



Société anonyme au capital de 18 653 466,50 euros

Siège social : 39 rue du Gouverneur Général Félix Eboué 92130 Issy-les-Moulineaux  
421 896 408 RCS Nanterre

## DOCUMENT DE RÉFÉRENCE



AUTORITÉ  
DES MARCHÉS FINANCIERS

En application de son règlement général, notamment de l'article 212-23, l'Autorité des marchés financiers a enregistré le présent document de référence le 7 juin 2010 sous le numéro R.10-041. Ce document ne peut être utilisé à l'appui d'une opération financière que s'il est complété par une note d'opération visée par l'Autorité des marchés financiers.

Il a été établi par l'émetteur et engage la responsabilité de ses signataires. L'enregistrement, conformément aux dispositions de l'article L.621-8-1-I du Code monétaire et financier, a été effectué après que l'AMF a vérifié « *si le document est complet et compréhensible, et si les informations qu'il contient sont cohérentes* ». Il n'implique pas l'authentification par l'AMF des éléments comptables et financiers présentés.

En application de l'article 20 du Règlement CE n° 809/2004, les informations suivantes sont incluses par référence dans le présent document :

- les comptes consolidés corrigés de la Société pour l'exercice clos le 31 décembre 2008 et le rapport des commissaires aux comptes y afférent tels que présentés aux sections 25.3 et 25.4 du document de base enregistré par l'Autorité des marchés financiers (« AMF ») le 9 décembre 2009 sous le numéro I.09-092 (le « **Document de Base** ») ;
- les informations financières consolidées retraitées sur 12 mois pour l'exercice clos le 31 décembre 2007 et le rapport des commissaires aux comptes y afférent tels que présentés aux sections 25.7 et 25.8 du Document de Base ; et
- l'examen de la situation financière et des résultats de la Société pour les exercices clos le 31 décembre 2008 (corrigés) et 31 décembre 2007 (retraités) tel que présenté à la section 20.3 du Document de Base.

Des exemplaires du document de référence et les informations incorporées par référence sont disponibles sans frais auprès de MEDICA, 39 rue du Gouverneur Général Félix Eboué, 92130 Issy-les-Moulineaux, ainsi que sur les sites Internet de MEDICA ([www.groupemedica.com](http://www.groupemedica.com)) et de l'Autorité des marchés financiers ([www.amf-france.org](http://www.amf-france.org)).

## NOTE

Le présent document de référence relatif à la société MEDICA (la « **Société** ») et au groupe MEDICA dans son ensemble (le « **groupe MEDICA** ») présente ou incorpore par référence les informations financières consolidées de la Société pour les trois derniers exercices. Afin de prendre en compte le changement de structure juridique du groupe MEDICA suite à son acquisition en 2006, comme indiqué au paragraphe 15.6 « Historique de la Société et réorganisation » et, la correction d'une erreur comptable, comme indiqué au chapitre 20 « Examen de la situation financière et des résultats » ci-dessous figurent, ou sont incorporées par référence, dans le présent document :

- les états financiers consolidés de la Société pour l'exercice de 12 mois clos au 31 décembre 2009 ;
- les comptes consolidés corrigés de la Société pour l'exercice de 12 mois clos au 31 décembre 2008 ;
- les informations financières consolidées retraitées sur 12 mois clos au 31 décembre 2007.

## **Avertissement**

*Lors de l'élaboration de ses comptes résumés intermédiaires au 30 septembre 2009, dans le cadre de l'opération d'introduction en bourse, le groupe MEDICA a identifié une erreur dans le calcul des intérêts financiers relatifs au prêt syndiqué mis en place en août 2006. Cette erreur affecte les comptes consolidés établis au titre des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007, approuvés par les assemblées générales des 29 juin 2009 et 25 juin 2008.*

*Conformément à IAS 8 « méthodes comptables, changements d'estimations comptables et erreurs », les comptes des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007 ont été retraités comme si l'erreur avait été corrigée au premier jour de la première période présentée.*

*Les impacts des corrections sont présentés dans la note 4.2 des états financiers consolidés de la Société au 31 décembre 2009 présentés à la section 25.1 du présent document.*

*L'ensemble des données financières présentées ou incorporées par référence au sein du présent document est corrigé de ladite erreur.*

*Le présent document de référence contient des déclarations prospectives et des informations sur les objectifs du groupe MEDICA, notamment aux chapitres 12 « Stratégie » et 13 « Informations sur les tendances » du présent document de référence, qui sont parfois identifiées par l'utilisation du futur, du conditionnel et de termes à caractère prospectif tels que « estimer », « considérer », « avoir pour objectif », « s'attendre à », « entend », « devrait », « souhaite » et « pourrait ». Ces informations sont fondées sur des données, hypothèses et estimations considérées comme raisonnables par la Société. Les déclarations prospectives et les objectifs figurant dans le présent document de référence peuvent être affectés par des risques connus et inconnus, des incertitudes liées notamment à l'environnement réglementaire, économique, financier et concurrentiel, et d'autres facteurs qui pourraient faire en sorte que les résultats futurs, les performances et les réalisations de la Société soient significativement différents des objectifs formulés ou suggérés. Ces facteurs peuvent notamment inclure les facteurs exposés au chapitre 5 « Facteurs de risques » du présent document de référence.*

*Les investisseurs sont invités à prendre attentivement en considération les facteurs de risques décrits au chapitre 5 « Facteurs de risques » du présent document de référence avant de prendre une décision d'investissement. La réalisation de tout ou partie de ces risques est susceptible d'avoir un effet négatif sur les activités, la situation, les résultats financiers de la Société ou ses objectifs. Par ailleurs, d'autres risques, non encore actuellement identifiés ou considérés comme non significatifs par la Société, pourraient avoir le même effet négatif et les investisseurs pourraient perdre tout ou partie de leur investissement.*

*Le présent document de référence contient également des informations relatives aux marchés et aux parts de marché de la Société et de ses concurrents, ainsi qu'à son positionnement concurrentiel, notamment au chapitre 7 « Présentation du marché en France » et au chapitre 9 « Présentation du marché en Italie ». Ces informations proviennent notamment d'études réalisées par des sources extérieures. Toutefois, les informations publiquement disponibles, que la Société considère comme fiables, n'ont pas été vérifiées par un expert indépendant et la Société ne peut pas garantir qu'un tiers utilisant des méthodes différentes pour réunir, analyser ou calculer des données sur les marchés obtiendrait les mêmes résultats. La Société et ses actionnaires directs ou indirects ne prennent aucun engagement ni ne donnent aucune garantie quant à l'exactitude de ces informations.*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>PERSONNES RESPONSABLES.....</b>	<b>1</b>
1.1	Responsable du document de référence.....	1
1.2	Attestation du responsable du document de référence.....	1
<b>2</b>	<b>RESPONSABLES DU CONTRÔLE DES COMPTES.....</b>	<b>2</b>
2.1	Commissaires aux comptes titulaires .....	2
2.2	Commissaires aux comptes suppléants .....	2
<b>3</b>	<b>APERÇU DES ACTIVITÉS ET DU DÉVELOPPEMENT DE MEDICA .....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>INFORMATIONS FINANCIÈRES SÉLECTIONNÉES.....</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>FACTEURS DE RISQUES.....</b>	<b>10</b>
5.1	Risques liés au secteur d'activité du groupe MEDICA .....	10
5.2	Risques propres au groupe MEDICA .....	15
5.3	Risques liés aux activités du groupe MEDICA en Italie .....	21
<b>6</b>	<b>POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES ET ASSURANCES .....</b>	<b>22</b>
6.1	Politique de gestion des risques .....	22
6.2	Gestion des risques liés à l'exploitation.....	22
	6.2.1 Patrimoine immobilier .....	22
	6.2.2 Produits alimentaires.....	23
	6.2.3 Bonnes pratiques.....	24
	6.2.4 Gestion des risques informatiques.....	26
	6.2.5 Gestion des risques financiers .....	26
	6.2.6 Gestion des situations de crise.....	26
6.3	Assurances .....	27
	6.3.1 Politique d'assurance.....	27
	6.3.2 Les couvertures d'assurances .....	28
<b>7</b>	<b>PRÉSENTATION DU MARCHÉ EN FRANCE .....</b>	<b>30</b>
7.1	Des tendances démographiques favorables au marché de la prise en charge de la dépendance .....	31
	7.1.1 Un vieillissement global de la population de 60 ans et plus .....	31
	7.1.2 Une croissance du « survieillissement » et de la population des « grands aînés » .....	32
	7.1.3 L'augmentation de la dépendance liée à l'âge.....	35
7.2	Facteurs favorables au développement du secteur EHPAD.....	36
	7.2.1 Le vieillissement des aidants .....	36
	7.2.2 L'augmentation de la dépendance liée à l'accroissement des maladies neuro-dégénératives .....	37
7.3	Facteurs favorables au développement du secteur sanitaire .....	37
7.4	Des politiques sociales et un contexte réglementaire favorables .....	38
	7.4.1 Une politique de santé contribuant au développement du secteur EHPAD .....	39
	7.4.2 Une politique de santé contribuant au développement du secteur sanitaire.....	41
	7.4.3 Une solvabilité du marché soutenue par les finances publiques, les différentes aides de nature sociale ou fiscale et l'accroissement du niveau de vie des résidents .....	42
	7.4.4 Des barrières réglementaires à l'entrée favorisant une certaine concentration du secteur .....	44

7.5	Un marché encore fragmenté, offrant des opportunités de consolidation.....	45
7.5.1	La prise en charge de la dépendance pérenne en France (secteur EHPAD).....	45
7.5.2	La prise en charge de la dépendance temporaire en France (secteur sanitaire).....	48
8	<b>ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE EN FRANCE .....</b>	<b>50</b>
8.1	Le secteur EHPAD .....	50
8.1.1	Autorisations des EHPAD .....	50
8.1.2	Évaluation des EHPAD .....	53
8.1.3	Tarifcation dans le cadre des conventions tripartites.....	53
8.1.4	Projet de décret relatif à la tarifcation des EHPAD.....	55
8.2	Le secteur sanitaire : activités de soins de suites et de réadaptation (« SSR ») et de soins psychiatriques.....	56
8.2.1	Autorisation des établissements sanitaires.....	57
8.2.2	Certification .....	58
8.2.3	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.....	59
8.2.4	Tarifcation.....	59
8.2.5	Programme de médicalisation du système d'information.....	60
8.3	Autres réglementations .....	60
8.3.1	Etablissements recevant du public.....	60
8.3.2	Déchets .....	60
9	<b>PRÉSENTATION DU MARCHÉ EN ITALIE .....</b>	<b>61</b>
9.1	Le vieillissement démographique en Italie .....	61
9.2	L'augmentation de la dépendance .....	63
9.3	La faible part des personnes âgées en institutions .....	63
9.4	L'offre des établissements spécialisés accueillant des personnes âgées dépendantes .....	64
10	<b>ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE ET FINANCEMENT EN ITALIE .....</b>	<b>67</b>
10.1	La réglementation .....	67
10.2	Un financement au niveau des régions .....	67
11	<b>AVANTAGES CONCURRENTIELS.....</b>	<b>69</b>
12	<b>STRATÉGIE .....</b>	<b>73</b>
13	<b>INFORMATIONS SUR LES TENDANCES.....</b>	<b>76</b>
14	<b>PRÉVISIONS OU ESTIMATIONS DE BÉNÉFICE .....</b>	<b>80</b>
15	<b>HISTOIRE ET ÉVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ .....</b>	<b>81</b>
15.1	Dénomination sociale .....	81
15.2	Registre du commerce et des sociétés .....	81
15.3	Date de constitution et durée de la Société .....	81
15.4	Siège social, forme juridique et législation applicable .....	81
15.5	Organigramme du groupe MEDICA.....	81
15.6	Historique de la Société et réorganisation .....	83
16	<b>DESCRIPTIF DE L'ACTIVITÉ .....</b>	<b>86</b>
16.1	Le secteur EHPAD : la prise en charge de la dépendance pérenne .....	88
16.2	Le secteur sanitaire : la prise en charge de la dépendance temporaire .....	93
16.3	Une politique marketing et une démarche commerciale axée sur l'optimisation du <i>yield</i> .....	96
16.4	Une politique active de gestion immobilière, outil de développement du groupe MEDICA, associée à un historique de croissance externe.....	97
16.4.1	Les actifs immobiliers détenus .....	99

16.4.2	Les ensembles immobiliers en location .....	100
16.4.3	Les projets de création, de restructuration d'établissements et la politique de croissance externe .....	101
16.5	Le groupe MEDICA : une image reconnue .....	103
16.6	Une démarche qualité et éthique certifiée .....	104
16.7	La formation et la qualification des équipes .....	107
16.7.1	La formation professionnelle au sein du groupe MEDICA .....	107
16.7.2	L'Institut des Bonnes Pratiques .....	107
16.7.3	Les Partenariats de formation .....	107
16.8	Organisation du groupe MEDICA .....	108
16.9	Le système d'information de pilotage .....	110
16.10	Achats et sous-traitance .....	111
16.11	Recherche et développement, brevets et licences .....	113
17	<b>LES SALARIÉS .....</b>	<b>114</b>
17.1	Les effectifs de la Société .....	114
17.2	Participations .....	117
17.3	Comité de groupe .....	117
18	<b>ORGANES D'ADMINISTRATION, DE DIRECTION ET DE SURVEILLANCE ET DIRECTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>118</b>
18.1	Composition et fonctionnement des organes de direction et de contrôle .....	118
18.1.1	Conseil d'administration .....	118
18.1.2	Cadres/Principaux dirigeants .....	124
18.2	Conflits d'intérêts au niveau des organes d'administration et de la direction générale .....	125
19	<b>FONCTIONNEMENT DES ORGANES D'ADMINISTRATION ET DE DIRECTION .....</b>	<b>126</b>
19.1	Mandats des membres des organes d'administration et de direction .....	126
19.2	Informations sur les contrats de service liant les membres du conseil d'administration à la société ou à l'une quelconque de ses filiales .....	126
19.3	Comités du Conseil d'administration .....	126
19.4	Limitations apportées aux pouvoirs de la direction .....	129
19.5	Information du conseil d'administration .....	129
19.6	Déclaration relative au gouvernement d'entreprise .....	130
20	<b>EXAMEN DE LA SITUATION FINANCIÈRE ET DU RÉSULTAT .....</b>	<b>132</b>
20.1	Présentation générale .....	132
20.1.1	Principales données financières .....	133
20.1.2	Principaux facteurs ayant une incidence sur l'activité et les résultats et principaux postes des comptes .....	134
20.2	Comparaison exercices clos les 31 décembre 2009 et 31 décembre 2008 (corrigés) .....	147
20.3	Liquidités et sources de financement .....	151
21	<b>TRÉSORERIE ET CAPITAUX .....</b>	<b>160</b>
22	<b>RÉMUNÉRATIONS ET AVANTAGES .....</b>	<b>161</b>
22.1	Intérêts et rémunérations des membres du conseil d'administration et des dirigeants .....	161
22.2	Montant total des sommes provisionnées aux fins du versement de pensions, de retraites ou d'autres avantages .....	162
23	<b>PRINCIPAUX ACTIONNAIRES .....</b>	<b>163</b>
23.1	Actionnaire de référence .....	163
23.2	Droits de vote de l'actionnaire de référence .....	163

23.3	Déclaration relative au contrôle de la Société .....	163
23.4	Accord portant sur le contrôle de la Société .....	163
24	<b>OPÉRATIONS AVEC DES APPARENTÉS .....</b>	<b>164</b>
24.1	Opérations avec les apparentés .....	164
24.2	Conventions réglementées .....	166
24.3	Rapport spécial des commissaires aux comptes sur les conventions règlementées pour l'exercice 2009 .....	166
25	<b>INFORMATIONS FINANCIÈRES CONCERNANT LE PATRIMOINE, LA SITUATION FINANCIÈRE ET LES RÉSULTATS DE L'ÉMETTEUR.....</b>	<b>169</b>
25.1	Etats financiers consolidés au 31 décembre 2009 .....	169
25.2	Rapport des commissaires aux comptes sur les comptes consolidés pour l'exercice de 12 mois clos au 31 décembre 2009 .....	229
26	<b>POLITIQUE DE DISTRIBUTION DES DIVIDENDES.....</b>	<b>232</b>
27	<b>PROCÉDURES JUDICIAIRES ET D'ARBITRAGE .....</b>	<b>233</b>
28	<b>ABSENCE DE CHANGEMENT SIGNIFICATIF DE LA SITUATION FINANCIÈRE OU COMMERCIALE .....</b>	<b>234</b>
29	<b>INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES .....</b>	<b>235</b>
29.1	Renseignements de caractère général concernant le capital .....	235
29.1.1	Montant du capital (article 6 des statuts) .....	235
29.1.2	Nantissements d'actions de la Société .....	235
29.1.3	Titres non représentatifs du capital .....	235
29.1.4	Actions détenues par la Société ou pour son compte propre .....	235
29.1.5	Répartition du capital et des droits de vote .....	235
29.1.6	Autres titres donnant accès au capital .....	236
29.1.7	Capital social autorisé, mais non émis.....	237
29.1.8	Évolution de la répartition du capital de la Société au cours des trois derniers exercices.....	240
29.2	Acte constitutif et statuts .....	241
29.2.1	Objet social (article 2 des statuts).....	241
29.2.2	Stipulations statutaires relatives aux organes d'administration et de direction – Règlement intérieur du conseil d'administration .....	241
29.2.3	Droits, privilèges et restrictions attachés aux actions .....	245
29.2.4	Modifications du capital et des droits attachés aux actions (extrait de l'article 7 des statuts) .....	246
29.2.5	Assemblées générales .....	247
29.2.6	Convention d'actionnaires.....	249
29.2.7	Franchissement de seuils statutaires (extraits de l'article 13 des statuts).....	249
29.2.8	Modifications du capital social.....	249
30	<b>CONTRATS IMPORTANTS .....</b>	<b>250</b>
31	<b>INFORMATIONS PROVENANT DE TIERS, DÉCLARATIONS D'EXPERTS ET DÉCLARATIONS D'INTÉRÊTS.....</b>	<b>251</b>
32	<b>DOCUMENTS ACCESSIBLES AU PUBLIC.....</b>	<b>252</b>
33	<b>INFORMATIONS SUR LES PARTICIPATIONS .....</b>	<b>253</b>
34	<b>DOCUMENT D'INFORMATION DE L'ARTICLE 222-7 DU RÈGLEMENT GÉNÉRAL DE L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS .....</b>	<b>254</b>
<b>ANNEXE 1 : RAPPORT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SUR LES CONDITIONS DE PRÉPARATION ET L'ORGANISATION DES TRAVAUX DU CONSEIL ET SUR LES PROCÉDURES DE CONTRÔLE INTERNE ET DE GESTION DES RISQUES</b>		

<b>MISES EN PLACE PAR LA SOCIÉTÉ (ARTICLE L. 225-37 DU CODE DE COMMERCE)</b> .....	<b>255</b>
<b>ANNEXE 2 : RAPPORT DES COMMISSAIRES AUX COMPTES ETABLI EN APPLICATION DE L'ARTICLE L.225-235 DU CODE DE COMMERCE</b> .....	<b>270</b>
<b>TABLE DE CONCORDANCE</b> .....	<b>273</b>



# **1 PERSONNES RESPONSABLES**

## **1.1 Responsable du document de référence**

Jacques Bailet, Président Directeur Général de MEDICA

## **1.2 Attestation du responsable du document de référence**

« J'atteste, après avoir pris toute mesure raisonnable à cet effet, que les informations contenues dans le présent document de référence sont, à ma connaissance, conformes à la réalité et ne comportent pas d'omission de nature à en altérer la portée.

J'ai obtenu des contrôleurs légaux des comptes une lettre de fin de travaux, dans laquelle ils indiquent avoir procédé à la vérification des informations portant sur la situation financière et les comptes donnés dans le présent document de référence ainsi qu'à la lecture d'ensemble du document.

Les états financiers consolidés relatifs à l'exercice clos le 31 décembre 2009 ont fait l'objet d'un rapport des contrôleurs légaux figurant à la section 25.2 du présent document de référence qui contient les informations et observations suivantes :

*« Sans remettre en cause l'opinion exprimée ci-dessus, nous attirons votre attention sur les notes de l'annexe aux états financiers ci-après :*

*La note 3 sur les événements postérieurs présentant les conséquences de la réalisation effective de l'introduction en bourse engagée en décembre 2009 et intervenue en février 2010, sur les comptes consolidés du groupe au 31 décembre 2009.*

*La note 4.2 décrivant l'incidence qu'aurait la correction de l'erreur relative à la détermination des intérêts financiers du prêt syndiqué sur les comptes consolidés clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007.*

*La note 4.3.1 présentant l'évolution du référentiel IFRS et notamment l'impact des nouvelles normes applicables en 2009 sur les comptes consolidés du groupe au 31 décembre 2009. »*

Les informations financières historiques incorporées par référence pour les exercices 2008 et 2007 ont fait l'objet de rapports des contrôleurs légaux figurant respectivement aux sections 25.4 et 25.6 du Document de Base, qui contiennent chacun des observations. »

Jacques Bailet

Président Directeur Général de MEDICA

## **2 RESPONSABLES DU CONTRÔLE DES COMPTES**

### **2.1 Commissaires aux comptes titulaires**

Constantin Associés

*Member of Deloitte Touche Tohmatsu*

114 rue Marius AUFAN

92300 Levallois Perret

Nommé statutairement le 9 août 2006, jusqu'au 31 décembre 2012

(Compagnie Régionale des Commissaires aux Comptes de Versailles)

M. Patrick GRIMAUD

17 rue du Sergent Bauchat

75012 Paris

Nommé statutairement, mandat renouvelé le 27 juin 2005, jusqu'au 31 décembre 2010

(Compagnie Régionale des Commissaires aux Comptes de Paris)

### **2.2 Commissaires aux comptes suppléants**

M. Jean LEBIT

18 avenue du 8 mai 1945

95200 Sarcelles

Nommé statutairement le 9 août 2006, jusqu'au 31 décembre 2012

(Compagnie Régionale des Commissaires aux Comptes de Versailles)

M. Jean-Luc BESSON

17 rue du Sergent Bauchat

75012 Paris

Nommé statutairement, mandat renouvelé le 27 juin 2005, jusqu'au 31 décembre 2010

(Compagnie Régionale des Commissaires aux Comptes de Paris)

### 3 APERÇU DES ACTIVITÉS ET DU DÉVELOPPEMENT DE MEDICA

Le groupe MEDICA, acteur de référence de la prise en charge de la dépendance pérenne ou temporaire intervient principalement sur deux secteurs d'activités :

- le secteur « **EHPAD** »<sup>1</sup> Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes appelés usuellement maisons de retraite, assurant la prise en charge de la dépendance pérenne (111 établissements offrant une capacité d'accueil de 9 064 lits au 31 décembre 2009) ; et
- le secteur sanitaire, principalement au sein d'établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (« **SSR** »), et d'établissements spécialisés dans le domaine psychiatrique, assurant la prise en charge de la dépendance temporaire (37 établissements sanitaires représentant une capacité d'accueil de 2 317 lits au 31 décembre 2009).

Le groupe MEDICA est principalement présent en France, ainsi qu'en Italie depuis 2005.

A l'origine entreprise familiale du secteur, le groupe MEDICA a été acquis en 1999 par une filiale de la Caisse des Dépôts et Consignations, puis en 2003 par des fonds d'investissement gérés principalement par BRIDGEPOINT et ALPINVEST et en 2006 par des fonds conseillés par BC Partners (voir paragraphe 15.6 « Historique de la Société et Réorganisation »).

Une équipe de direction dirigée par Jacques BAILET et Christine JEANDEL pilote depuis 10 ans le développement du groupe MEDICA.

Avec un total de 148 établissements et une capacité d'accueil de 11 381 lits au 31 décembre 2009, le groupe MEDICA est le 3<sup>ème</sup> opérateur français dans le secteur de la dépendance eu égard à sa présence sur les deux secteurs EHPAD et sanitaire et le 2<sup>ème</sup> opérateur français en Italie.

Le chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA est passé de 69,8 millions d'euros en 2000 (2 469 lits exploités) à 480,7 millions d'euros au 31 décembre 2009 (11 381 lits exploités) dont 89,7 % en France, soit un taux de croissance annuel moyen de son chiffre d'affaires de 24 % sous l'effet conjugué du développement de son périmètre et de sa stratégie active de *yield management* (voir paragraphe 20.1.2 « Evolution du *yield* »). Le résultat opérationnel courant consolidé atteint, pour l'exercice clos le 31 décembre 2009, 64,1 millions d'euros.

---

<sup>1</sup> Ce secteur comprend les établissements EHPAD du groupe MEDICA en France, ainsi que ses établissements RSA (*Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani*) en Italie.

#### **4 INFORMATIONS FINANCIÈRES SÉLECTIONNÉES**

Les informations financières sélectionnées sont extraites des comptes consolidés audités corrigés pour l'exercice 2008, établis en normes IFRS telles qu'adoptées par l'Union Européenne (« IFRS ») (International Financial Reporting Standards), incorporés par référence au sein du présent document et des comptes consolidés au 31 décembre 2009 établis en normes IFRS. Ces principales données comptables et opérationnelles doivent être lues avec les informations contenues dans les chapitres 20 « Examen de la situation financière et du résultat » et 25 « Informations financières concernant le patrimoine, la situation financière et les résultats de l'émetteur ».

- (a) Lors de l'élaboration de ses comptes résumés intermédiaires au 30 septembre 2009, dans le cadre de l'opération d'introduction en bourse, le groupe MEDICA a identifié une erreur dans le calcul des intérêts financiers relatifs au prêt syndiqué mis en place en août 2006. Cette erreur affecte les comptes consolidés établis au titre des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007, approuvés par les assemblées générales des 29 juin 2009 et 25 juin 2008.
- (b) Conformément à IAS 8 « méthodes comptables, changements d'estimations comptables et erreurs », les comptes des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007 ont été retraités comme si l'erreur avait été corrigée au premier jour de la première période présentée.
- (c) Les impacts des corrections sont présentés dans la note 4.2 des états financiers consolidés de la Société au 31 décembre 2009 présentés à la section 25.1 du présent document.

L'ensemble des données financières présentées ou incorporées par référence au sein du présent document est corrigé de ladite erreur.

## Informations financières sélectionnées du compte de résultat

	2008	2009
	12 mois (corrigés)*	12 mois
<b>Chiffre d'affaires</b>		
Total en millions d'euros	448,8	480,7
France en millions d'euros	401,7	431,0
France en %	89,5 %	89,7 %
<i>dont EHPAD en millions d'euros</i>	266,9	289,6
<i>dont EHPAD en %</i>	59,5 %	60,2 %
<i>dont sanitaire en millions d'euros</i>	134,8	141,4
<i>dont sanitaire en %</i>	30,0 %	29,4 %
Italie en millions d'euros	47,2	49,7
Italie en %	10,5 %	10,3 %
<b>Résultat brut d'exploitation hors immobilier</b>		
Total en millions d'euros	118,4	127,3
Total en % du CA	26,4 %	26,5 %
France en millions d'euros	106,5	115,6
France en % du CA	26,5 %	26,8 %
<i>dont EHPAD en millions d'euros</i>	73,9	79,3
<i>dont EHPAD en % du CA</i>	27,7 %	27,4 %
<i>dont sanitaire en millions d'euros</i>	32,6	36,3
<i>dont sanitaire en % du CA</i>	24,2 %	25,7 %
Italie en millions d'euros	11,9	11,7
Italie en % du CA	25,2 %	23,6 %
<b>Résultat brut d'exploitation</b>		
Total en millions d'euros	78,3	84,6
Total en % du CA	17,5 %	17,6 %
<b>Résultat opérationnel courant</b>		
Total en millions d'euros	60,6	64,1
Total en % du CA	13,5 %	13,3 %
<b>Résultat financier</b>		
Total en millions d'euros	-89,9	-80,7
<b>Résultat net, part du groupe</b>		
Total en millions d'euros	-22,7	-13,4
Total en % du CA	-5,1 %	-2,8 %
<b>Résultat net par action</b>		
en euros	-3,11	-1,83

\* Comptes corrigés Cf. Note 4.2 des états financiers consolidés 2009. Les informations 2008 présentées dans le présent document s'entendent après correction.

**Principales définitions :**

Le chiffre d'affaires (*revenue*) comprend essentiellement des prestations de services et de soins.

Le résultat brut d'exploitation (« **RBE** », ou *EBITDA*) correspond à l'excédent brut d'exploitation (EBE), c'est-à-dire au résultat opérationnel courant (« **ROC** », ou *EBIT*) avant dotation aux amortissements et aux provisions.

L'EBE et le ROC sont des soldes intermédiaires de gestion qui sont calculés et présentés dans les comptes consolidés annuels du groupe MEDICA.

Le groupe MEDICA suit par ailleurs un résultat brut d'exploitation avant coût immobilier (« **RBE hors immobilier** », ou *EBITDAR*) qui correspond à l'excédent brut d'exploitation consolidé avant charges locatives (uniquement les locations immobilières, hors locations mobilières).

## Informations financières sélectionnées du bilan

	2008	2009
	12 mois (corrigés)	12 mois
<b>Actif (en millions d'euros)</b>		
Immobilisations incorporelles	832,4	836,2
<i>Dont écart d'acquisitions</i>	349,8	353,1
<i>Dont autorisations exploitation</i>	479,9	480,5
Immobilisations corporelles	295,0	294,3
<i>Dont constructions</i>	247,6	252,2
Autres actifs non courants divers	16,9	21,3
<b>Actifs non courants</b>	<b>1 144,2</b>	<b>1 151,8</b>
Stocks	1,6	1,9
Clients	35,9	29,9
Autres actifs courants	23,6	21,1
Trésorerie	24,0	38,5
<b>Actifs courants</b>	<b>85,2</b>	<b>91,5</b>
Actifs destinés à être cédés		11,2
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>1 229,3</b>	<b>1 254,5</b>
<b>Passif (en millions d'euros)</b>		
Capital	116,6	11,3
Autres réserves	44,5	124,3
Résultat	-22,7	-13,4
Intérêts minoritaires	6,1	3,3
<b>Total des capitaux propres</b>	<b>144,5</b>	<b>125,6</b>
Dettes financières long terme	721,1	393,6
Autres passifs non courants	247,4	247,0
<b>Passifs non courants</b>	<b>968,6</b>	<b>640,6</b>
Fournisseurs	37,0	36,6
Dettes financières court terme	17,0	393,5
Autres passifs courants	62,3	58,2
<b>Passifs courants</b>	<b>116,3</b>	<b>488,3</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>	<b>1 229,3</b>	<b>1 254,5</b>

### Tableau détaillant la dette nette

(en millions d'euros)	2008	2009
	12 mois (corrigés)	12 mois
Emprunt obligataire convertible	135,5	167,3
Emprunts bancaires	602,6	619,8
<b>Emprunts bancaires et dettes financières (1)</b>	<b>738,1</b>	<b>787,2</b>
Trésorerie et équivalent de trésorerie (2)	24,0	38,5
<b>Endettement Net (1 - 2)</b>	<b>714,1</b>	<b>748,6</b>

En considérant que l'endettement financier net du groupe au 31 décembre 2009 ressort des comptes consolidés à 749 millions d'euros et en retenant comme base les éléments suivants :

- les détenteurs des obligations convertibles ont converti la totalité de leurs obligations en actions ;
- le groupe MEDICA a procédé à des augmentations de capital pour un montant total de 275 millions d'euros ; et
- les frais afférents aux augmentations de capital et au réaménagement de la dette ont représenté un décaissement d'environ 17 millions d'euros ;
- l'endettement financier net proforma (en valeur de remboursement) au 31 décembre 2009 ressortirait à 329 millions d'euros (en prenant en compte les augmentations de capital comme si elles avaient été réalisées à cette date).



### Informations financières sélectionnées des flux de trésorerie consolidés

En millions d'euros	2008 (corrigés)	2009
Flux de trésorerie liés aux activités opérationnelles	99,6	89,8
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	-86,0	-35,2
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	-16,1	-41,8
Trésorerie d'ouverture	24,2	21,6
Trésorerie de clôture	21,6	34,4
Variation de la trésorerie	-2,5	12,8

### Principaux indicateurs sur la période 2008-2009

	2008	2009
<b>Nombre d'établissements</b>	144	148
<b>Nombre de lits</b>		
EHPAD France	7 308	7 636
Secteur sanitaire France	2 316	2 317
Italie	1 418	1 428
<b>TOTAL</b>	11 042	11 381
<b>Taux d'occupation<sup>2</sup></b>	96,7 %	96,7 %
<b>Yield<sup>3</sup> (en euros)</b>	111,5	118,0

<sup>2</sup> Le taux d'occupation se définit comme le rapport entre le nombre de journées facturées et le nombre de journées facturables pour les établissements ouverts depuis plus de 12 mois.

<sup>3</sup> Le *yield*, correspondant au chiffre d'affaires par lit et par jour (pour les établissements exploités une partie de l'année seulement, seul le nombre de jours où ces établissements sont ouverts est retenu), est un indicateur de suivi de gestion important pour le groupe MEDICA reflétant sa capacité à optimiser le rendement de ses établissements.

## 5 FACTEURS DE RISQUES

*Les investisseurs, avant de procéder à l'acquisition d'actions de la Société, sont invités à examiner l'ensemble des informations contenues dans le présent document, y compris les risques décrits ci-dessous. Ces risques sont, à la date d'enregistrement du présent document, ceux dont la réalisation est susceptible d'avoir un effet défavorable significatif sur le groupe MEDICA, son activité, sa situation financière ou ses résultats et qui sont importants pour la prise de décision d'investissement. L'attention des investisseurs est toutefois attirée sur le fait que la liste des risques présentée au présent chapitre 5 n'est pas exhaustive et que d'autres risques, inconnus ou dont la réalisation n'est pas considérée, à la date d'enregistrement du présent document, comme susceptible d'avoir un effet défavorable sur le groupe MEDICA, son activité, sa situation financière ou ses résultats, peuvent exister.*

### 5.1 Risques liés au secteur d'activité du groupe MEDICA

#### ***Risque climatique***

Les établissements et le personnel doivent être prêts à faire face à un événement climatique pouvant mettre en danger de façon anormale la santé des résidents et des patients, comme cela s'est produit au cours de la canicule survenue en France durant l'été 2003.

