

LE PROCESSUS DE PRIVATISATION DU SECTEUR DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Ilona Delouette, Laura Nirello

ESKA | « [Journal de gestion et d'économie médicales](#) »

2016/7 Vol. 34 | pages 387 à 408

ISSN 2262-5305

ISBN 9782747226561

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2016-7-page-387.htm>

Pour citer cet article :

Ilona Delouette, Laura Nirello « Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Journal de gestion et d'économie médicales* 2016/7 (Vol. 34), p. 387-408.

DOI 10.3917/jgem.167.0387

Distribution électronique Cairn.info pour ESKA.

© ESKA. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

The privatization process of nursing homes sector

Ilona DELOUETTE¹ et Laura NIRELLO²

¹ Doctorante en économie
CLERSE – Université de Lille 1
ilonadelouette@free.fr

² Docteur en économie
LEMNA – Université de Nantes
laura.nirello@univ-nantes.fr

RÉSUMÉ

L'objet de cet article est de décortiquer le processus de privatisation du secteur des EHPAD. L'analyse s'appuie sur une série d'entretiens réalisée auprès d'acteurs clés du domaine et sur l'étude d'un corpus de rapports d'institutions publiques et privées. Nous montrons que la privatisation du secteur est encouragée par les pouvoirs publics au travers de plusieurs dispositifs. D'abord, dès 1997, les régulateurs du champ construisent un rapport de concurrence entre les différents types d'établissements du secteur (public, économie sociale, privé lucratif) en abrogeant la relation privilégiée qu'ils entretenaient avec les acteurs traditionnels non lucratifs, et en ouvrant les financements publics aux établissements privés lucratifs. Les autorités de tarification imposent aussi, au travers des instruments de financement, une médicalisation des établissements menant à une standardisation de leurs activités. Ces normes favorisent le développement des groupes lucratifs tout en affaiblissant les acteurs traditionnels de l'économie sociale et du public, moins armés face aux nouvelles réglementations et ainsi affaiblis financièrement. Nous observons aussi une concentration économique des groupes d'EHPAD résultant d'incitations publiques et de leur mise en concurrence face à un faible nombre de nouvelles places autorisées.

La concentration ouvre enfin la voie à une financiarisation progressive des établissements qu'ils soient privés lucratifs ou de l'économie sociale. La privatisation du secteur s'opère donc par le biais de la croissance du privé lucratif face à un tarissement de l'économie sociale et du public, par l'incorporation des normes du privé par les gestionnaires du champ et, par la privatisation des financements des établissements.

Mots-clés : EHPAD, privatisation, concentration, financiarisation, économie sociale.

ABSTRACT

The object of this article is to analyze the mechanisms of privatization in nursing homes sector. This study is based on interviews made with several actors of the industry and on the analyze of public and private reports. We show that public authorities support the privatization of the sector through several devices. First, in 1997, they built a competitive nursing homes market by revoking their privileged funding relationships with social economy and by opening the industry and the public fund to for-profit structures. They have also imposed performance criteria to the managers that lead them to increase the level of medicalization of their nursing homes. That conducts to a standardization of their activity. Secondly, the privatization process has consequences on the industry organization. It encourages the growth of for-profit structures and weakens the traditional organizations of social economy, which are faced financial difficulties. The competition between organizations leads to an economic concentration of enterprises, which finally opens the way to a progressive financialisation of the industry. The privatization is implemented by the increase of for-profit structures, by the incorporation of for-profit norms, and by the privatisation of nursing home's financing.

Keywords: Nursing homes, privatization, concentration, financialisation, social economy.

INTRODUCTION

La prise en charge de la dépendance est aujourd'hui un objet politique central en France comme en témoignent les nombreux débats parlementaires et propositions de lois des dernières années [1-4]. Cela n'est pas sans lien avec les travaux socio-démographiques qui projettent un doublement du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2060 [5]. Cette évolution démographique devrait s'accompagner d'une progression de besoins sociaux divers, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et, avec elle, d'une augmentation des dépenses publiques. Ces dernières représentent aujourd'hui, en France, environ 24 milliards d'euros et devraient, selon les estimations, augmenter *a minima* de 10 milliards d'euros d'ici 2040 [6]. Malgré la mise en place de nouveaux instruments de financement¹, les analyses s'accordent sur une insuffisance des ressources économiques publiques pour faire face à la montée en charge des personnes dépendantes dans les années à venir, en particulier du fait de l'absence d'une réelle politique de ce financement [7].

En parallèle, le vieillissement de la population est de plus en plus présenté dans les débats publics comme une « opportunité » économique pour la France. Le rapport Broussy [4], dont s'inspire largement la récente loi² sur *l'adaptation de la société au vieillissement*, rompt avec les représentations passées de la vieillesse en ce qu'il considère que loin de n'être qu'un risque à couvrir, celle-ci serait porteuse de nouveaux espaces de développement économique en termes d'habitat, de nouvelles technologies (la

gérontechnologie), d'aide à la personne etc., regroupés sous le terme de *silver economy*³. Le développement économique du champ serait l'occasion d'établir un « nouveau pacte social entre les générations » grâce aux opportunités de croissance que représente le vieillissement pour les plus jeunes actifs [4]. Dans cette nouvelle manière d'envisager le champ, l'État social est invité à muer en un « État social investisseur » dont le rôle serait d'inciter au développement de cette *silver economy* [8].

Dans cet article, nous nous intéressons à un secteur particulier de la dépendance concerné à la fois par la stagnation des dépenses publiques et par cette nouvelle manière d'envisager le champ : celui des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces établissements créés par la loi du 24 janvier 1997 proposent un hébergement de longue durée associant des services sanitaires et des services d'hébergement aux personnes âgées dépendantes.

Pour analyser l'évolution des régulations publiques, nous nous appuyons sur la grille d'analyse proposée par André *et al.* [9] sur les processus de privatisation dans le secteur sanitaire. Ils définissent la privatisation comme « la dynamique d'une réforme où ce qui était public hier devient privé aujourd'hui » [9, p. 4]. Cependant, si dans son sens commun, le privé désigne un type de propriété juridique, et la privatisation, un transfert de propriété du public vers le privé, dans le domaine médico-social, cette définition n'est pas satisfaisante. Le secteur privé recouvre en effet à la fois des acteurs lucratifs et non lucratifs, les seconds étant souvent régulés par les mêmes conventions que celles du secteur public. C'est le cas

1. Comme la journée de solidarité en 2005 et la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) en 2013.

2. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

3. En référence à la couleur de cheveux des séniors.

dans le domaine des EHPAD, historiquement construit autour d'acteurs de l'économie sociale qui, dès les années 1960, sont encadrés et régulés par l'État qui développait en parallèle une offre publique. La privatisation s'établit donc sous diverses formes [9]. Elle peut concerner le financement, comme les modes de gouvernance mais est aussi être entendue comme une « certaine façon de concevoir les comportements des acteurs » [9, p. 5] issue du monde de l'entreprise. Dans cette perspective, la privatisation peut aussi être cognitive. Par ailleurs, la privatisation n'est pas contradictoire avec le rôle historique de l'État dans le secteur. Au contraire, les travaux qui ont exploré ces questions montrent que ce sont les autorités publiques qui, de manière explicite et implicite, portent le processus de privatisation [9, p. 5].

Plus précisément, dans le secteur des EHPAD, nous entendons par « privatisation »

l'augmentation de la part de l'offre privée lucrative dans le secteur face à un tarissement de l'offre publique et de l'économie sociale ; l'importation de normes de gouvernance du privé lucratif dans les établissements de l'économie sociale qui viennent modifier les comportements des acteurs ; mais aussi l'augmentation de la part privée (entreprises, fonds de pension, etc.) des financements des établissements.

L'objet de cet article est donc d'analyser la chaîne de fabrication de la privatisation du secteur des EHPAD. En nous appuyant sur une enquête de terrain et sur l'analyse qualitative d'un corpus de rapports publics et privés (encadré 1), nous montrons comment, au travers de divers dispositifs, la puissance publique construit cette privatisation et la renforce.

Encadré 1. Méthodologie

Nous nous intéressons ici aux établissements privés lucratifs et non-lucratifs, qui représentent la moitié de l'offre d'EHPAD [10]. La configuration particulière des établissements publics, en particulier leur proximité avec les hôpitaux, nous conduit à les exclure de l'article.

