

**La mise en opportunité du champ de la dépendance, quelle nouvelle régulation publique du secteur des EHPAD et quelles conséquences en terme de structuration et de financement du champ ?**

DELOUETTE Iona  
Doctorante en économie  
CLERSE- Université de Lille 1  
[ilonadelouette@free.fr](mailto:ilonadelouette@free.fr)

NIRELLO Laura  
Doctorante en économie et en gestion  
LEMNA – Université de Nantes  
[laura.nirello@univ-nantes.fr](mailto:laura.nirello@univ-nantes.fr)

Le secteur du vieillissement est aujourd'hui en pleine mutation. Les différents rapports publics rédigés ces dernières années sur la question (Broussy, 2013 ; Rosso-Debord, 2011) présentent le secteur de la dépendance comme un nouveau champ d'opportunité, de gains et de croissance. La dépendance devient moins un risque social à couvrir qu'une nouvelle opportunité économique. Etant à la croisée des secteurs de l'emploi, du social, des nouvelles technologies et du secteur assurantiel, une régulation nouvelle du champ permettrait des possibilités de croissance économique importantes.

Dans cette communication, nous cherchons à saisir comment cette nouvelle manière d'envisager le champ de la dépendance, vient transformer la régulation publique du secteur des établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Nous montrons dans une première partie comment ont évolué les représentations du champ de la dépendance depuis les années 1970. D'abord envisagé comme un cinquième risque social, il est aujourd'hui question d'en faire un champ « d'opportunité économique » ce qui redéfinit le rôle et la nature de l'Etat social. Cette mise en opportunité du champ suppose par ailleurs une nouvelle régulation du secteur des EHPAD. Dans une seconde partie, on montre comment cette nouvelle organisation favorise les grands groupes du secteur lucratif au détriment du secteur non-lucratif, mène à une concentration économique des groupes d'EHPAD et comment le champ est en passe de se financiariser.

**Encadré 1. Méthode de travail et matériaux collectés.**

Cette communication est le résultat d'un travail exploratoire visant à construire une réflexion commune autour de deux thèses en économie. L'une sur la qualité de l'emploi dans l'ESS, en particulier dans les EHPAD, et l'autre sur le financement de la prise en charge de la dépendance en France.

La communication mobilisera 15 entretiens semi-directifs réalisés principalement au niveau de la région Pays de la Loire. Les entretiens ont concerné les autorités de tarification ARS et CG (de Loire Atlantique et du Pas de Calais) ainsi que des directeurs de structures du secteur lucratif, public et non-lucratif. Nous nous concentrons principalement sur le secteur non-lucratif en interrogeant un représentant du syndicat employeur (FEHAP), des présidents de structures, des directeurs d'établissements à la fois associatifs, mutualistes et dépendant d'une fondation.

Par ailleurs, nous nous appuyons sur l'analyse qualitative d'un corpus de rapports publics portant sur la prise en charge de la dépendance des années 1970 à nos jours. De plus, nous utilisons des rapports d'institutions privées telles que les cabinets d'évaluation qui cherchent

à développer leurs activités dans le champ de la dépendance et qui sont parfois les seuls à produire des études sur le champ (le cabinet KPMG est la seule organisation à produire un rapport annuel sur la situation des EHPAD publics et non-lucratifs).

## **1. La dépendance : construction d'un champ d'opportunité économique et financier ?**

### **1.1. Le champ de la dépendance : d'un champ de la sécurité sociale à un champ d'opportunité économique**

Les glissements dans la manière d'envisager la prise en charge de la dépendance semblent être un exemple intéressant des mutations qui s'opèrent dans le champ de la protection sociale. On peut lire ces glissements à travers l'étude des différents rapports emblématiques sur la question de la dépendance depuis l'émergence de la problématique dans le débat public.

Dans les années 1970, il est question en France de créer une cinquième branche de la protection sociale financée par cotisations sociales (Rapport Arrezk, 1979). Ce *cinquième risque social* est alors proposé en contrepoint de l'assistance, jugée aliénante, dévalorisante et inégalitaire. Cependant, dans un contexte de délégitimation des cotisations sociales, la solution d'un cinquième risque social est toujours rejetée par les pouvoirs publics. Néanmoins, dans les rapports publics, la question reste longtemps celle d'une prise en charge relevant de la solidarité nationale, que la technique choisie soit l'assistance ou l'assurance (Braun, 1988 ; Schopflin, 1991 ; rapport Boulard, 1991).

Dans les faits, le cinquième risque social est en 1997 une option repoussée au profit d'une prestation relevant du registre assistanciel : la prestation solidarité dépendance (PSD), financée par l'impôt et le recours sur succession et gérée par les départements. Puis, dans les années 2000, la PSD est remplacée par l'allocation personnalisée autonomie (APA), une prestation relevant d'un *bricolage institutionnel* (Frinault, 2005) mêlant différents *répertoires de protection sociale* (Palier, 2005). Cette dernière, gérée par les départements, est financée à la fois par des cotisations sociales, par la fiscalité locale, par la CSG et par des ressources d'un nouveau genre (journée solidarité, et aujourd'hui la CASA prélevée sur les retraites). Ce montage rencontre vite des difficultés avec la montée en charge du nombre de bénéficiaires<sup>1</sup>. S'instaure alors un *report de contrainte* de l'Etat vers les départements, puis sur les structures de prise en charge des bénéficiaires (aide à domicile et EHPAD) et enfin sur les bénéficiaires supportant des restes à charge important (Vatan, 2014).

