

Immobilier de santé : une maturité croissante

▼ 5,6 millions

Nombre de séjours MCO 2021

▼ 974

Parc en nb cliniques privées 2021

▶ 4,0 %

Taux de rendement EHPAD 2021

▲ 1,4 Md €

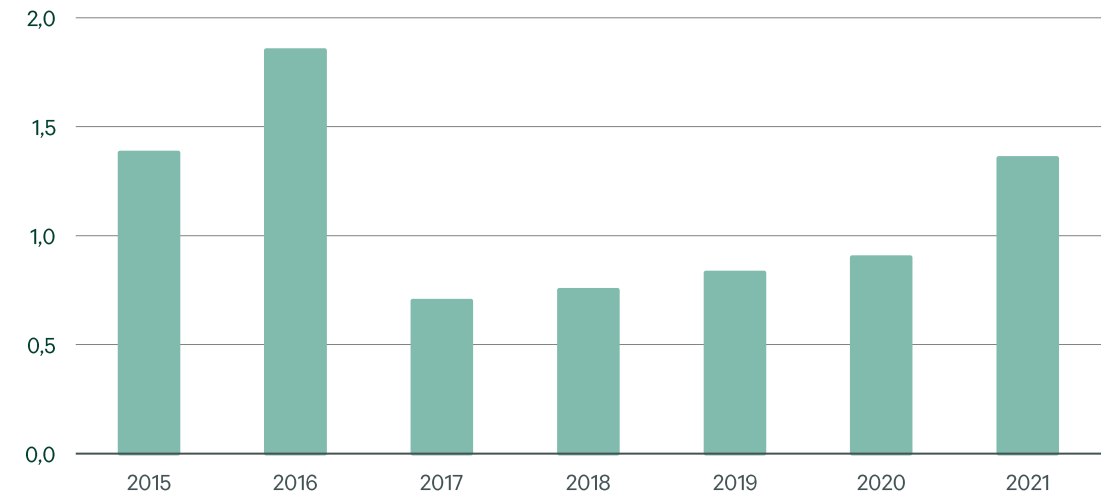
Investissement 2021

Note : Les flèches indiquent les variations annuelles

POINTS CLÉS

- La part du public en France est toujours majoritaire avec une activité bien encadrée par le Ministère de la Santé (tarification des actes médicaux) et les Agences Régionales de Santé (volumes d'accueil).
- Un modèle qui évolue pour répondre aux enjeux socio-démographiques et gagner en transparence compte tenu des exigences RSE de plus en plus drastiques.
- Un marché dynamique : 1,4 Md d'€ investis en 2021 et des taux de rendements attractifs.
- La RSE devient un sujet majeur : le bien-être des occupants et la prise en compte des impacts environnementaux des bâtiments sont au cœur des préoccupations pour les investisseurs et les opérateurs.

VISUEL 1 : Volume d'investissement en immobilier de santé en France



En Mds d'euros
Source : CBRE Research, T4 2021

L'investissement en immobilier de santé

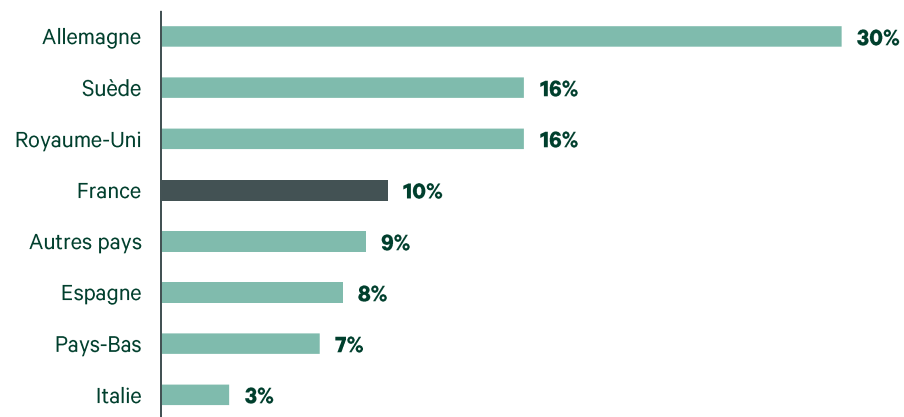
Bien que l'immobilier de santé reste encore un marché de spécialistes, ce marché n'a cessé de se consolider et se professionnaliser ces dernières années comme en témoigne la progression des volumes investis. À l'échelle européenne, le total des volumes investis sur l'année 2021 s'élève à 12,6 Mds d'€, soit une progression de + 1,4 % par rapport à 2020. L'Allemagne demeure le 1^{er} pays en termes de volumes, avec 3,7 Mds d'€ investis dans ce marché, suivi par le Royaume-Uni et la Suède avec respectivement 2,1 Mds d'€ investis chaque pays.

En 2021, avec 1,4 Md d'€ investi en 2021, la France représente 10 % du volume européen, se plaçant à la 4^{ème} place derrière l'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suède. Le secteur hospitalier a concentré 57 % du volume de transactions, et les EHPAD, 43 %. Contrairement à d'autres actifs, la crise du Covid-19 est venue consolider l'intérêt des investisseurs avec la mise en lumière des fondamentaux solides sur lesquels repose ce marché. Il faut également noter en 2021 le développement des maisons médicales et centres de bien-être regroupant diverses spécialités.