L'article repose sur une série d'entretiens semi-directifs (quarante réalisés entre août 2013 et février 2015) auprès d'acteurs intervenant dans le secteur des EHPAD, principalement dans la région Pays de La Loire et plus rarement dans la région Nord-Pas de Calais. Dans ce cadre, nous avons interrogé des représentants des autorités de tarification (Agences régionales de santé, Conseils Départementaux) et des acteurs travaillant au sein des EHPAD (directeurs d'établissements et de groupes d'établissements, bénévoles au sein des conseils d'administration, salariés). Si l'enquête a pu servir de média aux revendications des acteurs face à des normes qu'ils estiment souvent non débattues, et qu'une pluralité de points de vue, se sont dégagés, nous utilisons dans cet article des *verbatim* qui nous permettent d'illustrer les grandes tendances qui se dégagent sur le terrain. L'objectif est ainsi de comprendre l'impact des évolutions de la politique publique sur le secteur en analysant la perception qu'en ont les acteurs de terrain au travers des pratiques expliquées. L'enquête a par ailleurs fait l'objet d'une thèse revenant sur l'ensemble des tendances internes au secteur [11].

Par ailleurs, nous avons mobilisé l'enquête statistique EHPA menée par la DREES, portant sur l'activité des établissements hébergeant des personnes âgées. Nous utilisons à la fois les

analyses réalisées par la DREES pour la dernière enquête, datant de 2011 [10, 12], et nos propres investigations à partir de la base de données issue de cette enquête, disponible *via* le Centre Quetelet.

Nous nous appuyons enfin également sur l'analyse qualitative d'un corpus de rapports publics et de textes de lois de 1970 à nos jours. Ayant constaté le peu d'enquêtes publiques sur le secteur des EHPAD, nous nous appuyons aussi sur des rapports d'entités privées, tels que celui du cabinet KPMG, seul observatoire disponible en France sur le secteur des EHPAD de l'économie sociale. Nous complétons notre corpus par des travaux qu'ont réalisés des agences de développement de l'économie sociale, des fonds d'investissements qui s'intéressent au secteur, ou encore des courtiers en EHPAD, etc. Ces sources sont porteuses d'informations introuvables ailleurs, même si les discours sont fortement normés par l'ambition de ces évaluateurs privés de l'action publique. Néanmoins, ces derniers fournissent des indications saisissantes sur le développement du champ.

Dans une première partie, nous analysons la manière par laquelle la puissance publique amorce une privatisation du secteur dès la fin des années 1990 au travers de la mise en place de dispositifs de construction d'un marché concurrentiel des EHPAD (§1). Nous étudions ensuite les impacts de ces dispositifs sur la structuration de l'offre des établissements en montrant qu'ils renforcent la privatisation du secteur en favorisant les établissements privés lucratifs au détriment du public et de l'économie sociale et, en menant à la concentration des groupes d'EHPAD (§2). Nous montrons enfin que ces différentes mutations ouvrent la voie à une « financiarisation » du secteur (§3).

LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE PRIVATISATION DU SECTEUR PAR LA PUISSANCE PUBLIQUE

Au carrefour entre sanitaire et social, les EHPAD sont régulés et financés par des instances aux objectifs et aux manières de faire parfois contradictoires (encadré 2) mais qui, toutes, doivent composer avec une stagnation des budgets publics incompatible avec les évolutions démographiques en cours. Les agences régionales de santé (ARS) ont pour rôle de gérer l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le médico-social, en tassement sur les territoires⁴. Les Départements quant à eux font face à un report de contrainte de l'État [14] qui, leur ayant délégué la gestion du social, n'accompagne plus l'augmentation de ces dépenses [15 et 16]⁵.

4. L'ONDAM médico-social a augmenté de 3 % en 2014 et de 2,2 % en 2015, et son taux de progression ne serait que d'1,9 % en 2016, ce qui en ferait le taux le plus faible depuis 10 ans [13].

5. Alors que les dépenses en Allocation personnalisée autonomie (APA) sont passées de 3,3 milliards à 5,5 milliards entre 2003 et 2015, les apports de la Caisse nationale de solidarité autonomie pour l'APA ont très peu progressés (1,2 à 1,7 milliards). Les départements assument donc en grande partie l'augmentation des coûts d'APA liés à la montée en charge du nombre de personnes dépendantes.

Encadré 2. Les financements de la prise en charge de la dépendance en France

En France, le financement de la prise en charge de la dépendance est largement public. Cependant, en l'absence de la mise en place d'un cinquième risque social financé par cotisations sociales, ce financement est aujourd'hui le résultat d'un «bricolage institutionnel» [17]. Au total, les dépenses publiques pour la dépendance représentent environ 24 milliards d'euros. Leur financement est principalement supporté par la sécurité sociale (63 %), les Conseils départementaux (20 %), la Caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA) (11 %), l'État complétant l'ensemble. Ce système est accompagné depuis une dizaine d'années par l'assurance privée avec un marché de l'assurance dépendance qui, bien que plus important que dans des autres pays européens, conserve des marges de développement encore très conséquentes.

Dans ce cadre, la gestion de la pénurie de financements s'impose comme une priorité pour les régulateurs du secteur. Or, depuis la fin des années 1990, des politiques inspirées par le référentiel marchand [18] cherchent à imposer un marché concurrentiel dans le secteur ce qui permettrait une meilleure allocation des ressources et donc une maîtrise des dépenses sociales. La construction du marché des EHPAD est aussi justifiée par l'établissement du principe de libre choix pour les personnes dépendantes. Selon ce principe, les usagers doivent être en capacité de décider de l'offre de services dont ils ont besoin grâce à une transparence de l'information et la possibilité de comparer les différents établissements entre eux [19]. Du

côté de la demande, sa mise en place nécessite la création de dispositifs de solvabilisation comme l'allocation personnalisée autonomie (APA) (encadré 3). Du côté de l'offre, ce principe conduit au développement d'une concurrence permettant la comparaison des EHPAD (§ 1.1). Le principe de libre choix, entendu cette fois-ci comme une préférence des personnes âgées pour le domicile, justifie aussi la médicalisation des EHPAD et donc une standardisation progressive de leurs activités. Celle-ci s'établit au moyen de la prolifération d'indicateurs et de normes de performance (§ 1.2). À l'instar du domaine de la santé [20], la construction du marché est amorcée par les régulateurs publics grâce aux dispositifs de financement des EHPAD.

Encadré 3. La solvabilisation économique des personnes âgées

La principale aide publique, l'allocation personnalisée autonomie (APA), est financée aux deux tiers par les départements et pour un tiers par la CNSA, elle représente environ 5,5 milliards d'euros pour 1,2 millions de bénéficiaires. Elle est fonction du niveau de dépendance des personnes âgées, classé en GIR (Groupe Iso-Ressource) à partir de la grille d'évaluation «autonomie, gérontologie, groupe iso ressources» (AGGIR). Seules les personnes les plus dépendantes, classée en GIR 1 à 4 peuvent prétendre à l'APA. Les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent prétendre aux aides issues des budgets d'action sociale de leurs caisses de retraite (gérée par les Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)). Une fois cette classification opérée, le conseil départemental notifie au bénéficiaire un plan d'aide dans le cas d'une prise en charge à domicile. En EHPAD, le montant dépend des tarifs hébergement et est la plupart du temps versé directement aux établissements (voir encadré 4). La mise en place de l'APA a conduit ainsi au début des années 2000, à une progressive solvabilisation des personnes dépendantes, leur permettant l'accès à différents services [21].

La mise en concurrence des organisations de l'économie sociale avec le secteur lucratif

La loi du 24 janvier 1997 créant le statut d'EHPAD, met en place un processus d'autorisation pour la création de nouveaux établissements, et modifie les critères permettant le conventionnement avec les financeurs publics. Auparavant, les financements publics dépendaient du statut juridique des établissements et étaient accordés uniquement aux structures publiques ou issues de l'économie sociale. Avec la loi de 1997, les financements publics ne sont plus accordés en fonction du statut juridique des établissements mais selon le niveau de dépendance des personnes qu'ils accueillent⁶. Ainsi, les structures lucratives peuvent

obtenir, au même titre que des acteurs traditionnels du champ, des autorisations pour la construction ou l'extension d'établissements existants. Cela leur confère également le droit d'accueillir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ainsi que l'obtention des financements publics de l'assurance maladie (encadré 4). À partir de 1997, les acteurs privés lucratifs peuvent donc intervenir dans l'hébergement des personnes dépendantes au même titre que les acteurs de l'économie sociale et les acteurs du public. Cette première étape ouvre surtout la possibilité aux acteurs du lucratif de se développer grâce aux financements publics et socialisés, qui ne pourraient pourtant être rentables sans dotations publiques.