Dans les rapports publics, une nette inflexion dans la manière d'envisager le financement de la dépendance s'opère entre 2007 et 2011, lorsque le débat est relancé par le président Sarkozy. Ce dernier promet alors un réel cinquième risque de la protection sociale, mais dans les multiples rapports publics rédigés pendant cette

---

<sup>1</sup> Le taux de croissance annuelle moyen du nombre de bénéficiaires de l'APA a d'abord été de +78,4% entre 2002 et 2003 lors du lancement de l'allocation, et de +15,9% entre 2003 et 2004, puis il a continuellement perdu en vitesse. Il s'établit aujourd'hui autour de 2,6% par an et de 19,2% sur cinq ans. (Marquier, R., 2013).

période, il est de plus en plus fait référence à l'opportunité d'une prise en charge individuelle du risque via des assurances privées (pouvant être obligatoires et subventionnées par l'Etat) (Vasselle, 2008 et Rosso-Debord, 2010). A la fin de la mandature, aucune réforme n'a été mise en place mais un glissement s'est opéré dans la manière d'envisager le financement de la dépendance entre solidarité nationale et financement privé et individualisé.

Le nouveau gouvernement Hollande s'empare à son tour de la question et relance une phase de débat en 2012. Le principal rapport sur la question, le rapport Broussy (2013) dont s'inspire largement la dernière loi<sup>2</sup> sur *l'adaptation de la société au vieillissement*, prône une nouvelle manière d'envisager le financement de la dépendance. Dans ce rapport, la dépendance n'est plus pensée en tant que risque à couvrir mais en tant que « *risque positif* ». Il s'agit de profiter des possibilités de croissance qu'il apporte : il est donc envisagé comme un champ d'opportunité en termes d'emploi, de construction (nouveaux habitats) et de nouvelles technologies (la *silver economy* occupe une place centrale dans le rapport). Le rôle de l'Etat n'est plus pensé en tant que financeur de la prise en charge de la dépendance mais en tant qu'architecte de sa mise en opportunité.

Dans le rapport Broussy, il est fait référence à plusieurs reprises à l'établissement d'un « *nouveau pacte social entre les générations* ». Ce nouveau pacte social ne passe cependant pas par une solidarité sociale renforcée grâce à des mécanismes de protection sociale et un réel financement socialisé du champ, mais par le lien qui s'opère entre les générations grâce aux opportunités de profit que représente la dépendance pour les jeunes générations.

Dans le champ académique, cette nouvelle manière d'envisager le rôle de l'Etat autour de la dépendance est notamment portée par la chaire « transition démographique, Transition économique<sup>3</sup> ». Dans ce nouveau paradigme, l'idée est de passer *d'un Etat Providence à un Etat social Investisseur*. Dans le champ de la dépendance, cela suppose d'investir fortement dans la « gérontechnologie », instaurer des incitations publiques en faveur de cette dernière, « Les dépenses en faveur des personnes âgées et dépendantes seront sources de retombées économiques pour l'ensemble des actifs si elles stimulent l'innovation. La création d'un tel cercle vertueux facilitera à la fois la diffusion de ces gérontechnologies et l'acceptation sociale des dépenses. En, définitive, L'Etat social investisseur est une opportunité pour surmonter les deux déficits, celui de la finance et celui de la perte de légitimité vis à vis des générations futures. ».

Le secteur des EHPAD semble être particulièrement touché par cette mise en opportunité du champ. En témoigne l'intérêt qu'y portent les différents cabinets d'audits privés qui en font un sujet de prédilection ces dernières années. Le cabinet KPMG édite chaque année un observatoire des EHPAD servant de référence aux

---

<sup>2</sup> Adoptée le 19 mars dernier au Sénat et qui devrait être votée définitivement par l'assemblée nationale avant 2016

<sup>3</sup> Cette chaire dont la présidente, Hélène Xang, est membre de la commission Broussy est financée par la fondation du risque (elle-même financée par les grandes sociétés d'assurance) mais abritée à Paris Dauphine.

différentes politiques des collectivités territoriales, les cabinets d'étude Xerfi, Ernst & Young, les Echos Etudes, éditent des études chaque année sur les opportunités économiques et financières du secteur<sup>4</sup>. En témoignent aussi les nombreuses entreprises d'investissement qui proposent des produits tels que les chambres d'EHPAD, avec des promesses de rentabilité allant jusqu'à 7%<sup>5</sup>.

## 1.2. La redéfinition du rôle des EHPAD dans un champ d'opportunité

Cette nouvelle manière d'envisager le champ de la dépendance en champ d'opportunité se traduit, dans les faits, par une redéfinition du rôle et des missions des EHPAD passant par une nouvelle régulation publique du secteur.

Tout d'abord, les instances publiques valorisent la prise en charge à domicile en partant d'un double constat : les personnes âgées sont plutôt rétives à désirer entrer en établissement (privilégiant leur domicile) et l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes est certes un champ d'opportunité mais pose la difficulté des financements publics. Le domicile devient alors l'enjeu majeur (le premier volet de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population ne concerne pas les établissements). Cette orientation permet d'une part, de développer des secteurs porteurs d'emplois tels que l'aide à domicile, la construction d'habitats adaptés ou encore les silver economy et d'autre part, de limiter les dépenses publiques. En effet, l'idée est de réduire les coûts de l'ARS et des Conseils généraux tout en développant des secteurs d'activité.

En réponse au développement du domicile, les EHPAD sont orientés de plus en plus vers la grande dépendance. Pour cela, des dispositifs contraignant sont développés, à partir de préconisations et de conditionnement de leur financement. En particulier, des préconisations d'augmentation du GIR Moyen Pondéré (GMP), élément clef du financement des établissements, sont proposés. (voir encadré 1). Le GMP qui est à l'origine un indicateur d'évaluation des conséquences de pathologies, devient très rapidement un véritable outil de pilotage qui permet de matérialiser et d'opérationnaliser l'action publique (Lascoumes et Le Galès, 2005).