De tels événements sont par nature imprévisibles. Les établissements du secteur EHPAD et les établissements sanitaires accueillant des personnes âgées doivent veiller à la mise en place de dispositifs internes afin de mettre en œuvre rapidement toute décision nécessaire à la sécurité et au bien-être des résidents et des patients, notamment en mobilisant le personnel, en surveillant les résidents et les patients et en assurant le rafraîchissement des locaux, dès que le niveau d'alerte climatique est atteint. La mise en œuvre de ce dispositif réglementaire coordonné spécifiquement dans les EHPAD depuis février 2004, et dénommé « Plan Bleu », pourrait soulever des difficultés ou ne pas répondre pleinement aux objectifs assignés aux EHPAD. De surcroît, si les établissements du groupe MEDICA n'étaient pas en mesure de faire correctement face à une telle situation, leur responsabilité pourrait être engagée et leur image affectée, entraînant ainsi une diminution de leur attractivité, ce qui pourrait avoir des conséquences défavorables sur son activité et ses résultats.

#### ***Risque d'épidémie ou pandémie***

Le développement d'une épidémie, d'une pandémie ou la crainte que celles-ci puissent se déclencher, est susceptible d'avoir un effet négatif sur l'activité des établissements et les coûts supportés par le groupe MEDICA, et par conséquent sur la situation financière ou les résultats du groupe MEDICA, notamment en raison de la perte d'activité éventuelle qui pourrait en résulter ainsi que des dépenses et des coûts supplémentaires résultant de la mise en place de mesures d'ordre sanitaire exceptionnelles.

#### ***Risque en matière de personnel***

La qualité des services offerts par le groupe MEDICA ainsi que son niveau d'activité peuvent être affectés par un manque de disponibilité sur le marché de l'emploi du personnel qualifié nécessaire, ainsi que par l'incapacité à fidéliser et à retenir le personnel sur le long terme, particulièrement en ce qui concerne les soignants.

De même, de fortes pressions sur les salariés liées à la concurrence du secteur public ou des établissements concurrents du secteur privé pourraient peser sur les charges d'exploitation et la marge opérationnelle du groupe MEDICA.

Le développement du groupe MEDICA pourrait donc être ralenti par ce manque de personnel, de même que la qualité de ses prestations pourrait en être affectée.

### ***Risque lié à l'évolution de la politique sociale et des tarifs applicables en France***

Pour les EHPAD, les Conseils Généraux d'une part et l'Assurance maladie d'autre part, fixent respectivement les tarifs des prestations liées à la dépendance et des soins, la collectivité prenant en charge ces coûts pour tout ou partie.

Le remboursement ou non de ces prestations ainsi que la fixation de leur montant dépendent pour partie de la politique sociale à un moment donné et sont donc susceptibles de varier, soit dans le sens d'une prise en charge supérieure, soit dans le sens d'un désengagement. D'une manière plus générale, si les résidents des établissements EHPAD bénéficient d'une prise en charge réduite de ces prestations, le groupe MEDICA pourrait être obligé dans certaines circonstances de diminuer les tarifs de l'hébergement afin d'aligner son offre sur les capacités financières des demandeurs et leurs proches. En particulier, une limitation ou une modification des modalités d'attribution des prestations sociales, comme l'allocation personnalisée d'autonomie (« **APA** »), actuellement prise en charge par les départements, ou du remboursement des soins par l'Assurance maladie, pourraient affecter la solvabilité des résidents et/ou des patients, et engendrer un risque de non-recouvrement pour les établissements.

Pour le secteur sanitaire (qui représente environ 30 % du chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA en 2009), la diminution ou le plafonnement des tarifs soins pourrait avoir un effet négatif défavorable sur les résultats du groupe MEDICA.

De manière générale, une évolution défavorable de la politique sociale et tarifaire en France, en particulier à l'égard des acteurs du secteur privé pourrait avoir un effet négatif significatif sur l'activité, la stratégie, la situation financière, les résultats et les perspectives de développement du groupe MEDICA.

### ***Risque lié à l'obtention et au maintien des autorisations d'exploitation en France***

#### ***Obtention et renouvellement de l'autorisation***

L'exploitation d'un EHPAD nécessite l'obtention d'une autorisation délivrée par les autorités de tutelle pour une validité de 15 ans, sur la base notamment d'un besoin avéré et déterminé par le volet gérontologique du schéma d'organisation sociale et médico-sociale (« **Schéma Gérontologique Départemental** ») établi par le Conseil Général de chaque département. Ces autorisations ont une durée de validité de 15 ans à compter de la loi du 2 janvier 2002. Les échéances de renouvellement des autorisations des EHPAD du groupe MEDICA sont comprises entre 2017 et 2023.

L'exploitation d'un établissement de soins de suite et réadaptation, mais aussi d'un établissement de soins psychiatriques nécessite l'obtention d'une autorisation délivrée par les autorités de tutelle pour une durée qui ne peut être inférieure à 5 ans. L'obtention de l'autorisation dépend de la reconnaissance d'un besoin établi dans un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (« **SROS** ») établi par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (« **ARH** »).

Les autorisations sont délivrées puis renouvelées par les autorités de tutelle compétentes sur la base notamment du respect de conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement. A cet égard, dans le cadre de la mise en conformité des établissements SSR avec les décrets du 17 avril 2008 (voir paragraphe 8.2.1 « Autorisation des établissements sanitaires »), l'ensemble des établissements SSR, étant précisé que ces nouveaux décrets ne sont pas applicables aux établissements psychiatriques, du groupe MEDICA doit, comme tous les intervenants du marché, redéposer des dossiers de demande d'autorisation.

Le non-respect de ces critères, l'évolution des Schémas Gérontologiques Départementaux ou des SROS et/ou le développement de projets concurrents susceptibles de répondre aux besoins fixés par ces schémas pourraient rendre plus difficile l'obtention ou le renouvellement des autorisations nécessaires au groupe MEDICA pour la poursuite de ses activités.

### ***Évaluation de l'établissement et maintien de son autorisation***

Les établissements du secteur EHPAD et les établissements sanitaires (établissements dispensant des soins de suite et réadaptation et établissements de soins psychiatriques) doivent faire l'objet d'une procédure d'évaluation (dénommée certification dans le cadre des établissements sanitaires), supervisée respectivement par un organisme externe habilité par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (« **ANESM** ») et par la Haute Autorité de Santé. Celle-ci est nécessaire au maintien de l'autorisation. Chaque établissement du secteur EHPAD est tenu de faire procéder à 2 évaluations externes entre la date d'autorisation et son renouvellement, soit en moyenne tous les 7 ans environ. Les évaluations des établissements sanitaires sont réalisées quant à elles par les experts de la Haute Autorité de Santé, tous les 4 ans. En cas de non-respect des critères qualitatifs imposés, les établissements EHPAD et sanitaires sont susceptibles de perdre cette autorisation ou de la voir suspendue pour une période définie.

Enfin, lors de l'acquisition d'établissements, le transfert de l'autorisation d'exploitation doit faire l'objet d'un accord des autorités compétentes. Dans le cadre de sa politique de croissance externe, le groupe MEDICA est donc également confronté à un risque de non-transfert des autorisations pouvant avoir un effet défavorable significatif sur la réalisation de sa politique de développement.

La non-obtention, la suspension ou le retrait des autorisations sont susceptibles de constituer un frein au développement du groupe MEDICA ou d'entraîner une perte de clientèle directe en cas de suspension temporaire ou définitive d'activité ou indirecte, en raison des conséquences négatives qu'elles pourraient avoir sur l'image et la réputation du groupe MEDICA. De telles conséquences pourraient affecter de manière significative l'activité, la stratégie, les perspectives, la situation financière et les résultats du groupe MEDICA.

### ***Risque lié aux conventions tripartites et aux contrats d'objectifs et de moyens en France***

#### ***Risque lié aux conventions tripartites***

Les établissements EHPAD accueillant des personnes âgées dépendantes doivent conclure une convention tripartite avec le pouvoir public via le Conseil général et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (« **DDASS** ») pour le

compte de l'Assurance maladie. Ces accords visent entre autres à fixer les tarifs des soins et de prise en charge de la dépendance ainsi que la nature des prestations afférentes. Par ces conventions, le gestionnaire de l'établissement s'engage à mettre en place les moyens nécessaires en personnel qualifié pour assurer l'accueil et l'accompagnement des résidents. Il s'engage également sur des objectifs qualitatifs dans le cadre du projet d'établissement.

Tous les établissements EHPAD doivent avoir conclu une convention tripartite en application de l'article L.313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles (« **CASF** »).

Les conventions tripartites sont conclues pour une durée de 5 ans. À l'issue de cette période, celles-ci doivent être renouvelées. Compte tenu de leur date de signature, les renouvellements sont échelonnés dans le temps. Le groupe MEDICA a déjà renouvelé 40 % des conventions tripartites dites « de première génération ». D'ici fin 2013, 85 % des EHPAD du groupe MEDICA en France auront dû procéder au renouvellement de leur convention tripartite.

Si le groupe MEDICA ne parvenait pas à renouveler une ou plusieurs conventions tripartites, l'autorisation des établissements concernés pourrait être suspendue ou retirée.

De plus, à l'occasion du renouvellement de ces conventions ou des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (« **CPOM** »), les Conseils Généraux, la DDASS, l'ARH (ou les ARS (Agences Régionales de Santé) à compter, au plus tard, du 1<sup>er</sup> juillet 2010) pourraient accroître les obligations qualitatives et financières des établissements.

La réalisation de ces risques serait susceptible d'avoir des conséquences défavorables sur l'activité, la stratégie, la situation financière, les résultats et les perspectives de développements du groupe MEDICA.

### ***Risque réglementaire***

Les activités EHPAD et les activités sanitaires du groupe MEDICA doivent respecter un ensemble de réglementations strictes propres à chacune de ces activités ainsi que de nombreuses réglementations en matière d'environnement, d'hygiène, de sécurité et d'éthique, en particulier en qualité d'établissement recevant du public (« **ERP** ») (voir paragraphe 8.3.1 « Etablissements recevant du public »).

Au titre de ces réglementations, les établissements du groupe MEDICA sont soumis à diverses autorisations préalables ainsi qu'au contrôle de l'État, des départements et des services déconcentrés dont ils dépendent. Ils sont également contraints de respecter des normes strictes en matière d'hygiène et de sécurité (en particulier de prévention des incendies ou d'exposition à l'amiante), d'éthique, de protection de l'environnement et d'élimination des déchets d'activité de soins.

Un renforcement des réglementations ou de l'application qui en est faite pourrait entraîner des conditions nouvelles d'exercice des activités du groupe MEDICA susceptibles d'augmenter les dépenses d'investissement, par exemple liées à l'adaptation de ses installations, ou les charges d'exploitation, notamment par la mise en place de procédures ou de contrôles et de surveillance supplémentaires, ou encore de constituer un frein à son développement. Bien que le groupe MEDICA fasse ses meilleurs efforts pour anticiper ces changements, il pourrait faire face à des évolutions non anticipées à ce jour qui pourraient avoir des conséquences défavorables sur sa stratégie, sa situation financière, ses résultats et ses perspectives de développement.

De même, le non respect de l'une quelconque de ces réglementations pourrait entraîner la remise en cause d'autorisations administratives susceptible d'affecter la capacité du groupe MEDICA à exploiter ses établissements.

### ***Risque lié à l'environnement concurrentiel***

Dans la conduite de ses activités, le groupe MEDICA est confronté à de nombreux acteurs et doit faire face à une concurrence forte, à la fois dans le domaine sanitaire et dans le secteur des EHPAD.

Le marché de la prise en charge de la dépendance est caractérisé par une grande diversité tant en ce qui concerne les structures d'accueil que les modalités de prise en charge. Les EHPAD sont notamment en concurrence avec d'autres services proposés aux personnes âgées tels que le maintien à domicile, qui a fait l'objet, ces dernières années, de différentes mesures prises par les pouvoirs publics destinées à développer ce mode de prise en charge et également, dans une moindre mesure, avec les logements-foyers ou les résidences avec services (voir paragraphe 7.4.3 « Une solvabilité du marché soutenue par les finances publiques, les différentes aides de nature sociale ou fiscale et l'accroissement du niveau de vie des résidents »). Les acteurs de ce marché sont d'origines très diverses et relèvent du secteur public, du secteur associatif ou du secteur privé commercial de la dépendance.

Le marché des établissements sanitaires et des EHPAD est également caractérisé par un mouvement de concentration dans le secteur privé commercial qui a encore accentué la concurrence. Ces mouvements de consolidation dans le secteur (réalisés ou amorcés) ont en effet permis le développement de groupes importants à l'échelle régionale ainsi que de groupes d'envergure nationale, certains étant cotés, et disposant de ressources importantes, pouvant être parfois supérieures à celles du groupe MEDICA.

La capacité du groupe MEDICA à maintenir à long terme et à développer sa position sur le marché de la prise en charge de la dépendance temporaire ou pérenne dépendra de sa faculté à développer ses capacités d'accueil et son offre et à répondre aux besoins des résidents et des patients. L'apport de clientèle provient principalement des hôpitaux pour les établissements sanitaires et, pour les EHPAD, de la famille, des médecins traitants ou des services sociaux. Ceux-ci conseillent les futurs patients et résidents sur le choix d'un établissement sur la base de nombreux critères, notamment la situation géographique de l'établissement, la qualité estimée des soins, la compétence des équipes ou la disponibilité de lits. Certains prescripteurs (services sociaux ou médecins traitants) pourraient modifier leur approche en matière de recommandations et privilégier les établissements de prestataires concurrents offrant des prestations de qualité supérieure, des tarifs moins élevés ou une proximité géographique plus grande avec le lieu de résidence du patient ou de ses proches.

Cette concurrence s'exerce également lors d'opérations d'acquisition d'établissements. En effet, le nombre d'autorisations pour l'exploitation des EHPAD étant limité par les Schémas Gérontologiques Départementaux, et l'ouverture de lits en établissements sanitaires devant être prévue par le SROS, les principales perspectives de développement de l'activité résident dans des opérations de croissance externe. Par ailleurs, le système futur d'appel à projets pour l'obtention d'autorisations de créations d'établissements applicable au plus tard à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010, pourrait venir renforcer la concurrence entre les différents acteurs du secteur (voir chapitre 8 « Environnement réglementaire en France »).

Dans ce contexte, des concurrents du groupe MEDICA qui disposent d'une capacité financière plus importante, d'une meilleure implantation régionale ou locale, ou qui présentent plus généralement une plus grande attractivité pourraient proposer des conditions de prix ne correspondant pas aux critères d'investissement du groupe MEDICA ou être à même de réaliser des opérations d'acquisition au dépens du groupe MEDICA, limitant ainsi sa stratégie de développement. De telles situations pourraient affecter de manière significative la croissance du groupe MEDICA, son activité et ses résultats futurs.

## **5.2 Risques propres au groupe MEDICA**

### ***Risques sanitaires, d'hygiène et de sécurité***

Les risques en matière sanitaire, d'hygiène et de sécurité sont omniprésents dans les EHPAD et les établissements du secteur sanitaire. Un incident sanitaire, d'hygiène ou de sécurité serait d'autant plus grave que les personnes soignées ou hébergées dans les établissements du groupe MEDICA sont pour la plupart en état de dépendance, et donc d'autant plus fragiles.

Les activités du groupe MEDICA sont donc particulièrement exposées à des risques multiples dans le domaine sanitaire, liés par exemple aux infections nosocomiales, ou à la prescription et à l'administration de médicaments aux patients et résidents. En outre, les établissements du groupe MEDICA sont exposés à des risques liés à l'hygiène et à la sécurité, qui portent essentiellement sur la qualité des aliments, la qualité de l'eau avec notamment les risques liés à la légionellose, et la sécurité incendie des établissements.

En cas de risques sanitaires, d'hygiène ou de sécurité avérés, le groupe MEDICA pourrait voir sa responsabilité engagée, et pourrait être exposé à un risque de suspension voire même de retrait d'autorisation en cas de non-respect de la réglementation applicable, ce qui serait susceptible d'avoir une influence défavorable significative sur sa réputation, son activité, sa situation financière, ses résultats et ses perspectives.

### ***Risque éthique***

Bien que le groupe MEDICA attache une attention particulière au respect des valeurs éthiques strictes dans le cadre de ses activités de prise en charge des personnes dépendantes, les risques de maltraitance, réelle ou alléguée, ne peuvent être exclus. La responsabilité de salariés ou de sociétés du groupe MEDICA pourrait être recherchée à ce titre par d'éventuels plaignants. La survenance de tels événements pourrait avoir un effet défavorable significatif sur la réputation et l'image du groupe MEDICA et réduire le taux d'occupation des établissements du groupe MEDICA, affectant ainsi son activité, ses perspectives de développement, sa situation financière et ses résultats.

### ***Risques environnementaux***

L'activité du groupe MEDICA est soumise à des lois et réglementations relatives à l'environnement et à la santé publique. Si ces lois et réglementations applicables devenaient plus strictes, le groupe MEDICA pourrait enregistrer des dépenses supplémentaires.

Dans le cadre de ses activités quotidiennes, le groupe MEDICA produit et détient des déchets, notamment des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés de nature à produire des effets nocifs sur l'environnement ou sur la santé de l'homme.

Le stockage, le traitement et le transport de ces déchets sont strictement règlementés ; dans le cas où le groupe MEDICA ou le prestataire chargé des opérations d'élimination des déchets, ne respecteraient pas cette réglementation, le groupe MEDICA serait susceptible de poursuites pouvant avoir un impact sur son activité ou sa situation financière. Une telle situation pourrait également avoir un effet défavorable sur la réputation et l'image du groupe MEDICA.

### ***Risque commercial et d'exploitation***

Compte tenu de la nature des services qu'il propose, le groupe MEDICA est particulièrement exposé à d'éventuelles réclamations des patients et résidents ou de leurs familles concernant les prestations de soins ou d'hébergement qui leur sont fournies.

Ces dernières années, le personnel soignant et les praticiens, ainsi que les établissements où ils exercent, ont fait l'objet d'un nombre croissant d'actions en justice en France, notamment pour faute professionnelle. Si les médecins qui exercent leur activité au sein des établissements du groupe MEDICA en qualité de salarié engagent leur responsabilité professionnelle propre pour toute faute qu'ils commettraient dans l'exercice de leurs activités de soins, il ne peut toutefois être exclu que la responsabilité des sociétés du groupe MEDICA aux fins d'indemnisation au titre de la faute d'un de leurs salariés soit recherchée.

Les polices d'assurance mises en place par le groupe MEDICA à cet égard pourraient ne pas couvrir toutes les actions intentées contre la Société ou ses filiales éventuellement concernées, ou s'avérer insuffisantes. En outre, le groupe MEDICA pourrait ne plus être en mesure d'obtenir une couverture d'assurance suffisante, ou de l'obtenir à un coût acceptable, si des procédures en responsabilité médicale à son égard, ou plus généralement à l'encontre d'établissements de santé, venaient à se développer de manière significative.

Enfin, la réputation de l'établissement concerné et de l'ensemble du groupe MEDICA pourrait se trouver affectée par la mise en jeu de la responsabilité d'un praticien à titre personnel pour faute professionnelle ou par leur propre mise en cause, même non fondée, dans un contentieux avec un patient ou un résident. Une telle situation pourrait affecter l'image du groupe MEDICA et sa politique de communication commerciale, en grande partie fondée sur une démarche de qualité et pourrait avoir un effet défavorable significatif sur son activité, ses perspectives de développement, sa situation financière et ses résultats.

### ***Risques liés au départ de personnes-clés***

Le succès du groupe MEDICA dépend dans une large mesure de la qualité et de l'expérience de son équipe dirigeante, en particulier les personnes présentes depuis l'acquisition de la Société par le groupe Caisse des Dépôts en 1999. Ces personnes ont acquis au cours des années une excellente connaissance du groupe MEDICA et du secteur en général, pour l'avoir vu évoluer depuis 1999 et avoir participé à l'ensemble des acquisitions réalisées par le groupe MEDICA. Il ne peut être assuré que ces dirigeants et autres salariés clés continueront de travailler pour le groupe MEDICA à l'avenir, notamment dans le contexte fortement concurrentiel que connaît actuellement le secteur de la dépendance.



Le départ d'une ou plusieurs de ces personnes, ou encore l'incapacité du groupe MEDICA à attirer, former, conserver et motiver des salariés et des cadres hautement qualifiés, pourrait peser sur la capacité du groupe MEDICA à continuer à se développer, et avoir un effet négatif significatif sur son activité, ses perspectives de développement, sa situation financière et ses résultats.

### ***Risques liés aux acquisitions***

Historiquement, le groupe MEDICA a appuyé une grande partie de son développement sur l'acquisition de sociétés ou établissements du secteur de la prise en charge de la dépendance. Néanmoins, ce secteur connaît depuis quelques années un mouvement de concentration, et le groupe MEDICA ne peut par conséquent pas garantir qu'à l'avenir, il sera en mesure de procéder aux acquisitions nécessaires à la croissance de son activité à des conditions économiques et financières acceptables, compte tenu notamment des opportunités limitées d'acquisitions, ni que les acquisitions auxquelles il procédera se révéleront rentables ou n'auront pas de conséquences défavorables sur sa situation financière, ses résultats ou sa stratégie.

Par ailleurs, l'acquisition de sociétés exploitant un ou plusieurs EHPAD ou établissements sanitaires comporte un certain nombre de risques liés à l'évaluation : des avantages, des faiblesses et du potentiel de rentabilité de ces acquisitions ; des effets à court terme sur les résultats opérationnels du groupe MEDICA ; de la mobilisation des dirigeants et personnes-clés sur de telles opérations ; dans le cas d'acquisitions à l'étranger, de risques nouveaux liés notamment à une moins grande connaissance du contexte local sur les plans réglementaire, économique ou social ou des risques inhérents à l'intégration au sein du groupe MEDICA des entités ou activités nouvelles.

D'autres risques, liés à la découverte de problèmes inhérents à ces acquisitions (non couverts par des garanties de passifs) ou afférents à leur financement, au financement des investissements nécessaires à la mise aux normes du groupe MEDICA ou encore à la mise en œuvre des synergies escomptées ou à la fusion des infrastructures, peuvent également se présenter lors d'acquisitions, notamment lorsque celles-ci sont de taille importante.

### ***Risques liés aux créations d'établissements***

Le groupe MEDICA n'a pas vocation à assumer des risques de promotion lors de la création de nouveaux établissements. Dans le cadre de cette activité de création de nouveaux établissements, il peut être néanmoins sujet à un certain nombre de risques liés, notamment des coûts supplémentaires ou des retards dans le démarrage de travaux en cas de recours potentiels de tiers contre des permis de construire, ou dans la livraison d'un chantier compte tenu d'éventuelles défaillances de certains sous-traitants ou encore, dans une moindre mesure, compte tenu de la sous-capacité caractérisant l'offre de prise en charge de la dépendance, au risque de commercialisation.

### ***Risques liés aux systèmes d'information***

Dans le cadre de son activité, le groupe MEDICA et/ou ses prestataires utilisent un certain nombre d'outils informatiques et de systèmes d'information, en particulier pour la gestion de ses patients et résidents, ainsi que pour la gestion de ses ressources humaines. Ces outils jouent également un rôle important dans l'organisation du contrôle de gestion. Le groupe MEDICA et/ou ses prestataires disposent de systèmes de sauvegarde relatifs à ses bases de données. Cependant, compte tenu du nombre de

résidents et de patients hébergés par le groupe MEDICA, en cas de défaillance de ces systèmes d'information ou si ces bases de données devaient être détruites ou endommagées pour une raison quelconque, l'activité du groupe MEDICA pourrait s'en trouver perturbée.

### ***Risques liés aux sous-traitants et aux fournisseurs***

Le groupe MEDICA fait appel à de nombreux sous-traitants et fournisseurs, dans le cadre de son activité.

Trois principales conventions de sous-traitance ont été conclues :

- deux avec MEDIREST, dont une pour la restauration dans les établissements sanitaires et une autre pour la fourniture de denrées alimentaires dans les EHPAD par l'intermédiaire de la centrale d'achat de SERVIREST,
- et une troisième avec la coopérative sociale Punto Service en Italie pour la quasi-totalité du personnel nécessaire au fonctionnement des établissements, hors direction et administration.

Bien que le groupe MEDICA n'estime pas être dépendant à l'égard d'un ou plusieurs de ses sous-traitants ou fournisseurs, la cessation d'activité ou de paiements d'un ou plusieurs de ces sous-traitants ou fournisseurs ou la baisse de qualité de leurs prestations ou produits pourrait affecter le groupe MEDICA en entraînant notamment une baisse de la qualité des prestations de services quotidiennes, ainsi qu'un accroissement des coûts associés, notamment du fait du remplacement de sous-traitants défaillants par des prestataires plus onéreux. Une telle situation pourrait également avoir un effet défavorable sur la réputation et l'image du groupe MEDICA et avoir un impact négatif sur son activité, sa situation financière et ses résultats.

Par ailleurs, le remplacement de ces prestataires pourrait entraîner, du fait de leur connaissance historique privilégiée des établissements du groupe MEDICA, une période d'adaptation du remplaçant en raison de la spécificité de l'activité de prise en charge de la dépendance. Un tel remplacement pourrait entraîner une diminution temporaire de l'efficacité des services fournis, et plus généralement de la qualité des prestations fournies, ainsi que de la satisfaction des résidents ou patients du groupe MEDICA pendant cette période de transition, ainsi que des surcoûts liés au changement de prestataire de services.

### ***Risque lié à la concentration des baux commerciaux auprès d'un nombre limité de bailleurs***

Environ 66 % des établissements composant le patrimoine du groupe MEDICA, sont exploités en vertu de baux commerciaux (voir paragraphe 16.4.2 « Les ensembles immobiliers en location »). Les 6 principaux bailleurs du groupe MEDICA sont propriétaires, directement ou indirectement, de 56 % des immeubles loués par le groupe MEDICA. La défaillance de l'un ou plusieurs de ces bailleurs est susceptible d'avoir un impact négatif sur les activités du groupe MEDICA.

### **Risque de liquidité lié à l'endettement du groupe MEDICA**

Le groupe MEDICA a procédé à une revue spécifique de son risque de liquidité et considère être en mesure de faire face à ses échéances à venir.

Au 31 décembre 2009, le montant des dettes bancaires et des crédits-bails s'élevait à 625,0 millions d'euros. Ces dettes sont composées en majeure partie d'emprunts bancaires souscrits en août 2006 auprès d'un syndicat bancaire dirigé par The Royal Bank of Scotland.

Le tableau suivant présente l'échéancier de ces dettes au 31 décembre 2009 (sur la base du montant des emprunts bancaires et des crédits-bails, hors effet cumulé du coût amorti) :

<i>En millions d'euros</i>	<b>Moins d'un an</b>	<b>Entre un et cinq ans</b>	<b>Plus de cinq ans</b>	<b>Nominal</b>
Crédits-Bails	7,9	18,1	8,0	34,1
Emprunt syndiqué et autres dettes	218,3	16,7	355,9	590,9
<b>Total</b>	<b>226,2</b>	<b>34,7</b>	<b>364,0</b>	<b>625,0</b>

Tous les emprunts sont libellés en euros.

Le groupe MEDICA a également émis, en août 2006, un emprunt obligataire convertible d'un montant nominal de 174,8 millions d'euros. L'encours de cet emprunt était de 241,9 millions au 31 décembre 2009. Il est toutefois précisé que l'emprunt obligataire convertible a été converti en actions et une partie de la dette a été remboursée à l'occasion de l'admission aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris.

En considérant que l'endettement financier net du groupe au 31 décembre 2009 ressort des comptes consolidés à 749 millions d'euros et en retenant comme base les éléments suivants :

- les détenteurs des obligations convertibles ont converti la totalité de leurs obligations en actions ;
- le groupe MEDICA a procédé à des augmentations de capital pour un montant total de 275 millions d'euros ; et
- les frais afférents aux augmentations de capital et au réaménagement de la dette ont représenté un décaissement d'environ 17 millions d'euros ;
- l'endettement financier net proforma (en valeur de remboursement) au 31 décembre 2009 ressortirait à 329 millions d'euros (en prenant en compte les augmentations de capital comme si elles avaient été réalisées à cette date).

Conformément à la norme IAS 10 « Evènements postérieurs à la période de reporting », la composante dette de l'emprunt obligataire ainsi que la dette mezzanine et la quote-part remboursée de la Tranche C ont été reclassés en passifs financiers courants au 31 décembre 2009 (échéance à moins d'un an).

Les emprunts bancaires contractés par le groupe MEDICA comportent un certain nombre de clauses restrictives et de ratios financiers que le groupe MEDICA, à ce jour, a

toujours respectés. Ces ratios sont testés trimestriellement et audités chaque année par les commissaires aux comptes de la Société.

Les restrictions attachées aux emprunts bancaires du groupe MEDICA pourraient :

- affecter sa capacité à obtenir à l'avenir des financements supplémentaires, pour réaliser des acquisitions, des investissements ou pour tout autre besoin ;
- l'obliger à consacrer une fraction importante de ses flux de trésorerie d'exploitation au paiement des intérêts, réduisant ainsi sa capacité à financer son fonds de roulement et ses dépenses d'investissement ;
- venir réduire sa capacité à distribuer des dividendes ; et
- affaiblir sa position concurrentielle face à des concurrents disposant de moyens financiers supérieurs.

Ces emprunts contiennent également une clause de remboursement anticipé en cas de changement de contrôle du groupe MEDICA imposant à son actionnaire de référence de maintenir un certain niveau de participation au sein du groupe MEDICA (voir paragraphe 20.3 « Liquidité et sources de financement - Endettement du groupe MEDICA »).

La capacité future du groupe MEDICA à respecter les restrictions et obligations contractuelles contenues dans certains emprunts, ou encore à refinancer ou rembourser ses emprunts selon les modalités qui y sont prévues, dépendra notamment de ses performances opérationnelles futures et pourrait être affectée par de nombreux facteurs indépendants de sa volonté. Le non-respect des engagements contractuels pourrait entraîner l'exigibilité anticipée des sommes dues au titre de ces crédits, de sorte que le groupe MEDICA pourrait être conduit à réduire ou retarder ses dépenses d'investissement, chercher à obtenir des capitaux supplémentaires ou encore restructurer sa dette.

La modification de la structure de la dette intervenue le 12 février 2010 pourrait le cas échéant amener le groupe MEDICA à décider d'un réaménagement des couvertures de taux correspondantes. Dans ce cadre, le groupe MEDICA pourrait être amené à solder une quote-part de la valeur des instruments financiers de couverture qui apparaît au bilan du groupe MEDICA au 31 décembre 2009.

### ***Risque de taux***

Au 31 décembre 2009, la majorité des emprunts bancaires et des crédits-bails du groupe MEDICA, soit environ 87 %, porte intérêt à taux variable. Le groupe MEDICA a mis en place une politique de couverture visant à se prémunir face à l'évolution des taux d'intérêts par des contrats d'échange de taux variable contre taux fixe (voir paragraphe 6.2.5 « Gestion des risques financiers »).

### ***Risques liés aux immobilisations incorporelles***

Au 31 décembre 2009, le montant des immobilisations incorporelles inscrites au bilan consolidé du groupe MEDICA s'élevait à 836,2 millions d'euros, dont 353,1 millions d'euros constatés au titre d'écarts d'acquisitions (*goodwill*) et 480,5 millions au titre des autorisations d'exploitation. Le groupe MEDICA soumet les écarts d'acquisition et les autorisations administratives à des tests annuels de dépréciation (voir paragraphe 20.1 « Présentation générale - Principes comptables significatifs du groupe MEDICA »). La

survenance d'événements futurs, par nature imprévisibles, est susceptible d'entraîner une dépréciation de certaines immobilisations incorporelles. Des dépréciations significatives pourraient avoir un effet défavorable sur la situation financière et les résultats du groupe MEDICA pour l'exercice au cours duquel de telles charges viendraient à être enregistrées.

### **5.3 Risques liés aux activités du groupe MEDICA en Italie**

L'exploitation des établissements du groupe MEDICA en Italie qui a représenté environ 10,3 % du chiffre d'affaires consolidé au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2009 est soumise à un régime relativement proche du modèle français. Les principaux risques liés au secteur d'activité et les risques propres au groupe MEDICA, notamment les risques d'exploitation décrits ci-dessus sont pertinents dans le cadre de ses activités en Italie, étant toutefois précisé que le groupe MEDICA sous-traite la quasi-totalité du personnel nécessaire au fonctionnement des établissements (hors direction et administration) en Italie à la coopérative sociale Punto Service, et considère ne pas être sujet aux risques liés à la détention de son patrimoine en Italie dans la mesure où, à l'exception d'un crédit-bail immobilier, le groupe MEDICA n'est pas propriétaire des murs de ses établissements. En particulier, une évolution du cadre et des exigences réglementaires applicables à ses activités en Italie pourrait avoir des conséquences défavorables sur la stratégie, la situation financière, les résultats et les perspectives de développement du groupe MEDICA dans ce pays.

## **6 POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES ET ASSURANCES**

### **6.1 Politique de gestion des risques**

La démarche de l'ensemble des équipes du groupe MEDICA est fondée sur le respect de la personne et l'application de critères qualitatifs exigeants.

La gestion des risques au quotidien fait partie intégrante des procédures mises en place par le groupe MEDICA dans le cadre de sa démarche qualité et des bonnes pratiques professionnelles suivies au sein de ses établissements (les « **Bonnes Pratiques** ») (voir paragraphe 16.6 « Une démarche qualité et éthique certifiée »). Elle concerne tous les secteurs d'activité développés dans les établissements (circuits de l'information, médicale et confidentialité, des médicaments, de la nourriture, du linge, et de l'eau notamment).