Le marché français reste concentré autour de quelques foncières spécialisées et gestionnaires d'actifs, à l'instar d'Icade Santé et Primonial. Viennent ensuite Cofinimmo (foncière belge), Euryale (SCPI Pierval Santé) et BNP. Il s'agit des acteurs historiques qui continuent d'étoffer leurs portefeuilles tant en France qu'à l'étranger. Perçu comme attractif en raison des taux de remplissage très élevés, de loyers sécurisés et de cashflows récurrents, l'immobilier de santé remplit les critères d'un investissement refuge, dans un contexte marqué par la crise sanitaire et l'appétit des investisseurs pour les actifs alternatifs de manière générale.

À l'instar des autres actifs immobiliers, les investisseurs ainsi que les opérateurs du secteur de l'immobilier de santé intègrent de plus en plus dans leurs décisions d'investissement les dépenses énergétiques dans le cadre des politiques RSE liée au développement durable. Icade Santé, par exemple, dans son rapport annuel 2021, inclut dans ces indicateurs de progrès, un objectif de réduction de l'intensité carbone en France de 37 % entre 2019 et 2030.

VISUEL 2 : Répartition du volume d'investissement en immobilier de santé en Europe par pays en 2021



Source : CBRE Research, T4 2021

VISUEL 3 : Taux de rendement *prime** par type de produit

Type de produit	T1 2022
Résidentiel Paris	2,20 %
Résidentiel Régions	3,20 %
Résidentiel services étudiants IDF	3,50 %
Résidences services étudiants Régions	4,00 %
Résidences services seniors IDF	3,50 %
Résidences services seniors Régions	4,00 %
Résidences services seniors Secondaires	4,25 %
Cliniques MCO	4,70 %
Cliniques PSY / SSR	4,25 - 4,50 %
EHPAD	4,00 %

*Actifs de qualité, loués aux conditions de marché

Grille établie en partie à dire d'experts (Capital Markets, Valuation, Etudes et Recherche), sachant qu'il n'existe pas systématiquement de références pour chaque catégorie

Source : CBRE Research, T1 2022

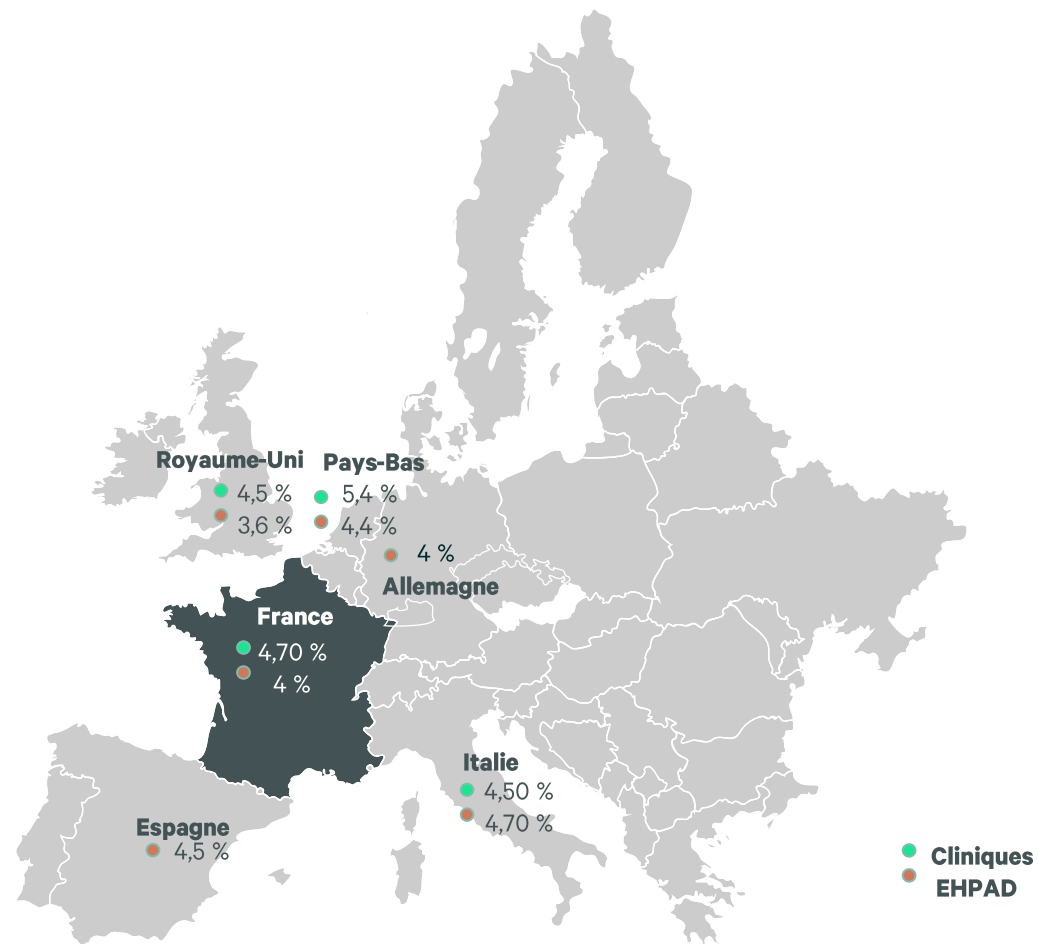
Dans ce contexte et tel qu’observé dans d’autres pays européens, les taux de rendement demeurent attractifs comparativement à d’autres classes d’actifs : 4 % (hors Paris) pour les EHPAD, 4,70 % pour les cliniques MCO et des taux compris entre 4,25 % et 4,50 % pour les cliniques PSY/SSR:

Un marché en évolution

Combinaison public – privé

Le système hospitalier français se compose du secteur public, du secteur privé à but non lucratif et du secteur privé constitué d’entreprises commerciales (l’hospitalisation privée à but lucratif qui fonctionnent de manière complémentaire). Le secteur hospitalier français compte, en 2020, 2 983 établissements de santé, qui offrent 386 835 lits d’hospitalisation complète et 80 089 places d’hospitalisation partielle. Ce sont ainsi 1 342 hôpitaux publics, 974 cliniques privées et 667 établissements à but non lucratif. Sous l’effet du vieillissement de la population et de la hausse de la patientèle atteinte de maladies chroniques, le nombre de prises en charges hospitalières s’accélère. Au total, environ 13 millions de patients sont hospitalisés chaque année en ambulatoire, court ou moyen séjour. Entre 2003 et 2020, l’organisation de l’offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d’hospitalisation à temps plein (passant 468 000 à près de 387 000) s’accompagne d’une hausse importante du nombre de places en hospitalisation partielle (passant de 50 000 en 2003 à près de 80 100 en 2020), dans le sillage des volontés gouvernementales de mettre l’accent sur la prise en charge ambulatoire. Au niveau national, en 2020, les établissements de santé publics concentrent 61 % des lits et des places, les établissements privés à but non lucratif, 22 % et les cliniques privées, 33 %.

VISUEL 4 : Taux de rendement prime par pays



Source : CBRE Research, T1 2022

Une réglementation stricte

En France, le secteur de la santé est soumis à une réglementation très stricte. La tarification des actes médicaux est encadrée par le Ministère de la Santé et révisée annuellement. Depuis 2005, un système unique de tarification à l'activité (T2A) est appliqué aux activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique (MCO). Le système est en cours d'extension aux champs, pour l'heure, non pris en compte : les soins de suite et réadaptation et la psychiatrie. Pour les EHPAD, les dotations reposent sur trois piliers : soins (pris en charge par l'assurance maladie), dépendance (financée majoritairement par les départements) et hébergement (à la charge du résident). Le nouveau mode de calcul du forfait soin, réformé en 2021, permet aux EHPAD de percevoir des recettes supplémentaires pour renforcer leurs équipes soignantes.

Par conséquent, la marge de manœuvre des exploitants sur la tarification des actes médicaux est nulle. Les établissements sont donc dépendants des autorisations d'ouverture de lits et de places décidées par les ARS sur un même territoire. Ainsi, les réformes successives du système de santé ont conduit à la concentration des cliniques commerciales et des EHPAD. En outre, dans l'objectif aussi de maintenir leurs marges, les établissements du secteur médico-social ont procédé à leur internationalisation.

Un modèle partenarial

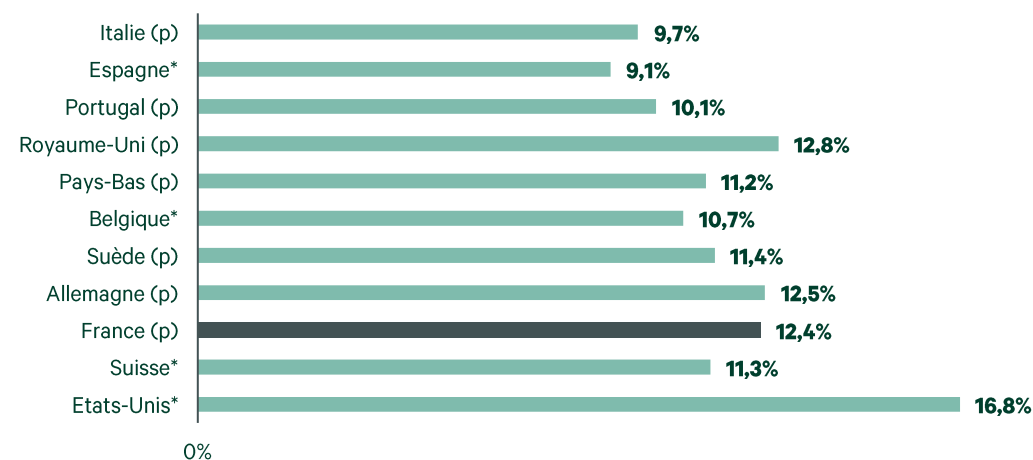
Les cliniques commerciales sont constituées sous forme de sociétés de personnes ou de capitaux au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens. Depuis 2014, un fort mouvement de concentration de l'hospitalisation privée s'amorce avec l'émergence de grands groupes nationaux. Dans les années 90, les cliniques privées étaient majoritairement détenues par des praticiens qui avaient créé ou repris des sites. Progressivement, les médecins libéraux ont été remplacés au capital de ces groupes par des acteurs extérieurs au secteur de la santé et notamment des fonds de *private equity*. À l'issue de ces phases successives de fusions/acquisitions, près de 40 % des cliniques privées françaises sont détenues par les trois premiers acteurs nationaux : Ramsay Santé, Elsan et Vivalto Santé.