---

4 Par exemple, KPMG (2014), *Observatoire des EHPAD*, avril. ; Xerfi (2014), *Les maisons de retraite médicalisées*, janvier, 257 pages. ; ERNST and YOUNG (2008), *Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes*, rapport au Sénat, Juillet.; Les Echos Etudes (2013), *L'avenir du secteur français des EHPAD*.

**5** Le texte d'accueil du site invest-EHPAD (invest-EHPAD.fr), société intermédiaire d'investissement, est assez parlant à ce propos : « Protéger son épargne, sécuriser son avenir et préparer sa retraite sont des

problématiques majeures de notre époque. L'Europe et la France sont en crise financière et garder son argent ma sur ses comptes épargne ou ses contrats d'assurance vie sont à notre époque risqués. (...) Mais rassurez-vous il n'y a pas de fatalité à être dépouillé de l'argent péniblement gagné et épargné tout au long de sa vie de travail. Un placement sécurisé et rentable existe : L'investissement immobilier en EHPAD. (...) Pourquoi investir en EHPAD ? Un concentré d'avantages, vous percevez un loyer garanti. L'investissement en EHPAD récompense votre fidélité en vous offrant jusqu'à 7% de rentabilité ! (...) Chaque trimestre vos intérêts sont versés (nets de prélèvement sociaux et nets d'impôts si il y a lieu). Une vraie opportunité.»

### Encadré 1 : Le financement des EHPAD et l'importance du GMP et du PMP

Le financement des EHPAD repose sur une tarification à la ressource se rapprochant de la T2A. Les établissements proposent un budget prévisionnel aux autorités de tarification qui les valident ou non. Les bénéfices ou excédents en fin de période sont alors à la charge des établissements. Le financement repose sur une tarification ternaire mise en place dans le cadre du projet de loi de finance de la sécurité sociale de 2010. Il y a un volet soin, un volet dépendance et un volet hébergement, donc les subventions sont fixées pour l'ensemble des structures par les conseils généraux et les agences régionales de santé.

Les volets soin et dépendance sont financés par les autorités de tarification. L'ARS prend en charge le volet soin au travers de l'élaboration du PMP (pathos moyen pondéré de l'établissement). Le volet dépendance est pris en charge par le conseil général au travers du calcul du GMP (Gir moyen pondéré des établissements) dans le cadre de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), qui est alors reversé en dotation globale aux établissements.

**Tableau 1 : Le financement ternaire des EHPAD**

	Hébergement	Dépendance	Soins
<b>Personne</b> <b>I</b>	100% de l'administration 100% de l'entretien 100% de la cuisine  70% des Agents hospitaliers (ASH)	100% des psychologues  30% des aides-soignantes 30% des Ash	100% des médecins coordonnateurs 100% des IDE (infirmières) 70% des aides-soignantes
<b>Matériel</b>	construction	100% des produits d'incontinence	Matériel médical
<b>Marges possibles ?</b>	- Dividendes - Postes supplémentaires - frais d'hôtellerie		
<b>Qui paye ?</b>	Personne âgée (possibilité d'aide sociale)	Conseil général (APA) (calcul selon le GMP) Ticket modérateur payé par la personne âgée (selon le GIR de la personne)	ARS via l'assurance maladie (calcul selon le PMP)

Le rapport Broussy propose par exemple une augmentation du GMP des EHPAD pour qu'il passe à 700 et que le seuil de GMP faisant frontière entre EHPAD et EHPA<sup>6</sup> passe de 300 à 500 (Broussy, 2013, p. 62). Dans les faits, entre 2003 et 2011, le GMP moyen par EHPAD est passé de 538 à 606 (Drees, 2014).

<sup>6</sup> Les EHPA sont les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ils concernent les foyers logements et les anciennes maisons de retraite qui, ne s'étant pas médicalisées, ne sont pas considérées comme des EHPAD.

Par ailleurs, si l'Etat a annoncé à plusieurs reprises faire du secteur des EHPAD une priorité, depuis 2009 avec la loi HPST<sup>7</sup>, les nouvelles créations d'EHPAD passent par des appels à projets émis par les ARS<sup>8</sup>. La procédure est longue et complexe (3 ans minimum entre la confection du dossier et la construction des établissements). De plus, un *numerus closus* limitant la création de nouveaux établissements semble s'être instauré ces dernières années. En effet, les départements et les ARS financeurs des EHPAD, font face à un *report de contrainte* de l'Etat qui fixe au niveau national les règles d'octroi de l'Apa mais qui ne compense pas suffisamment par ailleurs (Vatan, 2014) ce qui contraint les départements à limiter le nombre de nouvelles créations de place. Depuis quelques années, ces appels sont gelés (autorisation de 6000 lits en 2013 pour 572 000 lits existants en 2013 (CNSA, 2013)). *«Aujourd'hui, il n'y a plus de création d'EHPAD. En effet, ce qui coûte cher, ce n'est pas la construction mais l'engagement des dépenses publiques qui vont avec. En effet, l'ARS refuse toute création de nouveaux établissements parce qu'elle sait que derrière, elle devra payer des emplois pérennes.»* (Directrice groupe EHPAD associatif).