Encadré 4. Les modalités du financement public en EHPAD

Le financement des EHPAD est composé de trois parties : une partie « soin » financée par l'assurance maladie *via* les Agences Régionales de Santé (ARS) ; une partie « dépendance » financée par la personne dépendante et par le Conseil Départemental à hauteur du montant de l'APA ; et une partie hébergement financée en grande partie par les résidents⁷.

Le montant des volets soins et dépendance du tarif sont négociés lors du « conventionnement tripartite » entre l'ARS, le Département et l'établissement. Cette convention définit les axes stratégiques d'évolution des EHPAD sur cinq années. Depuis 2007, ces conventionnements reposent sur une tarification à l'activité. Le financement des établissements ne correspond plus à leurs coûts de production historiques mais à un état prévisionnel de leurs recettes et de leurs dépenses (EPRD). Depuis la LFSS de 2009, un processus de convergence tarifaire est mis en place. Il détermine des tarifs plafonds à partir du calcul « objectif » de la dotation normale d'un établissement selon le niveau de dépendance et le niveau de soins requis.

Cette tarification repose sur deux indicateurs : le GIR moyen pondéré (GMP) et la Pathos moyen pondéré (PMP). Le GMP est construit à partir de la moyenne des GIR des résidents, c'est-à-dire le niveau de dépendance de chacun. Le PMP, mesure la charge en soins médico-techniques des établissements, il correspond à la lourdeur en soins médicaux d'un malade

6. Calculé à partir d'une moyenne des niveaux de dépendance (GIR) des personnes dépendantes accueillies dans les établissements (encadrés 3 et 4).

7. Les personnes à faibles revenus peuvent se faire aider par l'aide sociale à l'hébergement (ASH) financée par les départements (voir partie 2 sur les habilitations à l'aide sociale).

moyen parmi la population de l'EHPAD. L'évaluation des besoins en soins requis par chaque résident est mesurée par le médecin référent des établissements grâce à la grille PATHOS (construite par des gérontologues). Le GMPS (GIR Moyen Pondéré Soins), fusion du GMP et du PMP, se traduit en points. Selon la valeur annuelle du point, l'ARS détermine la dotation soin des établissements.

Quant au tarif dépendance, négocié lui aussi lors du conventionnement tripartite, il est fixé par arrêté départemental. Trois classes de tarifs de dépendance existent (GIR 1-2 ; GIR 3-4 ; GIR 5-6). Les départements financent la partie APA du tarif dépendance et peuvent soit la verser aux personnes dépendantes soit à l'établissement directement. La seconde option devient la norme, notamment sur notre terrain. Dans ce cas, les départements versent l'APA sous forme de dotation globale dont le calcul repose sur une valeur du point GIR au niveau départemental.

La mise en concurrence des EHPAD se renforce dans un second temps *via* le remplacement des procédures d'autorisation par des appels à projet institués par la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009⁸. C'est à partir de ces appels, émis par les ARS, que sont établies les nouvelles autorisations de création et d'extension d'établissements. Les procédures sont longues et complexes et un *numerus clausus* limitant le nombre de places est instauré. La concurrence entre les différents prestataires s'intensifie afin d'obtenir les quelques autorisations de création. Au-delà du principe de libre choix, la mise en concurrence permet aux autorités publiques de maîtriser une offre de services, qui émergeait auparavant spontanément sans concertation avec les régulateurs [22]. En pratique, l'ensemble des appels à projets est mené par des comités régionaux pilotés par les ARS (article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)). Ces comités déterminent le calendrier prévisionnel, l'avis d'appel et le cahier des charges pour tout processus de création ou d'extension de

places d'EHPAD. Grâce au pilotage de ces procédures, les ARS limitent le nombre de nouvelles places et contrôlent le montant des dépenses de l'assurance maladie alloué à la prise en charge de la dépendance. C'est ce que nous indique une directrice rencontrée lors de notre enquête : « *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 d'un groupe d'EHPAD, économie sociale). On observe en effet un ralentissement conséquent des nouvelles autorisations de création de places ces dernières années au vu des besoins à venir. Ainsi, alors qu'entre 2007 et 2011, le taux de croissance annuel moyen de place d'EHPAD était de 2,87 %, en 2013, 6 000 lits ont été autorisés pour 572 000 lits existants, soit 1 % de plus que l'année précédente⁹. Pour maintenir le ratio actuel de 16 lits pour 100 personnes âgées de plus de 80 ans en France, il faudrait créer 541 343 nouvelles

8. Le décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 et l'arrêté du 30 août 2010 précisent le nouveau régime d'autorisation des établissements et notamment la procédure de l'appel à projets sociaux et médico-sociaux.

9. Calculs réalisés par nos soins à partir des résultats de l'enquête EHPA 2011 et FINISS.

places d'ici 2040 soit un taux annuel moyen de 2,4 % par an.

Outre ce rationnement organisé dans la croissance de l'offre, un nouveau phénomène accentue la mise en concurrence. Il s'agit de la création d'outils de comparaison entre des établissements comme « le palmarès des meilleures maisons de retraite »¹⁰ édité chaque année depuis 2005, et largement repris dans les sites et journaux spécialisés. Ces sites internet recensent les tarifs et les prestations de chaque EHPAD¹¹. Ces dispositifs de *benchmarking* [23], consistant en une compétition entre les organisations par une comparaison de leurs activités à l'aide d'indicateurs, sont déjà visibles dans d'autres champs (éducation, santé). Ils visent à développer un comportement de consommateurs chez les personnes dépendantes et leurs familles dorénavant « éclairées », et qui sont invitées à comparer l'offre sur le marché, à faire jouer la concurrence et à utiliser leur capacité de « libre-choix ». Par ailleurs ces dispositifs de *benchmarking*, en évaluant les organisations au prisme de certaines informations, mettent en valeur des manières de faire auxquels les soignants finissent par se conformer [24].

Finalement, la politique publique n'est pas sans ambiguïté. Si les régulateurs affichent le libre choix comme un objectif à atteindre et encouragent le développement d'outils qui devraient permettre sa réalisation, le rationnement des nouvelles places autorisées en limite pourtant la possibilité. En effet, étant donné la pénurie de place et le coût de ces dernières, les futurs résidents sont rarement en capacité de choisir leur établissement. Le refus

d'une place pouvant engendrer plusieurs mois d'attente, ils entrent dans le premier qui les accepte quels que soient ses caractéristiques.

L'usage des indicateurs pour orienter la prise en charge dans les établissements vers la médicalisation et la standardisation

Les différentes réformes du financement et de la régulation des EHPAD ont été accompagnées par le développement de nouveaux outils de gestion diffusés par la puissance publique. Ces indicateurs vont conduire à un processus de rationalisation, qui se traduit par la mise en place de « dispositifs, instruments, indicateurs et standards [qui] cherchent à réguler les pratiques administratives en proposant de mesurer la productivité, la « performance », les « résultats », et la « qualité » des réalisations » [25, p. 135]. Cette évolution est caractéristique du Nouveau Management Public (NMP) qui a pour projet d'augmenter la performance des services publics *via* l'importation de modes de gestion propres au secteur lucratif. Ces outils portent la privatisation car ils permettent l'intégration par tous les acteurs du champ des nouvelles normes issues du monde lucratif [9]. Omniprésents, ils sont pour l'essentiel des outils de gouvernement et de pilotage du secteur par la performance [26, 27]. Ils aboutissent également à une standardisation des activités renforçant la construction d'un marché homogène. C'est ce que nous montrons ci-dessous.

Dans le secteur des EHPAD, l'utilisation de deux indicateurs, le GMP et le PMP (encadré 4), est caractéristique de ces nouvelles

10. *Maison de retraite sélection* a publié en avril 2015 son palmarès des meilleurs EHPAD : <http://www.maison-retraite-selection.fr/palmares-mdrs-2015.html>.