VISUEL 5 : Références investissements en immobilier de santé

Localisation	Typologie	Acquéreur	Vendeur	Montant	Date de transaction
Portefeuille	EHPAD	Primonial	Colisée	317 M€	T4 2021
Nîmes (30) / Ales (30)	MCO	Primonial	Elsan	126 M€	T4 2021
Grenoble (38)	MCO	ICADE	-	51 M€	T4 2021
Portefeuille	SSR / EHPAD	ICADE	-	47 M€	T2 2021
Portefeuille	EHPAD	Cofinimo	Domus Vi	44 M€	T4 2021
Lyon (69)	Pôle de santé	La Française	-	28 M€	T4 2021
Olivet (45)	SSR	ICADE	ORPEA	28 M€	T2 2021
Dijon (21)	EHPAD	CDC Habitat	Adim Lyon	27 M€	T1 2021
Portefeuille C2S	MCO / SSR	Primonial	Elsan	252 M€	T2 2021

Source : CBRE Research, T4 2021, Rapports annuels et trimestriels SCPI

VISUEL 6 : Dépenses courantes de santé, en % du PIB



*Données 2019 ; (p) prévisions

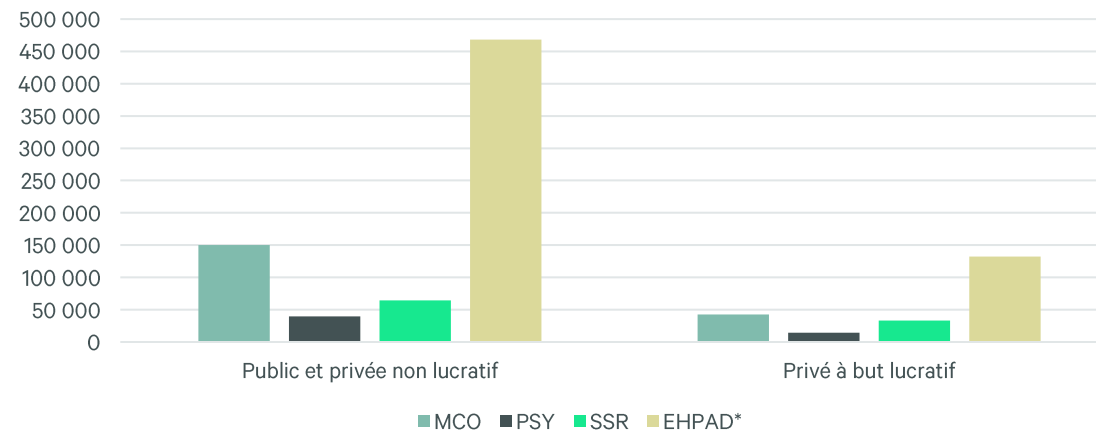
Source : OCDE, 2021

Les exploitants des cliniques privées et des EHPAD se désengagent progressivement de leur immobilier pour améliorer leur bilan et dégager la trésorerie nécessaire à leur développement. En face, la demande des investisseurs pour ce type d'actif est forte, notamment pour les établissements récents et exploités par les leaders. La relation entre les deux entités repose sur une indispensable logique partenariale. Le bâti immobilier de santé est amené à s'adapter au fil des avancées médicales, que ce soit sur du court terme (adaptation au climat sanitaire) ou du long terme (extensions, restructurations, etc.). Traditionnellement, les baux contractualisant les relations entre propriétaires et exploitants des EHPAD et cliniques sont fermes et s'étalent entre 9 et 12 années. L'exploitant est le seul détenteur des autorisations d'exercice et son départ peut entraîner la transformation de l'immobilier pour un autre usage. Dès lors, le propriétaire des murs sera particulièrement attentif à la solidité de l'opérateur. Pour limiter le risque, certains opérateurs ont fait le choix de travailler en exclusivité sur une période donnée, à l'instar d'Icade Santé. Côté loyers, ces derniers sont fixés en fonction de l'activité des établissements et généralement indexés sur l'indice des loyers commerciaux pour les cliniques de court et moyen séjour. Les loyers des EHPAD supportés par les exploitants s'alignent sur l'indice de référence des loyers et sur les tarifs fixés par l'Etat.

En parallèle, les tarifs pratiqués par les exploitants d'EHPAD sont libres à l'entrée de la résidence puis encadrés par décret. Le système de santé français fait aujourd'hui face à une pénurie d'offre, le personnel soignant étant en sous nombre. L'enjeu pour les cliniques privées ainsi que les EHPAD est d'attirer du personnel médical et particulièrement des médecins et chirurgiens. Pour cela, les cliniques tendent à améliorer les conditions de travail en investissant dans du matériel médical de pointe et en aménageant au mieux les blocs opératoires.

Les opérateurs intègrent plusieurs critères à leur stratégie d'implantation (également conditionnée par les autorisations délivrées par l'ARS) : la zone de chalandise, l'offre de personnel soignant, les revenus médians ainsi que la densité de population du bassin concerné. À l'inverse d'autres classes d'actifs, les investisseurs ne priorisent pas forcément un emplacement en centre-ville et analysent en priorité les critères énoncés ci-dessus. La qualité et la possibilité de transformation du bâti, la robustesse de l'exploitant et la zone de chalandise sont également des critères regardés.