Un plan de prévention est défini par chaque établissement. Il est revu annuellement par la Direction de chaque établissement, et comprend notamment :

- la composition, les missions et les règles de mise en place de la cellule de crise ;
- les modalités d'accueil et de circulation à mettre en œuvre ;
- les modalités d'informations du personnel et de communication ;
- les modalités de prévention et de prise en charge en particulier en cas de canicule, d'épisode épidémique ou pandémique (grippe H1N1, grippe H5N1, etc.) ;
- les modalités de fonctionnement de l'établissement en situation de crise (plan de continuité de l'activité).

Le présent paragraphe présente les principales mesures prises par le groupe MEDICA afin de limiter son exposition aux risques inhérents à son activité de prise en charge de la dépendance dans le secteur EHPAD et sanitaire. Le groupe MEDICA procède à l'évaluation et au contrôle biennuel, sur chaque établissement, des procédures ci-dessous décrites.

### **6.2 Gestion des risques liés à l'exploitation**

#### **6.2.1 Patrimoine immobilier**

##### **(a) Contrôles techniques de sécurité obligatoires en vigueur au sein des établissements recevant du public**

L'un des objectifs du groupe MEDICA est de veiller à la sécurité des bâtiments et des équipements. En conséquence, le groupe MEDICA a mis en place un suivi rigoureux de l'état du patrimoine et du respect des normes de sécurité au sein de ses établissements, permettant de faire vérifier la sécurité, la conformité et le bon fonctionnement de ses installations par des spécialistes.

Une attention particulière est portée à la prévention en matière d'incendies, en raison notamment des conséquences que pourraient avoir de tels sinistres dans les établissements du groupe MEDICA accueillant des résidents en état de dépendance et à la mobilité réduite. Conformément à la réglementation, le groupe MEDICA tient à jour un registre sécurité et fait procéder 2 fois par an à une vérification des installations de détection. En outre, le groupe MEDICA procède

4 fois par an à la formation du personnel aux consignes de sécurité et un rapport technique interne de contrôle est édité tous les semestres.

**(b) Eau**

Dès 1999, le groupe MEDICA a mis en place des procédures destinées à assurer la surveillance de la qualité de ses réseaux d'eau (potabilité, légionellose). Le suivi et l'analyse de tous les prélèvements sont assurés par des contrôleurs extérieurs qui décident, en concertation avec le responsable de chaque établissement, de mettre en place et de contrôler les actions correctives. Des conventions ont ainsi été signées avec Bureau Veritas, qui supervise le suivi des réseaux d'eau et vérifie les carnets sanitaires pour l'ensemble des établissements. La Société a par ailleurs chargé le laboratoire BIOMNIS (anciennement MÉRIEUX)<sup>4</sup> d'analyses physico-chimiques et légionelles annuelles sur l'ensemble de ses établissements.

**6.2.2 Produits alimentaires**

La fourniture de prestations de restauration pour ses résidents et leurs invités fait partie intégrante des prestations de prise en charge de personnes dépendantes par le groupe MEDICA. L'intégralité de ces prestations de restauration est sous-traitée à MEDIREST<sup>5</sup> pour ses établissements sanitaires. MEDIREST s'assure également de la qualité des aliments entrant dans la composition des repas et procède aux audits annuels d'hygiène portant sur les locaux, le personnel, le matériel et les procédures H.A.C.C.P. (*Hazard Analysis Critical Control Point*, méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments).

De plus, dans les EHPAD, afin de prévenir les risques de contamination ou d'intoxication alimentaire, le groupe MEDICA a chargé un laboratoire indépendant, EUROFINS<sup>6</sup>, de réaliser de manière semestrielle des analyses de surface des cuisines et des espaces de stockage des denrées, ainsi que de procéder à des prélèvements et analyses des plats. Ces contrôles permettent de s'assurer d'une part du suivi de la chaîne du froid, d'autre part de contrôler et de prévenir les intoxications alimentaires, l'entretien des cuisines et des sanitaires et le respect des procédures d'hygiène et des normes H.A.C.C.P. Ces contrôles sont également réalisés à l'improviste. Un audit semestriel est également réalisé pour s'assurer du respect des procédures mises en place et afin de procéder à de nombreux contrôles H.A.C.C.P. En outre, conformément aux Bonnes Pratiques, le groupe MEDICA a développé des procédures à suivre en cas d'intoxication alimentaire.

---

<sup>4</sup> Le laboratoire BIOMNIS figure parmi les premiers laboratoires européens de biologie spécialisée, avec près de 1 500 correspondants en France métropolitaine, dans les DOM-TOM et à l'étranger.

<sup>5</sup> La société MEDIREST (filiale du groupe COMPASS) est spécialisée dans la restauration et les services pour la santé des seniors.

<sup>6</sup> Le laboratoire EUROFINS figure parmi les premiers prestataires mondiaux sur le marché de la bionalyse.

### 6.2.3 Bonnes pratiques

Dans le cadre de ses activités, le groupe MEDICA peut être confronté à un certain nombre de risques sanitaires liés aux soins dispensés au sein de ses EHPAD ou ses établissements sanitaires (gestion des déchets médicaux, distribution des médicaments, infections nosocomiales, canicule, épidémies, pandémies, chutes des résidents, maltraitance des résidents...). Afin de limiter son exposition à de tels risques, le groupe MEDICA a mis en place un ensemble de Bonnes Pratiques et de procédures applicables à l'ensemble de ses établissements. Ces principales procédures sont décrites ci-après.

#### (a) Distribution de médicaments

Dans le cadre de l'organisation des soins dispensés dans ses établissements, le groupe MEDICA a mis en place un certain nombre de procédures visant à organiser la réception, la prescription, l'administration et l'éventuelle reprise des médicaments susceptibles d'être distribués à ses résidents. Toutes ces procédures permettent en outre une traçabilité de ces actions, afin d'éviter les risques liés au surdosage, à l'inadéquation des médicaments distribués, ou aux vols. Les médecins sont responsables de la prescription, le pharmacien (en cas de pharmacie à usage interne) ou l'infirmier(ère) diplômé(e) d'état est responsable de la préparation du traitement. L'infirmier(ère) est responsable de la distribution. La traçabilité de la distribution est enregistrée à chaque prise.

#### (b) Maltraitance

Afin de prévenir les risques de maltraitance physique ou psychologique de ses résidents et patients, le groupe MEDICA a mis en place un ensemble de Bonnes Pratiques et de procédures ayant vocation à être suivies par l'ensemble de son personnel dans chaque établissement.

Le groupe MEDICA a engagé un effort particulier sur tous les aspects de formation liés au développement de la bienveillance et de la bientraitance. Ces formations ont pour objectif d'aider les équipes soignantes à gérer notamment leur stress, les relations avec les résidents ou avec les familles. Ainsi, outre les différentes formations obligatoires dispensées à l'ensemble du personnel, leur sensibilisation à la prévention d'un tel risque et, de manière plus générale, au respect dû aux résidents et aux patients, une procédure d'alerte interne a été mise en place. Celle-ci vise à informer immédiatement le Directeur d'établissement dès lors que des suspicions de maltraitance surgissent, afin que celui-ci diligente une enquête interne et prenne les mesures appropriées auprès des familles, des services sociaux (notamment la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Médico-sociales) et gère également le risque réputationnel en étroite collaboration avec la Direction Générale du groupe MEDICA. En cas de maltraitance avérée, le Directeur d'établissement, après validation du service juridique, en informe les autorités judiciaires.

#### (c) Infections nosocomiales

Afin de prévenir les risques d'exposition de ses résidents aux infections nosocomiales, le groupe MEDICA a mis en place un ensemble de procédures visant à prévenir le risque infectieux. Ces procédures, qui sont déployées sur l'ensemble des établissements du groupe MEDICA, vont de la recommandation en termes d'hygiène de base (lavage des mains, désinfection) à des mesures



spécifiques telles que la conduite à tenir en cas de mise en œuvre des mesures d'isolement afin de limiter les risques de contamination d'autres résidents. Par ailleurs, un enregistrement systématique des infections est assuré en établissement sanitaire, afin d'en assurer la traçabilité. L'analyse de ces fiches est assurée par le Comité de Lutte contre l'Infection Nosocomiale, présent depuis 1988 dans toute structure hospitalière publique ou clinique privée. A ce jour, le groupe MEDICA n'est partie à aucun litige lié à de telles infections.

**(d) Canicules**

L'exposition prolongée à la chaleur ou les épisodes caniculaires comme celui qu'a subi la France durant l'été 2003 peuvent entraîner des risques particulièrement graves pour les personnes dépendantes les plus vulnérables, notamment parmi les personnes âgées. Le groupe MEDICA a mis en place un certain nombre de procédures en conformité avec les dispositions du Plan national canicule. Celles-ci visent, en cas de températures extrêmes, à assurer un rafraîchissement jour et nuit de ses établissements (courants d'air, brumisateurs, appareils mobiles de rafraîchissement), à veiller à exposer le moins possible les résidents et les patients à la chaleur et à prévenir tout risque de déshydratation.

**(e) Épidémies et pandémies**

Le groupe MEDICA veille particulièrement à limiter l'exposition dans ses établissements aux risques d'épidémie et de pandémie. Dans ce contexte, la Direction Médicale du groupe MEDICA a formalisé un ensemble de recommandations et de Bonnes Pratiques, sous forme d'un plan de prévention et de lutte contre la pandémie grippale. Par ailleurs, l'ensemble des salariés a été informé de la campagne de vaccination gratuite mise en place par l'entreprise tant pour la grippe saisonnière que pour la grippe H1N1. Les autorités sanitaires sont régulièrement informées des mesures mises en place sur chaque établissement.

**(f) Chute des résidents**

Le groupe MEDICA assurant la prise en charge de personnes en état de dépendance, l'ensemble de son personnel est formé aux risques de chute de ses résidents et patients, qui peuvent avoir des conséquences relativement graves sur leur état général de santé, notamment en ce qui concerne les personnes âgées présentes dans ses établissements du secteur EHPAD.

Les chutes sont signalées, répertoriées et la famille du résident ou du patient est informée. Les premiers soins sont immédiatement administrés afin de déterminer la gravité de la chute et décider, le cas échéant, d'un transfert rapide vers un service spécialisé.

**(g) Déchets médicaux**

Le groupe MEDICA a mis en place une procédure type en matière de gestion des déchets de soins contaminés et leur enlèvement des établissements, afin d'assurer la sécurité et la traçabilité de ces déchets. Au sein de chaque résidence, le Directeur d'établissement est responsable de la bonne application des mesures d'élimination de ces objets tranchants ou piquants ou déchets de soins. Ces mesures prévoient notamment la mise au rebut de ceux-ci dans des collecteurs intermédiaires sécurisés, puis dans des conteneurs et locaux spécifiques fermés prévus à cet effet, afin d'éviter toute contamination du personnel ou des patients.

L'enlèvement de ces déchets est répertorié dans un bordereau d'enlèvement et assuré par des prestataires de services externes spécialisés dans la manipulation de tels déchets de soins.

#### **6.2.4 Gestion des risques informatiques**

Pour limiter les risques liés à la perte de données informatiques ou à l'intrusion dans son système d'information contenant des données sensibles (reporting interne relatif aux taux d'occupation ou aux chiffres d'affaires de ses centres, dossiers médicaux du patient, stocks de médicaments, etc.), le groupe MEDICA a centralisé et sécurisé l'ensemble des plateformes d'application et d'infrastructures sur un Datacentre de SFR Business Team<sup>7</sup> qui héberge le cœur du système d'information du groupe MEDICA.

#### **6.2.5 Gestion des risques financiers**

Dans le cadre de ses activités, le groupe MEDICA peut être exposé à certains types de risques financiers : risques de marché (risque de variation de cours), risque de crédit, ou risque de liquidité. La politique de gestion des risques du groupe MEDICA, centrée sur le caractère imprévisible des marchés financiers, cherche à en minimiser les effets potentiellement défavorables sur la performance financière du groupe MEDICA.

##### *Risque de contrepartie*

Le groupe MEDICA n'a pas de concentration importante de risque de contrepartie. Dans le secteur EHPAD, le tarif hébergement est payé d'avance par les résidents, éliminant ainsi le risque de contrepartie. Dans le secteur sanitaire, les prestations annexes (chambre simple, télévision, téléphone, etc.) font l'objet de paiements post-prestations. Concernant les tarifs soin et dépendance dans les secteurs EHPAD et sanitaire, il n'existe pas de risque de contrepartie en pratique car les paiements sont pris en charge par l'Assurance maladie et les départements.

##### *Risque de taux*

Le groupe MEDICA a mis en place une politique de couverture visant à se prémunir face à l'évolution des taux d'intérêts. Il a ainsi souscrit 3 couvertures de taux pour un montant nominal de 545 millions d'euros lui permettant d'échanger de l'EURIBOR 3 mois contre un taux fixe moyen de l'ordre de 3,7 %. Ces couvertures permettent au groupe MEDICA de couvrir près de 87 % de ses emprunts bancaires et crédits-bails au 31 décembre 2009. Elles ont été mises en place pour une durée de 5 ans et viennent à échéance en juin 2011. Au-delà de cette date, le groupe MEDICA a souscrit 3 couvertures dites « Cap » lui permettant d'obtenir une couverture avec un taux fixe de 6 % jusqu'en juin 2013 pour un montant nominal de 500 millions d'euros.

#### **6.2.6 Gestion des situations de crise**

Parallèlement aux procédures et politiques mises en place afin de prévenir et de répondre aux risques d'exploitation, une cellule composée du Directeur d'établissement concerné, du Directeur Général et d'un attaché de presse est chargée de prendre en charge un certain nombre de situations considérées comme nécessitant une gestion particulière (incendie ou acte de malveillance avec atteinte à la personne, épisode climatique critique, ou pollution de l'eau notamment) en raison de leur éventuel impact

---

<sup>7</sup> SFR Business Team, opérateur alternatif fixe et mobile sur le marché des entreprises en France, spécialisé dans les solutions entreprises et filiale de Vivendi.

sur les résidants et de leurs effets potentiels sur la réputation et l'image de la Société et du groupe MEDICA. Cette cellule définit les réponses immédiates à mettre en œuvre sur l'établissement concerné et s'attache à mener les actions de communication nécessaires.

### **6.3 Assurances**

L'ensemble des filiales de la Société est assuré par des polices conclues au niveau du groupe MEDICA. Afin de bénéficier de garanties étendues, de tarifs compétitifs et dans un souci de rationalisation et de contrôle de couverture des risques et des garanties au sein du groupe MEDICA, le souscripteur des différentes polices d'assurances est la société MEDICA France, les filiales du groupe MEDICA ayant chacune la qualité d'assuré sur l'ensemble des polices d'assurances ainsi souscrites. Les primes y afférentes sont ensuite refacturées annuellement aux filiales par MEDICA France.

En 2009, le groupe MEDICA a versé environ 0,5 million d'euros au titre des primes de ses polices d'assurances.

#### **6.3.1 Politique d'assurance**

La politique en matière d'assurance mise en œuvre par le groupe MEDICA vise la protection du patrimoine et des responsabilités encourues. Le groupe MEDICA inscrit notamment la souscription de ses assurances dans le respect de la réglementation relative à la sécurité des établissements recevant du public. La politique assurance de la Société prend notamment en compte les impératifs suivants :

- identification et quantification des risques les plus importants en termes d'exposition et de capitaux assurés ;
- souscription des couvertures d'assurances à hauteur des sinistres raisonnablement escomptables dont les montants résultent de l'estimation des risques faite en collaboration avec les services internes, le courtier du groupe MEDICA et les services ingénierie des assureurs ;
- vérification de la solvabilité des assureurs.

Les principes de souscription exposés précédemment et les garanties décrites ci-dessous sont donnés à titre indicatif et ne peuvent être retenus comme étant permanents du fait des modifications rendues nécessaires tant sur les risques à garantir que sur le niveau des garanties souscrites elles-mêmes, qui sont susceptibles d'être modifiées à tout moment du fait des contraintes des marchés d'assurances et/ou de tout arbitrage éventuel du groupe MEDICA.

Le mode de couverture global peut également varier compte tenu du grand nombre de sites, mais également compte tenu des localisations, des spécificités de chaque site, ou encore en fonction de la nature des activités exercées (secteur sanitaire, secteur EHPAD). Dans le respect des objectifs indiqués précédemment et sous réserve des contraintes liées aux marchés d'assurances, le niveau des couvertures d'assurances retenu vise à fournir les capacités financières permettant une couverture significative des sinistres d'intensité raisonnablement estimée quant à leur montant et leur probabilité.

À la date du présent document, aucun sinistre majeur et/ou significatif, susceptible de modifier tant les conditions futures de couvertures que les montants globaux des primes d'assurance et/ou de l'auto-assurance, n'est intervenu.

Le groupe MEDICA, qui ne possède ni filiale d'assurance, ni de réassurance, a opté pour des solutions classiques d'auto-assurance, négociées avec son courtier en assurance et les assureurs concernés. L'essentiel de l'auto-assurance concerne les programmes assurance multirisques et la responsabilité civile générale et professionnelle. Cette auto-assurance vise à déterminer le niveau des franchises pouvant être raisonnablement supportées par le groupe MEDICA en vue d'optimiser le coût global pour le groupe MEDICA en fonction de la probabilité de survenance des sinistres et de ce que peut supporter chaque établissement sans mettre en danger la continuité de son activité.

### 6.3.2 Les couvertures d'assurances

Les couvertures d'assurance multirisques professionnels et responsabilité civile générale et professionnelle représentent l'essentiel des primes payées en raison de leur importance stratégique pour la Société en termes de capitaux assurés et de risque.

Le groupe MEDICA considère que les garanties souscrites sont comparables à celles d'entités de taille et d'activité similaires.

#### (a) Assurance multirisques

Les principales garanties accordées par établissement sont au maximum les suivantes :

	Par établissement
<b>DOMMAGES MATÉRIELS</b>	
<b>Bâtiments / Risques locatifs</b>	
Bâtiments, installations générales et techniques	Valeur de reconstruction à neuf
Responsabilités locatives	Valeur de l'immeuble
<b>Contenu</b>	A concurrence des dommages
<b>Vol</b>	103 106 €
<b>Autres dommages matériels</b>	916 375 €
<b>Tous risques informatiques</b>	
<b>Dommages aux biens</b>	460 945 €
<b>Intérêts de découverts bancaires</b>	110 273 €
<b>RESPONSABILITÉS</b>	
Recours des locataires, responsabilité de détenteur dépositaire, pertes de loyers, recours des voisins et des tiers, ou privation de jouissance du locataire	5 134 344 €
<b>FRAIS ET PERTES PÉCUNIAIRES<sup>1</sup></b>	3 811 759 €
<b>PERTES D'EXPLOITATION</b>	
Marge brute assurée sur une période d'indemnisation de 24 mois	7 500 000 €
<b>VALEUR VÉNALE ET AIDE FINANCIÈRE</b>	5 653 000 €

<sup>1</sup> Ces frais et pertes pécuniaires sont afférents, notamment, aux frais de déplacement et de relogement, aux pertes d'usage des locaux, aux frais de déblais, de démolition ou de nettoyage.

Les principales franchises applicables à la police d'assurance multirisques ont été fixées à 3 500 euros par sinistre en cas de dommages matériels et, en ce qui concerne les pertes d'exploitation, à 3 jours avec un minimum équivalent à 3 500 euros.

La limitation contractuelle d'indemnité par établissement est de 19 500 000 euros.

### **(b) Responsabilité civile générale et professionnelle**

Les garanties principales accordées au titre de cette police sont les suivantes :

<b>TOUS DOMMAGES CONFONDUS (par sinistre et par année)</b>	<b>15 000 000 €</b>
Dommages matériels et immatériels non consécutifs	6 100 000 €
Dommages immatériels non consécutifs	3 050 000 €
Faute inexcusable par suite accidents du travail ou maladie professionnelle	2 000 000 €
Dommages matériels et immatériels d'incendie, d'explosion ou d'eau ayant pris naissance dans les locaux d'activité	305 000 €
L'ensemble des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs à un même sinistre pour ceux résultant de pollution accidentelle	750 000 €
Vol par préposés	150 000 €
Responsabilité civile dépositaire	2 fois le plafond de la Sécurité Sociale, conformément à la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 (par déposant)

La franchise en cas de sinistre est fixée à 3 500 euros pour tous dommages matériels et immatériels. Il n'est fait application d'aucune franchise en cas de dommages corporels.

### **(c) Autres assurances**

Le groupe MEDICA considère que les autres couvertures d'assurances, notamment celles afférentes à la flotte automobile ou à la responsabilité des mandataires sociaux sont conformes aux standards de garanties et capacités de couvertures permises par les marchés d'assurances.

Les établissements du groupe MEDICA situés en Italie sont quant à eux couverts par des polices d'assurance propres conclues localement auprès d'assureurs italiens et fournissant des garanties que le groupe estime conformes aux standards du marché.

## 7 PRÉSENTATION DU MARCHÉ EN FRANCE

Le marché de la prise en charge de la dépendance recouvre trois secteurs distincts :

- le secteur EHPAD, traitant de la prise en charge de la dépendance pérenne de personnes âgées dépendantes pour lesquelles un maintien à domicile est rendu difficile du fait de la lourdeur et du coût de prise en charge de leur condition (voir paragraphe 16.1 « Le secteur EHPAD : la prise en charge de la dépendance pérenne ») ;
- le secteur sanitaire, traitant de la prise en charge des personnes en état de dépendance temporaire en établissements de SSR (soins de suite et de réadaptation) et de MPR (médecine physique et de réadaptation), ou psychiatriques (voir paragraphe 16.2 « Le secteur sanitaire : la prise en charge de la dépendance temporaire ») ;
- le secteur des soins à domicile.

Ces secteurs sont caractérisés par des infrastructures très diverses et recouvrent des réalités variées tant en terme de publics pris en charge, que de durée de séjour.

Le marché de la prise en charge de la dépendance en France présente trois caractéristiques essentielles :

- les grands indicateurs démographiques et l'augmentation de certaines maladies ou pathologies permettent de dégager une certaine prévisibilité en matière d'évolution des besoins, en particulier dans le secteur EHPAD, et une tendance générale vers un accroissement de la demande de prise en charge ;
- l'environnement réglementaire dense et évolutif constitue (voir chapitre 8 « Environnement réglementaire ») une forte barrière à l'entrée, compte tenu des conditions d'accès de plus en plus contraignantes imposées par les diverses autorités de tutelle et des coûts du savoir-faire requis en vue de l'obtention d'autorisations réglementaires, réduisant le risque d'apparition de nouveaux entrants sur le marché au profit des grands acteurs déjà présents et contribuant au renforcement de leur solvabilité ;
- une importante fragmentation de l'offre de prise en charge entre les intervenants publics, privés et associatifs, bien qu'une tendance vers une plus grande concentration au profit de grands acteurs du secteur privé commercial semble se dessiner.

Le groupe MEDICA opère sur le marché de la prise en charge de la dépendance permanente et temporaire en France et en Italie (voir chapitre 9 « Présentation du marché en Italie »). A la différence des principaux marchés européens, en particulier des marchés anglais et allemand, où la gestion et l'attribution des autorisations est peu restrictive et s'opère essentiellement sur la base du respect de standards de qualité, les marchés français et italien sont régis par un système d'autorisation et d'accréditation très strict, constituant une forte barrière à l'entrée.

Les taux d'occupation moyens des marchés allemand et anglais sont respectivement de 89 % (Source : German Federal Statistical Office, données 2005) et de 90 % (Source : Laing & Buisson, données 2007, établissements privés commerciaux uniquement), soit très en dessous des taux d'occupation français de 97 % (Source : DREES, Etudes et

Résultats n° 689 « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007 ») et italien d'environ 94 % (données 2005).

En terme d'encadrement tarifaire, la principale différence réside dans le fait que les opérateurs allemands et anglais bénéficient de moins de flexibilité en matière de tarifs, par rapport aux opérateurs français et italiens qui peuvent fixer directement le forfait hébergement vis-à-vis des nouveaux résidents.

## 7.1 Des tendances démographiques favorables au marché de la prise en charge de la dépendance

Le marché de la prise en charge de la dépendance est soutenu par l'évolution démographique caractérisée par un vieillissement progressif de la population qui entraîne un accroissement corrélatif des situations de dépendance physique et psychique. Cette situation constitue un trait caractéristique de la société française, comme de la plupart des sociétés occidentales.

### 7.1.1 Un vieillissement global de la population de 60 ans et plus

Le phénomène du vieillissement démographique est inéluctable. Le nombre et la proportion de personnes âgées devraient augmenter fortement d'ici 2050.

Le graphique suivant illustre les projections démographiques de la population âgée de plus de 60 ans<sup>8</sup> en France sur la période 2005-2050, en milliers de personnes (Source : Institut national de la statistique et des études économiques (« INSEE »), « Projections de la population pour la France Métropolitaine à l'Horizon 2050 », juillet 2006) :



<sup>8</sup> Mortalité tendancielle – Fécondité 1,8 - Migrations nettes + 50 000 par an.

Selon les estimations de l'INSEE, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en France, qui était d'environ 12,6 millions en 2005, serait d'environ 14,1 millions en 2010, 15,7 millions en 2015 et 16,8 millions à l'horizon 2020.

Ainsi, près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans à l'horizon 2050, contre un sur cinq en 2005. La France métropolitaine compterait en 2050 environ 22 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus, soit près de deux fois plus qu'en 2005.

Cet accroissement des tranches âgées de la population s'explique notamment par la chute de la natalité et l'accession des générations du baby-boom (nées entre 1946 et 1975) aux tranches d'âges élevés. Les premières de ces générations atteindront l'âge de 65 ans à partir de 2010. En outre, ces générations resteront en vie plus longtemps compte tenu du recul de la mortalité lié à l'amélioration des conditions et de l'hygiène de vie, ainsi qu'en raison des progrès médicaux dans la prise en charge des pathologies liées à l'âge. En effet, selon l'hypothèse de mortalité retenue par l'INSEE, l'espérance de vie à la naissance passerait de 76,9 ans à 83,8 ans pour les hommes et de 83,8 ans à 89 ans pour les femmes entre 2005 et 2050 (Source : INSEE, « Projections de population 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine », 2007).

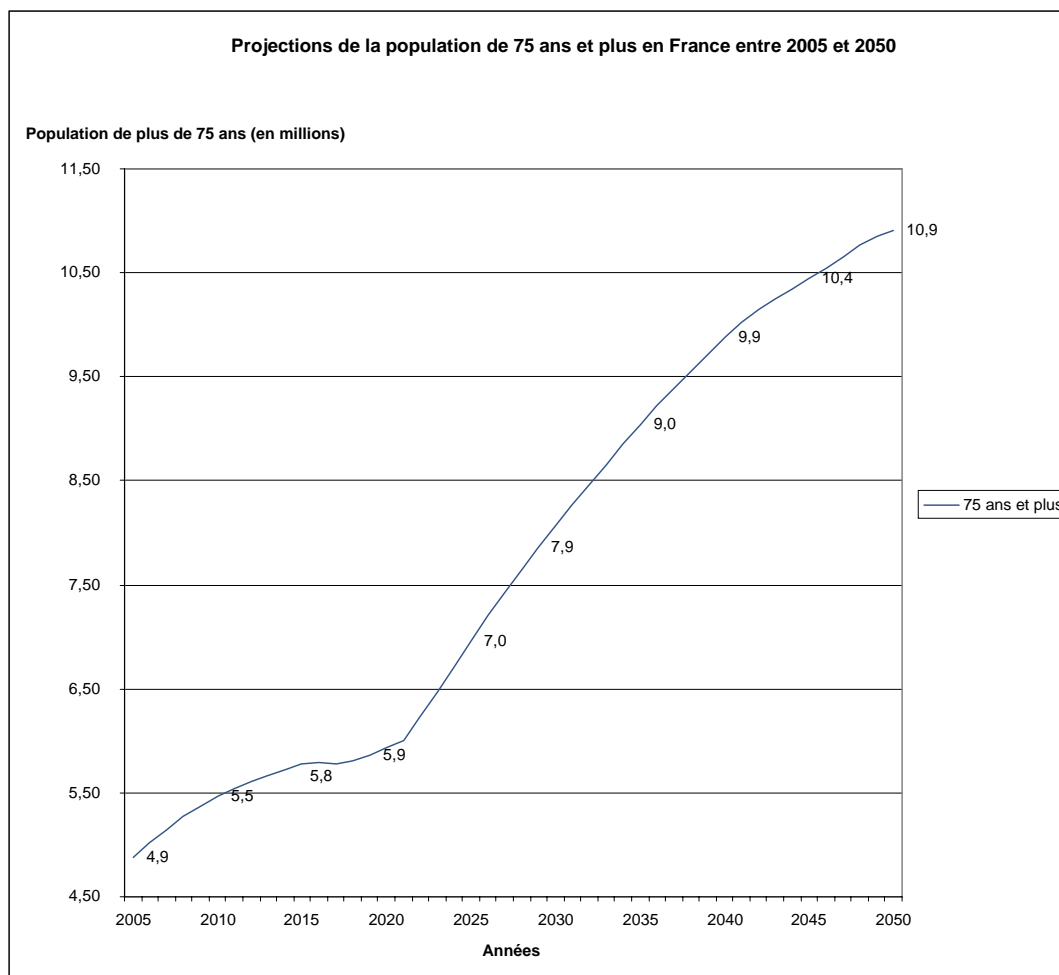
#### **7.1.2 Une croissance du « survieillissement » et de la population des « grands aînés »**

La croissance des effectifs sera encore plus marquée pour les groupes les plus âgés (75 ans et plus).

Selon les projections démographiques réalisées par l'INSEE présentant l'évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 (scénario central de projection : « Mortalité tendancielle – Fécondité 1,8 – Migrations nettes + 50 000 par an », 2003) : en janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait environ 70 millions d'habitants, dont près de 11 millions seraient âgés de plus de 75 ans. A cette date, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans aurait plus que doublé par rapport à 2005.



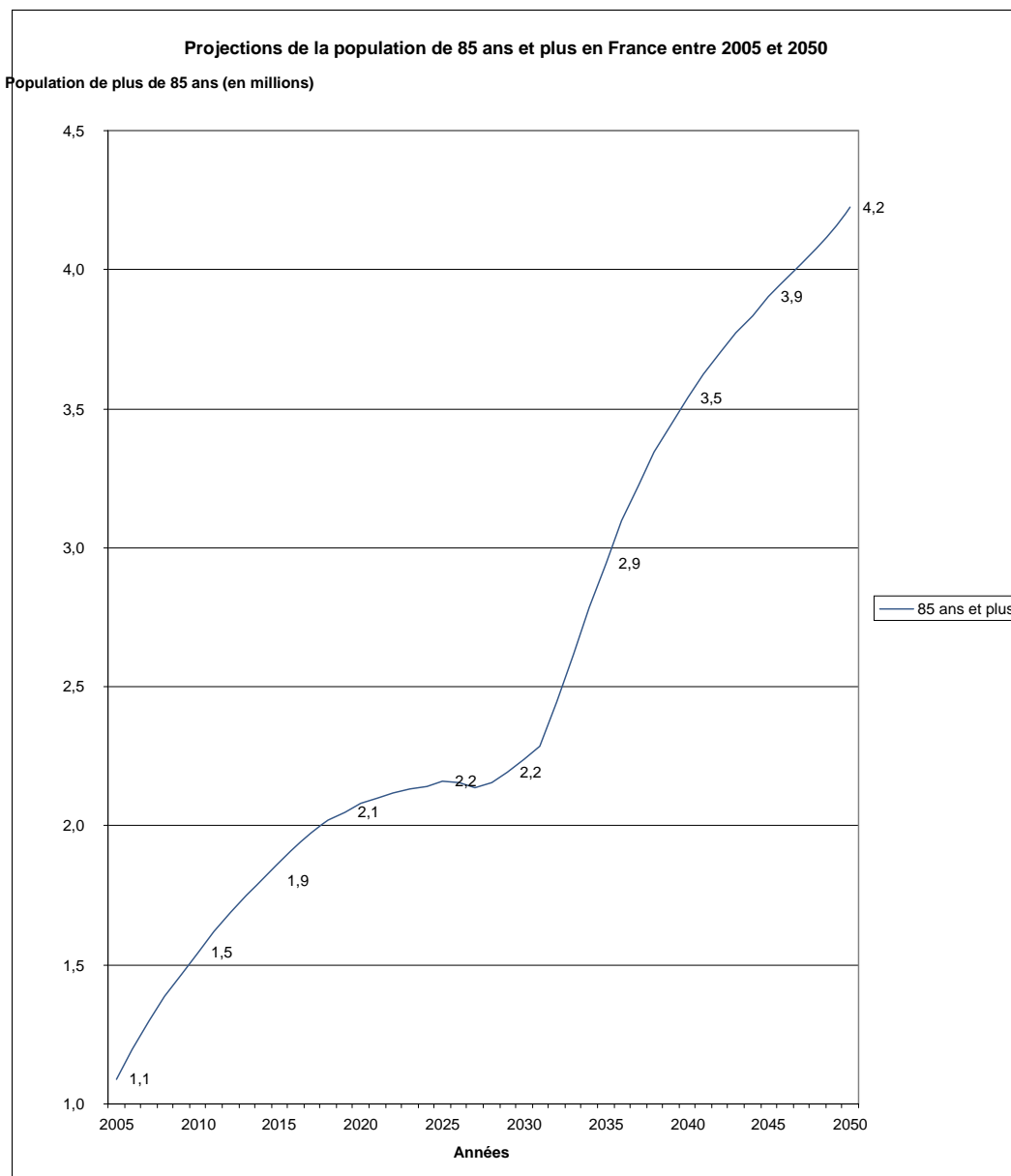
Le graphique suivant illustre les projections démographiques de la population âgée de plus de 75 ans en France sur la période 2005-2050, en milliers de personnes (Source : INSEE, « Projections de la population pour la France Métropolitaine à l'Horizon 2050 », juillet 2006) :



Selon les estimations de l'INSEE, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en France, qui était d'environ 4,9 millions en 2005, serait d'environ 5,5 millions en 2010, 5,8 millions en 2015 et 5,9 millions à l'horizon 2020.