11. Par exemple : <http://www.france-maison-de-retraite.org/>; <http://www.les-maisons-de-retraite.com/>; <http://www.ehpadhospiconseil.fr/>.

méthodes de gestion. Mis en place à l'origine pour réaliser un état des lieux de l'activité des établissements ainsi que pour donner une visibilité sur les niveaux de dépendance et de soins requis, ces deux indicateurs deviennent progressivement des « outils à tout faire » : évaluation individuelle, outil de planification, outil de tarification, outil de classification, etc. » [28, p. 102]. Ils sont à la fois des outils de rationalisation « industrielle » du travail (évaluation du temps en minutes que chaque soignant doit consacrer par patient selon son niveau de GMP), mais aussi de financement des EHPAD. En effet, lors de leur conventionnement avec les autorités de tarification, les établissements doivent s'engager sur le maintien ou la progression des niveaux de ces indicateurs. Les EHPAD négocient ainsi avec les régulateurs le seuil de dépendance moyen de leurs pensionnaires pour les cinq ans à venir. Or, ces niveaux correspondent à un certain montant de dotations publiques. Les écarts aux normes établies lors du conventionnement ne sont pas pris en charge par les instances de régulation (non reprise des déficits et récupération des bénéficiaires par les établissements). Les gestionnaires sont donc dans l'obligation de maîtriser les nouvelles entrées dans leurs établissements, ce que nous précise par un exemple un salarié : *« C'est-à-dire que ce GMP est à surveiller de très près. Dans la maison, il ne faut pas qu'il y ait un glissement du niveau de dépendance parce qu'en gros, cela va nécessiter plus de prise en charge mais on n'aura pas de moyens supplémentaires. Inversement, si le niveau de dépendance diminue, on va avoir trop de budget par rapport aux personnes prises en charge et là on peut avoir des petits rappels de l'ARS. »* (Salarié, direction des ressources humaines d'un groupe d'EHPAD, économie sociale). Le profil des publics accueillis est ainsi nettement influencé par

le GMP. Quand un établissement accueille un nouveau résident, il le fait en fonction de son niveau de dépendance. Par exemple, si une personne dépendante de GIR 2 décède ou quitte l'EHPAD, il faudra pour l'établissement accueillir une personne du même niveau de GIR pour maintenir l'équilibre du GMP. L'établissement en situation d'excès de moyens fera le choix d'accueillir un GIR 1. Les personnes dépendantes accueillies en établissement deviennent ainsi les variables d'ajustement d'une logique comptable avec un rapport de plus en plus distant avec les besoins individuels et sociaux du territoire.

L'usage de ces outils dans l'allocation des crédits publics aux établissements leur confère un rôle d'« instruments » de pilotage de l'action publique par le financement. Lascoumes et Le Galès [29] définissent un instrument comme un « dispositif technique à vocation générique » et qui est en réalité « porteur de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conception précise du mode de régulation envisagé. » [29, p. 13]. Ils jouent un rôle pivot dans la gouvernance du champ. Dans le secteur des EHPAD, les instruments permettent en effet la diffusion des normes du privé lucratif et notamment celles de performance où l'efficacité est jugée à partir d'indicateurs chiffrés [9, p. 17]. Les indicateurs de qualité sont ainsi transformés en indicateurs de quantité.

Ces instruments, en plus d'incorporer des normes de « bonne gestion » aux gestionnaires du secteur, deviennent des outils orientant la politique d'accueil des établissements vers une plus grande dépendance des publics accueillis et donc vers une standardisation de l'offre. En effet, l'objectif pour la puissance publique est que l'ensemble des EHPAD accueillent le même type de public, remettant parfois en cause les modes d'accueil traditionnels, ce

que Villez¹² qualifie de « crise des modèles » [30]. Concrètement, lors de la signature des conventions tripartites, les autorités de tarification conduisent les établissements à faire des prévisions qui tendent vers l'augmentation de leur GMP pour les années à venir. Cette augmentation permet alors aux structures d'obtenir plus de dotations publiques. Cette orientation est à nouveau justifiée par le principe de libre-choix des personnes dépendantes. Cependant, celui-ci est ici entendu, comme le respect de la préférence des personnes âgées entre la vie à domicile et la vie en hébergement. Or, il est admis et non débattu depuis les années 1960 (Rapport Laroque, [31]) que les personnes âgées préféreraient vivre à domicile. Le rapport Broussy [4] ratifie en 2013 cette orientation : « qu'on en prenne acte ou qu'on le regrette, les EHPAD seront à l'avenir des établissements spécialisés dans la grande dépendance voire dans la maladie d'Alzheimer » [4, p. 620]. Cette orientation s'incarne dans des politiques publiques favorisant le maintien au domicile, la création de logement intermédiaires (voir *infra*), et promouvant une politique de spécialisation des EHPAD dans la grande dépendance [28, p. 170]. La médicalisation des EHPAD, entendue comme le développement dans les établissements de moyens humains et matériels pour accueillir des personnes de plus en plus dépendantes et souffrant de polyopathologies [30], devient une priorité. Les moyens mis à disposition dans le cadre de la prise en charge de la dépendance,

notamment ceux obtenus par la convergence tarifaire [3, p. 80], se concentrent principalement sur l'adaptation des établissements à la prise en charge de personnes de plus en plus dépendantes¹³.

La médicalisation des EHPAD, présentée comme incontournable par les pouvoirs publics, peut aussi être analysée sous l'angle de la maîtrise des dépenses publiques, qui privilégie le développement de « logements intermédiaires ». Ces logements permettent l'accueil des personnes moins dépendantes ne bénéficiant pas de l'APA (GIR 5 et 6). Les Départements ne participent donc pas à leur financement, celui-ci étant assuré en partie par les caisses d'assurance retraite (CARSAT) pour les GIR 5 et 6 et surtout, par les ayants-droit eux mêmes. La création de ces logements intermédiaires permet aussi d'éviter les dépenses de long terme pour les ARS. En effet, si ces dernières participent souvent aux frais de construction, elles ne financent pas les soins qui y sont prodigués : les personnes dépendantes qui y vivent ont en effet plutôt recours au dispositif classique des médecins et des infirmières libéraux qui relèvent de l'ONDAM soin de ville, et non de l'ONDAM médico-social. Autrement dit, leur financement relève toujours de l'assurance maladie, mais non des ARS. Ainsi, les ARS et les Départements contraints par le manque de moyen préfèrent autoriser l'ouverture de logements intermédiaires plutôt que d'EHPAD. Cette politique est aussi à rapprocher de celle du gel du

12. Après une carrière à l'URIOPSS Nord Pas-de-Calais/Picardie et à l'UNIOPSS, il est aujourd'hui, président de l'association « les petits frères des pauvres ». Il incarne ainsi le positionnement des acteurs de l'ESS.

13. Par exemple, dans le plan « solidarité-grand âge » (2007-2012) ainsi que dans le nouveau plan sur les maladies « neuro-dégénératives » (2014-2019), des moyens sont débloqués uniquement pour la création de places réservées à la grande dépendance. Cette préférence des pouvoirs publics pour le domicile est également au centre de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement qui ne concerne que le domicile et le développement des logements intermédiaires (qualifiés dans le projet de loi de « résidences d'autonomie »).

nombre de places pour la création de nouveaux EHPAD (1.1).

Depuis la fin des années 1990, les politiques publiques tendent donc à privatiser le champ par une grande variété de dispositifs. Elles organisent la construction d'un marché homogène des EHPAD avec, du côté de l'offre une mise en concurrence des EHPAD avec des services standardisés et, du côté de la demande, la transformation des usagers en consommateurs éclairés. La privatisation s'établit, d'une part, au travers de la délégation à des organisations privées lucratives de la prise en charge de l'hébergement des personnes dépendantes auparavant dévolue aux organismes publics et de l'économie sociale et, d'autre part, par le déploiement de dispositifs incorporant des normes de performance venant du privé lucratif par les gestionnaires du secteur. Elles ne laissent cependant pas indemne la structuration du secteur. Ces politiques la modifient de même qu'elles affectent les stratégies des structures dans leur développement ce qui mène à un renforcement du processus de privatisation.