VISUEL 7 : Capacité d'accueil en hospitalisation complète en lits en 2019



*Enquête EHPA, DRESS, 2019, données 2015
Source : DRESS, SAE, 2021

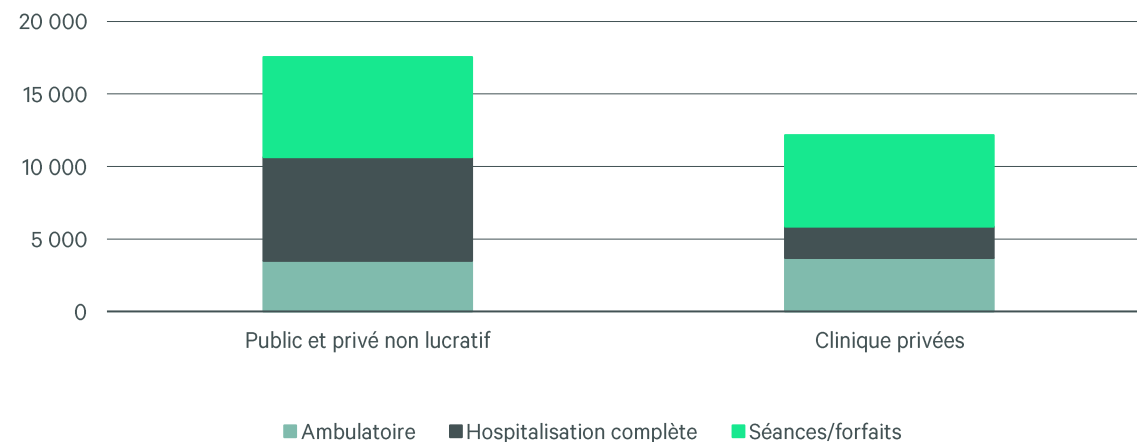
Prise en charge courte – Les cliniques MCO

L'offre MCO de court séjour, qui regroupe les pratiques de médecine générale, les actes chirurgicaux, l'obstétrique et est la discipline la plus répandue. En 2020, 5,6 millions de séjours en hospitalisation MCO ont été réalisés par des cliniques privées, soit plus d'un tiers de l'offre de soins des établissements de MCO, contre 10,9 millions pour les établissements publics et privés à caractère non lucratif. La patientèle hospitalisée des cliniques commerciales s'élève à 4,4 millions de personnes (contre 7,2 millions en établissements publics). L'activité médicale est principalement orientée vers la chirurgie ambulatoire et les techniques peu invasives qui représentent respectivement 48,1 % et 30,5 % des séjours ainsi que 56,6 % et 17,6 % du volume économique. L'obstétrique, en sous tarification croissante et donc déficitaire, reste une part mineure de l'activité des établissements privés.

L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées MCO repose sur deux dynamiques : l'augmentation du volume des opérations réalisées et la diminution de la durée moyenne de séjour. L'objectif national de réaliser 70 % des actes chirurgicaux en ambulatoire d'ici 2022 permet aux opérateurs de consolider leurs performances autour d'un objectif commun : favoriser les circuits ambulatoires. Ainsi, sur la période 2013-2018, le nombre de places en MCO est passé de 13 387 à 14 232. De plus, si les tarifs des soins sont déterminés par les pouvoirs publics, les cliniques commerciales restent décisionnaires quant aux tarifs en vigueur des prestations annexes (chambre individuelle, télévision, lingerie, etc.). Le développement de nouvelles prestations (coiffeur, livraison de fleurs, repas personnalisés) permet aux opérateurs privés d'augmenter leurs marges. En parallèle, pour se différencier des autres établissements de soins, les cliniques privées fournissent des efforts d'attractivité en investissant dans des équipements de pointe (IRM, scanner, robots chirurgicaux etc.) et les stratégies digitales.

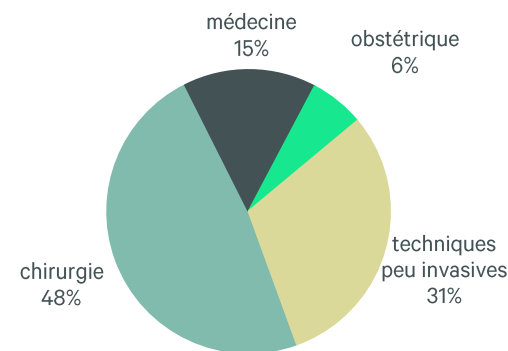
Côté M&A, l'année 2021 a continué à être active avec les réorganisations de capital du groupe Vivalto Santé et l'entrée au capital de Wren House chez Almaviva. La consolidation du secteur se poursuit avec les rachats de C2S par Elsan, Dracy Santé, HPL, clinique du sport à Bordeaux par Vivalto Santé et Floréal, Maymard et Casamance par Almaviva.

VISUEL 8 : Nombre de séjours MCO



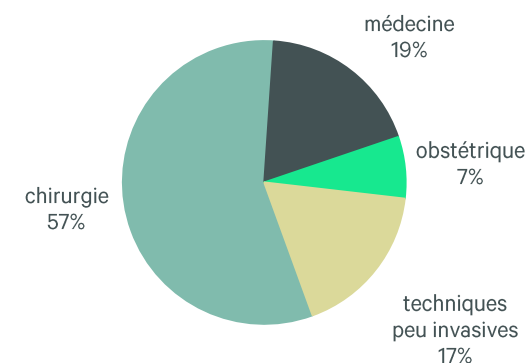
Source : ATIH, données 2020

VISUEL 9 : Répartition du nombre de séjours en cliniques privées MCO



Source : ATIH, données 2020

VISUEL 10 : Répartition du volume économique en cliniques privées MCO



Source : ATIH, données 2020

Moyen séjour

Les cliniques commerciales de moyen séjour profitent des mêmes⁹⁺ tendances que les établissements d'accueil de court séjour : demande robuste, diminution du nombre de lits en hospitalisation complète mais augmentation en hospitalisation partielle, tarification très encadrée, etc.