Cet accroissement de la population des « grands aînés » sera encore plus marquée pour les personnes âgées de 85 ans et plus. En effet, le nombre des personnes âgées de plus de 85 ans passerait ainsi, entre 2005 et 2050, d'environ 1 million à 4,5 millions de personnes. Il s'agit d'une évolution d'autant plus importante que cette tranche d'âge constitue de plus en plus un seuil critique en termes d'isolement et de prise en charge de la dépendance, du fait du taux de prévalence plus élevé de la dépendance aux grands âges (voir ci-dessous « L'augmentation de la dépendance liée à l'âge »).

Le graphique suivant illustre les projections démographiques de la population âgée de plus de 85 ans en France sur la période 2005-2050, en milliers de personnes (Source : INSEE, « Mortalité tendancielle - Fécondité 1,8 - Migrations nettes + 50 000 par an », 2003) :



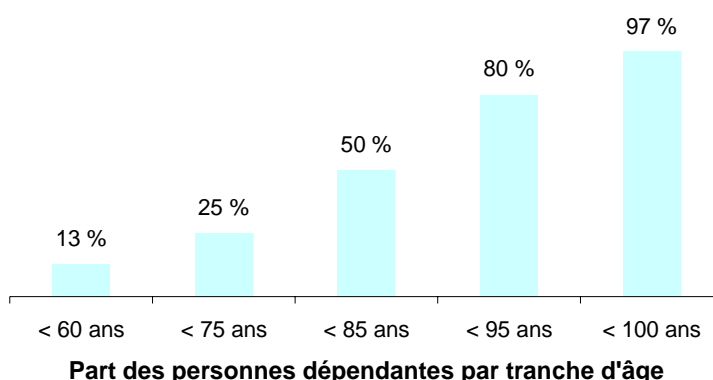
Selon les estimations de l'INSEE, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans en France, qui était d'environ 1,1 million en 2005, serait d'environ 1,5 million en 2010, 1,9 million en 2015 et 2,1 millions à l'horizon 2020.

### 7.1.3 L'augmentation de la dépendance liée à l'âge

Le niveau de dépendance augmente avec l'âge en termes de :

- fréquence : alors qu'elle ne concerne que 13 % des personnes âgées de moins de 60 ans, la dépendance touche 50 % des plus de 85 ans ;
- lourdeur : sont lourdement dépendantes 10 % des personnes âgées de 75 ans, 35 % des personnes âgées de plus de 85 ans et 90 % des personnes âgées de 95 ans.

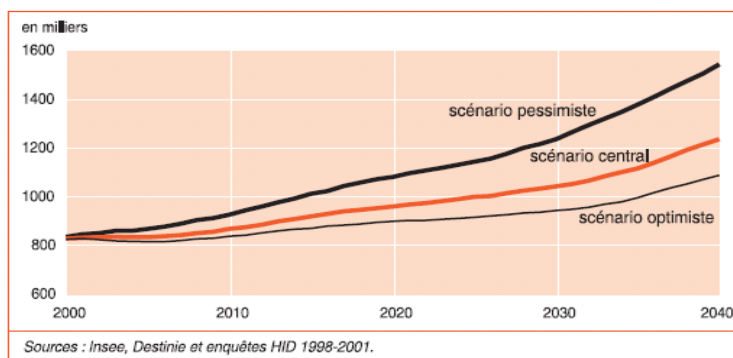
Le graphique suivant présente l'évolution de la part des personnes dépendantes avec l'âge (Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (« DREES »), Enquête « Handicap - Incapacités - Dépendances (HID) », 2002) :



Si les moins de 70 ans gardent pour la plupart leur mobilité, et si l'entrée en structures d'hébergement et de prise en charge se fait de plus en plus tardivement, compte tenu notamment de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès de la médecine, une proportion nettement plus élevée de personnes souffrent d'un handicap au-delà de cet âge. La perte de mobilité et de force physique due au vieillissement entraîne d'autres incapacités, notamment celle de faire face aux différentes tâches domestiques, entraînant un besoin d'aide accru pour les tâches quotidiennes telles que les courses, la préparation et la prise des repas, le ménage ou l'entretien de leur domicile.

Selon un scénario central de l'INSEE, le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040, pour atteindre alors environ 1,2 million de personnes. Ce chiffre varie entre 1,1 et 1,5 million de personnes dépendantes selon le scénario optimiste ou pessimiste. Dans tous les cas, l'augmentation deviendrait plus rapide à partir de 2030 : c'est en effet vers cette date que les générations du baby-boom atteindront 80 à 85 ans, âge où la dépendance est accrue.

Le graphique suivant présente l'évolution du nombre de personnes dépendantes en France sur la période 2000-2040, en milliers de personnes (Source : INSEE, Destinie et DREES- Enquêtes HID 1998-2001) :

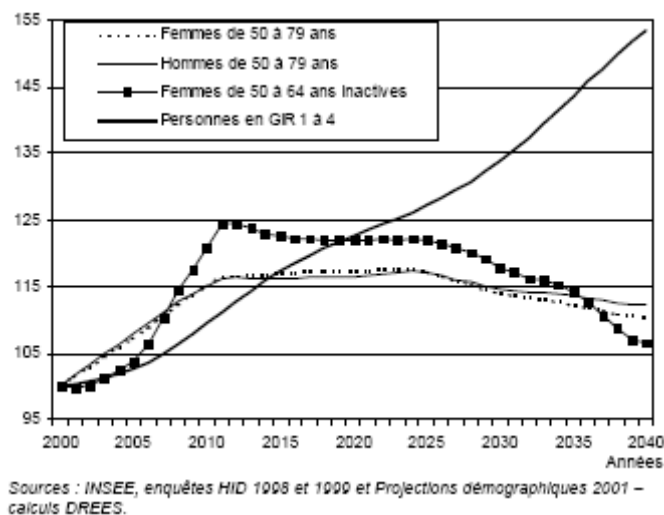


## 7.2 Facteurs favorables au développement du secteur EHPAD

### 7.2.1 Le vieillissement des aidants<sup>9</sup>

Si bon nombre de personnes âgées peuvent vivre à domicile, c'est très souvent grâce à l'aide apportée par leurs proches (enfants ou conjoint), généralement des femmes, dont l'âge est compris entre 50 et 80 ans environ. Le vieillissement des aidants, leur raréfaction et l'évolution des modes de vie devraient toutefois contribuer à l'accroissement des besoins de prise en charge de personnes dépendantes dans des structures d'accueil adaptées.

Le graphique suivant illustre l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4)<sup>10</sup> et du potentiel d'aidants (en base 100 pour l'année 2000) sur la période 2000-2040 :



<sup>9</sup> DREES, « Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », février 2002.

<sup>10</sup> Le degré de dépendance d'une personne est évalué selon la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), établie par la Sécurité Sociale et la Société Française de Gérontologie, qui s'appuie sur le constat des activités ou gestes de la vie quotidienne que la personne est en mesure ou non d'effectuer. La grille comporte 10 variables discriminantes permettant d'évaluer le degré de dépendance. Un algorithme classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie allant de GIR 1 (degré de dépendance le plus fort) à GIR 6.

La population des 50-79 ans, et donc les effectifs d'aidants potentiels, devrait se stabiliser en valeur absolue à compter de 2011, puis décliner à l'horizon 2040, pour n'augmenter, d'après les estimations de l'INSEE, que de 10 % entre 2000 et 2040. Le nombre d'aidants potentiels augmenterait donc nettement moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes, ce qui correspond à une baisse du nombre d'aidants potentiels par personne âgée dépendante.

L'aide apportée par l'entourage direct des personnes dépendantes (conjoint et enfants) est également amenée à diminuer fortement pour des raisons sociologiques, notamment l'évolution de l'activité professionnelle, en particulier des femmes, qui représentent la majeure partie des aidants. De même, l'éclatement géographique des familles et, d'une manière plus générale, les limites de la solidarité familiale ainsi que l'accroissement du nombre de personnes âgées sans enfant, favorisent également le placement des personnes dépendantes, pérennes comme temporaires, dans des structures d'accueil adaptées à leur état de santé.

### **7.2.2 L'augmentation de la dépendance liée à l'accroissement des maladies neuro-dégénératives**

Outre l'évolution démographique prévisible de la population, le développement de maladies neuro-dégénératives, telles que la maladie d'Alzheimer ou les pathologies apparentées, participent elles aussi à un accroissement des besoins d'hébergement et de prise en charge au sein des EHPAD.

Selon les chiffres actuels du Ministère de la Santé, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées toucheraient, en France, environ 850 000 personnes. A l'heure actuelle, l'Association Internationale pour la Recherche sur la Maladie d'Alzheimer (« **AIRMA** ») estime qu'environ 15 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont âgées de moins de 75 ans, ce pourcentage passant à environ 25 % après 85 ans et environ 50 % chez les personnes âgées de 90 ans et plus.

Compte tenu des tendances démographiques décrites ci-dessus, une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de ces pathologies est attendue dans les prochaines années, l'incidence de cette affection et des pathologies apparentées étant corrélées à l'âge. L'AIRMA estime en effet à l'heure actuelle que le nombre de malades pourrait atteindre environ 1,3 million et toucher environ 25 % des personnes âgées de plus de 65 ans en France d'ici 2020. L'évolution de cette maladie devrait contribuer à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes et les besoins en structures d'hébergement et de prise en charge.

Le Plan Alzheimer, initié en 2007, a prévu de mobiliser 1,6 milliard d'euros sur la période 2008-2012. Parmi les mesures proposées, les principaux axes stratégiques sont la création ou l'identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées à ce type de pathologies.

### **7.3 Facteurs favorables au développement du secteur sanitaire**

Si l'impact du vieillissement démographique de la population française devrait également entraîner un accroissement de la demande de prise en charge dans le secteur sanitaire, un certain nombre d'autres facteurs, propres au secteur sanitaire, devraient participer au développement de ce secteur.

Le secteur SSR connaît en effet un développement continu compte tenu des besoins liés aux maladies chroniques et au vieillissement de la population. Les besoins de prise en

charge par ce secteur augmentent également du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), depuis le début de la mise en place de la tarification à l'activité (TAA) entraînant un besoin croissant de prise en charge de plus en plus technique (voir également paragraphe 7.4.2 « Une politique de santé contribuant au développement du secteur sanitaire »).

Dans le domaine psychiatrique, la prévalence des maladies mentales devrait contribuer à la croissance du secteur sanitaire. En effet, les maladies mentales constituent la seconde source d'arrêt de travail en France et la première cause d'invalidité. La schizophrénie toucherait 635 000 personnes, 26 000 jeunes de quinze à vingt-cinq ans seraient concernés (Source : Rapport n°328 (2008-2009) du sénateur Alain Milon, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 8 avril 2009). On estime à un tiers le nombre des malades placés en institution. Selon ce rapport, la dépression affecterait cinq millions de personnes et serait la première cause de suicide en France. On estime à 44 % le nombre de dépressifs qui n'ont pas accès aux soins.

Les troubles bipolaires<sup>11</sup> toucheraient 750 000 personnes, avec des conséquences en matière de désocialisation et d'abus de substance. Enfin, 6 % des personnes auraient été victimes d'un épisode de troubles anxieux (Source : Union Nationale des Cliniques Psychiatriques de France).

Actuellement la prise de conscience de l'arrivée de nouveaux troubles en lien avec les addictions à l'alcool et aux drogues, aux jeux, au mésusage des nouvelles technologies, aux médicaments, ainsi que les troubles liés aux risques psychosociaux, telle la violence au travail, devrait continuer de s'accroître.

#### **7.4 Des politiques sociales et un contexte réglementaire favorables**

Le marché français de la dépendance est fortement influencé par le contexte réglementaire issu des politiques sociales mises en œuvre qui viennent structurer l'offre de prise en charge et contribuent à renforcer la solvabilité du marché.

Au titre de l'année 2008, les comptes nationaux évaluent à 215 milliards d'euros le montant total des dépenses de santé en France. Ce chiffre représente 11 % du produit intérieur brut français (Source : DREES, Études et Résultats n° 701, « Les Comptes nationaux de la Santé en 2008 », septembre 2009) témoignant de l'importance des besoins de prise en charge des personnes malades et/ou dépendantes. En terme de prise en charge, la Sécurité Sociale a financé 75,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux en 2008, auxquels s'ajoutent 1,3 % financé par la CMU (Couverture Maladie Universelle) et l'aide médicale de l'État. Les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont pris en charge 13,7 % de la dépense, la part restant à charge des ménages ne représentant donc que 9,4 % du total (Source : DREES, Études et Résultats n° 701, « Les Comptes nationaux de la Santé en 2008 », septembre 2009).

---

<sup>11</sup> En psychiatrie les troubles bipolaires, se définissent par l'alternance de périodes d'excitation d'intensité plus ou moins importante et de périodes de dépression d'intensité modérée ou sévère.

#### 7.4.1 Une politique de santé contribuant au développement du secteur EHPAD

Face au phénomène de vieillissement de la population et d'augmentation de la dépendance, l'offre globale de prise en charge de la dépendance disponible est historiquement sous-capacitaire et ne suffit pas à couvrir les besoins des personnes les plus dépendantes (présentant un GIR 1 à 4), le nombre de places en institutions étant en effet inférieur aux besoins de prise en charge de cette population dépendante.

Historiquement, le développement de l'offre s'avère inférieur à l'évolution du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans. Ainsi, entre 1996 et 2003, le taux d'équipement global en France est passé de 166 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus à 140 places pour 1 000, soit une diminution de 16 % (Source : Rapport de la Cour des Comptes, « Les personnes âgées dépendantes », novembre 2005).

A titre illustratif, près d'1,4 million de personnes en France étaient âgées de plus de 85 ans au 31 décembre 2007 selon les estimations de l'INSEE (Source : INSEE Résultats n° 57 - Scénario Central). Compte tenu la prévalence accrue de la dépendance liée à l'âge décrite ci-dessus (voir paragraphe 7.1.3 « L'augmentation de la dépendance liée à l'âge »), la capacité d'accueil du secteur EHPAD en France, qui était d'environ 470 000 lits à cette même date, ne suffisait donc pas à couvrir les besoins de prise en charge de la dépendance de cette seule tranche d'âge. Dans ce contexte, les pouvoirs publics, conscients de la nécessité d'accroître les capacités d'accueil ont mis en œuvre différents plans en ce sens au cours des dernières années, notamment le plan Vieillesse et Solidarités, lancé fin 2003, à la suite de la canicule de l'été 2003 et qui a contribué à la création de 10 000 lits supplémentaires, le plan Solidarité Grand Age mis en place en juin 2006, un plan Alzheimer, grande cause nationale de l'année 2008, prévoyant la création de 7 500 lits par an à partir de 2008 pour une période de 4 ans.

Malgré la mise en œuvre de ces politiques volontaristes, le nombre de places en établissements pour personnes âgées n'a augmenté entre 2003 et 2007 que de 1,4 %. Fin 2007, le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées s'établit en moyenne pour la France entière à 127 lits pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, dont 95 lits d'EHPAD, le solde se répartissant essentiellement entre foyers-logements et unités de soins de longue durée. Le taux d'équipement global continue de diminuer, la population âgée de plus de 75 ans ayant augmenté beaucoup plus rapidement que le nombre de places en institutions.

Dans ce cadre, pour l'ensemble du secteur, le coefficient d'occupation moyen sur l'année 2007, calculé comme le rapport entre le nombre de journées-lits réalisées et le nombre de journées-lits exploitables, est de 97 % en hausse par rapport à 2003 (95 %) (Source : DREES, Etudes et Résultats n° 689, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », mai 2009).

Au-delà de cette offre historiquement sous-capacitaire, la qualité des établissements peut également s'avérer inadéquate. La Cour des Comptes estime à 30 % le nombre de lits à rénover partiellement et entre 10 à 15 % ceux nécessitant une rénovation totale. A titre d'exemple, dans les EHPA, il apparaît que 30 % des chambres à 1 lit (soit 82 % de l'offre) ont une surface inférieure à 16 m<sup>2</sup> et que seulement 52 % de ces chambres sont équipées d'une douche, plus particulièrement pour les maisons de retraite rattachées à un hôpital pour lesquelles ce taux d'équipement est encore inférieur (36 %). Le cumul de ces situations défavorables (chambres de petite taille, absence de certains équipements de base, non-conformité aux normes de sécurité, etc.) indique un besoin de

restructuration, voire de fermeture de certains établissements (Source : Rapport du Commissariat au Plan, juillet 2005).

Le budget alloué par l'Assurance Maladie aux personnes âgées est en constante augmentation, compte tenu de l'accroissement des dépenses médico-sociales répondant à la montée de la dépendance. Chaque année la loi de Financement de la Sécurité Sociale arrête un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (« **ONDAM** »), permettant à l'État de déterminer un objectif qui représente l'enveloppe annuelle des dépenses de soins du secteur privé hospitalier pris en charge par la Sécurité Sociale.

Sur la période 2000-2008, le montant des dépenses de l'ONDAM personnes âgées a presque doublé, passant de 2,4 milliards d'euros en 2000 à 5,5 milliards d'euros en 2008. Pour autant, ces dépenses ne représentaient que 2,6 % du montant total des dépenses de santé en France en 2008. Cette politique se traduit dans les prévisions du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (« **PRIAC** »), outil de programmation qui dresse au niveau régional les priorités en matière de besoins de financement des créations, extensions, transformations d'établissements ou services médico-sociaux accueillant ou prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Comme indiqué ci-dessous, le PRIAC prévoit le financement de 8 700 nouveaux lits d'EHPAD en moyenne chaque année d'ici 2013 pour l'ensemble du secteur public et privé (la répartition entre les deux secteurs n'étant pas précisée), pour un total de 43 505 lits entre 2009 et 2013<sup>12</sup> (Source : PRIAC : Programmation Prévisionnelle des actions prioritaires selon la Thématique – « L'accompagnement en Institution »).

Region	2009-2013		Priorités définies au PRIAC			
	2009-2013	par année	Augmentation du nombre de lits EHPAD	Re-équilibrage de l'équipement local	Transformation en EHPAD	Création unités Alzheimer
Alsace	1 005	201	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aquitaine	1 913	383	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Auvergne	874	175	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Basse-Normandie	1 375	275		<input checked="" type="checkbox"/>		
Bourgogne	1 406	281	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Bretagne	1 038	208	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Centre	1 631	326	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Champagne-Ardennes	1 552	310	<input checked="" type="checkbox"/>			
Corse	653	131	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Franche-Comté	617	123	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Haute-Normandie	1 004	201	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ile de France	8 872	1 774	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Languedoc-Roussillon	3 274	655	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Limousin	455	91	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Lorraine	265	88		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Midi-Pyrénées	1 348	270		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Nord-Pas-de-Calais	3 548	710	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
PACA	2 822	564	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pays de Loire	4 410	882	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Picardie	2 058	412	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Poitou-Charentes	1 658	332	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Rhône-Alpes	1 727	345	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Total</b>	<b>43 505</b>	<b>8 737</b>	<b>19/22</b>	<b>14/22</b>	<b>06/22</b>	<b>18/22</b>

<sup>12</sup> Exception faite des régions Alsace, Aquitaine, Bretagne, Haute-Normandie et Poitou-Charentes (2008-2012) et Lorraine (2009-2011).



#### 7.4.2 Une politique de santé contribuant au développement du secteur sanitaire

Le développement du secteur sanitaire constitue également l'une des priorités du Ministère de la Santé en matière d'offre de soins en raison notamment :

- de son positionnement, entre le secteur des soins de courte durée et le secteur EHPAD ;
- de l'augmentation croissante de la technicité et de la spécialisation des différentes pathologies traitées et des besoins non-couverts pour assurer les suites d'hospitalisation notamment celles des personnes dépendantes, mais également les soins de réhabilitation suites à des maladies neurologiques ; et
- de la réduction des durées d'hospitalisation dans les structures de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) au cours des dernières années.

Le secteur SSR représente un secteur stratégique de l'offre de soins, sorte de plate forme assurant la fluidité du secteur sanitaire par sa situation entre le court séjour en amont et le secteur EHPAD en aval. Ce secteur connaît un développement continu compte tenu des besoins de soins sans cesse croissants et de la diminution des durées de séjour dans le secteur court séjour des hôpitaux publics et cliniques privées. En effet, l'évolution des pratiques médico-chirurgicales et la politique de diminution des dépenses de santé a induit une réduction de la durée moyenne d'hospitalisation en établissement de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), créant ainsi un besoin croissant de prise en charge en aval au bénéfice des établissements du secteur sanitaire, pour une dépendance temporaire devenue plus fréquente. En effet, les études réalisées ont estimé à environ 30 % les journées d'hospitalisation non pertinentes à l'hôpital en court séjour (Source : CCECQA/ANAES, « Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé », 2004).

Les personnes âgées dépendantes sont les principales personnes pénalisées par ces hospitalisations non pertinentes : entre 18 et 22 % des patients hospitalisés dans les services de médecine sont des patients dits « médicalement sortants », maintenus en hospitalisation de court séjour principalement en raison de la difficulté à trouver une structure de soins de suite adaptée et de la difficulté à organiser un retour à domicile. Cela représente environ 5 millions de journées, mobilisant plus de 2,5 milliards d'euros. La moitié de ces patients relèveraient de structures sanitaires – notamment SSR – et l'autre moitié de structures médico-sociales, ou du maintien à domicile avec prise en charge ambulatoire. Les redéploiements ainsi opérés pourraient permettre une optimisation significative des prises en charge notamment des personnes âgées dépendantes, avec un accueil dans un milieu adapté et un coût unitaire moins important pour la collectivité, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation étant estimé à environ 500 euros (Source : Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » conduite par Stéphane Le Bouler, juin 2006).

Cette tendance devrait se confirmer au fur et à mesure du déploiement de la tarification à l'activité (« TAA ») (voir paragraphe 8.2.4 « La tarification ») aux établissements de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) au cours des prochaines années. Ce nouveau mode de tarification à l'acte encourage en effet des gains de productivité et devrait se traduire par une réduction des durées de prise en charge en court séjour en milieu hospitalier et une plus grande rotation des patients, renforçant ainsi

mécaniquement les besoins de prise en charge en aval au sein de structures de moyen séjour et notamment en SSR.

Sur le secteur SSR sur lequel opère le groupe MEDICA, les établissements privés commerciaux représentent 26,6 % (en terme de séjours) du marché à fin 2007 (Source : DREES, Études et résultats n° 691, mai 2009). L'activité SSR des établissements de santé augmente depuis plusieurs années pour atteindre 2,8 millions de séjours en 2007, soit une hausse de 5,8 % par rapport à 2006 (Source : DREES, Études et résultats n° 691, mai 2009).

Le groupe MEDICA estime que cette croissance est plus marquée dans le secteur privé et s'explique par une plus grande efficacité du secteur privé, celui-ci assurant une prise en charge à des coûts d'exploitation inférieurs à ceux du secteur public.

#### **7.4.3 Une solvabilité du marché soutenue par les finances publiques, les différentes aides de nature sociale ou fiscale et l'accroissement du niveau de vie des résidents**

Le marché de la prise en charge de la dépendance en France est également caractérisé par sa solvabilité, liée notamment à l'accroissement des aides publiques financières en matière de prise en charge de la dépendance, en particulier au travers de l'APA, de l'aide sociale ou de l'aide au logement, ou de réductions fiscales, ainsi que, plus généralement, en raison de l'élévation du niveau de vie des ménages.

##### *L'APA*

La mise en place de l'APA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002 permet de financer le forfait dépendance (à domicile comme dans les établissements). À l'origine, destinée à aider 800 000 personnes dépendantes, l'APA bénéficiait à 1 136 000 personnes à fin 2009 (Source : DREES, Études et résultats n° 690, « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008 », mai 2009 / DREES, « L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 31 décembre 2009 »).

L'APA s'adresse aux personnes âgées (60 ans et plus) les plus dépendantes, c'est-à-dire dont le niveau de dépendance est évalué en GIR 1 à 4. Elle subordonne le montant des sommes versées à un critère objectif. Toute personne âgée se trouvant dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique ou mental a droit à une APA, versée par le département, soit directement à la personne, soit à l'établissement de prise en charge, au choix de ce dernier, et permettant sa prise en charge. Celle-ci peut également être versée directement à l'établissement sous forme de dotation globale par le Conseil Général pour les résidents originaires du département de l'établissement. Conformément à la réglementation, ce versement direct devrait se généraliser dès 2010 sous réserve de l'acceptation des Conseils Généraux concernés. Elle correspond soit à l'aide nécessaire pour l'accomplissement par ces personnes des actes essentiels de la vie, soit à la surveillance régulière dont elles doivent faire l'objet. Son montant peut éventuellement être diminué d'une participation du bénéficiaire calculée en fonction de ses ressources.

Le tableau suivant présente l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en milliers de personnes sur la période 2002-2009 (Source : DREES) :

	Nombre de bénéficiaires (en milliers)		
	À domicile	En établissement	Ensemble
Décembre 2002	309	296	605
Décembre 2003	455	337	792
Décembre 2004	509	356	865
Décembre 2005	551	387	938
Décembre 2006	602	406	1 008
Décembre 2007	662	416	1 078
Décembre 2008	689	426	1 115
Décembre 2009	701	435	1 136

Au 31 décembre 2009, les montants mensuels moyens de l'APA versée aux personnes âgées résidentes en EHPAD suivant leur GIR et la part de dépenses restant à la charge des bénéficiaires de l'APA étaient les suivants (Source DREES, 31 décembre 2009) :

	Montant mensuel par bénéficiaire en EHPAD (en euros)		
	Total tarif dépendance	Part du Conseil général versée au titre de l'APA	Part à la charge du bénéficiaire*
GIR 1 et 2	588	421	167
GIR 3 et 4	367	212	155
Ensemble	413	255	158

\* L'APA versée par le Conseil Général couvre la différence entre le tarif dépendance afférent au GIR du bénéficiaire et la participation laissée à sa charge, participation qui correspond en général au tarif dépendance appliqué par l'établissement aux personnes évaluées en GIR 5 et 6.

Au niveau national, dans les EHPAD, l'APA couvre en moyenne 68 % du tarif dépendance journalier appliqué dans l'établissement d'accueil (Source : DREES, Études et Résultats n° 690, mai 2009).

Par ailleurs, les évolutions législatives et réglementaires en matière de tarification (voir chapitre 8 « Environnement réglementaire ») et d'aides permettent en outre à certaines personnes âgées résidant en EHPAD, selon leurs ressources, de bénéficier de plusieurs aides pour financer ce coût de prise en charge au titre de l'aide sociale ou de l'aide au logement, ainsi que de bénéficier de réductions fiscales.

#### *L'aide sociale et l'aide au logement*

L'article L.113-1 du Code d'Action Sociale et des Familles prévoit par ailleurs que « toute personne âgée de 65 ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier [...] d'un placement [...] dans un établissement ». Le placement peut se faire dans un établissement privé s'il choisit de se faire habilitier par convention à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Le prix de l'hébergement est alors fixé conjointement avec le Conseil Général. L'établissement peut demander une habilitation totale ou partielle c'est-à-dire applicable à une part de ses lits seulement. Dans ce cas, il signe avec le

Conseil Général concerné une convention qui fixe notamment le périmètre d'application et le tarif.

Le service d'aide sociale peut également participer aux frais de séjour d'une personne âgée dans un établissement avec lequel il n'a pas été passé de convention, lorsque la personne âgée y a séjourné à titre payant pendant une durée de 5 ans et lorsque ses ressources ne lui permettent plus d'assurer son entretien. Toutefois, la charge est plafonnée à ce qu'aurait coûté le placement dans un établissement de santé public fournissant des prestations analogues.

Enfin, l'allocation de logement à caractère social ainsi que l'aide personnalisée au logement peuvent également être versées aux résidents sous certaines conditions, notamment de ressources.

#### *Mesures fiscales en faveur des résidents*

Les résidents peuvent bénéficier d'une réduction d'impôt égale à 25 % des dépenses engagées au titre des frais de dépendance dans la limite annuelle de 10 000 euros, correspondant à une réduction d'impôt maximale de 2 500 euros par personne hébergée. Le montant de ces dépenses est pris en compte après déduction de l'APA éventuellement perçue par le résident (article 199 *quindecies* du CGI).

Ainsi, le niveau de ressources n'est pas un critère fortement discriminant en matière de prise en charge de la dépendance, la disponibilité croissante d'aides publiques assurant une certaine solvabilité des résidents.

#### *L'accroissement du niveau de vie des résidents*

La réforme des retraites, avec la mise en place du minimum vieillesse, l'accroissement de la part des personnes disposant d'une retraite pleine et entière et la part croissante des femmes ayant eu une activité professionnelle auront des effets bénéfiques sur les revenus des retraités dans les 10 à 15 prochaines années. Par ailleurs, selon les estimations de l'INSEE, 76 % des ménages retraités sont propriétaires d'au moins un logement, contre 60 % pour l'ensemble des ménages. Parmi les actifs de plus de 50 ans, la proportion des ménages propriétaires d'au moins un logement est de 72 %. La période 50/65 ans est ainsi, généralement, une période d'accession à la propriété, ou d'investissement locatif en vue de se constituer un patrimoine ou des revenus complémentaires en prévision de la retraite (Source : INSEE, « Enquête Logement 2002 »).

Ainsi les revenus des personnes âgées de plus de 85 ans devraient augmenter de 50 % entre 2000 et 2020. Parallèlement, les revenus du patrimoine des personnes âgées de plus de 80 ans devraient également s'accroître : le patrimoine moyen des personnes âgées de 80 à 84 ans devrait augmenter de 120 000 euros à 250 000 euros au cours des 15 prochaines années (Source : Etude LEK, 2006).

#### **7.4.4 Des barrières réglementaires à l'entrée favorisant une certaine concentration du secteur**

Compte tenu de l'environnement réglementaire strict auquel sont soumis les intervenants du secteur, tant en ce qui concerne le secteur sanitaire que le secteur EHPAD, (voir chapitre 8 « Environnement réglementaire en France »), le groupe MEDICA estime que le marché de la prise en charge de la dépendance est caractérisé par un certain nombre de barrières à l'entrée bénéficiant aux acteurs déjà en place disposant des références,

du savoir-faire et de la surface financière nécessaires à l'adaptation de leur offre en terme de médicalisation et de spécialisation de la demande. Les possibilités de croissance organique du secteur sont ainsi relativement encadrées en raison de la complexité d'obtention de nouvelles autorisations.

Dans le schéma actuel, les opérateurs prennent l'initiative de solliciter une autorisation de création d'établissement. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, un nouveau système piloté par les Agences Régionales de Santé (« **ARS** ») prévoit la mise en place d'appels à projets qui seront obligatoires pour tous les projets qui feront appel partiellement ou intégralement à des financements publics sur le marché de la dépendance (voir chapitre 8 « Environnement réglementaire en France »).

Ce futur système d'appels à projets, piloté au niveau régional et non plus départemental par les ARS, tant en ce qui concerne le secteur EHPAD que le secteur sanitaire, devrait continuer de bénéficier aux acteurs disposant de la visibilité, de la capacité financière et du savoir-faire nécessaires au respect des engagements mis à leur charges, par les autorités de tutelle. Le groupe MEDICA, qui s'est déjà positionné avec succès sur un premier appel à projets à Gamaches lancé dans le cadre du système qui sera piloté dès 2010 par les ARS, estime en effet que les coûts et le savoir-faire en matière de démarche qualité devant être mobilisés en vue de la présentation de projets en réponse aux appels d'offres, pour participer, avec succès, au processus de sélection et respecter par la suite les engagements assumés auprès des autorités de tutelle, réduisent *de facto* les possibilités d'apparition de nouveaux entrants sur le marché. Ces contraintes devraient favoriser un nombre relativement limité d'intervenants constitué notamment des grands acteurs du secteur privé commercial déjà présents sur le marché et disposant de l'expérience et des ressources adéquates.

## **7.5 Un marché encore fragmenté, offrant des opportunités de consolidation**

Le marché de la prise en charge de la dépendance est caractérisé par une grande fragmentation, tant en ce qui concerne les structures d'accueil susceptibles de prendre en charge les personnes atteintes de dépendance temporaire ou pérenne, qu'en ce qui concerne le paysage de ses principaux acteurs, de structures et de tailles très diverses, issus du secteur public, du secteur associatif, ou du secteur privé commercial. Malgré cette forte fragmentation, une tendance à la concentration dans le secteur privé commercial paraît se dessiner au profit des grands acteurs en place.

### **7.5.1 La prise en charge de la dépendance pérenne en France (secteur EHPAD)**

#### *La diversité des structures de prise en charge de la dépendance pérenne en France*

Le groupe MEDICA exerce son activité de prise en charge de la dépendance pérenne principalement au sein de ses EHPAD (voir paragraphe 16.1 « Le secteur EHPAD : la prise en charge de la dépendance pérenne »).

Toutefois, les structures de prise en charge de la dépendance pérenne, visant des personnes âgées, sont variées et répondent à des besoins de prise en charge divers, fonction du degré de dépendance des personnes prises en charge.