L'IMPACT DES DISPOSITIFS PUBLICS SUR LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DU SECTEUR DES EHPAD, VERS UN RENFORCEMENT DE LA PRIVATISATION

La construction du marché des EHPAD instaurée par la régulation publique modifie la structuration de l'offre des établissements. Elle favorise le développement des organisations lucratives et fragilise les établissements de l'économie sociale (§ 2.1). Elle conduit également à la concentration économique du secteur (§ 2.2). La privatisation du secteur s'en trouve renforcée.

La mise en difficulté des établissements de l'économie sociale et l'encouragement au développement du secteur lucratif

Le projet de médicalisation des établissements, qui se traduit par des exigences d'augmentation des GMP de la part de la puissance publique a des conséquences différenciées pour les établissements selon leur statut juridique et la structure de leur financement. Dans un cadre concurrentiel, la médicalisation favorise le développement des établissements lucratifs alors qu'elle met en difficulté financière les établissements de l'économie sociale. En effet, les établissements ne bénéficient pas des mêmes marges de manœuvre financières selon leur statut et n'ont pas les mêmes moyens d'investir dans les projets de médicalisation. En outre, l'augmentation de la dépendance des publics accueillis s'inscrit dans la continuité des choix de gestion des établissements lucratifs alors qu'elle est en rupture avec les fondements historiques des établissements de l'économie sociale.

Tout d'abord, la structure de financement des EHPAD ne permet pas les mêmes marges de manœuvre selon le type d'établissements. Pour les volets soin et dépendance du tarif journalier en EHPAD (voir encadré 4), toutes les organisations ont les mêmes contraintes puisqu'elles bénéficient de financements publics. C'est sur le volet hébergement, payé par le résident, que se jouent les marges des EHPAD. La différenciation ici ne dépend pas tant des statuts juridiques des établissements mais de leur habilitation à recevoir des publics percevant les aides sociales à l'hébergement du Département. En effet, les établissements peuvent faire le choix de signer une convention d'aide sociale avec le Département (article L.342-1 du CASF) pour accueillir les publics aux revenus faibles. D'un point de vue

financier, la distinction est importante puisque les structures non habilitées disposent d'une liberté de tarif pour la partie hébergement, tandis les structures habilitées se voient fixer leur tarif par arrêté départemental. Toutefois, l'habilitation concerne principalement les organisations publiques et de l'économie sociale qui souhaitent proposer un accueil à des publics vulnérables. Les structures lucratives ne sont que 34 % à être habilitées à l'aide sociale contre 90 % des établissements de l'économie sociale, et 99 % des EHPAD publics (hospitaliers et non hospitaliers) [10]. De plus, quand les structures privées lucratives sont habilitées, c'est souvent pour quelques places et non pour l'ensemble de leur parc. Or, si le prix de journée de l'hébergement pour les places habilitées à l'aide sociale est à peu près similaire selon les types d'EHPAD (environ une cinquantaine d'euros par jour), l'écart est important pour les places non habilitées : le prix de journée est, dans le lucratif, en moyenne de 75,1 euros, contre 59,6 dans l'économie sociale [10] soit un quart de plus. Par conséquent, les marges de manœuvre des structures habilitées, principalement de l'économie sociale et du public sont bien plus restreintes par rapport à l'offre non habilitée. Ainsi, comme le relève le rapport de 2014 du cabinet KPMG, les EHPAD de l'économie sociale ont généralement des fonds de roulement en équilibre, mais elles ont très peu de capacités d'autofinancement. Les injonctions publiques de médicalisation qui se traduisent en termes d'investissements en équipement sont donc difficilement tenables financièrement pour ces organisations [32, p. 73] sans un accompagnement financier de la puissance publique. Or, comme le souligne ce directeur d'un groupe mutualiste, les financements publics ne permettent pas la médicalisation malgré les préconisations nationales : « *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).

Par ailleurs, les efforts à consentir pour la montée des niveaux de GMP ne sont pas les mêmes selon le statut des établissements. Les EHPAD lucratifs ont un niveau de dépendance historiquement plus élevé qui s'explique par leur volonté de remplir des objectifs de taux d'occupation maximum malgré des tarifs supérieurs à l'économie sociale et au public. Le seul critère d'entrée en hébergement lucratif est la propension à payer des résidents et non le niveau de dépendance. Ainsi dans ces EHPAD, ce sont des personnes aux revenus importants [33] à la recherche d'un certain standing, qui sont accueillies, mais aussi des personnes « captives », dont la situation de dépendance est très lourde et qui ne peuvent attendre qu'une place, devenue de plus en plus rare dans l'économie sociale ou le public se libère. Les structures lucratives sont donc depuis leur développement, équipées pour accueillir des personnes très dépendantes qui ne trouvent pas de place dans des structures moins onéreuses. Dans les établissements de l'économie sociale, la problématique est tout autre car la montée du GMP des établissements va à l'encontre de leurs choix historiques. Les structures de l'économie sociale ont en effet toujours pris le parti de « mixer » les populations accueillies avec une volonté de prendre en compte toutes les formes de dépendance : physique et psychique, mais aussi sociale et économique. Cela suppose l'accueil de

nombreux bénéficiaires aux profils particuliers qui entrent en EHPAD tant pour rompre un certain isolement social que pour des raisons de dépendance médicale (au sens de la grille AGGIR). Les investissements (humains et matériels) pour atteindre les taux de GMP imposés par les autorités de tarification sont donc bien plus importants pour les établissements de l'économie sociale que pour les établissements lucratifs. En conséquence après une phase commune de montée en GMP¹⁴ dans l'ensemble des établissements, le GMP moyen dans l'économie sociale est encore de 672, alors qu'il est de 721 dans le secteur lucratif [10].

Ces évolutions ne laissent pas indemne l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les acteurs historiques, le public et l'économie sociale, sont toujours majoritaires, ils représentent respectivement 52,7 % et 27,3 % des places installées. Cependant, le secteur lucratif connaît une croissance nette entre 2007 et 2011 de plus de 24 % de ses places contre 19 % dans l'économie sociale et 10 % dans le public [10]. En outre, l'augmentation des GMP dans les EHPAD confère une place importante au développement des établissements intermédiaires accueillant les personnes moins dépendantes. Moins financés par les pouvoirs publics, ce sont des secteurs difficiles à investir pour l'économie sociale (dépendantes des dotations publiques), alors qu'ils constituent, au contraire, de nouvelles opportunités de croissance pour les grands groupes lucratifs. Le développement des foyers-logements, un type de logement intermédiaire particulier, est par exemple bien plus porté par le secteur lucratif que par l'économie sociale : ainsi, entre 2007 et 2011, alors que

le nombre de foyers-logements du secteur de l'économie sociale est en recul (-2 %), le nombre de foyers-logements du secteur lucratif augmente de +41 % [6, p. 3].

On assiste donc, au travers de la médicalisation et des politiques de restrictions budgétaires, au développement de l'offre privée lucrative dans la prise en charge des personnes dépendantes face à une stagnation et une fragilisation de l'offre de l'économie sociale et du public. Cela soulève des questions sur les inégalités d'accès qui s'installent. Les publics peu solvables n'ont d'autre choix que de s'inscrire sur des listes d'attente de plus en plus longues dans l'économie sociale, tandis que les personnes aux revenus élevés peuvent être prises en charge par le lucratif.

La privatisation, d'abord amorcée par les dispositifs de régulation publique de mise en concurrence du secteur, se renforce, dans un second temps, au travers de la hausse de la part du privé lucratif dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Celui-ci, mieux adapté aux règles de la concurrence et aux normes imposées par la régulation publique se développe en effet sans difficulté tandis que les structures de l'ESS sont largement défavorisées. La concurrence face au faible nombre de nouvelles places mène aussi à un processus de concentration des groupes d'EHPAD quelque soit leur statut.