Les politiques d'encouragement au développement de l'aide à domicile accompagnées par l'augmentation du GMP dans les EHPAD et la restriction de nouvelles créations d'EHPAD, laissent une place de plus en plus importante aux dispositifs de type « logements intermédiaires », des établissements peu médicalisés accueillant des personnes peu dépendantes. Les logements intermédiaires sont proposés comme des formules moins traumatisantes pour les personnes âgées répondant à une vraie demande, en particulier des GIR 5 et 6 : *«Et du coup, ces EHPAD-là nous sollicitent parce qu'ils ont beaucoup de GIR 5-6 qu'ils ne peuvent accueillir, des couples aussi qui souhaiteraient rentrer, et donc ils ont deux projets de réhabilitation ou de construction, d'habitat intermédiaire pour créer de la passerelle entre le domicile et un établissement médicalisé, ou souvent les personnes qui rentrent peu dépendantes ne s'y retrouvent pas. Parce que les activités proposées sont pas pour elles... ne répondent pas à leurs besoins.»* (Conseil général, Loire Atlantique).

Le développement de ces logements intermédiaires permet une maîtrise des dépenses publiques. En effet, d'une part, l'ARS ne finance pas les logements-foyers (les habitants ont recours au circuit classique des médecins de ville et des infirmières libérales) et d'autre part, les Conseils Généraux ne sont pas responsables des personnes faiblement dépendantes locataires des logements foyers (l'Apa est versée uniquement aux personnes les plus dépendantes de GIR 1 à 4, les personnes plus autonomes, bénéficient d'action sociale des CARSAT. Ces nouvelles formes d'accueil sont présentées dans les différents rapports publics comme des champs d'opportunité économique en termes d'emploi tant dans le secteur de l'aide à domicile que dans le secteur du bâtiment ou de la silver economy.

---

<sup>7</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « hôpital, patients santé et territoire »

<sup>8</sup> qui engage le ministre concerné, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), le Préfet et le Président du Conseil Général et qui mène à une convention tripartite sera ensuite signée entre le Conseil Général, l'assurance maladie et l'établissement.

Dans un contexte de reconfiguration du secteur des EHPAD conforme à la mise en opportunité du champ de la dépendance, l'augmentation des GMP trouve plusieurs sources de justification : permettre aux personnes âgées peu dépendantes d'aller dans des foyers-logements, respect du choix des personnes autonomes, développement de nouvelles formules de logement (employeuses et équipées en gérontechnologie) etc. Cependant, cette spécialisation des EHPAD envers la grande dépendance va jouer sur la structuration du champ avec à la fois des conséquences différenciées selon la taille des structures et leur appartenance au secteur lucratif ou non-lucratif et des conséquences en terme de financement du champ.

## **2. Vers l'affaiblissement du secteur non-lucratif, la concentration économique des structures et la financiarisation du champ ?**

La nouvelle régulation du champ induite par les pouvoirs publiques, on va le voir, est profitable aux grands groupes du privé lucratif alors qu'elle affaiblit à la fois les établissements indépendants et le secteur du non-lucratif. De plus, elle mène à une concentration économique des organisations de l'offre d'EHPAD. Dans ce contexte, le financement du champ est, lui aussi en pleine mutation.

### **2.1. Une régulation publique profitant au secteur lucratif au détriment du non-lucratif et vectrice de concentration économique du champ**

La reconfiguration du champ induite par les différentes régulations publiques telles que l'augmentation des GMP, le développement des logements-foyers ou encore les faibles autorisations de création de nouveaux EHPAD favorisent, dans les faits, le secteur privé lucratif et poussent à une concentration économique des groupes d'EHPAD.

#### **2.1.1. Une montée du GMP qui favorise le secteur lucratif**

Les contraintes de médicalisation des établissements liés à l'augmentation des GMP demandent des investissements importants pesant sur les finances des EHPAD de tous secteurs confondus. Cependant, dans un contexte de restriction des dotations publiques, ces politiques impactent différemment le secteur lucratif et le secteur non lucratif.

Cela s'explique notamment par la structure de financement des EHPAD (voir encadré 1). En effet, pour les volets dépendance et soin, l'ensemble des structures ont les mêmes contraintes concernant les GMP et les PMP et perçoivent les mêmes formules de dotations publiques, fixées au niveau national. La marge de manœuvre économique des établissements se situe au niveau du volet hébergement, et du reste à charge pour la personne âgée. Sur le tarif hébergement, les structures ont des marges de manœuvre qui dépendent de leur habilitation à l'aide sociale et de la rareté de l'offre sur un territoire donné. Or, la plupart des structures non lucratives sont habilitées à l'aide sociale du département<sup>9</sup> (90% des structures) alors que les structures

<sup>9</sup> En plus de l'Apa, le Conseil général octroie une aide sociale au logement pour les personnes aux revenus les plus faibles, l'ALS. Cette dernière est cependant soumise à recouvrement auprès des familles au titre de l'aide alimentaire.

non lucratives ne sont que 34% à être habilitées, et uniquement pour une partie des places. Le prix de journée de l'hébergement pour les places habilitées à l'aide sociale est très encadré et restreint par le département, en moyenne 59,4 euros pour le lucratif contre 54,4 pour le non lucratif. Pour les places non-habilitées, l'écart se creuse : dans le lucratif, la moyenne est de 75,1 euros dans le lucratif tandis qu'elle est de 59,6 euros dans le non lucratif. (Drees, 2014). Cette différence de prix de journée permet au secteur lucratif de proposer des prestations hôtelières plus élevées, du personnel présent en plus grande quantité (plus de kinésithérapeutes, de psychologues, de personnel d'encadrement), mais elle permet surtout de réaliser une marge importante qui rend possible l'investissement demandé par les pouvoirs publics.

