenus en vue de la vente	372	-	-	372	
Dettes financières LT	604 918	293 623	418 654	311 295	106%
Emprunts auprès des établissements de crédit CT	5 186	1 091	1 569	4 095	375%
Financement des locations financières CT	2 376	2 134	1 396	242	11%
Dépôts des résidents CT	20 246	18 444	15 038	1 802	10%
Dettes financières diverses CT	-	-	-	-	
Concours bancaires courants	20 252	10 333	11 774	9 919	96%
Autres dettes financières diverses CT	265	796	1 824	(531)	-67%
Engagement de rachat de minoritaires CT	1 174	1 176	746	(2)	0%
Passifs détenus en vue de la vente	1 103	-	-	1 103	
Dettes financières CT	48 396	33 974	32 347	14 422	42%
Juste valeur des instruments financiers de couverture	2 475	2 030	6 102	445	22%
Dettes financières	655 789	329 627	457 103	326 162	99%
Valeurs mobilières de placement	3 013	5 676	25 111	(2 663)	-47%
Disponibilités	67 557	20 930	32 186	46 627	223%
Actifs détenus en vue de la vente	382	-	-	382	
Trésorerie	70 188	26 606	57 297	43 582	164%
Instruments financiers actifs	13 284	7 088	-	6 196	87%
Endettement net	572 317	295 933	399 806	276 384	93%
Ratio d'endettement (endettement net / total bilan)	34%	24%	34%		
Autonomie financière (fds propres / total bilan)	39%	50%	36%		

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Endettement net (courant / non courant) - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative 2006/2007:

- A Le montant total de l'endettement financier net du Groupe Korian s'élevait au 31 décembre 2007 à 572,3 M€. La majorité de cette dette relève d'une convention de crédit conclue en 2006 suite à l'introduction en bourse du Groupe.
- Au 31 décembre 2007, l'endettement du Groupe Korian est principalement un endettement à taux variable. Le Groupe dispose d'instruments financiers qui visent à le protéger contre les variations de taux. En février 2007, Korian a ajusté son profil de couverture pour tenir compte du changement de profil de la dette intervenu lors de la signature de la nouvelle convention de crédit en novembre 2006. Le Groupe utilise les instruments financiers dérivés standards (swaps de taux d'intérêts, caps, floors, etc...) pour se protéger contre le risque de taux d'intérêt qui découle de sa politique de financement à taux variable. En tenant compte des instruments financiers, l'encours des crédits à taux variable au 31 décembre 2007 est couvert à plus de 92%, reflétant une politique de gestion prudente du Groupe. Par ailleurs, Les valeurs mobilières de placement sont constituées de dépôts à terme ou de SICAV de trésorerie « euro » et conformément aux critères de l'IAS 7.6 sont définis comme des placements à court terme, très liquides, facilement convertibles en un montant connu de trésorerie et soumis à un risque négligeable de variation de valeur.

Actionnaires 2007

<i>Devise: €000</i>	Nb d'actions détenues (en milliers)	% du capital
Groupe Batipart	9 822	35%
Predica	7 474	27%
MSRESS Armaillac	2 134	8%
ACM Vie	3 266	12%
FCPE Korian actionnariat	87	0%
Flottant	4 904	18%
Total actions	27 687	100%
Capital	138 435	

Narrative
A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Actionnaires 2007 - Section BS - Balance Sheet Analysis