La concentration des groupes gestionnaires d'EHPAD comme conséquence de la privatisation du secteur

Le secteur des EHPAD est aujourd'hui entraîné dans un vaste mouvement de concentration entendue ici comme l'augmentation

14. Celui-ci est passé de 663 à 700 entre 2007 et 2011 [6]. L'évolution est indépendante de la méthode de calcul des GIR qui est restée inchangée entre 2007 et 2011.

de la taille des entreprises (le nombre d'établissements par groupe gestionnaire) et non comme l'augmentation de la taille des établissements (le nombre des personnes accueillies par EHPAD). Ce mouvement est largement encouragé de manière directe ou non par la puissance publique. D'une part, la limitation des créations de nouveaux EHPAD conduit les grands groupes qui veulent se développer à racheter des plus petits établissements déjà existants plutôt que d'en construire de nouveaux. D'autre part, la médicalisation et l'usage des indicateurs de qualité complexifient la prise en charge, en multipliant les protocoles, les démarches d'évaluation et les normes administratives à respecter. La pérennité financière des plus petites organisations, n'ayant pas en interne les ressources pour répondre à ces exigences, est donc fragilisée. Elles se tournent alors vers les grands groupes. Si ce contexte est commun à l'ensemble des organisations, les évolutions n'ont pas les mêmes origines selon leur statut juridique.

Dans le secteur lucratif, les organisations les plus petites faisant face à des injonctions importantes cèdent de plus en plus leurs activités à des grands groupes présents sur le marché de l'offre français [34, 35]. Les grands groupes lucratifs gestionnaires d'EHPAD, quant à eux, privilégient des opérations de rachat d'établissements isolés dans un contexte de restriction d'autorisation de nouvelles places. Ainsi, alors qu'en 2002, la capacité d'accueil des 15 premiers groupes lucratifs 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) [34]. Le secteur lucratif est donc engagé dans un mouvement de concentration passant par de nombreuses fusion-acquisitions. En 2011, les dix 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). Enfin, l'accroissement des grands groupes s'établit aussi *via* l'élargissement de leurs activités. Dans une logique de développement économique, ils développent en effet de plus en plus de « filières » complètes de prise en charge des personnes âgées allant de l'aide à domicile à l'EHPAD en passant par les logements intermédiaires.

Dans l'économie sociale, si l'on observe également un phénomène de concentration, il n'est pas le fruit des mêmes forces. Il provient plutôt d'une influence décisive des autorités de tarification. En effet, les ARS, lors de la signature des conventions tripartites, incitent les organisations à se regrouper, conduisant à la réduction du nombre d'intervenants et donc de négociations. La question de la maîtrise des dépenses publiques est au cœur du processus de concentration, la mutualisation des moyens permettant une réduction des coûts pour les autorités publiques : « *On voit bien au niveau des ARS, qu'ils sont dans la recherche de mutualisation, de groupement de structures pour faire des économies d'échelle et pour un coût moindre.* » (Directeur d'EHPAD, économie sociale). Dans ce contexte, les établissements évoquent également le regroupement comme une des seules alternatives face à la restriction des financements publics : « *il va falloir trouver d'autres solutions pour accompagner les personnes de manière différente, que juste par le financement. Cela peut être de 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 d'EHPAD, économie sociale). Pour les structures, faire partie d'un groupe, à l'instar du secteur lucratif, semble de plus en plus inévitable.

Plusieurs stratégies de regroupement ont été rendues possibles pour les petites organisations. Elles peuvent se réunir pour partager certaines fonctions, ce sont les groupements de coopérations sociales et médico-sociales (GCSMS) qui permettent, depuis 2006, « la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnels etc.), la mise en commun de services (juridiques, comptables, etc.) ou d'équipements (restauration, etc.) » [36]. Il existe aussi des groupements d'employeurs, pour l'embauche par exemple d'un comptable ou d'une assistante de gestion ou encore d'un qualificateur intervenant dans plusieurs établissements. Dans les EHPAD enquêtés, ces formules sont peu adoptées, les établissements privilégiant plutôt des fusions au sein de grands groupes d'économie sociale. Les petites organisations ne négocient pas un partage de compétences mais se font littéralement absorbées par certains groupes dont la taille leur confère un rôle décisif sur le territoire. L'appartenance à un groupe permet une augmentation du nombre de personnels administratifs, ce qui peut améliorer la gestion des ressources humaines « *On doit avoir plusieurs établissements sinon on ne s'en sort pas pour la gestion des ressources humaines.* » (Directrice d'EHPAD, économie sociale). La présence d'un siège permet une centralisation de certaines fonctions (comptabilité, gestion des rémunérations). Le regroupement permet aussi et surtout aux organisations de l'économie sociale d'acquiescer un poids politique important face aux groupes lucratifs de plus en plus concentrés, en particulier auprès des autorités de tarification. Il est de plus en plus fréquent que les groupes aient des salariés

qui s'occupent d'une veille sur les appels à projet à venir ou qui suivent les évolutions législatives, l'objectif étant de répondre aux exigences requises pour l'obtention de ces appels et pour négocier au mieux les conventions tripartites.

Alors que le secteur était à l'origine faiblement concurrentiel, sa privatisation mène aujourd'hui à la formation d'un marché homogène avec des acteurs qui doivent pouvoir se concurrencer. La concentration des groupes d'EHPAD permet le développement d'un nouvel espace de profits par la financiarisation du secteur.

LA FINANCIARISATION DES GROUPES D'EHPAD

La régulation publique du secteur, par l'imposition de dispositifs de privatisation, transforme la structure et les équilibres budgétaires des groupes d'EHPAD. Ces mutations permettent la financiarisation du secteur. On entend ici par « financiarisation » la montée en puissance de pratiques et de techniques issues du monde de la finance¹⁵. Les circuits de financement des EHPAD sont, en effet, depuis quelques années, en pleine mutation, notamment *via* le recours de plus en plus fréquent à des dispositifs et des montages particuliers issus de la culture des marchés financiers. Cette financiarisation est soutenue par l'État qui vient encadrer et encourager ces nouvelles formes de financement. Les mécanismes de financiarisation sont différents selon le statut des groupes d'établissements.

15. Frédéric Lebaron [37] établit par exemple une distinction dans l'Enseignement Supérieur et la Recherche entre financiarisation comme « critères imposés par le secteur financier », comme la maximisation de la « valeur actionnariale » d'une part, et de l'autre une acception plus « symbolique » par laquelle s'affirment des déplacements cognitifs et organisationnels. Dans le champ des EHPAD, c'est un mix de ces deux modalités de financiarisation qui se développe. Dans cet article, nous nous intéressons spécifiquement aux pratiques observées. Les mutations des représentations font l'objet d'autres de nos travaux même si, les deux sont reliés selon nous.

Si cette logique est ancienne dans le secteur lucratif (§ 3.1), pour les structures de l'économie sociale, il s'agit d'une forme nouvelle de privatisation à laquelle elles étaient jusqu'ici étrangères (§ 3.2).

La financiarisation des groupes lucratifs gestionnaires d'EHPAD

Les mouvements de fusion-acquisitions des grands groupes privés gestionnaires d'EHPAD se sont accompagnés de plusieurs stratégies d'entreprises marquées par une tendance à la financiarisation. D'abord, le secteur s'apparentant à une « valeur sûre » pour les marchés boursiers¹⁶, les grands groupes commerciaux ont de plus en plus recours à des stratégies de financement par le haut (cotations, entrées de nouveaux actionnaires). Ainsi, en 2008, parmi les dix groupes les plus dynamiques dans le secteur lucratif, trois étaient soutenus par des fonds d'investissement et deux cotés en bourse [34]. Six ans plus tard, en 2015, cinq sont cotés en bourse et un sixième y prépare son entrée pour 2017. Les quatre autres ont mis en place des stratégies d'ouverture de leur capital et sont soutenus par des fonds d'investissement et de grandes banques commerciales¹⁷.

Ensuite, à côté de leurs propres parcs de places, les grands groupes sont aussi

gestionnaires de chambres appartenant à de petits investisseurs privés pour qui l'investissement en EHPAD est rendu financièrement avantageux par les lois fiscales en vigueur. Les instruments fiscaux mis en place par les gouvernements successifs modifient le coût de production des EHPAD privés avec des mécanismes de récupération de TVA ou encore d'incitation à l'achat de neuf¹⁸. Ainsi, de nombreuses entreprises de courtiers en EHPAD se sont développées ces dernières années pour gérer ces petits portefeuilles et n'hésitent pas à promettre des retours sur investissement allant jusqu'à 9 % net d'impôts¹⁹.