Les gestionnaires, pour gonfler leur chiffre d'affaires, restent également libres de développer et de fixer les prix des prestations annexes, indispensables pour compenser la baisse tendancielle des tarifs des prestations médicales. Les établissements de moyens séjours aiguisent de plus en plus l'appétit des investisseurs et exploitants des cliniques MCO et des EHPAD pour une diversification en amont ou en aval de leurs opérations.

Les cliniques psy

La discipline de « psychiatrie » (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques. Le marché des cliniques psychiatriques privées regroupe l'ensemble des unités de soins psychiatriques de statut libéral. En France, malgré une demande soutenue, le nombre de lits baisse et les dotations publiques se réduisent progressivement. Les soins psychiatriques sont majoritairement pris en charge par les établissements publics, qui disposent de 74 % des capacités d'hospitalisation à temps complet ou partiel et la quasi-totalité de l'offre ambulatoire. En France, en 2019, ce sont 153 établissements privés commerciaux de lutte contre les maladies mentales offrant une capacité de 14 076 lits. Sur ce segment, la tendance est également à la concentration du secteur. 3 gros acteurs se partagent majoritairement le marché : Ramsey Générale de Santé (qui compte 30 cliniques psychiatriques), Clinea (filiale du groupe Orpea avec 38 cliniques PSY) et Korian (30 établissements).

Les bâtiments, nécessairement moins grands que ceux abritant les activités des cliniques MCO, demeurent très appréciés des investisseurs. Les parcours de soins des cliniques PSY, repensés dans l'urgence pour faire face à la crise du coronavirus, sont plus facilement modulables et plus adaptés au respect des mesures de distanciation que d'autres produits de santé.

Les cliniques SSR

L'activité des établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) se concentre autour de la prévention ou la réduction des conséquences des déficiences des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Une structure SSR permet de créer une continuité entre les hôpitaux et les cliniques.

En 2019, le marché se structure autour de 29 316 lits répartis dans 343 établissements privés. Le marché des SSR restera durablement dans le scope des investisseurs et exploitants, poussé par le vieillissement de la population et la hausse des personnes susceptibles d'avoir recours aux services de soins de suite. Le secteur privé concentre une plus faible part des lits par rapport aux établissements publics (33 % en hospitalisation complète ; 35 % en hospitalisation partielle). La durée moyenne de séjour des patients a tendance à diminuer (32 jours en moyenne en 2019 contre 36 en 2016). De plus, les cliniques privées traitent davantage des patients moins âgés (68 ans en moyenne contre 71 ans dans le secteur public), divisant par deux le nombre d'aides-soignants par lit nécessaire par rapport au secteur public. En parallèle, le développement de l'ambulatoire induit une quasi-saturation des taux d'occupation des cliniques SSR.

3 grands types d'acteurs se partagent le marché des cliniques commerciales SSR : les spécialistes de la dépendance qui disposent de cliniques SSR, d'EHPAD et, pour certains, de cliniques PSY à l'image d'Orpea, Korian ou LNA Santé, les spécialistes du court séjour qui ont développé une activité de SSR en aval pour optimiser les transferts et le remplissage de leurs établissements (Ramsay Générale de Santé, Elsan) et les réseaux indépendants.

VISUEL 11 : Principaux exploitants Cliniques Courts et Moyens Séjours

Groupe / Nom	CA (en M€)	Nombre d'établissements
Ramsay Générale Santé	4 023 (Juin 2021)	155 (69 MCO + 56 PSY / SSR)
Elsan	2 200 (2020)	137 (104 MCO + 33 PSY / SSR)
Vivalto Santé	896 (2021)	~ 50
Almaviva	550 (2021)	41
Groupe Saint – Gatien	375 (2019)	18
C2S*	300 (2020)	17

*Racheté par Elsan début 2021

Source : site internet des groupes cités, janvier 2022

Long séjour - EHPAD

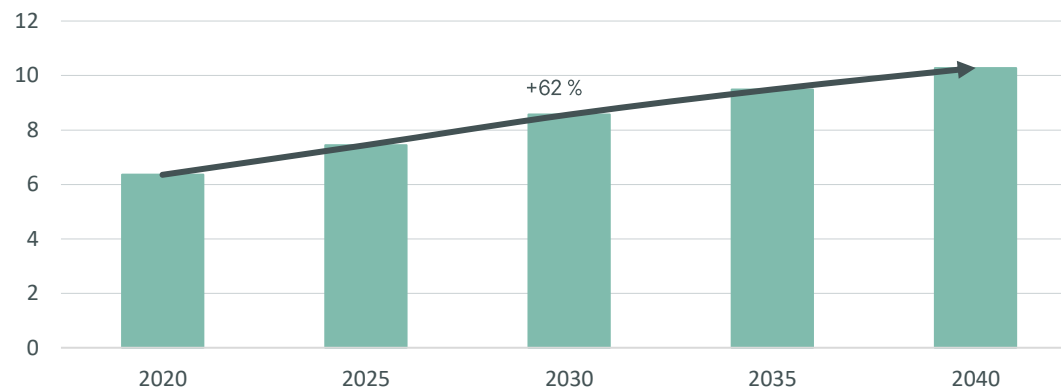
Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comportent des établissements médico-sociaux (maisons de retraite médicalisées ou résidences-autonomie médicalisées) et des unités de soins de longue durée, leur permettant d'accueillir des personnes en fin de vie dépendantes. La demande d'hébergement sera particulièrement dynamique à long terme, en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. En moyenne, l'offre en EHPAD est de 1 place pour 10 personnes de plus de 75 ans, soit 589 419 lits en 2020, dont environ 20 % détenus par le secteur privé commercial.