Orpéa

Comptes de résultats consolidés

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative Voir onglet CA
CA	544 600	414 944	309 637	129 656	31%	
Autres produits	N.C.	179	38			
Produits d'exploitation	544 600	415 123	309 675	129 656	31%	
Achats consommés et autres achats externes	106 100	77 827	59 247	28 273	36%	
Autres charges	2 100	1 596	1 041	504	32%	
Charges de personnel	273 400	209 857	154 828	63 543	30%	A
% du CA	50%	51%	50%			
Impôts et taxes	28 700	22 483	16 664	6 217	28%	
EBITDAR	134 300	103 360	77 895	30 940	30%	
% du CA (tx de marge EBITDAR)	25%	25%	25%			
Loyers externes	37 100	26 900	20 302	10 200	38%	B
% EBITDAR	28%	26%	26%			
EBITDA	97 200	76 460	57 593	20 740	27%	
% du CA	18%	18%	19%			
Dotations aux amortissements et provisions	24 800	19 228	13 758	5 572	29%	
Résultat opérationnel courant	72 400	57 232	43 835	15 168	27%	
% du CA	13%	14%	14%			C
Autres charges et produits opérationnels	9 200	3 318	5 338	5 882	177%	
Résultat de la cession MEDIDEP	-	-	25 635			
Résultat opérationnel	81 600	60 550	74 808	21 050	35%	
Charges financières	N.C.	(24 680)	(24 470)			
Produits financiers	N.C.	9 117	3 310			
Résultat financier	(24 800)	(15 563)	(21 160)	(9 237)	59%	D
Résultat avant impôt	56 800	44 987	53 648	11 813	26%	
Impôts sur les bénéfices	(15 600)	(12 802)	(16 889)	(2 798)	22%	
QP résultat dans les entreprises associées	N.C.	265	1 773			
Résultat net	41 200	32 450	38 532	8 750	27%	
Part des intérêts minoritaires	-	1	421			
Part du groupe	41 200	32 449	38 111	8 751	27%	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Comptes de résultats consolidés - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A Le poste de charges de personnel est le poste de charge le plus important avec 50% du CA au 31 décembre 2007. L'évolution de la masse salariale progresse au même rythme que le chiffre d'affaire.
- B Le groupe a opté pour l'externalisation d'une partie de son portefeuille immobilier. La hausse de ce poste s'explique essentiellement par les acquisitions (+ 6,1M€). A périmètre constant, les loyers sont maîtrisés et ne progressent que de 4%. Au bilan, le patrimoine immobilier détenu par le groupe est valorisé à 850M€.
- C La marge opérationnelle courante se maintient malgré les investissements entrepris, ce qui résulte d'une bonne maîtrise des coûts, et des bons résultats des établissements à maturité.
- D Le coût de l'endettement financier net s'élève à 24,8M€ contre 15,3M€ au 31 décembre 2006, reflétant le rythme de développement soutenu du Groupe (France : ouverture d'établissements, prise de participation, acquisitions de fonds de commerce et de location-gérance ; Belgique – Italie – Espagne : acquisitions d'établissements)
- Voir onglet endettement

Décomposition du CA

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA GROUPE	544 600	414 944	309 637	129 656	31%	A
France	493 400	386 800	306 900	106 600	28%	
% CA	90,60%	93,22%	99,12%			
Belgique	12 300	6 000	-	6 300	105%	B
% CA	2,26%	1,45%				
Espagne	24 300	8 700	-	15 600	179%	C
% CA	4,46%	2,10%				
Italie	9 600	3 800	2 700	5 800	153%	D
% CA	1,76%	0,92%	0,87%			
Suisse	5 900	9 600	-	(3 700)	-39%	
% CA	1,08%	2,31%				
Variation CA à l'international					85%	
EBITDAR GROUPE	134 300	103 360	77 895	30 940	30%	
Taux de marge EBITDAR	24,7%	24,9%	25,2%			
Loyers externes	37 100	26 900	20 302	10 200	38%	
EBITDA GROUPE	97 200	76 460	57 593	20 740	27%	
% du CA	17,8%	18,4%	18,6%			

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Décomposition du CA - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A. Orpea intervient sur 2 secteurs : les maisons de retraite et les cliniques de moyen séjour et psychiatrie. La forte progression du CA est notamment liée à la croissance des activités EHPAD en 2007, mais aussi aux acquisitions intervenus sur 2007. Ainsi le CA France progresse de + 107M€ (il représente 82% du CA total). Elle s'explique aussi par le développement à l'international avec +85% du CA hors France. Plus précisément, la hausse de 31% du CA global se décompose en :
- +11% de croissance organique
 - +20% de croissance externe
- B. En 2007, constitution d'une filiale « Orpea Belgium » détenue à 100%. Cette filiale a fait l'acquisition de résidences représentant 451 lits sur 2007.
- C. La filiale « Grupo Care » a acquis une résidence de 164 lits sur 2007.
- D. Le groupe a acquis 4 établissements (dont un psychiatrique de 80 lits) représentant 432 lits en 2007.