De plus, la différence de prix dans entre le lucratif et le non-lucratif a jusqu'ici favorisé la montée en GMP des structures du lucratif qui sont aujourd'hui mieux adaptées aux nouvelles exigences des pouvoirs publics. En effet, les prix élevés des EHPAD lucratifs jouent sur leurs critères d'admission. Ces établissements cherchant à remplir des objectifs de taux d'occupation maximal malgré leurs prix élevés sélectionnent depuis longtemps leurs résidents en fonction de leur capacité à payer leur place et non en fonction de leur GIR. Ce sont donc les personnes aux revenus élevés à la recherche d'un certain standing qui sont accueillies mais aussi des personnes dont la situation de dépendance est très lourde et qui ne peuvent pas attendre que des places se libèrent dans le secteur non-lucratif. Par conséquent, les EHPAD du secteur lucratif ont des niveaux de GMP plus élevés. Ils accueillent des personnes plus âgées (85 ans en moyenne contre 79 pour l'ESS), avec des durées de séjour plus courtes (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 et 3 ans et 9 mois pour les publics autonomes) (Ernst & Young, 2008).

Les structures lucratives sont donc déjà équipées pour accueillir des personnes très dépendantes,

Pour le privé non lucratif, la situation est bien plus délicate, les structures adaptées à des dépendances moyennes ont besoin d'investissement plus important pour atteindre les taux de GMP préconisés dans les rapports : *« on a des standards depuis 2002-2 avec des chambres de tant de mètres carrés, il y a des grandes salles à manger. Tout cela était pour une dépendance moyenne. Pour les grosses dépendances il faut des salles à manger plus petites, et puis il faut caser les fauteuils roulant. »* (Directrice EHPAD, secteur associatif).

Si les dotations publiques n'accompagnent pas la montée en GMP, il est impossible de financer les nouveaux investissements demandés par les instances de régulation, comme l'explique ce directeur d'EHPAD : *« On est dans une phase de progression de notre GMP. On avait un GMP de 420-450, il y a 4-5 ans, avec plutôt un objectif d'aller vers 500. Nous, on a proposé aux autorités de financement d'aller jusqu'à 550 mais à notre grande surprise, contrairement à ce qu'ils nous disaient, ils ont refusé de nous financer cette progression, parce que contrairement à l'affirmation publique, ils estiment qu'ils n'ont pas assez d'argent pour nous accompagner dans cette progression après. »* (Directeur, groupe mutualiste).

---

Cependant, tous les établissements ne sont pas habilités par les Conseil généraux à recevoir des personnes relevant de l'aide sociale. Il faut pour cela remplir certaines conditions (variables selon les départements).



Enfin, le secteur non-lucratif a des difficultés à s'adapter à l'augmentation des GMP. Au-delà des contraintes financières l'augmentation des GMP va à l'encontre des choix historiques en termes d'accueil des personnes dépendantes en accord avec leurs valeurs. En effet, les structures de l'ESS ont toujours pris le parti de mixer leurs populations accueillies entre forte dépendance et faible dépendance.

Beaucoup des structures non-lucratives sont d'anciennes maisons de retraite où l'accueil de personnes dépendantes mais isolées est un enjeu important. Ali Smida l'a souligné en montrant que le secteur lucratif se tourne vers des personnes solvables présentant des dépendances physique et/ou psychique alors que l'ESS s'oriente vers la dépendance financière mais surtout sociale (Smida, 2009). Les longues listes d'attente leur permettent de faire des choix dans le public accueilli. Cette citation d'un directeur mutualiste montre bien la politique volontariste en termes de choix des résidents : *"On considère qu'il y a en particulier dans les EHPAD, 3 catégories de population qui sont à accueillir et à prendre en charge. Ce qui n'est pas tout à fait la volonté de l'agence régionale de santé. On considère qu'il y a effectivement, le phénomène de la perte d'autonomie psychique ou physique qui sont à prendre en compte, cela compose grosso modo les deux tiers, entre 50% et deux tiers de la population accueillie. Mais il y a un bon tiers de personne qui relève d'abord d'un choix volontariste, ou d'enjeux sociaux ou de perte de relation sociale à accompagner. Qui me paraisse aussi important que la perte d'autonomie psychique ou physique. C'est pour ça que dans un établissement classique, on a à peu près entre 25 et 35% de la population qui relève non pas de la dépendance physique ou psychique mais d'un choix ou d'un besoin d'accompagnement sur le plan relationnel, et en particulier sur le plan des relations sociales..."* (Directeur groupe mutualiste).

Par ailleurs, on l'a vu *supra* (1.2.), l'augmentation des GMP dans les EHPAD laisse une place importante au développement des établissements intermédiaires. Non financés par le public, ils sont des secteurs difficiles à investir par le non-lucratif mais ils constituent de nouvelles opportunités de croissance pour les grands groupes privés lucratifs. Le développement des foyers-logements est par exemple bien plus porté par le secteur lucratif, que par le non lucratif. En effet, entre 2007 et 2011, alors que le nombre de foyers-logements du secteur lucratif est en recul (-2%), le nombre de foyers-logements du secteur lucratif a augmenté de 41% (DREES, 2014, p.3). Par ce biais, on assiste donc à un recul du public et du non-lucratif dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes au profit du privé lucratif.

A plusieurs titres, on l'a vu les nouvelles régulations favorisent le secteur privé lucratif au détriment du non-lucratif mais elles mènent aussi à une concentration des organisations du champ voir, à leur financiarisation comme nous allons le voir dans ce qui suit.

### **2.1.2 Vers une concentration de plus en plus poussée des groupes d'Ehpad**

Les normes de qualité qui accompagnent la montée en GMP, corrélée au faible nombre de nouvelles autorisations de construction entraine une concentration économique des EHPAD.