Les structures peuvent être classées de la manière suivante :

- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces structures assurent l'hébergement, la restauration et des prestations de soins aux personnes âgées. Ces établissements ont signé une convention tripartite ou

bénéficient encore d'une médicalisation au titre d'une section de cure et peuvent donc accueillir de la grande dépendance (GIR 1 et 2 principalement) ;

- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), permettant le maintien à domicile des personnes dépendantes et d'assurer un suivi médical des personnes âgées tout en les maintenant dans un environnement familial et retardant ainsi leur entrée en institutions (GIR 2 à 4 principalement) ;
- les logements foyers et les résidences avec services, proposant aux personnes âgées résidentes, locataires ou propriétaires de leur logement, des services collectifs (repas, ménage, entretien du linge) (GIR 5 principalement) ; et
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou maisons de retraites (GIR 5 et 6 principalement) et les unités de soins de longue durée (USLD) ayant vocation à accueillir des personnes âgées valides ou invalides nécessitant une surveillance médicale et des soins continus et relevant le plus souvent du secteur hospitalier (GIR 1 et 2 principalement) qui représentent une part de plus en plus résiduelle de l'offre de prise en charge de la dépendance.

*Un marché encore fragmenté, animé par de grands acteurs du secteur privé commercial, présentant des opportunités de consolidation*

Les établissements permettant la prise en charge de la dépendance pérenne sont gérés par un très grand nombre d'acteurs de nature et de taille très diverses provenant du secteur privé commercial, du secteur associatif, et du secteur public.

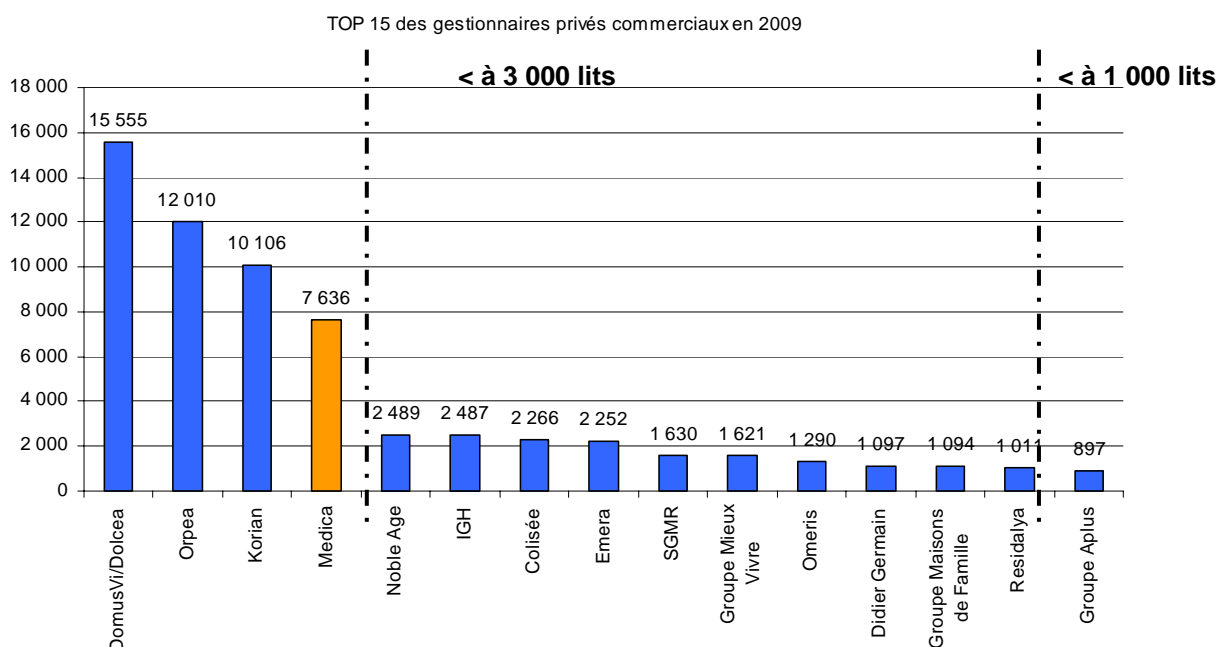
Si la capacité d'accueil globale du marché, soit 471 102 lits, est majoritairement publique (environ 49,3 % du nombre de lits disponibles à fin 2007, contre 28,8 % pour le secteur privé à but non lucratif et 21,9 % pour le secteur privé commercial), l'essentiel du développement ces dernières années est venu du secteur privé commercial qui a connu une croissance très supérieure à celle du secteur public (17,4 % sur la période 2003-2007 contre 5,6 % pour le secteur public (Source : DREES, Études et Résultats, n° 689, mai 2009, données à fin 2007). Compte tenu de la surface financière parfois plus importante des groupes du secteur privé commercial, ceux-ci sont en effet plus à même de procéder aux investissements nécessaires à la médicalisation et au développement de la capacité d'accueil en EHPAD.

En effet, selon une étude de la DREES, près de la moitié des places créées sur la période 2003-2007, soit environ 15 300 lits, proviennent du secteur privé commercial (Source : DREES, Études et Résultats, n° 689, mai 2009).

Le paysage concurrentiel du secteur commercial privé est composé de 2 grandes catégories d'intervenants :

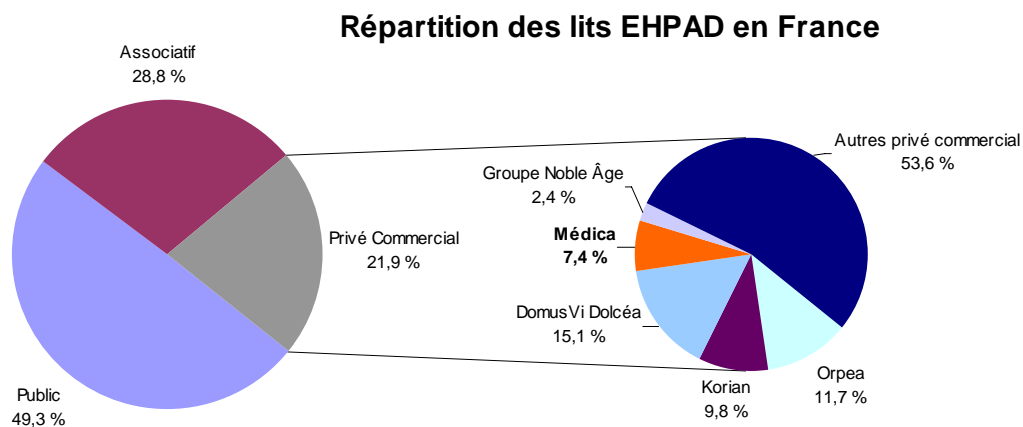
- les grands groupes cotés ou autres acteurs disposant d'une capacité d'accueil supérieure à 6 000 lits ; et
- les groupes ou structures indépendantes de taille plus réduite, détenus principalement par leurs dirigeants ou fondateurs.

Le graphique suivant présente la capacité d'accueil en nombre de lits des 15 premiers gestionnaires privés commerciaux en France en 2009 (Source : Mensuel des Maisons de Retraite, janvier 2010) :



En 2009, seuls 4 gestionnaires privés gèrent plus de 3 000 lits et une dizaine de groupes exploitent entre 800 à 3 000 lits. Les 15 premiers acteurs représentent à eux seuls 60 % du secteur privé commercial (Source : Mensuel des Maisons de retraite, janvier 2010). Malgré l'émergence de 5 grands acteurs nationaux du secteur privé commercial, le marché reste encore assez fragmenté, puisque celui-ci compte encore 800 exploitations individuelles et tend vers un mouvement de concentration. Les cinq grands acteurs privés commerciaux visés ci-dessus représentaient en effet près de 47 % de la capacité d'accueil totale du secteur privé commercial à fin 2009 contre environ 34 % à fin 2003 (Sources : Mensuel des Maisons de Retraite, décembre 2003 et janvier 2010).

Le graphique ci-après présente les parts de marché des différents acteurs de la dépendance pérenne en France :



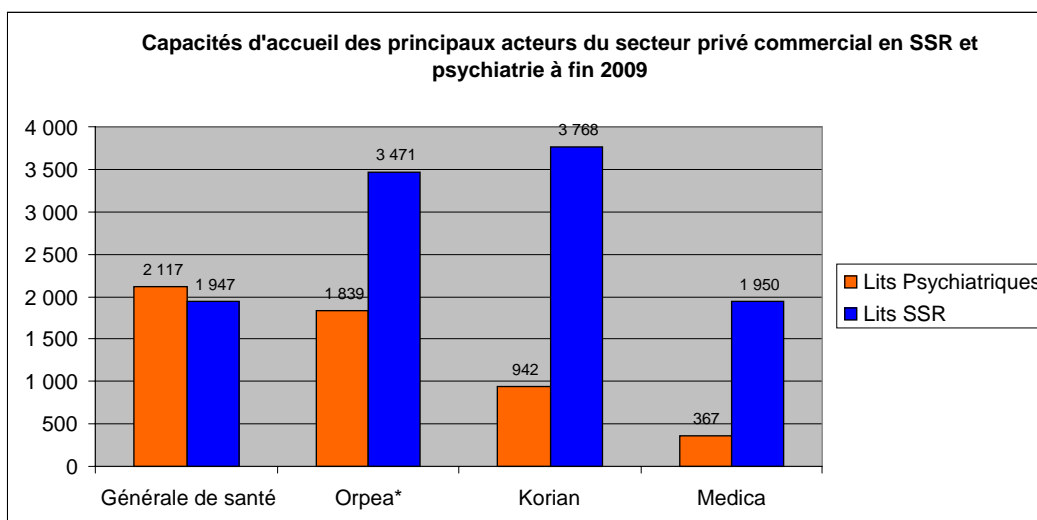
## 7.5.2 La prise en charge de la dépendance temporaire en France (secteur sanitaire)

Le secteur de la dépendance temporaire traite de pathologies variées et regroupe en conséquence un ensemble d'établissements de santé : les SSR (dont les établissements de soins de suite (SS) et les établissements de médecine physique et de réadaptation (MPR)) et les établissements psychiatriques. Le groupe MEDICA exerce ses activités sanitaires principalement au sein de ses établissements de SSR (voir paragraphe 16.2 « Le secteur sanitaire : la prise en charge de la dépendance temporaire »).

Le marché de la prise en charge de la dépendance temporaire est un marché fragmenté, à la spécialisation accrue, animé par de grands acteurs du secteur privé commercial.

Au 31 décembre 2008, la France disposait d'une capacité d'accueil en établissements de SSR permettant la prise en charge de personnes atteintes de dépendance temporaire de près de 98 000 lits (Source : DREES, Études et résultats, n° 716, février 2010), dont environ 40 500 lits dans le secteur public (41 %), 30 400 lits dans le secteur privé non lucratif (31 %) et 27 100 lits dans le secteur privé commercial (28 %). Par ailleurs, dans le domaine du secteur psychiatrique, la France disposait, au 31 décembre 2008, d'une capacité d'accueil de plus de 57 000 lits, dont environ 38 400 lits dans le secteur public (67 %), environ 7 700 lits dans le secteur privé non lucratif (13 %) et 11 040 lits dans le secteur privé commercial (19 %). Le secteur sanitaire en établissements de SSR apparaît encore davantage fragmenté que le secteur EHPAD. Ces établissements sont gérés par un très grand nombre d'acteurs de nature et de taille très diverses provenant du secteur privé commercial, du secteur associatif (établissements privés à but non lucratif) et du secteur public.

Le graphique suivant présente les principaux acteurs du secteur privé commercial des SSR et de la psychiatrie en France et leur capacité d'accueil en nombre de lits (Source : sociétés) :



\*Orpea : Données au 31/12/2008.

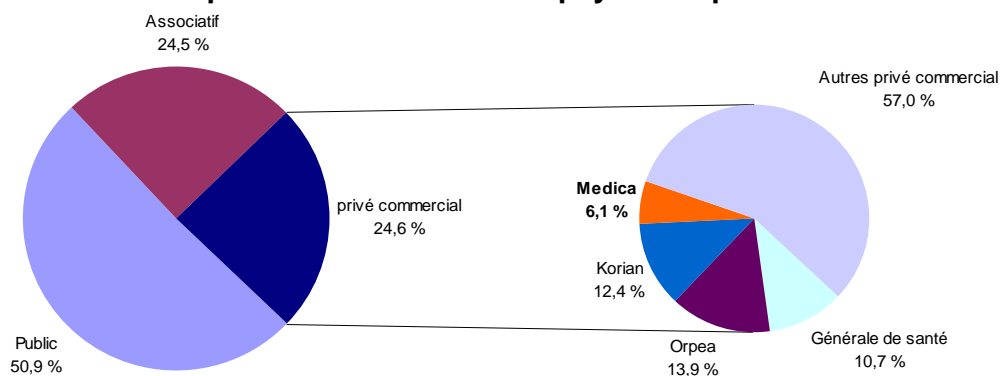
Le paysage sanitaire commercial français reste en effet très marqué par des établissements de taille réduite détenus par un ou plusieurs médecins ou leurs familles et apparaît encore davantage fragmenté que le secteur EHPAD. La grande majorité des structures est encore aujourd'hui indépendante et tend vers un mouvement de concentration, en raison notamment d'un mouvement général tendant vers une plus



grande spécialisation des établissements transformant des établissements polyvalents en centre spécialisés dans la prise en charge de pathologies particulières qui permettent ainsi de générer un chiffre d'affaires par lit plus important.

Les graphiques ci-après présentent les parts de marché des différents acteurs du secteur de la dépendance temporaire (SSR et établissements psychiatriques) en France à fin 2008 (Source : DREES, Études et résultats, n° 716, février 2010) :

### Répartition des lits SSR et psychiatriques en France en 2008



## **8 ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE EN FRANCE**

### **8.1 Le secteur EHPAD**

#### **8.1.1 Autorisations des EHPAD**

##### ***La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires***

Les Agences Régionales de Santé (« **ARS** ») ont été mises en place dans l'ensemble des 26 régions administratives depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010.

Les organigrammes constitutifs de leurs organisations ont été publiés et un fichier central informatisé a été mis en place. Celui-ci permet d'identifier tous les interlocuteurs sanitaires et médico-sociaux auxquels le groupe MEDICA est susceptible de se référer pour le traitement des dossiers et le suivi des établissements.

Les ARS ont pour objectif de renforcer l'échelon régional dans le pilotage des acteurs et la planification de la santé sur les territoires. Elles contribuent également au rapprochement nécessaire entre le secteur sanitaire et le secteur EHPAD, et remplacent, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010, les DDASS en qualité d'autorité compétente de l'Etat en matière d'autorisation préalable d'EHPAD (le Conseil Général restant compétent pour délivrer avec les ARS les autorisations conjointes).

La mise en place de cette loi prévoit également le développement d'une logique concurrentielle avec la mise en place systématique d'appels à projets. Ces appels à projets seront obligatoires pour tous les projets qui feront appel partiellement ou intégralement à des financements publics.

##### ***Création, transformation ou extension d'un établissement***

En application de l'article L.313-1 du CASF, la création, la transformation ou l'extension d'un EHPAD est soumise à une autorisation préalable, délivrée conjointement par l'autorité compétente de l'Etat (à savoir, pour cette matière, les ARS) et le président du Conseil Général.

La compétence en matière d'autorisation revient à la fois aux services de l'État (ARS) et au président du Conseil Général, car les prestations dispensées par les EHPAD sont susceptibles d'être financées pour partie par l'État ou l'assurance maladie et pour partie par l'aide sociale départementale.

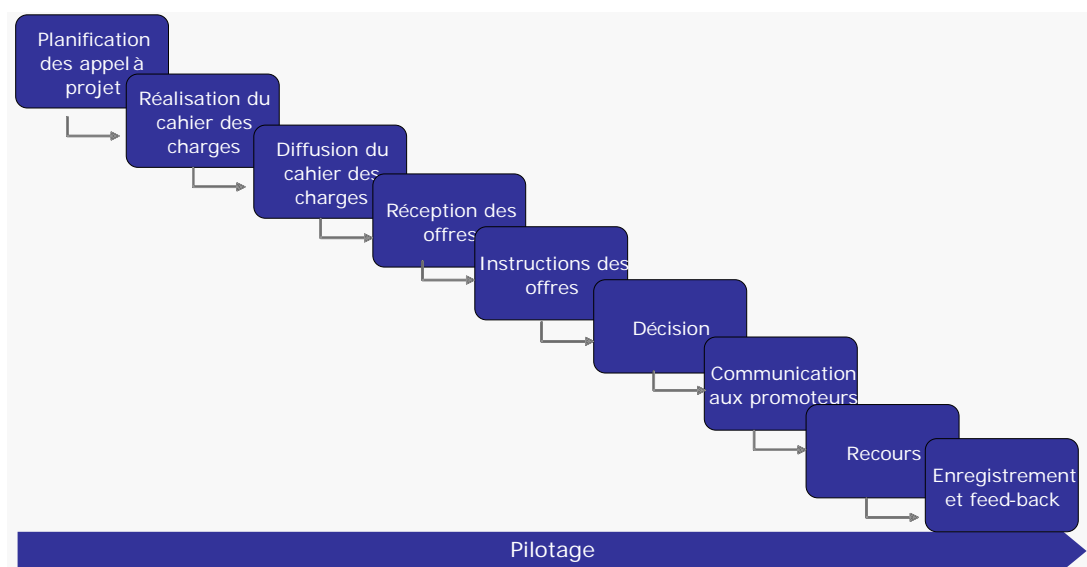
La loi Hôpital, Santé, Patients, Territoires (HPST) réforme la procédure d'autorisation en généralisant le recours à la procédure d'appel à projets pour la création, la transformation et l'extension de la capacité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, à financement public.

Certains principes issus de la loi vont guider l'écriture des cahiers des charges et la mise en œuvre des procédures d'appels à projets par les autorités locales :

- être transparent et équitable :
- permettre l'innovation (par la nature des prestations ou des activités proposées) et les expérimentations ;
- maîtriser les délais entre l'identification d'un besoin et la mise en œuvre d'une solution adaptée ;
- inscrire la procédure et le cahier des charges dans la continuité des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIACs) et du schéma dont relève le projet, et en synergie avec l'ensemble de la planification régionale du secteur (SROSMS) et des secteurs connexes (sanitaire...).

Le schéma suivant présente une vue générale de la procédure d'appel à projets. N'apparaissent pas sur ce schéma les interfaces avec les étapes d'amont (essentiellement « actualisation des schémas et des PRIACs ») et d'aval (en particulier « ouverture de la structure ») (Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, « Appel à projet généralisé », novembre 2009) :

*Schéma des phases de l'appel à projets*



L'autorisation initiale peut être accordée lorsque le projet de création d'établissement est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux du Schéma Gérontologique Départemental. Établis au niveau départemental pour une durée maximum de 5 ans, ces schémas ont pour objet, aux termes de l'article L.312-4 du CASF, d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante, et de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre. Les Schémas Gérontologiques Départementaux peuvent ainsi prévoir la programmation pluriannuelle des établissements et services qu'il serait nécessaire de créer, transformer ou supprimer.

L'autorisation peut être refusée pour des raisons uniquement financières, puisque la demande d'autorisation doit être compatible avec les dotations régionales et départementales de l'Assurance Maladie de l'exercice au cours duquel elle était instruite (même si sa mise en œuvre est postérieure).

Dans ce cas, il est procédé à un classement prioritaire de la demande par l'ARS et le Conseil Général.

Ce classement est effectué notamment au regard de l'aptitude du projet à répondre aux priorités établies par le Schéma Gérontologique Départemental. Les ordres de priorité de l'année précédente peuvent être modifiés si les nouvelles demandes présentent un degré supérieur de priorité. Le projet fera également l'objet d'une inscription au Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (« **PRIAC** »).

Le PRIAC est un outil de programmation pour chaque région qui fixe sur trois ans les priorités régionales et interdépartementales de financement des créations, extensions et transformations d'établissements ou de services au niveau régional.

Chaque année, l'analyse du PRIAC sert à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie pour négocier et répartir les crédits d'assurance maladie et les crédits de l'Etat en fixant les enveloppes régionales et départementales. L'objectif est de favoriser un rééquilibrage de l'offre médico-sociale sur l'ensemble du territoire national.

Par ailleurs, l'autorisation d'exploitation des EHPAD est délivrée sous réserve de la signature d'une convention tripartite avec l'ARS et le Conseil Général (voir paragraphe 8.1.3 ci-dessous « Tarification dans le cadre des conventions tripartites »), mais aussi d'une visite de conformité aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues aux articles D.312-156 à 312-161 du CASF. Ces règles imposent notamment :

- la présence d'un médecin coordonnateur qui, avec l'équipe soignante, élabore le projet de soins, donne un avis sur les admissions, évalue l'état de dépendance des résidents, veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, entre autres ;
- la mise en place d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ;
- l'aménagement d'une pièce rafraîchie pour les résidents.

La durée d'une autorisation d'exploitation est de 15 ans. Elle ne peut être accordée qu'avec l'accord des autorités compétentes concernées (l'ARS et Conseil Général). De même, tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance des autorités.

À son terme, l'autorisation peut être renouvelée, en fonction exclusivement des résultats de l'évaluation externe réalisée au plus tard 2 ans avant la date de renouvellement (voir la description paragraphe 8.1.2 ci-dessous « Evaluation des EHPAD »).

### 8.1.2 Évaluation des EHPAD

L'ensemble des EHPAD doit se soumettre à une procédure d'évaluation en deux phases :

- une auto-évaluation, dont les résultats doivent être communiqués tous les 5 ans aux autorités ayant délivré l'autorisation ;
- une évaluation externe, qui est réalisée au cours des 7 années suivant l'autorisation<sup>13</sup> et au plus tard 2 ans avant la date de son renouvellement par des organismes extérieurs et indépendants, et dont dépendra exclusivement le renouvellement tous les 15 ans de l'autorisation. Les organismes évaluateurs habilités par l'ANESM doivent respecter un cahier des charges fixé par décret garantissant leur indépendance et énonçant les principes méthodologiques d'évaluation (procédure, étapes successives, interprétation et publication des résultats).

Pour accompagner cette obligation et promouvoir les démarches d'évaluation et de recommandation de bonnes pratiques professionnelles, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 a créé l'ANESM, qui supervise l'évaluation (élaboration des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles) et délivre les habilitations aux organismes d'évaluation.

### 8.1.3 Tarification dans le cadre des conventions tripartites

Les EHPAD qui accueillent des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L.232-2 du CASF ouvrant droit au versement de l'APA, et dont le GIR Moyen Pondéré (« **GMP** »)<sup>14</sup> est supérieur à 300, devaient avoir signé au plus tard le 31 décembre 2007 une convention tripartite, avec le Conseil général et l'autorité compétente de l'État. A défaut d'une telle signature, ceux-ci ne peuvent plus bénéficier du statut d'EHPAD et ne peuvent donc plus accueillir des personnes âgées dépendantes depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ni recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

---

<sup>13</sup> Pour les autorisations obtenues avant juillet 2009, les établissements n'ont qu'une seule évaluation externe à réaliser, au plus tard deux ans avant la date de leur renouvellement.

<sup>14</sup> Le GMP est le niveau moyen de dépendance des résidents d'un établissement. Cet indicateur détermine le niveau des moyens qui seront accordés à l'établissement dans le cadre des dotations soins et dépendance. Le GMP s'établit sur une échelle de 70 (niveau de dépendance le plus bas) à 1 000 (niveau de dépendance le plus élevé).

La convention tripartite prévoit une décomposition des tarifs des EHPAD en 3 parties :

<b>Le tarif EHPAD : somme de trois composants</b>			
	<b>Tarif hébergement</b>	<b>Tarif Soins</b>	<b>Tarif Dépendance</b>
Part du tarif total (moyenne estimée)	70 %	20 %	10 %
Qui fixe le taux?	Tarif d'entrée fixé librement par l'établissement	L'ARS, en fonction de la dépendance et des pathologies de chacun (GIR 1-4 et PATHOS <sup>15</sup> ), et de critères de soins qualitatifs (article L.314-2 1° du CASF)	Le Conseil Général, basé sur la dépendance de chaque résident (article L.314-2 2° du CASF)
Qui paye en EHPAD?	Les Résidants (ou le Conseil Général pour les lits « aide sociale »)	Assurance Maladie	Le Conseil Général avec l'APA et les résidants pour le solde

### **Tarif hébergement**

Un tarif journalier afférent à l'hébergement, qui comprend l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'EHPAD qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies dont le montant est fixé librement par l'établissement, mais dont la réévaluation annuelle pour les résidants présents est soumise à un plafond fixé chaque année par arrêté du Ministre de l'Économie et des Finances.

Ces frais sont à la charge du résident, sauf dans le cas particulier des résidants bénéficiant de l'aide sociale. S'agissant de ces derniers, les tarifs des prestations sont fixés conjointement avec le Conseil Général dans le cadre de la convention d'aide sociale prévue par l'article L.342-3-1 du CASF (voir paragraphe 7.4.3 « Une solvabilité du marché soutenue par les finances publiques, les différentes aides de nature sociale ou fiscale et l'accroissement du niveau de vie des résidants » ci-dessus).

### **Tarif soins**

Un tarif journalier afférent aux soins, fixé par l'ARS après avis du Conseil Général correspond aux prestations paramédicales et, le cas échéant, médicales nécessaires à la prise en charge des affections des résidants. Il est versé directement par l'Assurance maladie aux établissements, dans le cadre d'une enveloppe budgétaire globale, en fonction du niveau de médicalisation de chaque établissement.

Depuis 2008, les dotations soins des établissements en phase de renouvellement de convention tripartite ou dont le GMP est supérieur à 800 ont été revalorisées en prenant également en compte le Pathos Moyen Pondéré (PMP), indicateur évaluant le niveau

<sup>15</sup> L'outil PATHOS, élaboré en partenariat avec le Syndicat National de Gérontologie Clinique et le Service Médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, complémentaire de la grille AGGIR, il permet de réaliser une analyse transversale des besoins en soins requis résident par résident.

technique des soins pris en charge<sup>16</sup>. Des enveloppes complémentaires sont également attribuées aux établissements afin de financer des dispositifs médicaux à compter du 1<sup>er</sup> août 2008. La liste du petit matériel médical, des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable composant ces « dispositifs médicaux » est fixée par arrêté du 30 mai 2008. En revanche, les médicaments restent la plupart du temps à la charge du résident. Sur ce point, la réintégration des médicaments dans le forfait soins serait prévue pour 2011.

### ***Tarif dépendance***

Un tarif journalier afférent à la dépendance, fixé par le Conseil Général après avis de l'ARS, et qui recouvre l'ensemble des prestations d'aide, de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, et qui ne sont pas liées aux soins ; ce tarif est acquitté par le résident, qui selon son niveau de dépendance et ses revenus peut bénéficier de l'APA, telle que décrite dans le paragraphe 7.4.3 « Une solvabilité du marché soutenue par les finances publiques, les différentes aides de nature sociale ou fiscale et l'accroissement du niveau de vie des résidents ».

#### **8.1.4 Projet de décret relatif à la tarification des EHPAD**

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009 (la « **LFSS 2009** ») est venu modifier le régime de tarification des EHPAD qui relèvent, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, d'une tarification dite « à la ressource » et « en fonction des besoins des personnes ».

Le projet de décret d'application de cette réforme, pris en application du nouvel article L.314-2 du CASF, induit une modification du système de fixation des tarifs soins et dépendance et instaure un contrôle à posteriori, afin de vérifier que les engagements pris dans le cadre de la convention tripartite ont bien été mis en œuvre par les établissements.

L'entrée en vigueur de la réforme devrait être progressive. Ce nouveau régime serait applicable aux établissements au fur et à mesure de la conclusion ou du renouvellement de leurs conventions tripartites ou CPOM.

### ***Evolution du tarif soins***

Le projet de décret d'application de la LFSS 2009 envisage, s'agissant de la tarification des EHPAD, une consolidation de la tarification du soin selon une équation tarifaire plus globale incluant notamment, en sus de la pratique actuelle, les rémunérations des médecins intervenant dans l'établissement, des actes de biologie et radiologie ou des psychologues.

Cette équation tarifaire permettrait ainsi de passer d'une tarification « historique » fondée sur l'opposabilité des charges des établissements à une tarification déterminée préalablement en fonction du niveau de soins requis pour les résidents pris en charge.

Ce forfait global relatif aux soins serait arrêté annuellement et/ou sur la base d'une évaluation du niveau de dépendance moyen et des besoins en « soins requis » des résidents de l'établissement au moyen d'une coupe « PATHOS ».

---

<sup>16</sup> Le PMP est un indicateur permettant d'évaluer les moyens nécessaires à la réalisation des soins. Cet indicateur vient compléter le GMP pour définir le niveau de la dotation soins des établissements dans le cadre de leurs conventions tripartites.

Ces dispositions visent également la mise en œuvre d'une harmonisation progressive du calcul de la dotation soins sur l'ensemble du territoire national.

### ***Réintégration des médicaments***

L'article 64 de la LFSS 2009 a posé le principe d'une expérimentation relative aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge consistant à intégrer les dépenses de médicaments dans le forfait soins des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur à partir de 2011.

Cette réforme s'appuie sur le constat d'une iatrogénie médicamenteuse préoccupante chez les personnes âgées, à l'origine de 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans. Cette mesure a pour but de coordonner l'action des professionnels de santé autour du résident (notamment médecin coordinateur, pharmacien d'officine référent ou non, médecins libéraux prescripteurs), tout en régulant la consommation de médicaments. Ce nouveau mode de financement des médicaments incite à réguler et à optimiser la consommation pharmaceutique dans le contexte d'une nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

Une expérimentation est conduite depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2009 auprès de 279 établissements en France. Dans ce cadre, 5 établissements du groupe MEDICA ont été retenus.

La dotation attribuée aux établissements participant à cette expérimentation a été calculée sur la base des dépenses de médicaments remboursables aux résidents durant le premier semestre 2009. Cette dotation évaluée en 2010 représente un chiffre d'affaires moyen de 4,1 euros par lit et par jour.

### ***Evolution du tarif dépendance***

Le décret créerait également un forfait dépendance global se substituant aux tarifs actuels. Ce forfait couvrirait exactement les dépenses constatées dans chaque établissement, le président du Conseil Général ayant la possibilité de le faire converger progressivement par référence à une norme départementale.

### ***Dispositifs budgétaire et contrôle***

En contrepartie de la plus grande liberté qui serait ainsi laissée aux établissements dans l'affectation des charges, le projet de décret prévoit un mécanisme de contrôle a posteriori, afin de vérifier que les engagements pris dans le cadre de la convention tripartite ont bien été mis en œuvre.

## **8.2 Le secteur sanitaire : activités de soins de suites et de réadaptation (« SSR ») et de soins psychiatriques**

Les établissements sanitaires sont depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 sous la tutelle des ARS, interlocuteurs des hôpitaux publics, cliniques privées et des EHPAD. Les ARS assurent un pilotage unifié du système territorial de santé, regroupant tous les organismes chargés des politiques territoriales de santé.

Celles-ci sont en effet compétentes sur l'ensemble du domaine de la santé (préventif, curatif et médico-social) pour définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action



sociale et médico-sociale et des principes fondamentaux de l'assurance maladie (universelle, obligatoire et solidaire). Les ARS sont en charge :

- d'organiser la veille et la sécurité sanitaires ainsi que l'observation de la santé ;
- de définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé ;
- de contribuer à la gestion des crises sanitaires en liaison avec le Préfet ;
- de réguler l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier, tant dans sa dimension territoriale, pour assurer une meilleure répartition de l'offre sur le territoire, que dans sa dimension économique, en vue d'une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses.

### **8.2.1 Autorisation des établissements sanitaires**

#### ***Création des établissements sanitaires***

Les établissements de SSR et les établissements de soins psychiatriques sont des établissements de santé régis par le Code de la santé publique (« **CSP** »). Leur création ainsi que l'installation de certains équipements matériels lourds sont soumis à l'autorisation de l'ARS dans le cadre de la Commission Régionale de Santé et de l'Autonomie.

Les autorisations, accordées sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité, sont liées au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation ; elles peuvent être retirées ou suspendues en cas de non-respect de ces engagements ou de manquements aux dispositions législatives et réglementaires applicables.

Les autorisations, qui valent autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, sont délivrées pour une période de 5 ans et leur renouvellement est subordonné à la réalisation d'une évaluation adressée à l'ARS 14 mois avant leur échéance. Au vu des résultats de cette évaluation le renouvellement pourra, le cas échéant, intervenir tacitement, si l'ARS n'enjoint pas au titulaire de l'autorisation, un an avant son échéance, de déposer un dossier de renouvellement selon la procédure initiale (dépôt d'un dossier, avis du CRAS, décision de l'ARS).

#### ***Mise en conformité des établissements de soins de suite et de réadaptation***

Deux décrets du 17 avril 2008 ont modifié les conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement de ces établissements. Selon le nouvel article R.6123-118 du CSP, l'activité de soins de suites et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend le cas échéant des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

En application de cette réforme, toute structure autorisée en SSR devra être en mesure d'assurer les missions suivantes :

- soins médicaux, rééducation et réadaptation ;

- actions de prévention et d'éducation thérapeutique ;
- préparation et accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Les autorisations, accordées sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité, sont liées au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation. Celles-ci peuvent être retirées ou suspendues en cas de non-respect de ces engagements ou de manquements aux dispositions législatives et réglementaires applicables. Ces autorisations, qui valent autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, sont délivrées pour une période de 5 ans et leur renouvellement est subordonné à la réalisation d'une évaluation adressée à l'ARS 14 mois avant leur échéance. Au vu des résultats de cette évaluation le renouvellement pourra, le cas échéant, intervenir tacitement, si l'ARS n'enjoint pas au titulaire de l'autorisation, un an avant son échéance, de déposer un dossier de renouvellement selon la procédure initiale (dépôt d'un dossier, avis du CRAS, décision de l'ARH).

En vertu de ce nouveau régime, l'ensemble des établissements exerçant les activités de SSR doit redéposer des dossiers de demande d'autorisation. La première fenêtre de dépôt de dossiers a été ouverte jusqu'à fin novembre 2009 et les derniers dossiers seront déposés avant la fin de la fenêtre se terminant courant juin 2010. Les établissements seront alors soumis à un délai pouvant atteindre 2 ans à compter de leur autorisation, pour se mettre en conformité avec les nouvelles conditions fixées par les articles R.6123-118 à 126 du CSP et les nouvelles règles de fonctionnement décrites aux articles D.6124-177-1 et suivants du même code, et pour respecter les engagements pris dans le cadre de leurs dossiers d'autorisation.