Bilan consolidé

<i>Devise: €000 000</i>	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Actif	2 040	1 167	854	873	75%
Survaleurs (Goodwills)	127	53	10	74	140%
Immobilisations incorporelles	493	358	309	135	38%
Immobilisations corporelles et stocks immobiliers	1 215	656	417	559	85%
Immobilisations financières	25	9	9	16	178%
Impôts différés actifs		2	2	(2)	-100%
Actifs non courants	1 860	1 078	747	783	73%
Stocks		1	1	125	24900%
Clients et cptes rattachés	125	37	27	(37)	-100%
Autres créances et actifs financiers courants		40	54	(40)	-100%
Disponibilités et équivalents de trésorerie	55	12	25	43	358%
Actifs courants	180	90	107	91	101%
Actifs détenus en vue de leur cession	-	-	-	-	
Passif	2 040	1 167	854	873	75%
Capital	46	46	46	-	0%
Réserves consolidées	415	183	149	232	127%
Résultat de l'exercice	41	32	38	9	28%
Capitaux propres (part du groupe)	502	261	233	241	92%
Intérêts minoritaires	-	-	2	-	#DIV/0!
Capitaux propres totaux	502	261	235	241	92%
PRC	31	17	9	14	82%
Impôts différés passifs	300	128	102	172	134%
Emprunts et dettes financières	759	385	283	374	97%
Passifs non courants	1 090	530	394	560	106%
Provision à moins d'un an		9	5	263	2922%
Fournisseurs et cptes rattachés		59	48	(59)	-100%
DFS	272	70	54	(70)	-100%
Autres dettes et cptes de régularisation		57	66	(57)	-100%
Emprunts à moins d'un an et découverts bancaires	176	181	52	(5)	-3%
Passif courant	448	376	225	72	19%
Passifs détenus en vue de leur cession	-	-	-	-	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Bilan consolidé - Section BS - Balance Sheet Analysis

Endettement net (courant / non courant)

<i>Devise: €000 000</i>	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Dettes financières LT	759	385	283	374	97%
Dettes financières CT	176	181	52	(5)	-3%
Dettes financières	935	566	335	369	65%
VMP et disponibilités	55	12	25	43	358%
Trésorerie	55	12	25	43	358%
Endettement net	880	554	310	326	59%
Ratio d'endettement (endettement net / total bilan)	43%	47%	36%		
Autonomie financière (fds propres / total bilan)	25%	22%	27%		

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Endettement net (courant / non courant) - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative 2006/2007:

- A Le montant total de l'endettement financier net du Groupe Orpea s'élevait au 31 décembre 2007 à 880 M€.
- Elle se décompose ainsi :
- 238M€ liés à l'exploitation bénéficiant d'instruments financiers dérivés. Elle est adossée aux droits d'exploitation des 21 403 lits détenus, inscrits aux bilan en immobilisations incorporelles pour 493M€.
 - 292M€ liés à la dette immobilière entièrement swappée depuis février 2008, à taux fixe sur les 3 prochaines années (base euribor 3 mois fixée à 3,87%). Le ratio LTV (Loan to Value) de cette activité immobilière ressort à 34% contre des ratios habituellement admis de 70%.
 - 350M€ liés au développement finançant les projets immobiliers en cours de développement. Les ratios financiers du Groupe sont en deçà des covenants agréés par le pool bancaire, ce qui lui permet ainsi de conserver une bonne flexibilité financière pour la poursuite de son développement.

Actionnaires 15 mai 2007

<i>Devise: €000</i>	Nb d'actions détenues (en milliers)	% du capital
JC Marian et famille	6 046	33%
SEMPRE	3 130	17%
SOCIETE GENERALE	612	3%
Public	8 486	46%
Total actions	18 274	100%
Capital	45 685	

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Actionnaires 15 mai 2007 - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative:

- A Au 31 décembre 2007, le capital social de Orpea est divisé en 18 274 359 actions de 2,5 € de nominal chacune. 6 680 272 actions ont un droit de vote double.