D'abord, les normes de qualité de plus en plus exigeantes remettent en cause la pérennité financière des petites structures indépendantes. Ces dernières, en difficulté n'ont d'autre choix que de céder leur activité aux grands groupes présents sur le marché de l'offre français (Brun et al., 2005 ; Ernst & Young, 2008).

Les grands groupes, sont quant à eux contraints dans leur politique de développement par les restrictions publiques en terme de nouvelles créations d'EHPAD. Ils privilégient alors des opérations de rachat d'établissements isolés et affaiblis financièrement.

Ces grands groupes, car ils recherchent une rentabilité toujours accrue malgré les investissements importants en médicalisation et en personnels mettent en place des politiques d'économie d'échelle, notamment au moyen de l'augmentation de leurs capacités d'accueil (rachats de places existantes ou de regroupement de structures isolées). Ainsi, alors qu'en 2002, la capacité d'accueil des 15 premiers groupes privés était de 34 798 places, en 2012 cette dernière était passée à 79 023 places (avec une progression de leur parc d'établissements de 13 % en moyenne annuelle entre 1998 et 2007) (Les Echos Etudes, 2014).

Le secteur lucratif est donc engagé dans un mouvement de concentration passant par de nombreuses fusion-acquisitions<sup>10</sup>. Ainsi en 2011, 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) (Ernst & yong, 2011).

Enfin, l'accroissement des grands groupes s'établit aussi *via* l'élargissement de leurs activités. Ils développent en effet de plus en plus des filières complètes de prise en charge des personnes âgées allant de l'aide à domicile à l'EHPAD en passant par les logements intermédiaires.

Si les nouvelles réglementations favorisent le privé lucratif et mène à la concentration du secteur, elles agissent aussi sur la structure des établissements du non-lucratifs les poussant à se regrouper à la fois pour des questions de financement (voir *infra*) et pour des questions techniques. Elles nécessitent en effet des regroupements permettant d'atteindre « une taille critique » afin de permettre des mutualisations et des économies d'échelle (Les Echos, 2013). Effectivement, l'augmentation des investissements nécessaires pour accueillir des publics dépendants peut conduire certains établissements à se mutualiser dans un contexte de financement publics réduit : « *Donc il va falloir trouver d'autres solutions pour accompagner les personnes de manière différente, que juste par le financement. Cela peut être de*

---

<sup>10</sup> « 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 3000 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. » (Ernst & Yong, 2011).

*mutualiser des choses, de mettre en place des actions communes et travailler autrement que de toujours demander des financements qu'il n'y aura de toute façon plus, ou pas.* » (Directrice, EHPAD mutualiste). Ainsi, ce sont les structures non-lucratives déjà importantes (souvent dépendantes d'associations nationales ou de mutuelles) qui vont à leur tour absorber des établissements associatifs isolés.

La restructuration du champ, on l'a vu, pousse à la concentration des groupes d'ephad qu'ils soient privés, publics ou associatifs afin de s'agrandir et d'investir dans la médicalisation et la silver economy, mais aussi afin d'investir dans l'ensemble de la filiale « personnes âgées ». On a vu cependant que ces restructurations représentent un champ d'opportunité pour le privé lucratif alors qu'elles mettent en difficulté le non-lucratif et poussent le secteur de l'ESS à aller à l'encontre de ses valeurs historique de mixité sociale. On va voir maintenant comment cette restructuration joue sur le financement du secteur.

## **2.2. Vers la financiarisation du secteur des EHPAD ?**

Pour financer ces investissements, les grands groupes commerciaux font notamment appel à des stratégies de financement par le haut (cotation, entrée de nouveaux actionnaires, LBO). Le secteur devient ainsi un centre d'intérêt pour les investisseurs institutionnels comme les banques, les mutuelles et les compagnies d'assurance qui y voient un moyen de promouvoir et de développer leur offre sur le marché de la prévoyance. Le secteur s'apparente également à une « valeur sûre » (Ernst & Young, 2008) pour les marchés boursiers. Les marges opérationnelles calculées à partir des résultats opérationnels courant d'exploitation en 2008, représentaient entre 5,5 et 7,5% du chiffre d'affaire exploitation pour les dix premiers groupes français (Ernst & Young, 2008).

Ainsi, parmi les cinq groupes les plus dynamiques dans le secteur lucratif, trois sont soutenus par des fonds d'investissement et deux sont cotés en bourse (Ernst & Young, 2008). La cotation et le recours aux marchés financiers impliquent des contraintes en matière d'information et de communication et de rentabilité tout comme le recours aux fonds d'investissement implique des retours sur investissements importants.

Parallèlement, l'Etat a aussi mis en place des instruments fiscaux rendant le secteur des EHPAD attractif pour les petits investisseurs privés en modifiant le coût de production des EHPAD privés avec des mécanismes de récupération de TVA ou encore d'incitation à l'achat de neuf (loi Censier bouvier). Ces investissements sont rendus d'autant plus intéressants car la politique de restriction des autorisations de construction de nouvelles EHPAD doublée de l'augmentation du nombre de personnes dépendantes rend ces produits extrêmement liquides tout en garantissant leur rentabilité. Les EHPAD privés annoncent des taux de remplissage autour des 95% tandis que les dotations publiques assurent une bonne part des « loyers ». *« Pourquoi investir en EHPAD ? Un concentré d'avantages : vous percevez un loyer garanti... une vraie opportunité... un placement en or »*<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> EHPAD-Invest (site internet de promoteurs de produits d'investissement en EHPAD).