Dans le cadre de ces autorisations, les établissements pourront exercer, pour tout ou partie des activités spécialisées dans le respect des fiches techniques définies à cet effet dans le Décret DHOS n° 2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SSR et dans la Circulaire N° DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Il existe neuf mentions spécialisées : appareil locomoteur ; système nerveux ; cardiovasculaire ; respiratoire ; système digestif, métabolique et endocrinien ; affections onco-hématologiques ; brûlés ; conduites addictives ; et personnes âgées polyopathologiques ; dépendantes ou à risque de dépendance.

En tout état de cause, tout établissement de soins de suite et de réadaptation conserve sa mission de proximité pour les soins de suite polyvalents et doit donc être en mesure d'accueillir des patients relevant de cette activité. A cet égard, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (« **OQOS** ») devraient déterminer un nombre de journées global, laissant aux établissements qui auront opté pour une spécialisation le choix de la ventilation entre soins de suite polyvalents et soins de suite spécialisés.

### 8.2.2 Certification<sup>17</sup>

L'article L.6113-3 du CSP prévoit que les établissements de santé doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification, qui est effectuée par des

---

<sup>17</sup> Anciennement appelée « accréditation ».

professionnels indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle.

Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de Santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

### **8.2.3 Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**

Par ailleurs, l'article L.6114-1 du CSP prévoit la mise en place au plus tard 3 mois après la délivrance de l'autorisation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens négocié et conclu avec le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation compétente pour une durée maximale de 5 ans. Ces contrats, notamment, déterminent les orientations stratégiques des établissements sur la base des SROS, définissent un certain nombre d'objectifs qualitatifs (qualité et sécurité des soins) et quantitatifs (activités de soins) imposés à l'établissement et comporte le calendrier de la procédure de certification (voir paragraphe 8.2.2 « Certification » ci-dessus). Le contrat détermine également les tarifs applicables aux prestations de soins dispensées par l'établissement.

Ce type de contrat précise également les pénalités financières applicables en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements par l'établissement. En cas de manquement grave de l'établissement de santé, le contrat peut être résilié par l'ARS (article L.6114-1 du CSP). Cette sanction est fixée par la commission exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, à la suite d'un contrôle sur site.

A la date du présent document, le groupe MEDICA n'a fait l'objet d'aucune sanction, ni d'aucune pénalité financière.

### **8.2.4 Tarification**

Les tarifs des prestations de soins et d'hospitalisation restent fixés, conformément aux articles L.162-22-1 et suivants et R.162-21 et suivants du Code de la sécurité sociale, par l'ARS par voie d'avenants tarifaires au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, sur la base des tarifs antérieurs auxquels est appliqué un taux d'évolution déterminé à partir de l'Objectif quantifié national (« **OQN** ») relatif aux activités de psychiatrie et de SSR. Cet Objectif représente l'enveloppe annuelle des dépenses de soins pris en charge par la Sécurité Sociale ; il est défini par les ministres chargés de la santé et de la Sécurité Sociale, de l'économie et du budget en fonction de l'ONDAM fixé par la loi de financement de la Sécurité Sociale. L'Etat détermine, en fonction de l'OQN, l'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région ainsi que les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales. Les tarifs applicables à chaque établissement sont ensuite fixés par le directeur de l'ARS par voie d'avenants tarifaires au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La Sécurité Sociale verse ainsi pour chaque patient pris en charge un prix de journée.

La TAA fondera l'allocation des ressources accordées aux établissements sanitaires sur le volume et la nature de l'activité mesurés, pour l'essentiel, par le PMSI (voir paragraphe 8.2.5 « Programme de médicalisation du système d'information »). L'analyse des informations administratives et médico-économiques fournies par le PMSI permettra de classer le séjour de chaque patient au sein d'un Groupe de Morbidité Dominante

(« **GMD** »), associé à un tarif opposable à la Sécurité Sociale. Les tarifs de séjour seront donc calculés à partir de ce « groupage » de « malades comparables » au point de vue médical et en terme de mobilisation de ressources, avec pondérations selon l'intensité des prises en charge.

Les frais autres que ceux de santé, notamment ceux liés aux prestations de confort (chambre particulière, télévision, téléphone...) sont payés directement par le patient, et peuvent être pris en charge par son assurance complémentaire ou sa mutuelle.

### **8.2.5 Programme de médicalisation du système d'information**

Les établissements sanitaires doivent procéder à l'analyse de leur activité (article L.6113-7 du CSP). Ils désignent à cet effet un médecin responsable de l'information médicale qui reçoit de ses confrères les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse. Celle-ci suppose la mise en œuvre de systèmes d'information qui font l'objet d'un programme de médicalisation du système d'information (le « **PMSI** »), tenant compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge des patients, en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts, de favoriser l'optimisation de l'offre de soins et de mettre en place une tarification plus adaptée. Le PMSI sera en effet l'instrument de base de la future tarification à l'activité pour les établissements sanitaires.

Les informations recueillies, une fois rendues anonymes, sont transmises à l'agence technique de l'information hospitalière qui effectue un traitement statistique permettant une description quantitative et qualitative de l'activité. L'ensemble est utilisé pour la rédaction des SROS, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des études épidémiologiques mais aussi pour le pilotage interne des établissements.

## **8.3 Autres réglementations**

### **8.3.1 Etablissements recevant du public**

Les EHPAD ainsi que les établissements de soins de suite et de réadaptation, mais aussi psychiatriques, sont soumis à la réglementation applicable aux établissements recevant du public figurant aux articles L.111-8 et R.123-2 et suivants du Code de la construction et de l'habitation. A ce titre, les bâtiments doivent être aménagés et exploités dans des conditions qui permettent de prévenir les risques d'incendie et de panique (conception, aménagement, matériaux et éléments de construction des bâtiments, consignes de sécurité, équipements particuliers, etc.). L'ouverture au public est subordonnée à une autorisation délivrée par l'autorité ayant accordé le permis de construire, après vérification des mesures prises par une commission de sécurité.

### **8.3.2 Déchets**

Les EHPAD comme les établissements sanitaires produisent des déchets d'activités de soins à risques infectieux (« **DASRI** ») pour lesquels ils sont tenus de respecter des conditions d'entreposage et de conditionnement particulières (durée maximale d'entreposage, séparation d'autres déchets, utilisation d'emballages et récipients à usage unique conformes à des normes techniques de sécurité, notamment).

Les EHPAD et les établissements sanitaires sont tenus d'assurer l'élimination de ces DASRI en recourant à un prestataire qui les collecte et les élimine par incinération ou pré-traitement par désinfection.

## 9 PRÉSENTATION DU MARCHÉ EN ITALIE

### 9.1 Le vieillissement démographique en Italie

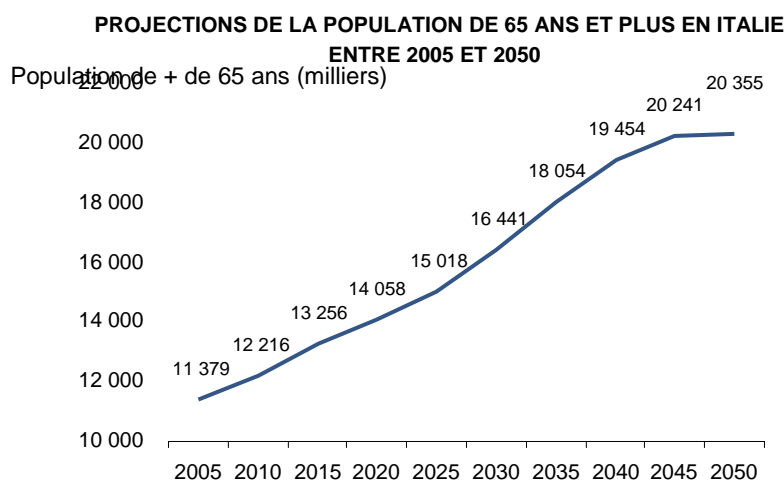
#### *Un vieillissement global de la population de 65 ans et plus*

L'Italie compte à l'heure actuelle près de 12 millions de personnes âgées de plus de 65 ans d'après l'*Istituto Nazionale di Statistica* (« ISTAT »), contre environ 10,7 millions en France selon l'INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2009. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus fait de l'Italie l'un des pays ayant le plus important taux de personnes âgées au monde et l'une des populations vieillissant le plus rapidement.

En effet, la population italienne était déjà composée en 2002 de 18,5 % de personnes âgées de plus de 65 ans (Sources : site Internet ISTAT ; données 2004), contre seulement 16 % en France, en l'an 2000 (Source : INSEE « Projections de population pour la France métropolitaine à horizon 2050 », juillet 2006). En 2009, la part des plus de 65 ans représente aujourd'hui 20 % de la population totale italienne (INED, Population et Sociétés numéro 458).

À l'horizon 2050, la part des personnes âgées de plus de 65 ans devrait continuer de croître pour atteindre 20 millions de personnes (contre 18,3 millions environ en France), soit 33,0 % de la population contre seulement 26,2 % en France (Source : ISTAT - données 2007).

Le graphique suivant illustre les projections démographiques de la population âgée de plus de 65 ans en Italie sur la période 2005-2050, en milliers de personnes (Source : ISTAT - données 2007) :



Cet accroissement des tranches âgées de la population s'explique notamment, par une espérance de vie élevée. En effet, l'espérance de vie à la naissance des Italiens est la plus forte d'Europe et une des plus élevées au monde : les hommes y vivent en moyenne 78,9 ans tandis que les femmes vivent 84,4 ans (Source : ISTAT « L'Italie en chiffres », 2009).

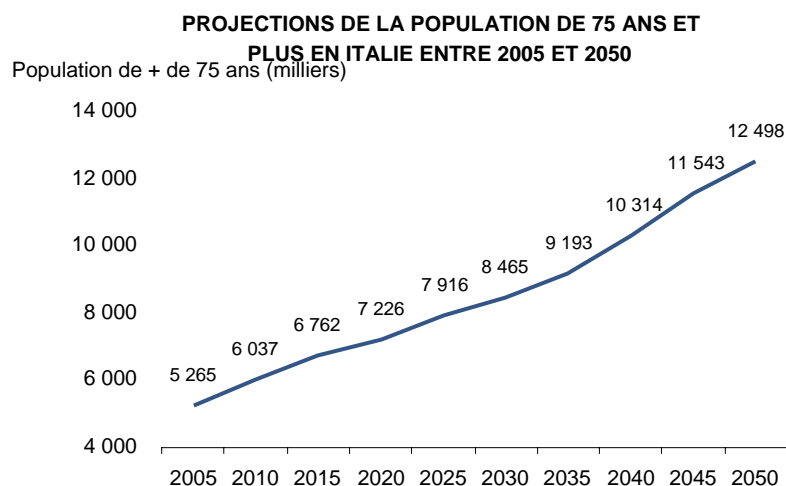
On constate que 28 % de la population âgée de plus de 65 ans est concentrée dans les régions de Lombardie, Piémont et Ligurie (régions au sein desquelles le groupe MEDICA est présent).

*Une croissance du « survieillessement » et de la population des « grands aînés »*

A l'instar de la France, la croissance de la population sera encore plus marquée pour les tranches les plus âgées de la population.

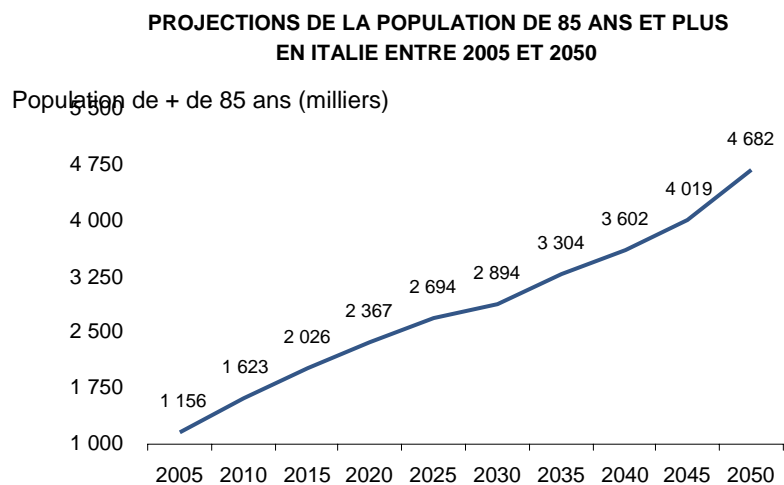
Selon les projections démographiques 2005-2050 réalisées par l'ISTAT présentant l'évolution de la population et en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, le pays compterait en 2050 environ 62 millions d'habitants, dont près de 12,5 millions seraient âgés de plus de 75 ans. A cette date, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans aurait ainsi plus que doublé par rapport à 2005.

Le graphique suivant illustre les projections démographiques de la population âgée de plus de 75 ans en Italie sur la période 2005-2050, en milliers de personnes (Source : ISTAT - données 2007) :



Cet accroissement de la population des « grands aînés » sera encore plus marqué en 2050 pour les personnes âgées de 85 ans et plus.

Le graphique suivant illustre les projections démographiques de la population âgée de plus de 85 ans en Italie sur la période 2005-2050, en milliers de personnes (Source : ISTAT - données 2007) :



L'Italie compterait alors en 2050, près de 4,7 millions de personnes âgées de plus de 85 ans (ce qui représente un taux de croissance annuel de ce segment de la population de 3,2 % sur la période 2005-2050), soit 7,8 % de la population totale (Source : ISTAT - données 2007).

Enfin, l'on constate que 27 % de la population des personnes âgées de plus de 85 ans sont concentrés dans les régions de Lombardie, Piémont et Ligurie (régions au sein desquelles le groupe MEDICA est présent) (Source : ISTAT, données 2007).

## 9.2 L'augmentation de la dépendance

On retrouve en Italie beaucoup des caractéristiques présentes dans les autres pays européens. En effet, en Italie, si la proportion de personnes dépendantes âgées de plus de 65 ans atteint 20,5 % (Source : Censis, institut de recherches italien, juillet 2005), celle-ci augmente rapidement pour atteindre 47,5 % chez les plus de 80 ans.

La population italienne est ainsi caractérisée par un vieillissement démographique rapide entraînant nécessairement, comme en France, une hausse du nombre de personnes âgées dépendantes, du fait du taux de prévalence plus élevé de la dépendance aux grands âges.

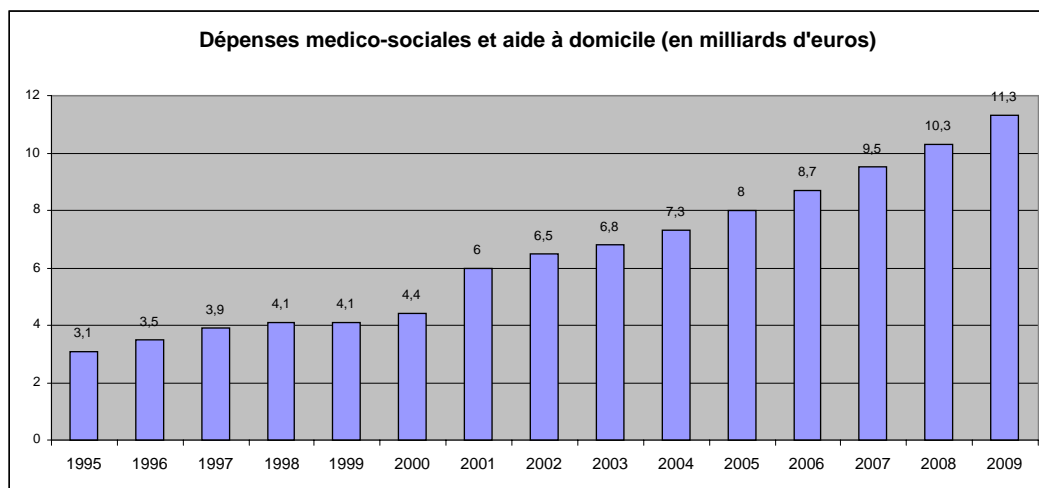
## 9.3 La faible part des personnes âgées en institutions

Le marché italien se différencie de la France par la faible part de personnes présentes dans des institutions spécialisées par rapport aux autres pays européens : environ 2,7 % des plus de 65 ans contre 5,4 % au Royaume Uni et 6,1 % en France. Cela s'explique par deux facteurs : la faiblesse de l'offre du secteur public et le rôle important de la famille dans l'attention portée aux ascendants, particulièrement dans le Sud de l'Italie.

Le vieillissement accéléré de la population, la hausse croissante de la dépendance qui en résulte et la part de personnes âgées en institutions plus faible que dans les autres

pays européens font que le marché italien présente un potentiel de croissance particulièrement élevé.

Le graphique ci-dessous indique d'ailleurs que les dépenses liées au secteur EHPAD et à l'aide à domicile ont progressé de 265 % entre 1995 et 2009 (Source : Ministère de la Santé Italien 2004 / estimations à partir des données du Ministère) pour atteindre 11,3 milliards d'euros en 2009 :



#### 9.4 L'offre des établissements spécialisés accueillant des personnes âgées dépendantes

A l'instar du marché français, l'offre totale d'établissements de prise en charge des personnes âgées est largement inférieure aux besoins. Elle est encore plus fragmentée que le marché français et elle est marquée par de fortes disparités régionales.

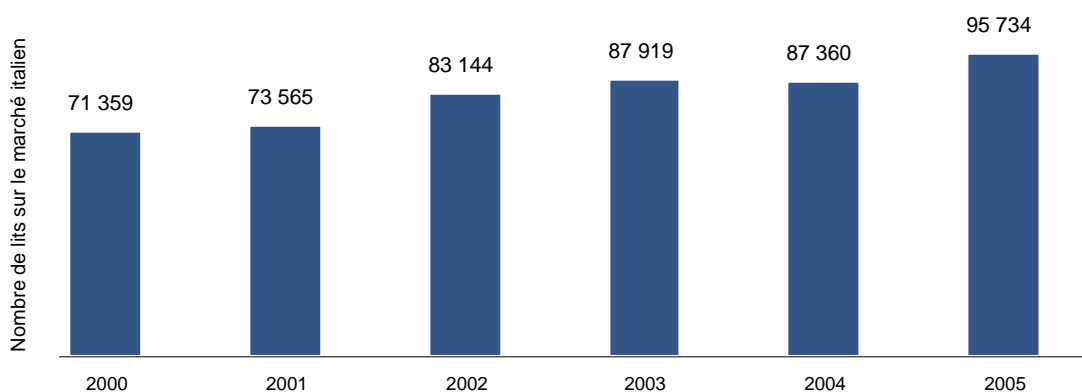
Le marché italien disposait en 2005 d'une capacité d'accueil d'environ 340 000 lits au total dont seulement 95 734 lits en RSA<sup>18</sup>, ce qui représente environ 150 lits RSA pour 100 000 habitants.

---

<sup>18</sup> *Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani* - Equivalent d'un EHPAD en France.



Le graphique ci-dessous illustre l'évolution du nombre de lits en Italie sur la période 2000-2005 (Source : ISTAT - données 2005) :

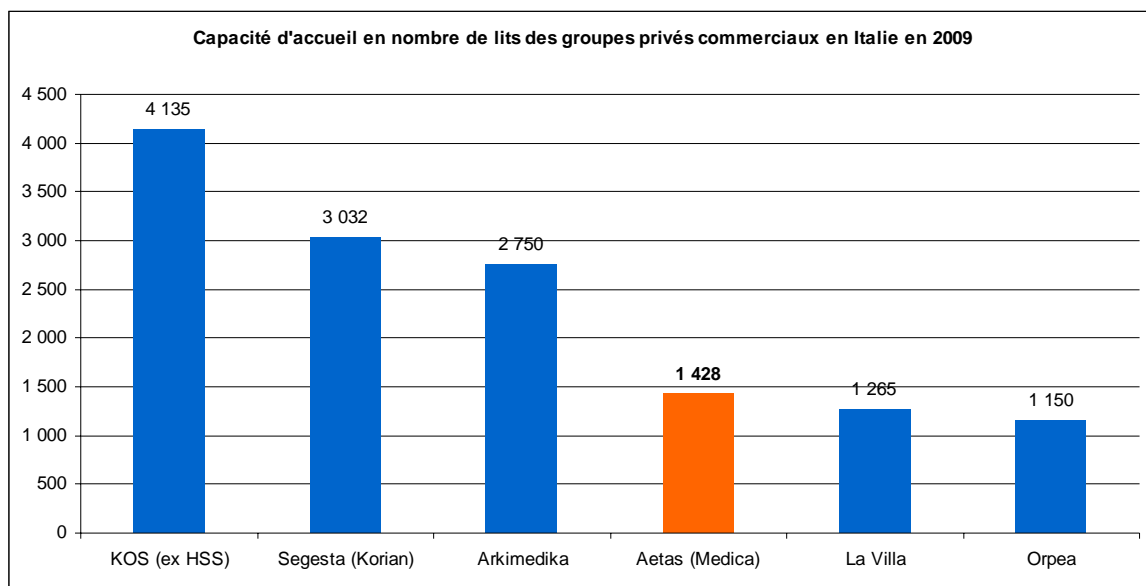


L'essentiel de l'offre de prise en charge est concentré dans les régions du Nord de l'Italie qui représentent en 2005 près de 77 % de l'offre en RSA (soit 73 688 lits en 2005). Les régions de Lombardie, Piémont et Ligurie, où le groupe MEDICA est présent, représentent à elles seules près de 62 % de la capacité d'accueil italienne en RSA, soit environ 59 492 lits en 2005 (Source : ISTAT - données 2005).

Environ 45 % des lits RSA sont gérés par le secteur public, 35 % par le secteur lucratif et 20 % par le secteur privé (Etude ISTAT « *Assistenza residenziale in Italia : regioni a confronto* »). Dans les deux régions majeures que sont la Lombardie et le Piémont, le secteur privé commercial représente respectivement 15 % et 25 % de l'offre de prise en charge.

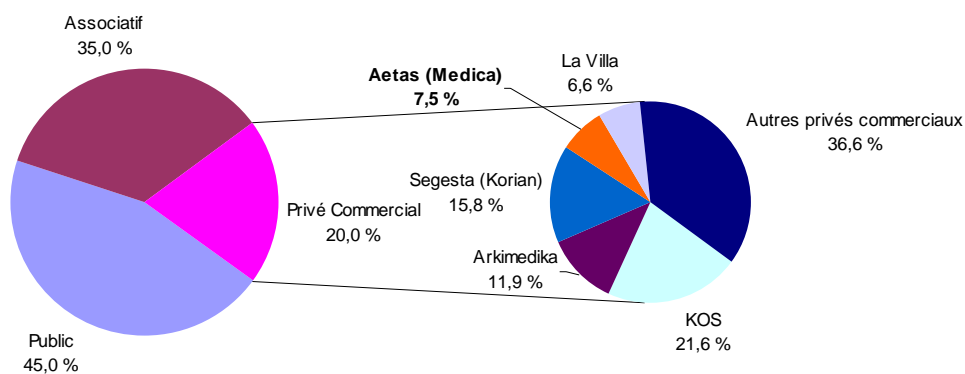
La structure de l'offre apparaît très fragmentée avec une multitude d'acteurs de taille moyenne. Le secteur privé commercial regroupe peu de groupes privés structurés malgré l'émergence récente d'acteurs multirégionaux : KOS, Arkimédica, Segesta (Groupe Korian), MEDICA (au travers d'Aetas).

Le graphique suivant présente la capacité d'accueil en nombre de lits des principaux gestionnaires privés commerciaux en Italie en 2009 (Source : sociétés) :



Le graphique ci-après présente les parts de marché des différents acteurs en Italie :

### Répartition des lits RSA en 2009



## **10 ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE ET FINANCEMENT EN ITALIE**

L'environnement réglementaire et le financement de l'activité du groupe MEDICA en Italie s'organisent autour d'un système d'autorisations (conventions) planifié par les régions.

### **10.1 La réglementation**

Au niveau réglementaire, les concepts d'autorisation et d'accréditation ont été promulgués par la loi du 14 janvier 1997.

Pour obtenir l'autorisation d'un établissement RSA<sup>19</sup>, la réglementation nationale édicte des exigences structurelles et organisationnelles minimales (comme la structure, l'organisation ou l'équipement technologique) pour les maisons de retraite publiques ou privées qui aboutissent ensuite, si elles sont respectées, à la délivrance d'une autorisation. Un établissement ne peut pas compter, par exemple, plus de 120 lits.

Le processus d'accréditation permet ensuite à un établissement RSA de bénéficier des prestations de l'assurance maladie. Une fois l'accréditation obtenue, le RSA perçoit de la part de l'assurance maladie régionale une rémunération pour ses prestations. Le RSA est soumis aux normes édictées par la région en termes organisationnels et structurels.

Chaque région peut ensuite adopter ses propres règles qui peuvent être, si elle le souhaite, plus contraignantes que les exigences nationales.

Le système d'autorisation (l'équivalent français de la convention) est ainsi planifié par les régions puis mis en œuvre par les ASL locales<sup>20</sup>.

Les établissements sont contrôlés notamment par les tutelles, dans le cadre de contrôles inopinés.

### **10.2 Un financement au niveau des régions**

En Italie, depuis la loi constitutionnelle de décentralisation de 2001, l'ensemble des politiques sociales, dont les politiques de soins de longue durée, a été transféré aux régions et relève de leur compétence exclusive.

A partir du moment où un établissement est accrédité, il existe deux sources de revenus :

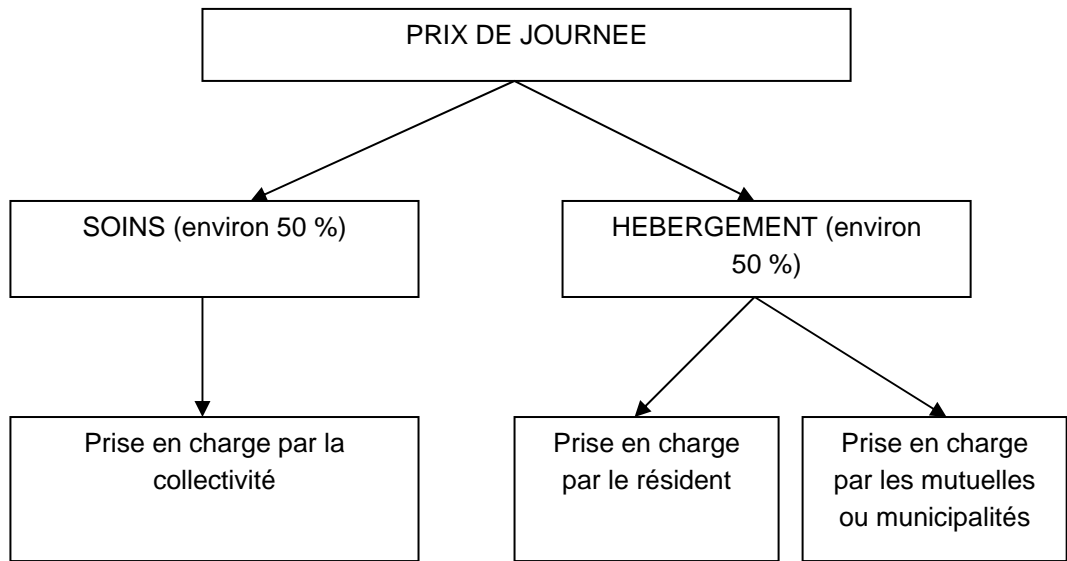
- les soins : financés par les ASL locales ;
- l'hébergement : pris en charge selon la situation du résidant par les municipalités et par les mutuelles.

Le tarif hébergement est fixé librement par les établissements.

---

<sup>19</sup> Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani - Equivalent d'un EHPAD en France.

<sup>20</sup> Aziende Sanitari Locali – autorités de tutelle italiennes.



## 11 AVANTAGES CONCURRENTIELS

Le groupe MEDICA considère que ses principaux atouts concurrentiels sont les suivants :

### **Un acteur de référence sur un marché fragmenté et caractérisé par de fortes barrières à l'entrée**

Le groupe MEDICA est un acteur de référence du secteur de la prise en charge de la dépendance en France et en Italie. Avec un total de 148 établissements, pour une capacité d'accueil de 11 381 lits au 31 décembre 2009, le groupe MEDICA est ainsi le 3<sup>ème</sup> opérateur français dans le secteur de la dépendance eu égard à sa présence sur les deux secteurs EHPAD et sanitaire et le 2<sup>ème</sup> opérateur français en Italie.

Le caractère fortement réglementé des marchés sur lesquels le groupe MEDICA exerce son activité, et notamment le système d'autorisation préalable d'exploitation, constitue une véritable barrière à l'entrée pour de nouveaux intervenants dans un marché du secteur privé commercial et associatif encore très fragmenté et offrant d'importantes opportunités de consolidation.

Dans ce contexte, la taille du groupe MEDICA et notamment sa présence sur l'ensemble du territoire français et dans les régions parmi les plus prospères d'Italie, associée à son expérience et son savoir-faire tant dans le cadre des relations avec les collectivités et les administrations locales, qu'en matière de réalisation d'acquisitions, lui confère une position privilégiée pour participer à la consolidation du secteur.

### **Une importante couverture géographique dans les principaux bassins de population français et italiens**

Le groupe MEDICA est fortement présent sur les principaux bassins de population en France (en particulier au sein des régions Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur) comme en Italie (Piémont et Lombardie), dans des régions à forte densité démographique où la demande en établissements spécialisés dans la prise en charge de la dépendance est forte et le niveau de vie est généralement élevé.

Cette présence dans des régions disposant d'un important potentiel de croissance et présentant un fort niveau de solvabilité favorise la mise en œuvre d'une politique de *yield management* ambitieuse. Par ailleurs, une présence régionale forte contribue à renforcer la visibilité et la crédibilité du groupe MEDICA, aussi bien auprès des nouvelles ARS dans le cadre du futur système d'appels à projets, qu'auprès d'éventuelles sociétés cibles.

### **Une forte capacité de création et de restructuration d'établissements**

Le groupe MEDICA a démontré sa capacité à conduire avec succès des opérations de création et de restructuration d'établissements tant dans le secteur sanitaire, que dans le secteur EHPAD.

Pour mettre en œuvre cette stratégie, le groupe MEDICA bénéficie d'une équipe dédiée et expérimentée qui s'appuie sur de nombreux opérateurs de référence du secteur de la construction et de la promotion immobilière. Dans le cadre de la politique de contractualisation du groupe MEDICA, cette équipe est par ailleurs intégrée à la Direction Sanitaire et Médico Sociale, elle-même en charge des relations permanentes avec les autorités locales (ARS, DDASS, Conseils Généraux, etc.).

Cette équipe bénéficie ainsi d'une relation de proximité régulière tant avec les autorités locales, qu'avec l'ensemble des interlocuteurs impliqués dans les processus de création et de tarification des établissements.

### **Une croissance externe et une capacité d'intégration maîtrisées**

Le groupe MEDICA a mis en œuvre au cours des dernières années une politique de croissance externe dynamique à laquelle il a consacré une part importante de ses investissements. Cette stratégie d'acquisition a contribué à une forte accélération de la croissance du groupe MEDICA.

Le groupe MEDICA a également démontré sa capacité à intégrer de nouveaux établissements au sein du réseau existant. Il a notamment démontré sa maîtrise d'opération de croissance externe de taille significative, aussi bien en France qu'à l'étranger, avec le groupe AETAS et sa capacité à aligner rapidement la marge opérationnelle des établissements acquis sur le niveau de rentabilité de ses autres établissements.

### **Une gestion immobilière performante**

Dans le cadre de sa politique active de gestion immobilière, le groupe MEDICA a développé des relations privilégiées avec des acteurs reconnus du secteur immobilier sur lesquels il s'est appuyé pour financer l'immobilier de certains de ses projets, conformément à sa stratégie de croissance. La diversité et le nombre de ces relations privilégiées contribuent à renforcer sa flexibilité en matière de développement de son portefeuille d'actifs. Par ailleurs le groupe MEDICA a su finaliser en 2009 dans le cadre de sa relation privilégiée avec ses investisseurs, des accords lui permettant d'allonger l'échéance de ses baux tout en instaurant des dispositifs protecteurs contre d'éventuelles revalorisations futures de loyer décorrélées de l'évolution de son activité.

Enfin, le groupe MEDICA est également particulièrement attentif à la qualité de ses établissements, conçus comme de véritables lieux de vie.

Il exploite ainsi un portefeuille d'établissements récents ou récemment rénovés dotés d'installations modernes permettant d'optimiser le nombre de résidents et patients, la qualité de leur prise en charge, ainsi que la marge opérationnelle. Les études de satisfaction menées par le groupe MEDICA en 2008, et portant sur le cadre de vie des résidents, ont fait ressortir un taux de satisfaction global des clients de 96 %.

### **Un modèle économique générateur de flux de trésorerie**

Le groupe MEDICA développe un modèle de croissance rentable et a su conforter son niveau de RBE hors immobilier à un niveau figurant parmi les plus élevés du secteur, tout en générant de façon régulière une croissance à deux chiffres de ses revenus, sous l'effet conjugué du développement de son périmètre et de sa politique active de *yield management*.

Au cours de ces trois dernières années, le groupe MEDICA a également démontré sa capacité à maîtriser le niveau des investissements de maintenance, récurrent et régulier, tout en s'assurant de l'adéquation de ses établissements aux meilleurs standards de confort et de sécurité. Ces dépenses ont représenté en moyenne 1 180 euros (hors taxe) par lit et par an, passant de 11,9 millions d'euros en 2007, à 13,7 millions d'euros en 2009.

Ainsi, la rentabilité opérationnelle du groupe MEDICA associée à une gestion rigoureuse de ses investissements, lui permet de dégager un flux de trésorerie opérationnelle important et régulier.