Noble Age

Comptes de résultats consolidés

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%	Narrative
CA	120 490	74 150	66 070	46 340	62%	Voir onglet CA A
Charges de personnel	49 170	34 760	24 090	14 410	41%	
% du CA	41%	47%	36%			
EBITDAR	27 030	17 560	12 200	9 470	54%	
% du CA (tx de marge EBITDAR)	22%	24%	18%			B
Loyers externes	17 120	12 110	8 640	5 010	41%	C
% EBITDAR	63%	69%	71%			
EBITDA	9 910	5 450	3 560	4 460	82%	
% du CA	8%	7%	5%			
Dotations aux amortissements et provisions	1 730	1 180	640	550	47%	
Résultat opérationnel courant	8 067	4 201	2 960	3 866	92%	
% du CA	7%	6%	4%			D
Autres charges et produits opérationnels	(301)	10	130	(311)	-3110%	
Résultat opérationnel	7 766	4 211	3 090	3 555	84%	
Résultat financier	(1 767)	(817)	(459)			
Résultat net	3 636	2 136	1 918	1 500	70%	
Part des intérêts minoritaires	203	(209)	522			
Part du groupe	3 433	2 345	1 396	1 088	46%	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Comptes de résultats consolidés - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

- A Le poste de charges de personnel est le poste de charge le plus important avec 41% du CA au 31 décembre 2007. Le CA a progressé plus rapidement que ces charges.
- B En ne considérant que le CA exploitation, le taux de marge EBITDAR passe de 25,6% en 2006 à 27,4% en 2007. La marge des établissements en régime de croisière s'établit à 30.6 % contre 30 % l'an dernier. Dans un contexte d'élargissement du parc de lits de 84 % d'un exercice à l'autre, la marge sur Ebitdar délivrée à la clôture démontre la maîtrise opérationnelle acquise par le Groupe de passage des sites à restructurer vers le segment du régime de croisière sur un périmètre relativement étendu (parc de 1.575 lits, soit 56 % du périmètre des lits en exploitation au 31/12/07 contribuant à plus de 71 % de l'Ebitdar consolidé).
- C Le groupe a opté pour l'externalisation d'une partie de son portefeuille immobilier. Au bilan, le patrimoine immobilier détenu par le groupe est valorisé à 11M€.
- Le poids des loyers sur le chiffre d'affaires Exploitation se maintenant à un niveau proche de 18.0%, dans un contexte de maîtrise renforcée de l'évolution des loyers grâce à la mise en œuvre d'une formule d'indexation plus conforme à la structure de produits du Groupe (neutralité économique recherchée).
- D La marge opérationnelle courante progresse légèrement et passe de 6 à 7% au 31 décembre 2007. Le résultat opérationnel courant augmente de 92% et se répartit ainsi :
- résultat opérationnel courant réalisé par l'Exploitation double d'un exercice à l'autre à 7M€. La marge opérationnelle se hisse à 7.6 % du chiffre d'affaires de l'exploitation contre 5.4 % à la même période de l'an passé, traduisant la bonne performance de gestion des établissements.
 - Le résultat opérationnel courant réalisé par l'immobilier s'établit à 0,8M€ Keur , soit une marge opérationnelle de 3.3 % du chiffre d'affaires de l'immobilier contre 7.4 % précédemment, ce mouvement s'expliquant par le mode d'externalisation des actifs retenu plus contributeur d'activité

Décomposition du CA

Devise: €000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
CA GROUPE	120 490	74 150	66 070	46 340	62%
CA Exploitation	94 980	65 700	45 970	29 280	45%
% CA	79%	89%	70%		
CA Immobilier	25 510	8 450	20 100	17 060	202%
% CA	21%	11%	30%		
EBITDAR GROUPE	27 030	17 560	12 200	9 470	54%
Taux de marge EBITDAR	22,4%	23,7%	18,5%		
Loyers externes	17 120	12 110	8 640	5 010	41%
EBITDA GROUPE	9 910	5 450	3 560	4 460	82%
% du CA	8,2%	7,3%	5,4%		

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Décomposition du CA - Section PL - Profit and Loss Analysis

Narrative 2006/2007 :

A Noble Age intervient sur 2 secteurs : les maisons de retraite (EHPAD) et les cliniques de moyen séjour (SSR).