Les EHPAD disposent de trois sources de revenus : les revenus issus du tarif hébergement (65 % des ressources en moyenne, selon YCC), l'allocation budgétaire relative aux besoins en soins des résidents (25 %) et l'allocation budgétaire relative au besoin de prise en charge de la dépendance des résidents (10 %). Les tarifs en vigueur des EHPAD privés commerciaux sont sensiblement plus élevés que leurs concurrents sous statut public ou privé non lucratif, pour un tarif médian de 2 880 € par mois en 2020 pour un hébergement permanent en chambre simple.

Au fil des évolutions socio-démographiques, les opérateurs adaptent leur offre. L'arrivée au sein des EHPAD des personnes dépendantes se fait de plus en plus tardivement, pour un âge d'entrée moyen de 88 ans. Mécaniquement, la durée moyenne de séjour décroît pour s'établir à 18 mois. Culturellement, les personnes âgées restent réfractaires à s'installer en EHPAD. Dès lors, les prestations hôtelières (services, qualité de la restauration, présence d'espaces communs larges, accès à un extérieur, etc.) sont de plus en plus regardées par les familles. De plus, la tendance chambre double est devenue complètement obsolète, les couples ne s'installant plus ensemble. La tendance s'europeanise autour de cette question, accélérée par la crise sanitaire et la nécessité de faire respecter les mesures de distanciation : les chambres simples sont dorénavant privilégiées.

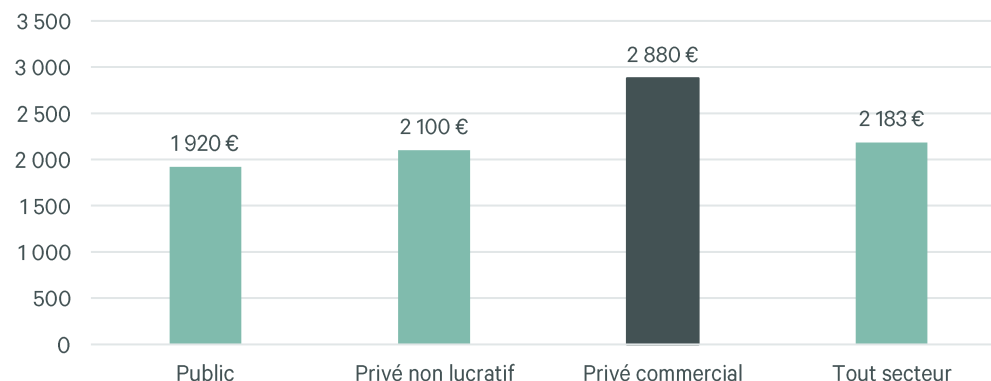
Pour accroître leurs revenus, les gestionnaires d'EHPAD misent sur l'extension de leur portefeuille d'établissements. A l'instar des cliniques commerciales, la concentration du secteur s'accélère, s'inscrivant dans une logique d'internationalisation, le vieillissement de la population étant généralisé à l'ensemble de l'Europe. En Belgique, les groupes privés français concentrent près d'un quart des parts de marché. Korian et Orpea sont également très présents en Allemagne et DomusVi domine le marché espagnol. Le secteur s'unifie avec des chiffres d'affaires annuels qui gravitent autour de 4 Mds € pour les leaders.

VISUEL 12 : Prédiction des évolutions de la population des +75 ans



En millions de personnes
Source : INSEE, novembre 2021

VISUEL 13 : Prix mensuel médian 2021 d'une chambre individuelle en hébergement permanent selon le statut de l'EHPAD



Source : Panorama des EHPAD 2021, Etude Uni Santé 2021, traitement CBRE.

Le système de santé à l'épreuve de la crise sanitaire et des évolutions socio-économiques

Les établissements de santé, publics et privés, ont joué conjointement un rôle central pour faire face à la pandémie. Dans ce contexte, divers mécanismes de court/ moyen mais également de long terme, ont été mise en place par le gouvernement français afin de soutenir un secteur fortement fragilisé et en pleine mutation, dans un contexte de bouleversements démographiques. À court terme, le système a dû s'adapter aux nouveaux protocoles liés au Covid-19, mettant en évidence la nécessité d'évolution rapide des établissements.

Au même temps, pour faire face aux nombreuses déprogrammations d'actes contraintes, les établissements (privés et publics) ont bénéficié de garanties de financement, permettant aux établissements de ne pas se mettre en péril financier. L'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) a été ainsi révisé à la hausse en 2021 à 238,8 Mds d'€, soit 228,8 Mds d'€ hors dépenses liées à la crise. En 2022, sans compter les dépenses liées à la crise, l'ONDAM devrait croître de 3,8 %, pour se chiffrer à 231,9 Mds d'€.