### **Une capacité démontrée à anticiper les évolutions réglementaires et à en optimiser les effets sur son activité**

Dans un contexte où l'objectif des pouvoirs publics est d'optimiser les dépenses de santé, la politique de contractualisation entre les opérateurs et les autorités de tutelle s'est intensifiée aussi bien dans le secteur EHPAD, avec notamment la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009, que dans le secteur sanitaire, avec l'application future de la TAA.

Le groupe MEDICA considère que cette tendance favorise les opérateurs structurés et efficaces. A ce titre, il a développé un pôle d'expertise au sein de sa Direction Sanitaire et Médico-Sociale, chargé notamment de la négociation et du renouvellement des conventions tripartites pour les EHPAD et des CPOM pour les établissements sanitaires. Cette organisation permettra au groupe MEDICA d'être efficacement représenté auprès des futures ARS.

### **Une flexibilité financière renforcée en adéquation avec ses ambitions de développement**

Suite à l'admission des actions de la Société aux négociations sur le marché Euronext Paris en février 2010, et grâce au produit des augmentations de capital de 275 millions d'euros, le groupe MEDICA dispose d'une flexibilité financière renforcée.

En effet, l'emprunt obligataire convertible émis par la Société en 2006, d'un montant nominal d'environ 174,8 millions d'euros, a été intégralement converti en actions de la Société concomitamment à son introduction en bourse.

Par ailleurs, le groupe MEDICA a renégocié sa dette bancaire existante afin d'adapter sa structure financière à sa stratégie.

Enfin, les augmentations de capital intervenues dans le cadre de l'introduction en bourse de la Société sont venues renforcer ses fonds propres, et réduire dans une proportion importante ses ratios d'endettement.

L'ensemble de ces éléments permet d'accroître de manière significative la flexibilité financière du groupe MEDICA afin de lui permettre de mettre en œuvre sa politique de croissance maîtrisée.

### **Une offre de services de qualité reconnue**

Le groupe MEDICA est engagé depuis de nombreuses années dans une démarche qualitative, y compris en terme de certifications, de conventionnements tripartites et de mises en place de véritables référentiels de qualité au service de ses résidents qui présentent un taux de satisfaction global de 96 % (source : enquête interne 2008, voir paragraphe 16.5 « Le groupe MEDICA : une image reconnue »).

Avec 72 EHPAD certifiés NF Service (voir paragraphe 16.6 « Une démarche qualité et éthique certifiée »), soit plus de 75 % des établissements situés en France, et un taux de conventionnement tripartite de 100 %, le groupe MEDICA considère être un acteur de référence sur le marché en matière de démarche qualité.

### **Un personnel qualifié, impliqué et motivé**

Eu égard aux caractéristiques des clients accueillis dans ses établissements (personnes malades, âgées, fragiles ou dépendantes) le groupe MEDICA a souhaité s'engager dès 1999, dans une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles, en mettant l'accent notamment sur la formation de ses équipes.

La création de l'Institut des Bonnes Pratiques du groupe MEDICA, de même que les partenariats innovants engagés avec des Universités telles que Paris XII ou Lyon Claude Bernard, offrent aux collaborateurs du groupe MEDICA un accès à la formation d'un niveau très supérieur à celui offert au sein de la branche.

A l'écoute de ses salariés, et attentif à la pertinence de sa politique de ressources humaines, le groupe MEDICA a instauré auprès de l'ensemble de ses équipes un baromètre social annuel réalisé par un cabinet indépendant. L'enquête révèle que la formation constitue le premier critère de motivation, et que 90 % des salariés interrogés aiment travailler au sein des établissements.

Par ailleurs, le groupe MEDICA considère que la qualité et l'implication des Directeurs d'établissement représente un facteur clé de succès. Le groupe MEDICA s'assure du niveau de performance et d'implication de ces derniers, notamment par leur adhésion à un contrat annuel d'objectifs qualitatifs et économiques auquel correspond une rémunération variable.

Enfin, le groupe MEDICA a su fidéliser les principaux cadres dirigeants des Directions Fonctionnelles et Opérationnelles qui constituent le socle d'expertise et de direction de l'entreprise.

### **Une équipe dirigeante stable bénéficiant d'une expérience du secteur et d'un savoir-faire éprouvé**

Les membres de l'équipe dirigeante du groupe MEDICA possèdent une expérience de plus de 10 ans du secteur de la prise en charge de la dépendance et sont fortement impliqués dans les organisations professionnelles de ce secteur. Ils ont démontré leur capacité tant à identifier et à réaliser des opérations de croissance externe en exploitant avec succès les synergies d'intégration de nouveaux établissements à la fois de petite taille ou de taille plus significative au sein du groupe MEDICA qu'à poursuivre la stratégie de croissance organique du groupe MEDICA par création d'établissements.



## 12 STRATÉGIE

Le groupe MEDICA poursuit une stratégie de croissance maîtrisée afin d'affirmer sa position d'acteur de référence de la prise en charge de la dépendance en France et en Italie et de conforter sa rentabilité opérationnelle. Cette stratégie de croissance vise à répondre aux besoins croissants de la population dépendante, tant en France qu'en Italie, où le groupe MEDICA est présent. Dans ce contexte favorable, le groupe MEDICA n'entend pas modifier de manière substantielle la répartition sectorielle et géographique de ses activités.

Cette stratégie s'articule autour des principaux axes suivants :

### **Poursuivre une croissance organique élevée par une politique dynamique de création et de restructuration d'établissements tout en confortant la rentabilité opérationnelle de ses établissements**

#### *Mener une politique active de création d'établissements*

Le groupe MEDICA entend intensifier la politique active de création d'EHPAD qu'il mène depuis plusieurs années en s'appuyant sur une présence établie dans l'ensemble des régions françaises métropolitaines, un taux de conventionnement tripartite de 100 % et la qualité certifiée de ses établissements. Ces trois facteurs contribueront à conforter encore sa crédibilité, notamment auprès des autorités délivrant les autorisations d'exploitation.

Le groupe MEDICA s'appuyera sur la visibilité, la capacité financière renforcée et le savoir-faire dont il bénéficie en tant qu'acteur de référence, afin de mettre en œuvre ses projets dans le cadre du futur système d'appels à projets piloté par les ARS au niveau régional.

Dans le secteur sanitaire en France, et en conformité avec les politiques de santé régionales, le groupe MEDICA cherchera à déposer des demandes de création et ou de spécialisation d'établissements dans le cadre notamment des nouveaux besoins identifiés par les SROS en cours de révision et de la mise en œuvre de la réforme des établissements sanitaires.

#### *Poursuivre une politique dynamique de restructuration*

Conformément à ses objectifs en matière de qualité, le groupe MEDICA entend procéder chaque année à des opérations d'amélioration de la qualité hôtelière de ses infrastructures et à des restructurations d'établissements. Ces opérations devraient permettre d'optimiser la marge opérationnelle des établissements concernés, plus particulièrement dans le secteur sanitaire, dans la mesure où elles induisent généralement un accroissement de la capacité d'accueil et la prise en charge de pathologies plus lourdes impliquant un revenu plus élevé. Elles contribueront également à accroître l'attractivité et donc à conforter la rentabilité de l'ensemble de ses établissements.

#### *Conforter la rentabilité des établissements grâce à une politique commerciale dynamique*

Le groupe MEDICA mène une politique commerciale dynamique fondée sur le *yield management*, visant à optimiser le chiffre d'affaires par lit et par jour.

Dans le secteur EHPAD, le groupe MEDICA entend poursuivre le développement d'outils marketing et commerciaux permettant d'optimiser la démarche commerciale de chaque établissement. Cette approche devrait également permettre de conforter le taux d'occupation global des établissements du groupe MEDICA.

En matière de tarifs, dans le secteur EHPAD, le groupe MEDICA s'appuiera sur sa bonne connaissance du marché et du tissu concurrentiel local, ainsi que sur la qualité de ses établissements afin d'optimiser le positionnement tarifaire de ses prestations d'hébergement et son *yield management*, en particulier pour les nouveaux résidents. Dans le secteur sanitaire, le groupe MEDICA cherchera à renforcer la prise en charge de résidents atteints de pathologies plus lourdes nécessitant une prise en charge plus spécialisée lui permettant de bénéficier de tarifs journaliers supérieurs.

Par ailleurs, le groupe MEDICA poursuivra le développement de son offre de services annexes auprès de ses résidents et patients.

### **Poursuivre une politique de croissance externe ciblée afin d'accroître sa présence dans des zones à forte densité démographique et à fort revenu**

Le groupe MEDICA entend poursuivre une politique de croissance externe ciblée en fonction des opportunités de marché, en France et en Italie. Cette politique s'appuiera sur un savoir-faire reconnu en matière d'acquisition et d'intégration ainsi que sur la taille du groupe MEDICA lui conférant une position privilégiée pour participer à la consolidation d'un secteur fragmenté comportant de véritables barrières à l'entrée.

La politique d'acquisition prendra en compte, outre les critères de rentabilité stricts fixés par la Direction Générale, visant au caractère relatif des investissements, la localisation des établissements cibles, ainsi que le positionnement en termes d'offre de soins, de capacité d'accueil, et leur potentiel d'évolution.

En Italie, le groupe MEDICA constitue déjà un acteur significatif dans le secteur EHPAD, présent sur des régions à forte densité de population caractérisées par un produit intérieur brut supérieur à la moyenne nationale. Il entend s'appuyer sur son expérience de développement et d'intégration réussie pour mettre en œuvre sa stratégie de croissance ciblée.

### **Maintenir une politique active de gestion immobilière visant à optimiser la structure patrimoniale et la flexibilité financière**

Le groupe MEDICA entend poursuivre une politique de gestion immobilière active qui s'appuiera notamment sur des relations privilégiées tissées avec des investisseurs diversifiés issus du secteur privé (sociétés foncières cotées), du secteur de l'économie mixte ou encore spécialisées dans le logement social ainsi que sur une flexibilité financière renforcée suite à son introduction en bourse.

Le groupe MEDICA poursuivra ainsi une approche pragmatique en ce qui concerne la détention de ses actifs immobiliers, visant à maintenir un ratio de détention, en pleine propriété ou au moyen de crédits-bails, d'environ un tiers de ses établissements, ce qui constitue un bon compromis entre l'accroissement de sa valeur patrimoniale et la flexibilité financière nécessaire à son développement futur.

### **Continuer d'inscrire ses activités dans une démarche qualitative exigeante et dans le respect de valeurs éthiques reconnues**

Le groupe MEDICA accorde une attention particulière à la qualité de son parc immobilier et au niveau des prestations d'hébergement et de soins proposées au sein de ses établissements, ainsi qu'à la satisfaction de ses résidents et aux respects de valeurs éthiques strictes.

Le groupe MEDICA veillera au maintien des meilleures normes sanitaires, sécuritaires et éthiques du secteur afin de conforter sa position d'acteur de référence de la prise en charge de la dépendance. Il poursuivra, à cet égard, la politique volontariste de certification de ses établissements mise en œuvre depuis plusieurs années déjà et le développement de sa politique de formation de personnel qui le positionnent à l'avant garde des meilleures pratiques du secteur en la matière.

Le groupe MEDICA considère que cette démarche qualité devrait encore renforcer l'attractivité de ses établissements et, de fait, contribuer à leur développement et à leur performance.

### **Fidéliser et renforcer une équipe de direction opérationnelle et d'experts de premier plan**

La performance opérationnelle et financière ainsi que la croissance future du groupe MEDICA sont liées à l'intégration de nouveaux talents et à sa capacité à recruter, former et fidéliser des collaborateurs bénéficiant de l'expérience et des compétences dictées par les particularités de son secteur d'activité.

Le groupe MEDICA a d'ores et déjà mis en place un certain nombre d'initiatives, telles que :

- la création de programmes de formation universitaires pour ses directeurs ou futurs directeurs d'établissement ;
- des sessions intensives de formation management pour les équipes de direction de ses établissements ;
- la constitution de groupes d'experts en Bonnes Pratiques, pilotés par la Direction Médicale et Qualité ; ou
- la gestion proactive de collaborateurs clés identifiés comme collaborateurs à fort potentiel.

Le groupe MEDICA met en effet un accent particulier sur la formation et la qualification de ses équipes et entend poursuivre ces investissements créateurs de valeur contribuant à la fidélisation et la motivation de ses équipes.

Par ailleurs, au-delà de la participation de ses deux principaux dirigeants actionnaires, le groupe MEDICA a souhaité ouvrir la possibilité à ses cadres dirigeants mais également à l'ensemble de ses salariés de détenir une participation indirecte au capital de la Société, et ce notamment au travers du FCPE Groupe MEDICA auquel ont souscrit près de 850 salariés lors de sa création en 2008 et plus de 3 000 salariés lors de l'augmentation de capital qui leur a été réservée dans le cadre de l'introduction en bourse de la Société.

## 13 INFORMATIONS SUR LES TENDANCES

### Activités du premier trimestre 2010 (données non auditées)

CHIFFRE D'AFFAIRES PAR SECTEUR - M€	T1 2010	T1 2009	Variation Totale	Croissance Organique
<b>EHPAD France</b> % CA	<b>78,7</b> 61,8 %	<b>68,8</b> 59,5 %	+ 14,4 %	+ 9,1 %
<b>Sanitaire France</b> % CA	<b>35,4</b> 27,8 %	<b>34,8</b> 30,2 %	+ 1,6 %	+ 1,6 %
<b>Italie</b> % CA	<b>13,1</b> 10,3 %	<b>12,0</b> 10,4 %	+ 9,8 %	+ 3,6 %
<b>TOTAL</b>	<b>127,2</b>	<b>115,6</b>	+ 10,1 %	+ 6,2 %

Le chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA s'est établi à 127,2 millions d'euros au 1<sup>er</sup> trimestre 2010 en progression de 10,1 % par rapport au 1<sup>er</sup> trimestre 2009.

- Au cours du trimestre, MEDICA a poursuivi sa politique de croissance maîtrisée.
  - Le groupe a ainsi ouvert 3 établissements en France pour un total de 247 lits : 88 lits à Evrecy, 75 lits à la Roche sur Yon et 84 lits à Saint-Martin de Crau.
  - Il a également procédé à plusieurs acquisitions :
    - 2 établissements indépendants (EHPAD) pour un total de 154 lits : un établissement de 80 lits en Région Parisienne et un établissement de 74 lits à Florence – Italie.
    - 2 groupes d'établissements (EHPAD) représentant un total d'environ 620 lits :
      - Un groupe disposant d'environ 300 lits localisés principalement en Languedoc Roussillon, région dans laquelle MEDICA était peu implantée et qui lui permet de compléter son maillage territorial.
      - Un groupe d'environ 320 lits, établi en Région Parisienne et spécialisé dans la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. MEDICA détenait sur ce groupe une option ferme d'achat prise précédemment et la transaction a été finalisée récemment. Conformément aux normes comptables, le chiffre d'affaires de ce groupe sera intégré dans le chiffre d'affaires de MEDICA pour l'ensemble de l'exercice.
- Au 1<sup>er</sup> trimestre 2010, les différents secteurs d'activité sont en croissance :
  - Le secteur EHPAD France affiche un chiffre d'affaires de 78,7 millions d'euros en hausse de 14,4 % par rapport au 1<sup>er</sup> trimestre 2009. Ce secteur a bénéficié d'une forte croissance organique de 9,1 % grâce à la bonne

montée en puissance des établissements ouverts au cours de l'année 2009 et au début de l'année 2010.

- Le secteur Sanitaire France enregistre un chiffre d'affaires de 35,4 millions d'euros, en faible progression par rapport à la même période de l'année précédente, le Groupe poursuivant ses programmes de restructuration lourde.
- Le chiffre d'affaires du secteur Italie augmente de 9,8 % par rapport à 2008 grâce à une bonne croissance organique et à l'acquisition de l'établissement à Florence.

Le taux d'occupation des établissements du groupe s'est par ailleurs maintenu au niveau élevé de 96,8 %.

### **Objectifs**

Le groupe MEDICA considère qu'il opère sur un marché porteur et résilient, caractérisé par une croissance soutenue et prévisible des besoins, du fait notamment de l'évolution démographique sur les marchés français et italiens de la dépendance.

Il estime que sa capacité démontrée à mettre en œuvre une politique efficace de *yield management* lui permet de disposer d'un potentiel de croissance organique solide tant sur le secteur EHPAD que sur le secteur sanitaire.

Afin de poursuivre l'amélioration du yield, le groupe MEDICA dispose d'un certain nombre de leviers qu'il s'attachera à mettre en œuvre, et plus particulièrement :

- une politique de restructuration ciblée d'établissements visant à leur repositionnement tarifaire ;
- une politique de valorisation de son activité sanitaire par une politique ciblée de spécialisation ;
- l'adaptation de ses tarifs en EHPAD en fonction des caractéristiques des marchés locaux ; et
- la vente de prestations de services complémentaires.

Par ailleurs, le groupe MEDICA dispose, par le bon positionnement de son réseau d'établissements tant en France qu'en Italie, par l'expérience de ses équipes et sa capacité à appréhender les évolutions réglementaires, d'une forte capacité à obtenir des autorisations pour créer de nouveaux établissements, dans le contexte de la mise en place des ARS et des appels à projets.

Enfin, par sa taille et son expérience de croissance externe maîtrisée, le groupe MEDICA est potentiellement une plateforme de consolidation significative sur le secteur de la dépendance, confortée par l'augmentation de capital envisagée qui lui donne une excellente flexibilité financière.

Le groupe MEDICA rappelle l'objectif affiché lors de son introduction en Bourse de faire croître son activité de 10 % minimum en 2010 et d'au moins 45 % sur la période 2010-2012. Il prévoit d'y parvenir en développant une stratégie d'investissement active qui lui permettra aussi bien de procéder aux investissements nécessaires pour maintenir le haut niveau de qualité et de rentabilité de son parc actuel que de mettre en œuvre sa politique de création d'établissements et d'acquisitions sélective et maîtrisée. Le groupe MEDICA

entend conduire sa stratégie de croissance en améliorant encore son ratio Endettement financier net / EBITDA, aux alentours de 3 à l'horizon 2012.

A l'appui de ce plan de développement, le groupe MEDICA dispose, début mai 2010, d'un potentiel identifié de croissance organique et externe de près de 2 900 lits, se répartissant ainsi :

- 850 lits en cours de restructuration ;
- 1 850 lits en création ;
- 160 lits sous protocole ;

Dans ce contexte, afin de poursuivre ses objectifs de croissance organique et externe, le groupe MEDICA envisage d'investir, entre 2010 et 2012, en fonction des opportunités de marché, environ 220 millions d'euros.

Cette politique sera conduite en veillant tout particulièrement au potentiel de création de valeur des opérations de croissance externe à réaliser. Le groupe MEDICA sera vigilant dans la sélection et l'examen des différentes opportunités d'acquisitions qu'il pourra identifier et privilégiera les cibles permettant de mettre en œuvre les leviers suivants :

- le potentiel de développement du chiffre d'affaires au travers de la mise en œuvre de sa stratégie éprouvée de *yield management* ;
- le potentiel de restructuration de l'offre de soins, le cas échéant en lien avec ses autres établissements au sein d'une même région ;
- le potentiel d'amélioration de la rentabilité au travers d'une optimisation des charges opérationnelles et d'une meilleure organisation des personnels et ce dans le respect de ses Bonnes Pratiques ; et
- le potentiel de revalorisation de l'éventuel actif immobilier sous-jacent.

Le groupe MEDICA entend poursuivre sa politique stricte de gestion des charges opérationnelles pour l'ensemble de ses activités et devrait ainsi conforter à horizon 2012 un niveau de marge d'EBITDAR (RBE hors immobilier) en ligne avec les réalisations des exercices 2006 à 2009.

Le groupe MEDICA bénéficiera au cours de la période 2010-2012 de reports déficitaires au sein de son propre groupe d'intégration fiscale, d'un montant total de 66 millions d'euros. Ces déficits fiscaux sont reportables sans limitation de durée et sont imputables sur les bénéfices fiscaux futurs (voir paragraphe 20.1 « Présentation générale - Impôts sur les bénéfices »).

Le groupe MEDICA entend également poursuivre l'optimisation de ses besoins en fonds de roulement. Les efforts réalisés au cours de l'année 2009 devraient avoir un effet durable sur les prochains exercices compte tenu des mesures mis en place tant sur le secteur EHPAD que sur le secteur sanitaire.

Sa forte capacité de génération de trésorerie permet au groupe MEDICA de viser une politique de distribution annuelle de dividendes d'environ 20 % du résultat net consolidé part du groupe MEDICA tout en maintenant sa capacité à financer sa croissance et ce, à compter de l'assemblée générale se prononçant sur les comptes de l'exercice clos le 31 décembre 2010.

Les objectifs résumés ci-dessus ne constituent pas des données prévisionnelles mais de simples objectifs résultant des orientations stratégiques et du plan d'actions du groupe MEDICA. Ils sont fondés sur des données et hypothèses considérées comme raisonnables par le groupe MEDICA. Ces données et hypothèses sont susceptibles d'évoluer ou d'être modifiées en raison des incertitudes liées notamment aux possibilités d'investissements, à l'environnement économique, financier, concurrentiel ou encore réglementaire. En outre la survenance de certains risques décrits au chapitre 5 « Facteurs de risques » du présent document, aurait un impact sur les activités du groupe MEDICA et sur sa capacité à réaliser de tels objectifs. Par ailleurs, la réalisation de ces objectifs suppose le succès de la stratégie présentée au chapitre 12 « Stratégie » du présent document.

Le groupe MEDICA ne prend donc aucun engagement, ni ne donne aucune garantie sur la réalisation des objectifs figurant au présent chapitre et ne s'engage pas à publier ou communiquer d'éventuels rectificatifs ou mises à jour de ces éléments.

#### **14 PRÉVISIONS OU ESTIMATIONS DE BÉNÉFICE**

La Société ne présente pas de prévisions ou d'estimations de bénéfice.



## **15 HISTOIRE ET ÉVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ**

### **15.1 Dénomination sociale**

La Société a pour dénomination sociale MEDICA.

### **15.2 Registre du commerce et des sociétés**

La Société est immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 421 896 408.

### **15.3 Date de constitution et durée de la Société**

La Société a été constituée le 16 février 1999 pour une durée de 99 ans, sous la forme d'une société anonyme, puis a adopté la forme de société par actions simplifiée en 2006 et a été transformée en société anonyme le 9 novembre 2009 (voir paragraphe 15.6 « Historique de la Société et réorganisation »).

### **15.4 Siège social, forme juridique et législation applicable**

Le siège social de la Société est situé au 39 rue du Gouverneur Général Félix Eboué, 92130 Issy-les-Moulineaux (France).

Téléphone : +33 1 41 09 95 20.

La Société est une société anonyme de droit français à conseil d'administration, régie notamment par les dispositions du Code de commerce.

### **15.5 Organigramme du groupe MEDICA**

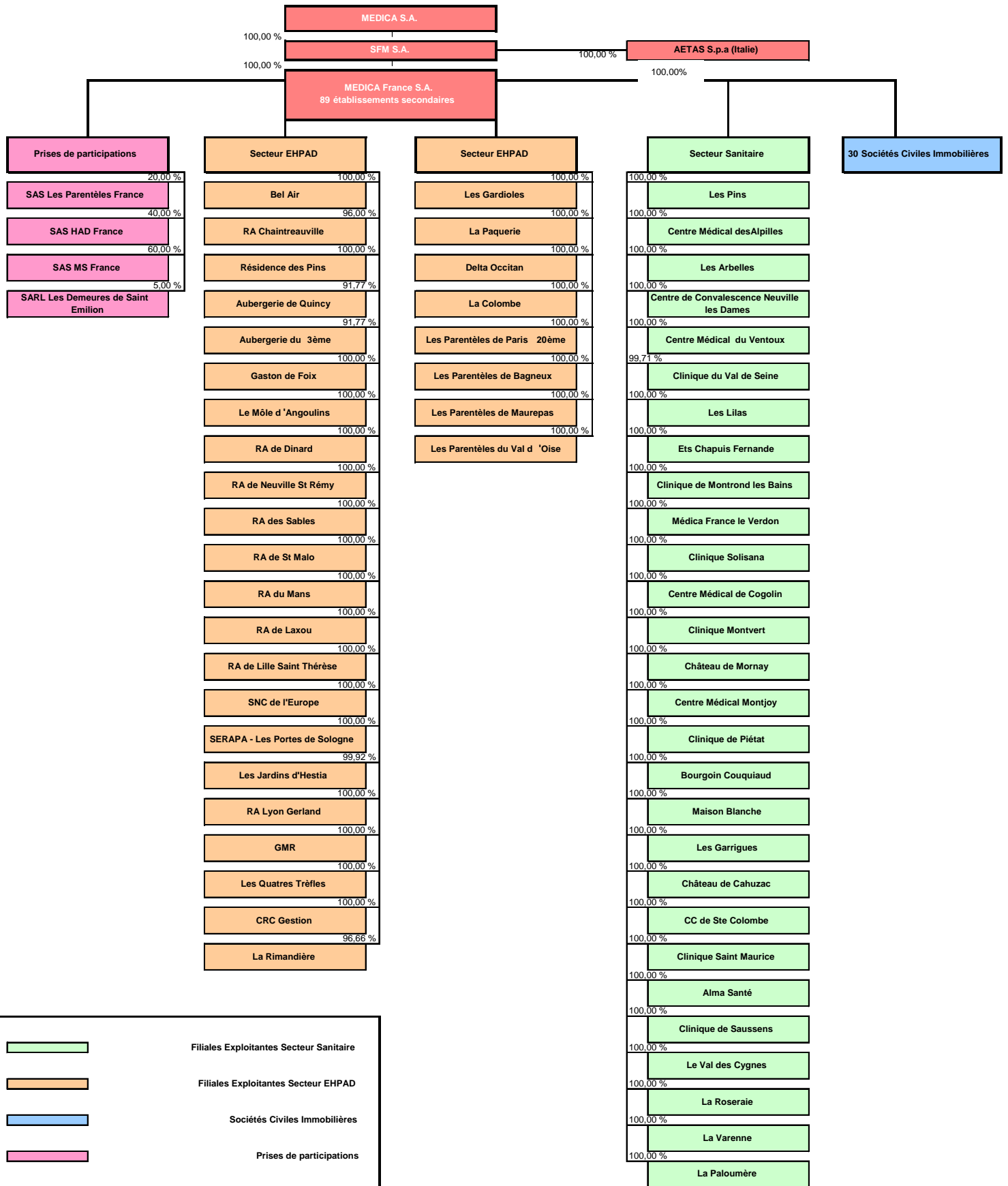
La Société est une société holding de contrôle exerçant une activité opérationnelle détenant l'ensemble des organes de direction du groupe MEDICA.

En tant qu'organe de décision et de direction, la Société remplit une fonction économique essentielle au sein du groupe, elle exerce des activités de management, de financement et de conseil au profit de ses filiales et assure la direction des activités opérationnelles.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, elle assure le rôle de tête de groupe d'intégration fiscale.

Les services fonctionnels sont regroupés au sein de MEDICA France, la gestion opérationnelle des établissements étant assurée en France par les nombreuses filiales d'exploitation et en Italie par Aetas SPA (« **Aetas** »).

A la date du présent document, l'organigramme simplifié du groupe MEDICA est le suivant :



## 15.6 Historique de la Société et réorganisation

### Historique<sup>21</sup>

La première maison de retraite du groupe a été créée en 1968, par Pierre Burel. De 1970 à la fin des années 1990, le groupe MEDICA, sous l'impulsion de son fondateur, a mis en œuvre une politique de développement en procédant à l'acquisition ou à la construction en France d'un total de 23 établissements, principalement des maisons de retraite mais également des établissements de soins de suite et de réadaptation.

En juin 1999, la Société Centrale Immobilière de la Caisse des Dépôts (la « **SCIC** »), filiale de la Caisse des Dépôts, a racheté le groupe MEDICA à son fondateur. En effet, la SCIC a acquis la Société de développement et de participation financière (la « **SDFI** »), tête du groupe MEDICA à l'époque puisqu'elle détenait la société MEDICA France SA qui elle-même contrôlait l'ensemble des filiales du groupe. La capacité d'accueil globale du groupe s'élevait alors à près de 2 500 lits répartis dans 24 établissements.

La capacité du groupe, ainsi que son chiffre d'affaires ont augmenté de manière importante entre 2000 et 2001, passant de 2 469 lits (69,8 millions d'euros de chiffre d'affaires consolidé) à 5 247 lits (108 millions d'euros de chiffre d'affaires consolidé) notamment par l'acquisition de la société EIS (Groupe QUALISANTE), représentant 2 223 lits supplémentaires. Suite à l'intégration du Groupe QUALISANTE, le groupe MEDICA disposait d'une capacité d'accueil de 5 503 lits et a réalisé, en 2002, un chiffre d'affaires consolidé de 159,7 millions d'euros.

En 2003, plusieurs fonds d'investissement gérés par la société Bridgepoint Capital SAS (« **Bridgepoint** ») et par la société Alpinvest ont acquis le groupe MEDICA, après avis favorable de la commission des participations et des transferts. L'acquisition fut réalisée dans le cadre d'une opération de Leverage Buy-Out (« LBO ») financée en partie par endettement bancaire.

En 2003, le groupe MEDICA a également procédé à l'acquisition du Groupe Doyennés Europe, permettant ainsi d'accroître sa capacité d'accueil de 1 345 lits.

Au 31 décembre 2003, le groupe MEDICA réalisait un chiffre d'affaires consolidé de 209,9 millions d'euros et un RBE hors immobilier de 47,1 millions d'euros, pour une capacité de 7 225 lits exploités. En 2004, le groupe MEDICA disposait d'une capacité d'accueil de 7 464 lits et a réalisé un chiffre d'affaire consolidé de 233,2 millions d'euros et un RBE hors immobilier de 56,9 millions d'euros.

Il a poursuivi par la suite le développement de son activité en France, et en juin 2005, a acquis une participation de 60 % du capital et des droits de vote d'Aetas, société italienne exploitant alors un réseau de 10 maisons de retraite pour un total de 681 lits en Italie. Au titre de l'exercice 2005, le groupe MEDICA disposait d'une capacité d'accueil de 8 311 lits et a réalisé un chiffre d'affaires consolidé de 272,7 millions d'euros et un RBE hors immobilier de 72,2 millions d'euros.

Jusqu'en août 2006, le groupe MEDICA avait pour holding de tête la Société Financière MEDICA « S.F.M » (anciennement dénommée MEDICA SA)<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Le chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA pour les exercices 2000-2003 est présenté en normes comptables françaises.

<sup>22</sup> Voir paragraphe « Réorganisation » ci-dessous.

Le groupe MEDICA a étudié en 2006 un projet d'introduction en bourse de la Société. A cette occasion, les objectifs présentés au marché en 2006 étaient les suivants :

- un chiffre d'affaires en 2006 d'environ 310 millions d'euros ;
- une croissance annuelle moyenne de son chiffre d'affaires consolidé de 13 à 15 % par an sur la période 2006-2008 ;
- des investissements de croissance externe de 90 millions d'euros ; et
- une marge opérationnelle (c'est-à-dire résultat opérationnel courant / chiffre d'affaires) de 14 %.

En août 2006, les fonds conseillés par BC Partners ont acquis, par l'intermédiaire de TBU 3 International, 87,71 % de la société holding MEDICA (anciennement dénommée OBO1). Cette nouvelle holding du groupe MEDICA détient désormais 100 % du capital et des droits de vote de la Société Financière MEDICA « S.F.M. ». Au 31 décembre 2006 le groupe MEDICA comptait 124 établissements et 9 643 lits répartis en France et en Italie et a réalisé un chiffre d'affaires de 324,8 millions d'euros.

En juillet 2008, le groupe MEDICA a également exercé l'option d'achat portant sur le solde du capital de sa filiale italienne, la seule activité du groupe MEDICA hors de France.

Avec 144 établissements d'exploitation offrant une capacité d'accueil de 11 042 lits, cette politique de croissance a permis au groupe MEDICA d'atteindre au 31 décembre 2008 un chiffre d'affaires de 448,8 millions d'euros.

Au cours de l'exercice 2009, le groupe MEDICA a poursuivi une dynamique de croissance maîtrisée en favorisant le développement de son activité par une implantation géographique ciblée, fondée notamment sur les besoins démographiques des secteurs, associée à une politique commerciale active fondée sur le yield management. Ainsi, en 2009, le groupe MEDICA a procédé notamment à l'ouverture de 3 EHPAD avec 116 lits sur la commune de VILLEMOMBLE (Ile de France), 74 lits à ISSIGEAC (Aquitaine), et 84 lits à CASTERA VERDUZAN (Midi-Pyrénées). Au titre de l'exercice 2009, le groupe MEDICA disposait d'une capacité d'accueil de 11 381 lits et a réalisé un chiffre d'affaires consolidé de 480,7 millions d'euros et un RBE hors immobilier de 127,3 millions d'euros.

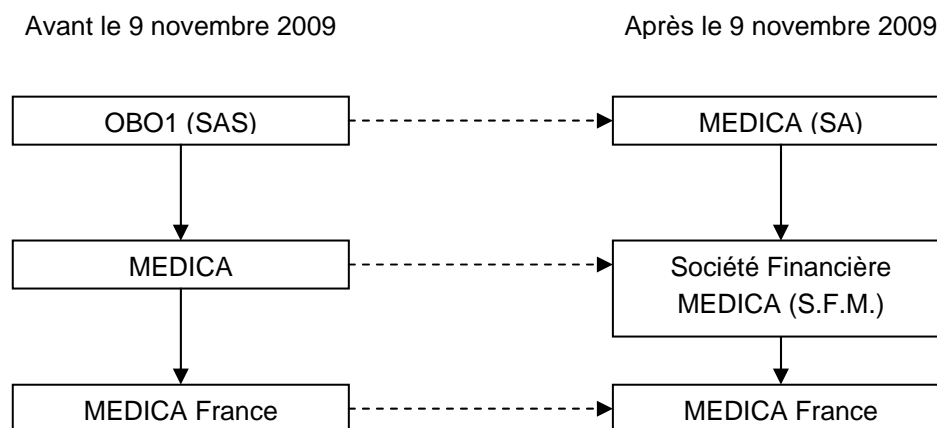
### **Réorganisation**

L'assemblée générale ordinaire annuelle réunie le 29 juin 2009 qui a approuvé les comptes de l'exercice clos le 31 décembre 2008 et a constaté que la perte de l'exercice avait eu pour effet de ramener les capitaux propres à un montant inférieur à la moitié du capital social. En conséquence, l'assemblée générale extraordinaire réunie le 12 octobre 2009 s'est prononcée sur la continuation de la Société et a décidé de ne pas dissoudre la Société.