La forte progression du CA (+45K€ dont +63% liés à l'exploitation) est notamment liée à la croissance des activités EHPAD en 2007, avec +13% de croissance organique, aussi aux acquisitions intervenus sur 2007 (+22% de lits).

A cela s'ajoute la hausse du prix moyen d'hébergement d'environ +4% sur l'EHPAD et le maintien d'un fort taux d'occupation à environ 96%.

La progression du CA immobilier s'explique par la livraison de trois opérations sur le dernier trimestre de l'exercice 2007 (extension, nouveaux sites et cessions de bâtiments).

Endettement net (courant / non courant)

Devise: €000 000	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Dettes financières LT	45	27	17	18	67%
Dettes financières CT	32	11	7	21	191%
Dettes financières	77	38	24	39	103%
VMP et disponibilités	20	20	8	0	1%
Trésorerie	20	20	8	0	1%
Endettement net	57	18	16	39	211%
Ratio d'endettement (endettement net / total bilan)	31%	17%	24%		
Autonomie financière (fds propres / total bilan)	21%	32%	28%		

Narrative

A

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Endettement net (courant / non courant) - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative 2006/2007:

A Le montant total de l'endettement financier net du Groupe Noble Age s'élevait au 31 décembre 2007 à 57 M€, soit une progression de 39M€ par rapport à 2006.

La structure financière intègre mécaniquement les effets de l'accélération du développement. La trésorerie disponible en fin d'exercice reste forte et va permettre au groupe de poursuivre sa stratégie de développement en 2008.

L'endettement du seul secteur Exploitation reste contenu au niveau des capitaux propres consolidés (soit un gearing de 103%).

Il intègre principalement :

- les intérêts d'emprunts souscrits afin d'acquérir de nouvelles capacités de lits (lignes nouvelles de 19.3 millions d'euros contractées depuis le 31 décembre 2006 pour financer l'acquisition de 500 lits et l'ouverture de 192 lits),
- ceux relatifs aux prêts servant à financer des travaux d'entretien et de maintenance du parc installé (besoins financés à hauteur de 2.1 millions d'euros fin 2007).

Bilan consolidé

<i>Devise: €000 000</i>	31/12/07	31/12/06	31/12/05	Var 06/07	Var%
Actif	184	111	68	73	66%
Survaleurs (Goodwills)	25	12	8	13	108%
Immobilisations incorporelles	65	41	27	24	60%
Immobilisations corporelles et stocks immobiliers	11	9	6	2	17%
Immobilisations financières	1	1	1	(0)	-8%
Impôts différés actifs	0	0	0	(0)	-25%
Actifs non courants	103	64	42	39	61%
Stocks	31	11	5	20	182%
Clients et cptes rattachés	23	12	11	11	92%
Autres créances et actifs financiers courants	7	4	2	3	75%
Disponibilités et équivalents de trésorerie	20	20	8	0	1%
Actifs courants	81	47	26	34	73%
Actifs détenus en vue de leur cession	-	-	-	-	
Passif	184	111	68	74	67%
Capitaux propres (part du groupe)	39	35	19	4	11%
Intérêts minoritaires	-	-	-	-	#DIV/0!
Capitaux propres totaux	39	35	19	4	11%
PRC	1	1	0	1	100%
Impôts différés passifs	23	10	7	13	130%
Emprunts et dettes financières	45	27	17	18	67%
Autres passifs non courants	0	1	0	(0)	-12%
Passifs non courants	69	38	25	31	83%
Fournisseurs et cptes rattachés	13	6	6	7	117%
Autres dettes et cptes de régularisation	31	20	11	11	52%
Emprunts à moins d'un an et découverts bancaires	32	11	7	21	191%
Passif courant	76	37	24	39	103%
Passifs détenus en vue de leur cession	-	-	-	-	

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Bilan consolidé - Section BS - Balance Sheet Analysis

Actionnaires 15 mai 2007

<i>Devise: €000</i>	Nb d'actions détenues (en milliers)	% du capital	Narrative A
Total actions	7 642		
Capital	15 284		

Source: Comptes consolidés publiés

Ref: Actionnaires 15 mai 2007 - Section BS - Balance Sheet Analysis

Narrative:

A Au 31 décembre 2007, le capital social de Orpea est divisé en 7 642 141 actions de 2 € de nominal chacune.