Ainsi, l'Etat transforme le champ en champ d'opportunité financière pour les investisseurs privés, tout en restreignant les financements dans le public et le non lucratif. Or, dans le cas des structures à but non-lucratif et du public, on l'a vu, il est plus compliqué de faire des marges et donc de réinvestir dans les équipements commandés par l'augmentation des GMP et ce, d'autant plus que les autorités de tarification ne financent plus ces nouveaux investissements. « *Cela devient un défi financier complexe devant conjuguer une politique d'investissement nécessaire à un contexte économique contraint (limites des mécanismes de solidarité nationale, solvabilité des résidents en baisse)* » (KPMG, 2015 : 5)

Dès lors, « *L'avenir du modèle «EHPAD» est donc étroitement lié à sa capacité à s'ouvrir sur son environnement pour s'adapter et ré-inventer de nouvelles modalités de prise en charge et de financement.* » (KPMG, 2015 : p.6).

Dans un contexte de restriction des dépenses publiques, le rapport KPMG 2015 invite les décideurs publics à réinterroger la place des EHPAD sur leurs territoires et insiste sur la mise en œuvre d'outils d'évaluation ou indicateur de l'impact social « *Les décideurs publics devront procéder à des diagnostics de territoire leur permettant d'identifier les attentes des personnes âgées actuelles et à venir, et ainsi, instaurer de nouveaux modèles économiques s'appuyant sur les complémentarités de prise en charge et mettre en œuvre des outils d'évaluation de l'impact valorisant l'innovation et l'impact social.* » (KPMG, 2015 : 8).

Or, l'enjeu de ces nouvelles mesures est d'évaluer les politiques sociales et les « entrepreneurs sociaux » à l'aune des mesures de la finance. Ce sont les grandes agences d'évaluation et d'audit (McKinsey, KPMG et Deloitte) qui s'attèlent à construire ces indicateurs de mesure. Le projet de développer des mesures d'impact social, « simples » et « maniables », est porté par une coalition regroupant les plus grandes banques d'affaires (JP Morgan, Crédit Suisse, Deutsche Bank...), les réseaux de la *venture philanthropy* et de l'entrepreneuriat social, ainsi que diverses officines qui proposent ou vendent des méthodes pour « mieux gérer » le secteur social » (Alix, Chiapello ; 2014 ; E. Chiapello, 2014).

L'Etat est incité notamment à travers des normes européennes à développer des investissements à impact social défini « *comme un investissement qui allie explicitement retour social et retour financier sur investissement. L'investissement à impact social implique en conséquence l'établissement d'objectifs sociaux prioritaires et spécifiques dont l'impact est mesurable par un processus continu d'évaluation* » (Sibille, 2014 p.15)<sup>12</sup>. On passerait donc d'un Etat providence à un Etat investisseur social (Alix et Noya, 2015 ; Villemeur, 2011).

Dans le cas des EHPAD, cette nouvelle manière de se financer devient une piste importante. Ainsi le rapport KPMG 2015 propose comme « pistes » d'évolution l'

---

<sup>12</sup> Cette définition émane du rapport du Comité français sur l'investissement à impact social présidé par Hugues Sibille, vice-président du crédit coopératif et président à ce titre des sociétés de capital investissement Ides et Es n. Il est composé de 29 personnalités (11 femmes et 17 hommes) « *issues de la banque, du capital investissement, de l'entrepreneuriat social, d'agences publiques, d'expertises indépendantes, d'administration, de milieux académiques, d'organisations internationales.* » p. 6. On notera néanmoins que le comité ne comprend ni association intervenant dans le domaine du social, ni représentant des instances de sécurité sociale française, ni syndicalistes (Delouette et Jany-Catrice, 2015).

« allocation de crédits selon la valorisation de leur impact social et leur rôle de service public » qui pourraient venir modifier le volume et les sources de financements des EHPAD (KPMG, 2015, p.9).

La mesure de l'impact social est aussi un outil primordial pour permettre les investissements à impacts sociaux par le marché<sup>13</sup>. Alors que les gouvernements réduisent les dépenses publiques, une nouvelle forme de financement du champ social et sanitaire par le marché se présente comme une possibilité. Inventé au Royaume Uni, le dispositif des *Social impact bonds* (SIB)<sup>14</sup> est maintenant promu par les *schools of government* américaines. Dans ces montages, l'argent public sert à fournir des rendements financiers à des apporteurs de capitaux privés qui « investissent dans le social à la place de l'État » (Alix, Chiapello, 2014). « Les investisseurs - pas les organisations sociales qu'ils financent – perçoivent un rendement financier en fonction des « résultats sociaux » (*payment for success*). Le but est de rendre lucratives des activités dont on sait pourtant qu'elles échouent à se financer de façon autonome sur les marchés (Alix, Chiapello, 2014).

Si le but annoncé par ces politiques d'investissement à impact social est de réaliser des économies publiques et d'introduire l'acteur financier dans le champ du social, il reste que l'Etat est appelé à intervenir de plusieurs manières pour développer le marché et notamment à travers la construction du marché et la mise en place de normes et de règles favorables à ces investissements (Delouette et Jany-Catrice, 2015). Dans ce cadre, la taille des structures est un enjeu important. Dans les rapports sur l'investissement social et les débats qui les entourent, est toujours soulignée l'importance de donner aux structures de l'ESS des tailles suffisamment critiques pour pouvoir supporter ces investissements (Sibille, 2014). Or, il est intéressant de noter combien les EHPAD sont aujourd'hui engagées dans une vaste dynamique de concentration.