Enfin, le secteur est devenu en quelques années 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. Les EHPAD intéressent notamment les fonds d'investissement spécialisés dans le « non coté » et le « solidaire ». Ces acteurs financent l'acquisition de fonds de commerce d'EHPAD ayant déjà atteint un « taille critique » (entre 30 et 50 lits). Après avoir développé les structures, ils les cèdent aux acteurs majeurs du marché.²⁰ Ces investissements entretiennent donc à leur tour la concentration des grands groupes gestionnaires

16. Le groupe Orpéa (1^{er} groupe Français et européen) a vu son chiffre d'affaires doubler entre 2008 et 2012. Le 2nd groupe, Medica a un taux de croissance de son exercice de 7 % par an depuis 3 ans. De plus les marges opérationnelles des dix premiers groupes français représentaient entre 5,5 et 7,5 % de leur chiffre d'affaires en 2008 [34].

17. Résultats obtenus à partir d'une enquête des auteurs sur les différents sites internet des dix premiers groupes français.

18. Les lois « Censi-Bouvard » ou « Loueur en meublé non professionnel » permettent par exemple aux contribuables qui réalisent un investissement dans des chambres d'EHPAD neuves de réduire directement leur impôt d'un pourcentage des loyers perçus et, de récupérer la TVA sur le montant de l'investissement.

19. « Pourquoi investir en EHPAD ? Un concentré d'avantages : vous percevez un loyer garanti... une vraie opportunité... un placement en or » peut-on lire sur le site *EPHAD-Invest* (site internet de courtiers en produits d'investissement en EHPAD).

20. Cette stratégie est détaillée dans la brochure de promotion de produits d'assurance vie d'une grande mutuelle française.

d'EHPAD tout en rapportant des intérêts, encore une fois, défiscalisés pour partie.

La puissance publique encourage donc la financiarisation des EHPAD, en rendant le secteur profitable aux investisseurs privés comme aux investisseurs institutionnels par une politique fiscale, mais aussi par une politique d'offre (rationnement de place dans le public et le non-lucratif) qui rendent les titres d'EHPAD liquides et d'autant plus attractifs²¹. Le secteur des EHPAD lucratifs est, ces dernières années, devenu un réel champ d'opportunités financières comme en témoigne d'ailleurs l'intérêt qu'y portent les différents cabinets d'audits privés qui en font un sujet majeur de leurs études²².

Vers la financiarisation des structures de l'économie sociale ?

Les organisations de l'économie sociale, face à leurs difficultés économiques, doivent, quant à elles, « réinventer » leurs modalités de financement [32, p. 6]. L'allocation de crédit en fonction de l'impact social des établissements est devenue, ces dernières années, une voie privilégiée par les évaluateurs. Ainsi, pour KPMG, « Les décideurs publics devront [...] mettre en œuvre des outils d'évaluation de l'impact valorisant l'innovation et l'impact social. ». Et, l'« allocation de crédits selon la valorisation de leur impact social et leur rôle de service public pourrait venir modifier le volume et les sources de financements des EHPAD » [32, p. 8-9].

L'évaluation de l'impact social devient alors un enjeu primordial. Mais qui porte ces évaluations, que revêtent-elles et pour

quoi faire ? Ses promoteurs français sont une coalition regroupant les plus grandes banques d'affaires, les réseaux de la *venture philanthropy* et de l'entrepreneuriat social, ainsi que divers bureaux d'études et d'expertises, et des écoles de commerce [38, 39]. Si on s'en réfère au Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS) [40], la mesure de l'impact social émerge sous une quadruple impulsion : « le tarissement des fonds publics ; un niveau d'exigence des investisseurs publics qui souhaitent disposer de moyens leur permettant une meilleure allocation des ressources investies dans le secteur de l'économie sociale et solidaire ; une professionnalisation du secteur de l'ESS qui exprime une demande de méthode et d'outils pour mieux valoriser ou conduire ses actions ; un engagement de l'Union Européenne dans la voie de l'évaluation ex ante de l'impact social » [40, p. 6]. Elle est définie comme « un processus visant à comprendre, mesurer ou valoriser les effets, négatifs ou positifs, générés par une organisation sur ses parties prenantes » [41]. La définition est suffisamment large pour être interprétable. Or, pour Alix et Baudet, ou Chiapello [38, 39], l'enjeu de ces nouvelles mesures proposées ou vendues par ses promoteurs serait de « mieux gérer » le secteur social et cela à l'aune des mesures de la finance. En effet, dans la brochure produite par ses promoteurs français, des indicateurs monétarisés anglo-saxons s'inspirant des retours sur investissement de la finance tel que le *social return of investment* (SROI) ou l'*impact reporting and investments standards* (IRIS) sont portés en exemple pour les établissements français qui souhaitent mettre en place leur évaluation.

21. Les EHPAD privés annoncent des taux de remplissage autour des 95 %, tandis que les dotations publiques assurent une bonne part des « loyers » à travers les volets « soins » et « dépendance ».

22. Par exemple [32, 34, 35, 38].

Sous l'impulsion de l'Union Européenne, l'État est incité à faire évoluer ses financements vers des investissements sociaux, en s'appuyant sur ces indicateurs d'impact issus de la finance. Mais, pour le champ social et sanitaire le financement par les marchés est aussi présenté comme une nouvelle opportunité²³. Inventé au Royaume Uni, le dispositif des *Social impact bonds* (SIB) est maintenant promu au sein de l'Union Européenne à travers des groupes de travail nationaux. En France, le rapport Sibille (2014) présente l'investissement à impact social « 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 » [42, p. 15]²⁴. La mesure de l'impact social apparaît alors comme un outil de régulation essentiel pour permettre les investissements à impacts sociaux directement par le marché. Dans ces montages²⁵, 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 » [37]. Les investisseurs perçoivent un rendement financier en fonction des « résultats sociaux » des établissements (*payment for success*). Le 15 mars 2016, Martine Pinville, Secrétaire

d'État chargée du Commerce, de l'Artisanat, de la Consommation et de l'Economie sociale et solidaire lançait officiellement en France un appel à projets interministériel sur les « Contrats à impact social ». Sur le site du ministère créé à cet effet²⁶, on peut lire que ces contrats sont « une mesure de progrès, une mesure qui donne plus de moyens aux acteurs sociaux pour agir et une mesure qui apporte plus de solidarité au sein de la société. ». Le champ de la dépendance est présenté explicitement comme l'un des domaines dans lequel ces nouveaux contrats pourraient être établis.

Si ces politiques d'investissement à impact social sont présentées comme des moyens de réaliser des économies publiques, l'État est appelé à intervenir de plusieurs manières pour développer le marché, notamment à travers la mise en place de normes et de règles favorables à ces investissements [43]. Donner aux structures de l'économie sociale des tailles suffisamment critiques pour pouvoir supporter ces investissements ou inciter ces nouvelles formes d'investissements, par le biais de garanties minimums de rendements ou d'exonérations fiscales, sont les rôles dévolus à l'État dans les rapports [42]. Même si l'investissement à impact social n'en est encore qu'à ses balbutiements dans le secteur des EPHAD, tout semble en ordre

23. 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, les pays membres créent une *taskforce* (*impact investment : the invisible heart of markets*) et des comités nationaux. En parallèle, la commission européenne a créé un Groupe d'experts sur le *social business*, le GESES se réunissant deux fois par an avec l'objectif de développer les investissements à impact sociaux [41].

24. 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 Esn.

25. Les SIB sont des contrats tripartites rassemblant un *commissionner* – l'acteur public –, un organisme de prestation – l'association ou l'entrepreneur social –, et un investisseur privé. Des objectifs pour le prestataire sont prévus et fixé de manière *ad-hoc* dans le contrat. Les résultats sont évalués au terme du temps du contrat par des évaluateurs « indépendants ». Si le prestataire atteint les objectifs prévus dans le contrat, le *commissionner* rembourse l'investisseur avec des intérêts.

26. <http://www.economie.gouv.fr/contrat-impact-social>.

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 l'impact social et lance des appels à projets. Pour les structures importantes, l'investissement à impact social par le marché devient une solution de plus en plus évidente pour financer ce qui ne l'est plus par le public. Les gestionnaires d'établissements de l'économie sociale vont donc être conduits à intégrer des logiques de résultats financiers dans leurs projets sociaux.