Bibliographie :

- ▶ « La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie », rapport du Commissariat général au Plan (2005)
- ▶ « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », rapport du Centre d'Analyse Stratégique (mai 2006)
- ▶ « Les personnes âgées dépendantes », rapport de la Cour des Comptes (novembre 2005)
- ▶ « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique Candesic (mai 2007)
- ▶ « Enquête nationale sur les pratiques d'hébergement temporaire dans le secteur gérontologique », étude du GRATH (2007)
- ▶ Publications « Études et Résultats » de la DREES
- ▶ Enquêtes et études démographiques de l'Insee
- ▶ « Acteurs du secteur de l'hébergement des personnes âgées », étude Eurostat (2006)
- ▶ « Le secteur de l'hébergement des personnes âgées », étude Xerfi (2007)
- ▶ Documents financiers de base de Korian, Orpea et Noble Age (source : Diane) et rapports d'analystes financiers pour les sociétés cotées
- ▶ Rapports d'activité (sous réserve de disponibilité)
- ▶ Le mensuel des maisons de retraite
- ▶ Revue de presse : Midi Libre, Le Figaro, L'Espresso, L'Expansion, Le Monde... (outil de recherche : Factiva)
- ▶ Département de l'information, O.N.U.
- ▶ CSCI- Commission for Social Care Inspection, "The State of social care in England", 2005-06
- ▶ Age Concern England (www.ageconcern.org.uk)
 - "Older People in the United Kingdom- Key facts and statistics", 2008
 - "The Age Agenda 2008- Public policy and older people"
 - "Who should pay for care? - Paying for care in later life"
- ▶ NHS- Department of Health, "National Service Framework for Older People"
- ▶ « A Recipe for Care- Not a single Ingredient- Clinical case for change », Report by Professor Ian Philp, National Director for Older People
- ▶ INAMI- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité - Belgique, www.inami.fgov.be
- ▶ INS- Institut National de Statistique - Belgique, www.statbel.fgov.be

- ▶ L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, www.observatbru.be
- ▶ ONP- Office National des Pensions - Belgique, www.rvponp.fgov.be
- ▶ www-ec.destatis.de (INSEE allemand)
- ▶ www.bmfsfj.de (ministère fédéral allemand de la famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse)
- ▶ www.bib-demographie.de (institut national pour la population - Allemagne)
- ▶ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden : Pflegestatistik 2005.
- ▶ Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse
- ▶ Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. bericht: Ländervergleich – Pflegeheime
- ▶ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: Bevölkerung Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland
- ▶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Wohnen im Alter: Strukturen und Herausforderungen für kommunales Handeln
- ▶ <https://amadeus.bvdep.com/version-2008829/cgi/template.dll?product=2&user=ipaddress>
- ▶ www.statehealthfacts.org
- ▶ www.ncal.org

Liste des entretiens réalisés pour le benchmark

- ▶ M. Marian, président d'Orpea
- ▶ Mr Franck Benza, responsable de fusions-acquisitions en Italie
- ▶ Mr Antonio Irione, expert pôle santé (Italie)
- ▶ Matteo Grifoni, bureau Ernst & Young Italie
- ▶ Annette Perdaens, directrice administrative de l'Observatoire de la Santé et du Social, Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale
- ▶ Alexis Van Bunnan, Conseiller à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Belgique)
- ▶ Mr Marc VERBRUGGEN, Administrateur Délégué ORPEA Belgique
- ▶ Mrs. Lee, Manager d'une résidence de Southern Cross Healthcare en région londonienne