À plus long terme, la crise a mis en exergue la nécessité de proposer des réformes des systèmes de santé qui doivent s'axer sur la prise en charge globale du vieillissement généralisé et du bien-être de la population. Ainsi, les opérateurs devront s'assurer de la qualité des soins. L'Etat prévoit ainsi, 1,4 Md d'€ par an pour la revalorisation des salaires des soignants dans le cadre du Ségur de la santé.

En outre, l'actualité a mise en lumière l'importance du bien-être dans les établissements du secteur médico-social, ce qui jouera un rôle important sur l'évolution du modèle actuel vers un renforcement de la transparence et de l'évaluation des établissements. Le gouvernement a ainsi annoncé, pour favoriser la transparence sur leur fonctionnement, un contrôle renforcé des EHPAD, qui devront publier un barème de 10 indicateurs chaque année (taux d'encadrement, taux de rotation des personnels, taux d'absentéisme, etc.). Cela devrait aussi inciter les investisseurs à porter plus d'attention sur les critères ESG dans le choix des gestionnaires. Parallèlement, le renforcement de la qualité au sein des EHPAD devraient entraîner un recrutement de personnel, révélant la nécessité d'un développement de la formation et de l'emploi du secteur.

C'est dans ce contexte aussi qu'en France, mais également dans l'ensemble de l'Europe, le fonctionnement des EHPAD et la place des résidents sont repensés pour mieux répondre aux évolutions sociétales. La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le risque de dépendance a été ainsi créée. En 2022, une enveloppe de 400 millions d'€ du budget de la sécurité sociale sera allouée aux personnes âgées en perte d'autonomie.

En outre, mise à part la valorisation des salaires de plus de 1,5 million de professionnels des établissements de santé et des EHPAD, le plan d'investissement du Ségur de la santé prévoit une allocation de 1,5 Md d'€ aux EHPAD avec l'objectif de transformer leur modèle. En outre, des 2 Mds d'€ prévus pour le développement du numérique en santé, 600 millions d'€ seront réservés aux EHPAD.

VISUEL 14 : Principaux exploitants d'EHPAD

Groupe / Nom	Nombre d'établissements France	Nombre de lits France	Nombre d'établissements International	Nombre de lits International
Korian	298	24 960	414	48 741
Orpea	226	19 922	424	46 803
DomusVi	225	18 205	166	20 971
Colisée	97	7 634	140	16 950
Domidep	101	6 741	20	1 829
Emera	45	4 057	27	3 453
LNA Santé	45	4 631	4	555
Vivalto Vie	19	1 250	41	4 004

Source : Mensuel des Maisons de Retraites, janvier 2022

Dictionnaire des acronymes

ARS : Agence Régionale de Santé
 EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
 MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
 PSY : Clinique Psychiatrique
 SSR : Soins de Suite et Réadaptation
 T2A : Tarification à l'Activité



Contacts

Maria Silvia BARROS

Research Consultant
+ 33 (0) 1 53 64 33 69
ms.barros@cbre.fr

Sabine Echalier

Director - Research
+ 33 (0) 1 53 64 37 04
sabine.echalier@cbre.fr

Pierre-Edouard Boudot

Executive Director - Research
+33 (0) 1 53 64 36 86
pe.boudot@cbre.fr

Aurélie BASNIER

Directrice Adjointe
Valuation
+ 33 (0) 6 73 00 64 18
aurelie.basnier@cbre.fr

Sébastien Lorrain

Senior Director
Capital Markets Résidentiel & Santé
+ 33 (0) 6 79 40 05 82
sebastien.lorrain@cbre.fr

Jos TROMP

Head of Research Continental Europe
and Data Intelligence
Global Head of Data Intelligence
Tel. : +31 20 626 26 91
jos.tromp@cbre.com



© Copyright 2022. Tous droits réservés. Cette étude a été réalisée par CBRE, fondée sur sa connaissance et son analyse des marchés immobiliers. Bien que cette étude reflète les conditions du marché à la date de parution, elles sont soumises à d'importantes incertitudes et aléas, dont beaucoup sont indépendantes de la volonté de CBRE. En outre, les commentaires CBRE reflètent des points de vues et/ou des prévisions basés sur les propres analyses de CBRE à la lumière des conditions actuelles de marché. D'autres sociétés peuvent avoir des opinions, des prévisions et des analyses différentes, et les évolutions de marché réelles futures peuvent rendre les analyses de CBRE caduques. CBRE n'a aucune obligation de mettre à jour cette étude notamment si ses préconisations, opinions, prévisions, analyses ou conditions du marché changent ultérieurement. CBRE décline toute responsabilité quant aux décisions prises et conclusions fondées sur la base du présent document notamment concernant l'achat ou la vente de titres CBRE ou de sociétés tierces et ne garantit ni l'exactitude, ni l'exhaustivité, ni la pertinence des informations contenues dans la présente étude. Les déclarations et préconisations concernant les questions juridiques, fiscales ou comptables doivent être comprises comme des observations d'ordre général, basées sur notre expérience et connaissance des marchés d'immobilier d'entreprise, et ne doivent pas être utilisées en tant que conseil juridique, fiscale ou comptable, ce que nous ne sommes pas autorisés à prodiguer.