Ces nouveaux modes de financement du social s'inscrivent dans une nouvelle vision de l'État. S'il n'est plus appelé en tant que financeur direct des structures, l'État organise et facilite le financement du social par les marchés financiers et transforme le secteur en champ d'opportunités financières en rendant lucratives des activités dont on sait pourtant qu'elles échouent à se financer de façon autonome sur les marchés [38, 39].

CONCLUSION

Cet article a montré comment la puissance publique de manière implicite et explicite établit un processus de privatisation dans le secteur des EHPAD. D'abord, au travers de la loi et des instruments de financement du secteur, elle amorce la construction d'un marché homogène des services d'EHPAD. Elle institue la concurrence entre les établissements publics, de l'économie sociale et du privé lucratif. Elle active aussi de nouvelles normes de gestion à la performance dans le champ menant à une standardisation de l'offre sous la forme de sa médicalisation et à l'incorporation de manières de faire issues du monde privé lucratif. Ensuite, la concurrence et la médicalisation affaiblissent les établissements de l'économie sociale quand elle est une

opportunité de développement pour le privé lucratif. Elles mènent aussi à la concentration des établissements dans de grands groupes qui doivent pouvoir se concurrencer. Enfin, en donnant une taille critique aux organisations, la concentration offre la possibilité de leur financiarisation. Cette dernière s'établit dans l'économie sociale au moyen de nouveaux outils d'évaluation.

À chacune des étapes, la puissance publique intervient de manière volontaire ou involontaire dans le sens de la privatisation. En ce sens, l'État social investisseur devient, surtout dans le champ de la dépendance, un État interventionniste qui construit les marchés et la financiarisation mais joue aussi activement sur l'espace de liberté laissé aux individus pour qu'ils se conforment d'eux-mêmes aux normes de la concurrence et de la finance. 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.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Florence Jany-Catrice, Professeure à l'Université de Lille 1, pour ses relectures et l'aide qu'elle nous a apporté lors de l'écriture de cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] Vasselle A. *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. Paris : La documentation française. 2008 : 255.
- [2] Vasselle A. *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. Paris : La documentation française. 2011 : 235.

- [3] Rosso-Debord V. Rapport d'information de la commission des affaires sociales de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Paris : La documentation française. 2011 : 128.
- [4] Broussy L. L'adaptation de la société au vieillissement de sa population – France : année zéro ! Paris : La documentation française. 2013 : 202.
- [5] Lecroart A., Froment O., Marbot C., Roy D. *Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation*. Dossier Solidarité Santé, 43. 2013.
- [6] Charpin J-M, Tlili C. Perspectives démographiques et financières de la dépendance – Rapport du groupe n° 2 sur la prise en charge de la dépendance. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Paris : La documentation française. 2011 : 20.
- [7] Conseil Economique Social et Environnemental. *Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par M. Daniel Pada et Mme Monique Bourtrand*. Paris : Journal officiel de la République française. 2014 : 122.
- [8] Villeumeur A. *De l'État providence à l'État social investisseur*. Communication écrite au séminaire « le financement d'une protection sociale durable ». Paris : Chaire de transition démographique et économique. 2012 : 18.
- [9] André C, Batifoulier P, Jansen-Ferreira M. Les processus de privatisation du soin en Europe : justification théorique et classement empirique. *International Social Security Review* 2016 : à paraître.
- [10] Volant S. *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*. Études et résultats. 2014 : 877.
- [11] Nirello L. *La construction problématique de la relation d'emploi dans l'ESS. Les EHPAD entre régulations publiques et régulations d'entreprise*. Thèse de doctorat en sciences économiques. Nantes : Université de Nantes. 2015 : 362.
- [12] Volant S. *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*. Études et résultats. 2014 ; 899.
- [13] PLFSS 2016. *Annexe 7, ONDAM et dépenses de santé*. Paris : 2015.
- [14] Vatan S. *La tarification des services d'aide à domicile. Une analyse institutionnaliste par le rôle paramétrique du prix*. Thèse de doctorat en sciences économiques. Lille : Université de Lille 1. 2014 : 795.
- [15] Borgetto M. La décentralisation du « social » en débat(s). *Informations sociales*. 2010 ; 162 : 14-20.
- [16] Le Lidec P. Les relations financières entre l'État et les collectivités territoriales : un sauvetage des conseils généraux orchestré au prix fort. *Informations sociales*. 2010 ; 162 : 32-40.
- [17] Frinault T. La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique. *Revue française de science politique*. 2005 ; 55 : 607-632.
- [18] Muller P, L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*. 2000 ; 50 : 189-208.
- [19] Morel N. From Subsidiarity to "Free Choice": Child- and Elder-care Policy Reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands. *Social Policy & Administration*. 2007 ; 41 : 618-637.
- [20] Batifoulier P, Domin J.-P, et Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-économie*. 2008 ; 1 : 27-46.
- [21] Noguès H. *Régulation publique et accompagnement du vieillissement : la chronique des « barres parallèles »* Dans : Batifoulier P, Buttard A., Domin J.-P *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*. Paris : Éditions Eska. 2011 : 56-69.
- [22] Hubedine H, Jourdain A, et Munoz J. Les premières années des ARS dans le secteur médico-social. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2014 ; 32 : 81-96.
- [23] Bruno I, Didier E. *Benchmarking L'État sous pression étatique*. Paris : zones. 2013 : 250.
- [24] Pierru F. Le palmarès ou le guide Michelin des hôpitaux. Dans : *L'hôpital en réanimation*. Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant. 2011 : 289-302.

- [25] Bézès P, Musselin C. Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? *Dans* : Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P., *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques* ? Paris : Presses de sciences po. 2015 : 125-152.
- [26] Supiot A. *La gouvernance par les nombres. Cours au collège de France (2012-2014)*. Paris : Fayard. 2015 : 520.
- [27] Jany-Catrice F. *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme* ? Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion. 2012 : 176.
- [28] Ennuyer B. *Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes »*. *Dans* : *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe* ? Rennes : Presses Universitaires de Rennes. 2003 : 95-114.
- [29] Lascoumes P, Le Galès P. *Introduction : l'action publique saisie par ses instruments. Dans* Lascoumes P, Le Galès P., : *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po., Académique. 2005 : 11-44.
- [30] Villez A. EHPAD. La crise des modèles. *Gérontologie et société* 2007 ; 123 : 169-184.
- [31] Laroque P. *Politique de la Vieillesse*. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse. Paris : La Documentation Française. 1962.
- [32] KPMG. *Observatoire des EPHAD*. 2014 : 84.
- [33] Brun E, Ulman P, de Kervasdoué J. Les facteurs socioéconomiques de la prise en charge de la dépendance, une mise en perspective européenne. *Les tribunes de la santé*. Presses de Science Po. 2005 ; 2 : 73-80.
- [34] Ernst and Young. *Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes*. Rapport au Sénat. Ernst and Young. 2008 : 71.
- [35] Les Echos Études. L'avenir du secteur français des EPHAD. *Les Echos-Etudes*. 2013 : 267.
- [36] UNIOPSS. Le groupement de coopération sociale et médico-sociale. *Fiches pratiques de gestion*. UNIOPSS/CNAR. 2009.
- [37] Lebaron F. Injonction comptable et révolution culturelle à l'Université, *La nouvelle revue du travail [en ligne]*, 2012 ; 6.
- [38] Alix N, Baudet A. La mesure de l'impact social : facteurs de transformation du secteur social en Europe. *CIRIEC Working Papers*. 2013.
- [39] Chiapello E. Financialisation of valuation. *Human Studies*. 2014 ; 38 : 13-35.
- [40] Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire. *Rapport de synthèse sur la mesure d'impact social*. 2011 : 30.
- [41] AVISE, ESSEC, MOUVES. *Petit précis de l'évaluation de l'impact social*. 2013 : 15.
- [42] Sibille H. *Comment et pourquoi favoriser l'investissement à impact social ? Innover financièrement pour innover socialement*. Rapport du comité français sur l'investissement à impact social. 2014 : 141.
- [43] Delouette I, Jany-Catrice F. Enjeux sociopolitiques de la mesure de l'utilité sociale des organisations de l'ESS. Abecassis P., Coutinet N. (Éds), *Économie sociale : crises et renouveaux*, Louvain, Presses universitaires de Louvain, 2015 ; 5 : 129-146.