Même si l'investissement à impacts sociaux n'en est encore qu'à ses balbutiements dans le secteur des EHPAD, tout semble en ordre de marche : les rapports se multiplient, les gestionnaires sont appelés à s'y intéresser, la régulation publique pousse à la concentration et à l'évaluation par impact social.

## **Conclusion**

---

<sup>13</sup> Depuis quelques années, les différentes institutions de gouvernance internationales et nationales produisent des rapports sur la question, ce qui vient en légitimer la réalisation. Ainsi en 2008, alors que le G8 est sous la présidence du Royaume-Uni, les pays membres créent un *taskforce* (*impact investment : the invisible heart of markets*) dont la présidence a été confiée à Sir Ronald Cohen, l'un des pionniers du capital-risque. Les pays membres du G8 sont invités à créer des comités locaux. En parallèle, la commission européenne a créé un Groupe d'experts sur le social business, le GESES se réunissant deux fois par ans avec l'objectif de développer les investissements à impact sociaux. (Delouette et Jany-Catrice, 2015)

<sup>14</sup> Les SIB sont parfois appelés *Pay for Success Bonds* ou *Social Benefit Bonds*. Les résultats attendus sont définis en amont ainsi que les indicateurs pour les mesurer de façon ad-hoc par les parties du contrat de financement. Les résultats sont ensuite évalués par un expert « indépendant », si ils atteignent les objectifs attendus, les pouvoirs publics remboursent l'investisseur avec un « retour sur investissement ».

La nouvelle régulation du champ de la dépendance en « champ d'opportunité » mène à une concentration des groupes d'EHPAD et à la financiarisation du champ qui semble profiter aux investisseurs privés. A plusieurs titres, cette nouvelle manière d'envisager le champ en champ d'opportunité modifie en profondeur les fondements de l'intervention publique dans la protection sociale et dans l'ESS. Cette mise en opportunité entre en contradiction avec les valeurs portées par l'ESS et fait pression sur ses finances, ce qui devrait avoir des effets à la fois sur la gestion des personnels et sur les conditions d'accueil des usagers. Le risque est que l'action sociale ne soit plus guidée par la réduction des inégalités ou la solidarité, mais par la rentabilité financière qu'elle peut dégager. Le risque est grand de dévoyer plus encore le socle solidariste sur lequel le modèle social français reposait.

## **Bibliographie**

ALIX N. ET BAUDET A. (2013) « La mesure de l'impact social : facteurs de transformation du secteur social en Europe » CIRIEC Working Papers .

BOULARD J.C. (1991), *Vivre ensemble : rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes*, La documentation Française, Paris.

BROUSSY (2013), *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population - France : année zéro !*, La documentation française, Paris

BRUN E. , ULMAN P., DE KERVASDOU J. (2005), « Les facteurs socioéconomiques de la prise en charge de la dépendance, une mise en perspective européenne », *Les tribunes de la santé*, 2005/2, Presses de Science Po. ,p. 73-80.

CNSA, *Les soins en EHPAD en 2013 : Le financement de la médicalisation et le bilan des coupes Pathos*, Juillet 2014, 24 pages. En ligne : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2014-07-08\\_Les\\_soins\\_en\\_EHPAD\\_en\\_2013.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2014-07-08_Les_soins_en_EHPAD_en_2013.pdf)

DELOUETTE I., JANY-CATRICE F. (2015), « Enjeux sociopolitiques de la mesure de l'utilité sociale des organisations de l'ESS », communication à l'AES 2015.

DREES (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », Etudes et résultats, n°877, février 2014.

CHIAPELLO E. (2014), « Financialisation of valuation », *Human Studies*, bol.37, n°34.

ERNST and YOUNG (2008), *Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes*, rapport au Sénat, Juillet

FRINAULT T. (2005), « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique » *Revue française de science politique* , n° 55, page 607-632.

- KPMG (2014), *Observatoire des EHPAD*, avril.
- LASCOUMES P., LE GALÈS P. (dir), (2005), *Gouverner par les instruments*; Presses de Sciences Po, Paris.
- LES ECHOS ETUDES (2013), « L'avenir du secteur français des EHPAD », *Les Echos-Etudes*, Mars.
- ROSSO-DEBORD (2011), *Rapport d'information de la commission des affaires sociales de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, La documentation Française, Paris
- SCHOPFLIN P. (1991), *Xe Plan : Dépendance et solidarité. Mieux aider les personnes âgées*. La documentation Française, Paris.
- SIBILLE H. (2014), Rapport du comité français sur l'investissement à impact social, *Comment et pourquoi favoriser l'investissement à impact social ? Innover financièrement pour innover socialement*, septembre 2014, en ligne : [http://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/RapportSIIFce\\_vdef\\_28082014.pdf](http://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/RapportSIIFce_vdef_28082014.pdf)
- SMIDA A., (2009), « Segmentation du marché et positionnement stratégique des entreprises de l'hébergement collectif pour personnes âgées », *Management & Avenir*, n° 26, p. 142-159.
- VATAN S. (2014). *La construction sociale des prix dans l'aide à domicile* . (L. 1, Ed.) Thèse de doctorat .
- VASSELLE A. (2008), *Rapport d'information au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Sénat, La documentation française N° 447.
- VILLEMEUR A. (2012). De l'Etat providence à l'Etat social investisseur . "Séminaire le financement d'une protection sociale durable" (p. 18). Paris : Chaire de transition démographique et économique .
- VOLANT S. (2014), "L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011", *Etudes et résultats*, DRESS, n°877, Février
- THERET B. (2010), « La protection sociale comme lien territorial : une solution d'avenir pour l'Europe ? », *Finance & Bien Commun* 2/2010 (N° 37-38), p. 45-63

|