Dans la perspective de l'admission des actions aux négociations sur le marché Euronext Paris, l'assemblée générale extraordinaire de la Société a statué le 9 novembre 2009 sur la reconstitution des capitaux propres par voie de réduction de capital d'un montant de 105 228 162 euros et la transformation de la Société en société anonyme à conseil d'administration.

Dans le même temps, il a été décidé de procéder au changement de nom des sociétés : OBO1 devient ainsi MEDICA conformément à la décision de l'assemblée générale du

9 novembre 2009 et MEDICA SA est devenue Société de Financement de MEDICA (« **SFM** »), conformément à la décision de l'assemblée générale du 9 novembre 2009.



### Introduction en bourse sur le marché Euronext Paris

Le 25 janvier 2010, l'Autorité des Marchés Financiers « AMF » a apposé le Visa n° 10-015 sur le prospectus préparé par la Société en vue de l'admission aux négociations de ses titres. Cette admission est intervenue le 10 février 2010 sur le marché Euronext Paris, compartiment B, pour un règlement-livraison le 12 février 2010.

Les actions de la Société sont désormais négociées sur une ligne de cotation intitulée MEDICA, code ISIN FR00010372581, mnémonique MDCA et sont éligibles au SRD.

Dans des conditions de marché particulièrement difficiles, l'introduction en bourse de la Société a fait l'objet d'une demande très importante de la part des investisseurs institutionnels tant français qu'internationaux, conduisant à une souscription de l'offre aux institutionnels d'environ trois fois sa taille initiale, et a permis à la Société de lever plus de 275 millions d'euros.

A la date du présent document, le groupe MEDICA poursuit une dynamique de croissance maîtrisée en favorisant le développement de son activité par une implantation géographique ciblée, fondée notamment sur les besoins démographiques des secteurs associée à une politique commerciale active fondée sur le *yield management*.

## 16 DESCRIPTIF DE L'ACTIVITÉ

Le groupe MEDICA, essentiellement présent en France, propose une offre de services à la fois sur le secteur EHPAD, avec la prise en charge de la dépendance pérenne et sur le secteur sanitaire, avec la prise en charge de la dépendance temporaire. Il est également présent en Italie dans le secteur EHPAD.

En 2009, le groupe MEDICA a réalisé plus de 70 % de son chiffre d'affaires dans le secteur EHPAD (dont plus de 60 % en France et plus de 10 % en Italie) et environ 30 % dans le secteur sanitaire.

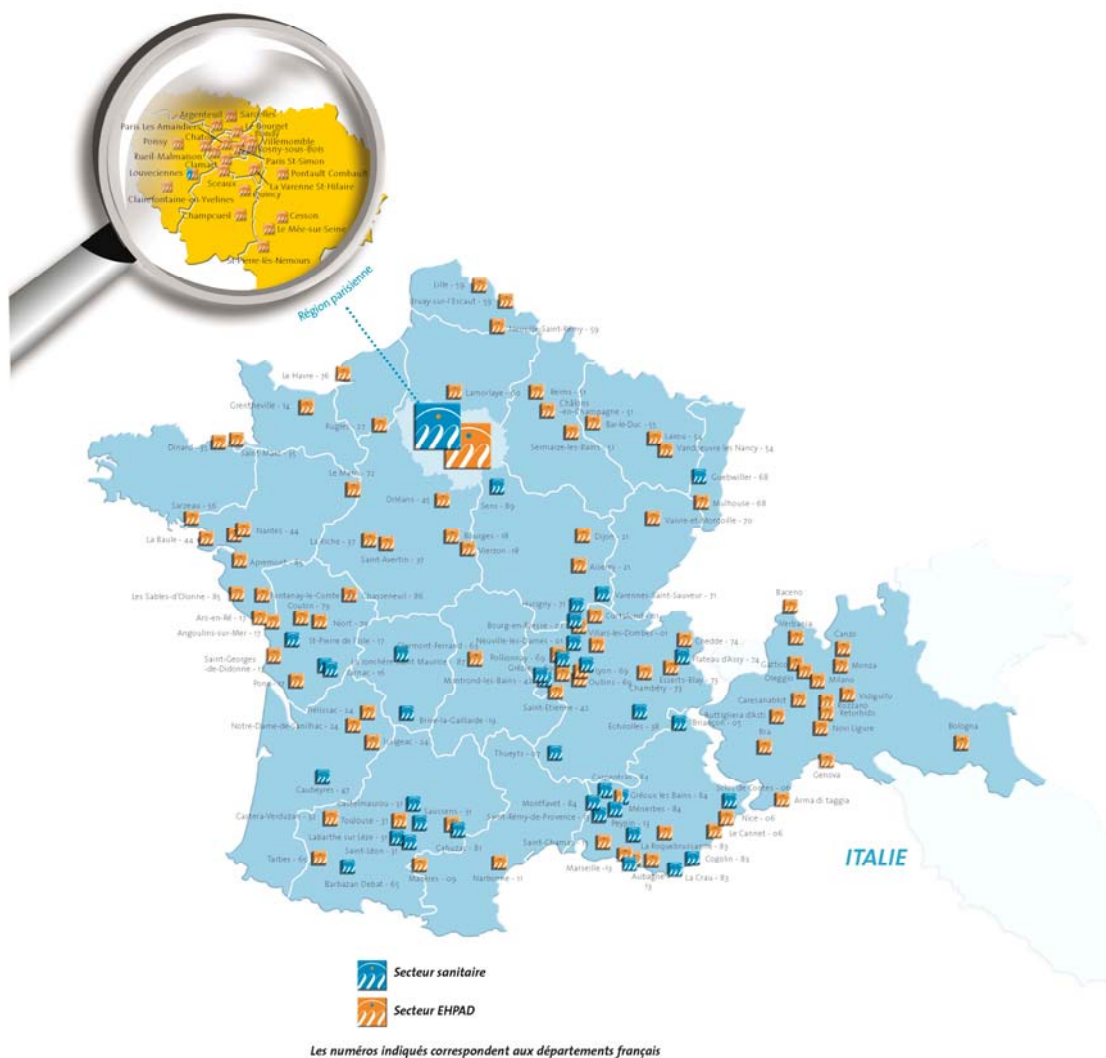
### **Chiffres clés de l'activité du groupe MEDICA sur la période 2008-2009**

	Nombre de lits		Chiffres d'affaires (en millions d'euros)		RBE hors immobilier (en millions d'euros)	
	2008	2009	2008*	2009	2008*	2009
<b>Secteur sanitaire</b>						
<b>France</b>	2 316	2 317	134,8	141,4	32,6	36,3
<b>EHPAD France</b>	7 308	7 636	266,9	289,6	73,9	79,3
<b>Italie</b>	1 418	1 428	47,2	49,7	11,9	11,7
<b>TOTAL</b>	11 042	11 381	448,8	480,7	118,4	127,3

\* Corrigés.

## Répartition géographique des établissements

La carte suivante présente la répartition géographique des établissements du groupe MEDICA en France et en Italie par catégorie de site au 31 décembre 2009 :



Les établissements du groupe MEDICA sont répartis sur 21 des 22 régions administratives du territoire national (France métropolitaine, hors Corse) avec une concentration marquée dans 3 régions représentant à elles seules environ 46 % du produit intérieur brut français (Source : EUROSTAT, 2006) : Ile-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le groupe MEDICA est par ailleurs présent depuis 2005 en Italie principalement dans 2 régions du Nord de l'Italie, le Piémont et la Lombardie, où le produit intérieur brut par habitant est parmi les plus élevés du pays (Source : <http://europa.eu>).

## 16.1 Le secteur EHPAD : la prise en charge de la dépendance pérenne

Le groupe MEDICA est un acteur majeur qui exerce principalement son activité dans le secteur EHPAD de la prise en charge de la dépendance pérenne de personnes âgées.

Les établissements accueillent des personnes âgées dépendantes, dont le maintien à domicile est rendu difficile en raison de leur condition physique ou psychologique. La prise en charge de la dépendance pérenne au sein de ces établissements s'inspire à la fois du modèle hospitalier et du modèle hôtelier. Ces établissements proposent des prestations hôtelières et de restauration haut de gamme et adaptées à ce type de dépendance et assurent une prise en charge médicale et paramédicale des résidents en fonction de leur degré de dépendance et de leurs pathologies.

Les activités du secteur EHPAD ont représenté un chiffre d'affaires consolidé de 339,3 millions d'euros, soit environ 70 % du chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA au cours de l'exercice 2009.

### (a) Les établissements

Au 31 décembre 2009, le groupe MEDICA comptait 93 établissements dans le secteur EHPAD en France, représentant une capacité totale de 7 636 lits. En Italie, le groupe MEDICA exploitait, au travers de sa filiale Aetas, 18 établissements dans le secteur EHPAD, représentant une capacité de 1 428 lits.

Le tableau suivant présente la liste et la capacité d'accueil des établissements du secteur EHPAD au 31 décembre 2009 :

Etablissement	Ville	Département	Région	Activité	Lits
Mulhouse Filature	Mulhouse	Haut-Rhin	Alsace	EHPAD France	100
<b>Total Alsace</b>					<b>100</b>
Issigeac R Yvan Roque	Issigeac	Dordogne	Aquitaine	EHPAD France	74
Sanilhac R Automne	Notre Dame de Sanilhac	Dordogne	Aquitaine	EHPAD France	76
Tréllissac Le Moulin	Trelissac	Dordogne	Aquitaine	EHPAD France	67
<b>Total Aquitaine</b>					<b>217</b>
Clermont L'Oradou	Clermont-Ferrand	Puy de Dôme	Auvergne	EHPAD France	96
<b>Total Auvergne</b>					<b>96</b>
Grentheville Sacré Cœur	Grentheville	Calvados	Basse Normandie	EHPAD France	30
<b>Total Basse Normandie</b>					<b>30</b>
Aiserey Oucherotte*	Aiserey	Côte d'Or	Bourgogne	EHPAD France	30
Dijon Grands Crus	Dijon	Côte d'Or	Bourgogne	EHPAD France	96
<b>Total Bourgogne</b>					<b>126</b>
Dinard R Automne	Dinard	Ille et Vilaine	Bretagne	EHPAD France	70
St Malo R Automne	Saint-Malo	Ille et Vilaine	Bretagne	EHPAD France	81
Sarzeau R Automne	Sarzeau	Morbihan	Bretagne	EHPAD France	70
<b>Total Bretagne</b>					<b>221</b>
Bourges Printemps	Bourges	Cher	Centre	EHPAD France	90
Vierzon Portes Sologne	Vierzon	Cher	Centre	EHPAD France	104
La Riche Plessis	La Riche	Indre et Loire	Centre	EHPAD France	89
St Avertin Vencay	Saint-Avertin	Indre et Loire	Centre	EHPAD France	89
Orléans Baron	Orléans	Loiret	Centre	EHPAD France	111
<b>Total Centre</b>					<b>483</b>
Chalons R Automne	Chalons-en-Champagne	Marne	Champagne-Ardenne	EHPAD France	63
Reims Europe	Reims	Marne	Champagne-Ardenne	EHPAD France	97
Sermaize Les Jardins	Sermaize-les-Bains	Marne	Champagne-Ardenne	EHPAD France	58
<b>Total Champagne-Ardenne</b>					<b>218</b>
Vaivre Lac	Vaivre-et-Montoille	Haute Saone	Franche Comté	EHPAD France	78
<b>Total Franche Comté</b>					<b>78</b>



Etablissement	Ville	Département	Région	Activité	Lits
Rugles Risle	Rugles	Eure	Haute Normandie	EHPAD France	44
Le Havre Porte Océane	Le Havre	Seine-Martime	Haute Normandie	EHPAD France	123
<b>Total Haute Normandie</b>					<b>167</b>
Champceuil Sérénà*	Champcueil	Essonne	Ile de France	EHPAD France	94
Quincy Auberge	Quincy sous Sénart	Essonne	Ile de France	EHPAD France	81
Clamart Bel Air	Clamart	Hauts-de-Seine	Ile de France	EHPAD France	100
Rueil Mapi	Rueil Malmaison	Hauts-de-Seine	Ile de France	EHPAD France	96
Sceaux St Charles	Sceaux	Hauts-de-Seine	Ile de France	EHPAD France	60
Sceaux Maisonnée du Sentier	Sceaux	Hauts-de-Seine	Ile de France	EHPAD France	12
Paris St Simon	Paris	Paris	Ile de France	EHPAD France	127
Paris Amandiers	Paris	Paris	Ile de France	EHPAD France	124
Cesson Parc aux Chênes	Cesson	Seine et Marne	Ile de France	EHPAD France	20
Le Mée La Ferme	Le Mée sur Seine	Seine et Marne	Ile de France	EHPAD France	200
Pontault Auberge	Pontault Combault	Seine et Marne	Ile de France	EHPAD France	75
St Pierre Chaintreauville	Saint-Pierre les Nemours	Seine et Marne	Ile de France	EHPAD France	69
Bondy Mapi	Bondy	Seine-Saint-Denis	Ile de France	EHPAD France	115
Rosny Mapi	Rosny-sous-Bois	Seine-Saint-Denis	Ile de France	EHPAD France	114
Le Bourget Mapi	Le Bourget	Seine-Saint-Denis	Ile de France	EHPAD France	114
Argenteuil Cottage	Argenteuil	Val d'Oise	Ile de France	EHPAD France	80
Sarcelles Mapi	Sarcelles	Val d'Oise	Ile de France	EHPAD France	156
<b>Total Ile de France</b>					<b>2 249</b>
Narbonne Les Pins	Narbonne	Aude	Languedoc Roussillon	EHPAD France	85
<b>Total Languedoc Roussillon</b>					<b>85</b>
Laxou R Automne	Laxou	Meurthe et Moselle	Lorraine	EHPAD France	75
Vandœuvre R du Charmois	Vandœuvre-les-Nancy	Meurthe et Moselle	Lorraine	EHPAD France	85
Bar le Duc Mélézes	Bar-le-Duc	Meuse	Lorraine	EHPAD France	64
<b>Total Lorraine</b>					<b>224</b>
Mazères R Gaston de Foix	Mazères	Ariège	Midi-Pyrénées	EHPAD France	80
Toulouse Côte Pavée	Toulouse	Haute Garonne	Midi-Pyrénées	EHPAD France	80
Tarbes Carmel	Tarbes	Hauts Pyrénées	Midi-Pyrénées	EHPAD France	93
Cahuzac Maison d'Emilienne	Cahuzac	Tarn	Midi-Pyrénées	EHPAD France	70
Castera Vendurzan	Castera Vendurzan	Gers	Midi-Pyrénées	EHPAD France	84
<b>Total Midi-Pyrénées</b>					<b>407</b>
Bruay R d'Automne	Bruay sur l'Escaut	Nord	Nord Pas de Calais	EHPAD France	68
Lille Ste Thérèse	Lille	Nord	Nord Pas de Calais	EHPAD France	89
Neuville R Automne	Neuville Saint Rémy	Nord	Nord Pas de Calais	EHPAD France	74
<b>Total Nord Pas de Calais</b>					<b>231</b>
La Baule Corallines	La Baule	Loire Atlantique	Pays de la Loire	EHPAD France	85

Etablissement	Ville	Département	Région	Activité	Lits
Nantes R d'Automne	Nantes	Loire Atlantique	Pays de la Loire	EHPAD France	70
Nantes Ranzay	Nantes	Loire Atlantique	Pays de la Loire	EHPAD France	86
Le Mans R Automne	Le Mans	Sarthe	Pays de la Loire	EHPAD France	74
Apremont Verger*	Apremont	Vendée	Pays de la Loire	EHPAD France	30
Fontenay Fils d'Argent	Fontenay Le Comte	Vendée	Pays de la Loire	EHPAD France	47
Les Sables R Automne	Les Sables d'Olonne	Vendée	Pays de la Loire	EHPAD France	70
<b>Total Pays de la Loire</b>					<b>462</b>
Lamorlaye Clairefontaine	Lamorlaye	Oise	Picardie	EHPAD France	80
<b>Total Picardie</b>					<b>80</b>
Angoulins Le Môle	Angoulins-sur-Mer	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	EHPAD France	96
Ars R Automne	Ars-en-Ré	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	EHPAD France	70
Pons Marie d'Albret	Pons	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	EHPAD France	61
St Georges R Automne	Saint Georges de Didonne	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	EHPAD France	75
Coulon Ebaupin*	Coulon	Deux-Sèvres	Poitou-Charentes	EHPAD France	33
Niort Venise Verte	Niort	Deux-Sèvres	Poitou-Charentes	EHPAD France	86
Chasseneuil Clairiere	Chasseneuil-du-Poitou	Vienne	Poitou-Charentes	EHPAD France	79
<b>Total Poitou-Charentes</b>					<b>500</b>
Le Cannet Clairefontaine	Le Cannet	Alpes-Maritimes	Provence Alpes Côte d'Azur	EHPAD France	80
Nice Les Palatines	Nice	Alpes-Maritimes	Provence Alpes Côte d'Azur	EHPAD France	65
Aubagne Hermitage	Aubagne	Bouches-du-Rhône	Provence Alpes Côte d'Azur	EHPAD France	94
Marseille Le Baou	Marseille	Bouches-du-Rhône	Provence Alpes Côte d'Azur	EHPAD France	90
Marseille Les 4 Trèfles	Marseille	Bouches-du-Rhône	Provence Alpes Côte d'Azur	EHPAD France	90
St Chamas Alcides	Saint Chamas	Bouches-du-Rhône	Provence Alpes Côte d'Azur	EHPAD France	109
Roquebrussane Provencale	La Roquebrussanne	Var	Provence Alpes Côte d'Azur	EHPAD France	75
<b>Total Provence Alpes Côte d'Azur</b>					<b>603</b>
Bourg en Bresse Brou	Bourg-en-Bresse	Ain	Rhône Alpes	EHPAD France	90
Curtafond Cortefredone*	Curtafond (Poliat)	Ain	Rhône Alpes	EHPAD France	30
Villars R Automne	Villars-les-Dombes	Ain	Rhône Alpes	EHPAD France	61
Passy Myrtilles	Chedde	Haute-Savoie	Rhône Alpes	EHPAD France	103
St Etienne R Automne	Saint-Étienne	Loire	Rhône Alpes	EHPAD France	86
Grézieu J Hestia	Grézieu La Varenne	Rhône	Rhône Alpes	EHPAD France	95
Lyon R Automne	Lyon	Rhône	Rhône Alpes	EHPAD France	80
Lyon HCR	Lyon	Rhône	Rhône Alpes	EHPAD France	114
Lyon Berthelot	Lyon	Rhône	Rhône Alpes	EHPAD France	110
Oullins C Bernard EHPAD	Oullins	Rhône	Rhône Alpes	EHPAD France	75
Pollionay Aurelias*	Pollionay	Rhône	Rhône Alpes	EHPAD France	80
Oullins C Bernard Foyer de vie	Oullins	Rhône	Rhône Alpes	EHPAD France	25
Chambéry Fontaine	Chambéry	Savoie	Rhône Alpes	EHPAD France	86
Esserts Blay Vernay*	Esserts-Blay	Savoie	Rhône Alpes	EHPAD France	24
<b>Total Rhône Alpes</b>					<b>1 059</b>
<b>Total</b>					<b>7 636</b>

\* Établissements spécialisés dans la prise en charge de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Etablissement	Ville	Département	Région	Activité	Lits
Bologna I Platani	Bologna	na	Emilie Romagne	EHPAD Italie	100
<b>Total Emilie Romagne</b>					<b>100</b>
Arma di Taggia Le Palme	Arma di Taggia	na	Ligurie	EHPAD Italie	80
Genova San Bagnigo	GENOVA	na	Ligurie	EHPAD Italie	40
<b>Total Ligurie</b>					<b>120</b>
Retorbido Le Torri	Retorbido	na	Lombardie	EHPAD Italie	61
Vidigulfo Villa Antea	Vidigulfo	na	Lombardie	EHPAD Italie	90
Milano Ippocrate	Milano	na	Lombardie	EHPAD Italie	276
Monza	Monza	na	Lombardie	EHPAD Italie	121
Rozzano RSA	Rozzano	na	Lombardie	EHPAD Italie	120
<b>Total Lombardie</b>					<b>668</b>
Bra M. Francone	Bra	na	Piémont	EHPAD Italie	60
Canzo Croce di Malta	Canzo	na	Piémont	EHPAD Italie	87
Caresanablot I Roveri	Caresanablot	na	Piémont	EHPAD Italie	60
Gattico RSA	Gattico	na	Piémont	EHPAD Italie	60
Novi Ligure Amedeo	Novi Ligure	na	Piémont	EHPAD Italie	43
Oleggio RSA	Oleggio	na	Piémont	EHPAD Italie	60
Verbania San Rocco	Verbania	na	Piémont	EHPAD Italie	70
Baceno	Baceno	na	Piémont	EHPAD Italie	60
Buttigliera D'Asti	Buttigliera D'Asti	na	Piémont	EHPAD Italie	20
Cilegio	Cilegio	na	Piémont	EHPAD Italie	20
<b>Total Piémont</b>					<b>540</b>
<b>Total</b>					<b>1 428</b>

Le tableau suivant présente l'évolution de la part des résidents classifiés dans un GIR 1 à 4 au sein des EHPAD du groupe MEDICA en France au cours des 2 dernières années :

	2008	2009
Part des résidents classifiés dans un GIR 1 à 4 (en pourcentage)	85 %	85 %

L'âge moyen des résidents au sein des EHPAD du groupe MEDICA en France est de 86 ans en 2009.

(b) *Des lieux de vie harmonieux*

L'hébergement des résidents est assuré au sein d'établissements médicalisés conçus comme de véritables lieux de vie et où la restauration est adaptée aux besoins de chaque résident.

(i) Un hébergement de qualité

L'hébergement au sein des EHPAD du groupe MEDICA en France est assuré principalement en chambres individuelles (94 % au 31 décembre 2009), un certain nombre d'établissements proposant également des appartements.

Les chambres des résidents sont dotées d'équipements fonctionnels, adaptés au handicap et peuvent être agrémentées d'équipements et de services connexes en fonction des souhaits exprimés par le résident lors de la signature de son contrat d'hébergement (entretien des effets personnels, mise à disposition d'une ligne téléphonique ou d'un poste de télévision...). Chaque chambre possède un système d'appel d'urgence pour une plus

grande sécurité et un meilleur suivi des résidents. De nombreux espaces collectifs encouragent le développement d'une vie sociale au sein de chacune des structures.

Le groupe MEDICA a pour objectif de permettre à ses résidents d'être pris en charge sans changer leurs habitudes et vise à recréer de véritables lieux de vie au moyen d'un projet de vie personnalisé qui associe les familles conformément à ses engagements et à son référentiel qualité (voir paragraphe 16.6 « Une démarche qualité et éthique certifiée »). Les familles sont toujours associées à cette démarche pour la bonne adaptation de la personne âgée et son bien-être dans son nouveau domicile.

Afin d'assurer une bonne acceptation de leur nouvel environnement de vie, les résidents des EHPAD du groupe MEDICA ont la possibilité de personnaliser leur cadre de vie par l'apport de meubles et d'objets personnels. Les attentes en matière sociale, religieuse ou culturelle des résidents sont également prises en compte.

(ii) Une restauration adaptée aux goûts et exigences

Conformément à ses engagements, centrés sur la qualité des prestations et sur le respect de ses résidents (voir paragraphe 16.6 « Une démarche qualité et éthique certifiée »), le groupe MEDICA accorde une attention toute particulière à la qualité de la restauration au sein de ses établissements.

Depuis 2004, ces prestations de restauration sont assumées directement par les équipes présentes dans les établissements du secteur EHPAD en France. Au sein de chaque établissement, un cuisinier prépare sur place, en collaboration avec une diététicienne, l'ensemble des 3 repas quotidiens et la collation de l'après-midi et s'attache en particulier à servir des repas personnalisés et adaptés aux besoins médicaux de chacun et à son degré de dépendance. Une commission menus est mise en place à laquelle clients et familles sont invités à participer.

(c) *Des animations variées qui privilégient l'ouverture sur le monde extérieur et l'exercice des facultés mentales*

Les établissements du groupe MEDICA sont conçus comme de véritables lieux de vie permettant aux résidents de retrouver une véritable vie sociale en organisant régulièrement des événements privilégiant les échanges et l'ouverture vers l'extérieur. Le groupe MEDICA attache une attention toute particulière à la création d'animations innovantes permettant notamment l'exercice des facultés mentales de ses résidents, au travers d'activités socio-culturelles, cognitives, physiques ou manuelles.

A titre d'exemple, le groupe MEDICA a mis en place une convention de partenariat en 2008 avec Nintendo en vue d'équiper ses EHPAD de consoles de jeux vidéos Wii, initiative pour laquelle le groupe MEDICA s'est vu remettre en avril 2009, le Trophée du Grand Age.

Un large panel d'activités est proposé quotidiennement (gymnastique douce, jeux de mémoire, ateliers arts-thérapie...) en fonction de l'intérêt, des envies et de l'initiative des résidents.

(d) *Dépendance et soins médicalisés*

La prise en charge de personnes dépendantes au sein d'établissements du secteur EHPAD situés en France est assurée, selon les établissements, par un ensemble de professionnels prenant en charge les pathologies liées à la dépendance et à l'âge composé notamment de médecins généralistes, de médecins gériatres et de psychologues.

Le projet de soins est élaboré sous la responsabilité du médecin coordonnateur, par l'équipe médicale. Il inclut une surveillance médicale régulière avec soins constants et adaptés aux besoins des personnes, l'évaluation de la prise en charge de la dépendance, des pathologies, de la douleur, et de la dénutrition. Il comprend également une dimension relationnelle. Chaque dossier patient est informatisé.

Conformément à la réglementation française, un médecin gériatre coordonnateur, est présent au sein de chaque EHPAD, notamment pour élaborer un projet de soins adapté à chaque résidant en fonction de son degré de dépendance. En vue d'assurer une meilleure prise en charge des besoins de leurs résidants, un certain nombre d'établissements du groupe MEDICA ont par ailleurs développé une spécialisation dans la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les établissements s'inscrivent dans le réseau sanitaire et social existant. Ils privilégient les contacts et la signature de conventions des partenariats avec le monde hospitalier, les EHPAD et établissements sanitaires voisins.

## **16.2 Le secteur sanitaire : la prise en charge de la dépendance temporaire**

Les établissements du secteur sanitaire accueillent des personnes présentant une ou plusieurs pathologies médicales, suite à leur prise en charge par un établissement de court séjour, ou par un service d'urgence de proximité, adressées par ceux-ci. Les établissements reçoivent des patients pour plusieurs semaines et fournissent des prestations d'hébergement et de restauration de qualité avec pour vocation de prolonger des soins actifs dans le but d'optimiser les capacités fonctionnelles du patient et de faciliter sa réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

Le groupe MEDICA a choisi de spécialiser certaines de ses structures d'accueil pour répondre au mieux aux besoins de santé publique des régions dans lesquelles il est implanté. Certains de ses établissements sanitaires disposent ainsi d'une capacité de prise en charge de pathologies variées et sont notamment capables de prodiguer des soins rhumato-orthopédiques, cardio-vasculaires et respiratoires, neurologiques (notamment Echirrolles et Monfavet-Avignon), nutritionnels (traitement du diabète ou de l'obésité), ou encore des soins à des patients en état végétatif chronique, ou des soins de suite gériatriques pour patients de plus de soixante quinze ans, poly-pathologiques et dépendants (notamment Louveciennes et Pollionay).

En outre, afin d'être à même de prendre en charge des patients nécessitant un suivi psychiatrique (principalement des troubles dépressifs majeurs, troubles du comportement alimentaire, troubles névrotiques liés au stress, états anxio-dépressifs et des troubles liés aux addictions, en premier lieu l'alcool), ou une prise en charge particulière suite à un AVC (accident vasculaire cérébral) ou à un traumatisme crânien, un certain nombre d'établissements du groupe MEDICA sont dédiés à ces pathologies.

Les établissements sanitaires ont représenté près de 30 % du chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA au cours de l'exercice 2009, soit plus de 141 millions d'euros.

(a) *Les établissements*

Au 31 décembre 2009, le groupe MEDICA comptait 37 établissements sanitaires représentant une capacité de 2 317 lits permettant la prise en charge temporaire de personnes dépendantes. En 2009, environ 24 000 personnes ont été accueillies dans les établissements du groupe MEDICA, pour une durée moyenne de séjour de l'ordre de 30 jours.

Le tableau suivant présente la liste des établissements du secteur sanitaire, leur capacité d'accueil, au 31 décembre 2009 :

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>	<b>Département</b>	<b>Région</b>	<b>Activité</b>	<b>Lits</b>
Guebwiller Solisana	Guebwiller	Haut-Rhin	Alsace	Psychiatrique	60
<b>Total Alsace</b>					<b>60</b>
Caubeyres La Paloumère	Caubeyres	Lot et Garonne	Aquitaine	Sanitaire	55
<b>Total Aquitaine</b>					<b>55</b>
Hurigny La Roseraie	Hurigny	Saône-et-Loire	Bourgogne	Sanitaire	50
La Varenne St Sauveur	Varennes St Sauveur	Saône-et-Loire	Bourgogne	Sanitaire	50
Sens Sainte Colombe	Saint Denis les Sens	Yonne	Bourgogne	Sanitaire	63
<b>Total Bourgogne</b>					<b>163</b>
Louveciennes CVS	Louveciennes	Yvelines	Ile de France	Sanitaire	65
<b>Total Ile de France</b>					<b>65</b>
Brive St Jean Lez Cèdres	Brive-la-Gaillarde	Corrèze	Limousin	Sanitaire	81
Jonchère St Maurice	La Jonchère	Haute-Vienne	Limousin	Psychiatrique	30
<b>Total Limousin</b>					<b>111</b>
Castelmaurou Montvert	Castelmaurou	Haute Garonne	Midi-Pyrénées	Sanitaire	62
Nailloux Lou Castel	Saint Léon	Haute Garonne	Midi-Pyrénées	Sanitaire	40
Saussens Clinique	Saussens	Haute Garonne	Midi-Pyrénées	Sanitaire	80
Labarthe Val des Cygnes	Labarthe sur Lèze	Haute Garonne	Midi-Pyrénées	Sanitaire	100
Barbazan Pietat	Barbazan Debat	Hautes Pyrénées	Midi-Pyrénées	Psychiatrique	40
Cahuzac Centre Médical	Cahuzac	Tarn	Midi-Pyrénées	Sanitaire	111
<b>Total Midi-Pyrénées</b>					<b>433</b>
Jarnac Maison Blanche	Jarnac	Charente	Poitou-Charentes	Sanitaire	35
Jarnac Villa Bleue	Jarnac	Charente	Poitou-Charentes	Psychiatrique	36
St Pierre Château de Mornay	Saint Pierre de l'Isle	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	Sanitaire	67
<b>Total Poitou-Charentes</b>					<b>138</b>
Gréoux Le Verdon	Gréoux-les-Bains	Alpes de Haute Provence	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	80
Sclos La Pinède	Contes	Alpes-Maritimes	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	42
Peypin Le Colombier	Peypin en Provence	Bouches-du-Rhône	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	78
St Remy Alpilles	St Remy de Provence	Bouches-du-Rhône	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	71
Marseille Les Pins	Marseille	Bouches-du-Rhône	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	80
Briançon Montjoy	Briançon	Hautes Alpes	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	59
Cogolin Clinique du Golfe	Cogolin	Var	Provence Alpes Côte d'Azur	Psychiatrique	50
La Crau Bois St Joseph	La Crau	Var	Provence Alpes Côte d'Azur	Psychiatrique	81
Carpentras CMV	Carpentras	Vaucluse	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	45
Avignon Les Cyprès	Montfavet	Vaucluse	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	82
Ménerbes Les Garrigues	Ménerbes	Vaucluse	Provence Alpes Côte d'Azur	Sanitaire	40
<b>Total Provence Alpes Côte d'Azur</b>					<b>708</b>
Bourg en Bresse Arbelles	Bourg-en-Bresse	Ain	Rhône Alpes	Sanitaire	52
Neuville CCN	Neuville les Dames	Ain	Rhône Alpes	Sanitaire	47
Thueyts Condamine	Thueyts	Ardèche	Rhône Alpes	Sanitaire	54

Etablissement	Ville	Département	Région	Activité	Lits
Plateau Assy Chênes	Plateau d'Assy	Haute Savoie	Rhône Alpes	Sanitaire	63
Echiroles La Grange	Échiroles	Isère	Rhône Alpes	Sanitaire	80
Montrond Alma Santé	Montrond les Bains	Loire	Rhône Alpes	Sanitaire	48
Montrond Psychiatrique	Montrond les Bains	Loire	Rhône Alpes	Psychiatrique	70
Lyon Les Lilas	Lyon	Rhône	Rhône Alpes	Sanitaire	52
Pollionay Presles	Pollionay	Rhône	Rhône Alpes	Sanitaire	118
<b>Total Rhône Alpes</b>					<b>584</b>
<b>Total</b>					<b>2 317</b>

L'âge moyen des résidants au sein des établissements de SSR du groupe MEDICA en France est de 73 ans en 2009 et de 47 ans pour les résidants de ses établissements psychiatriques.

(b) *Des structures de rééducation et de réadaptation adaptées à la réinsertion socio professionnelle*

Ces établissements sont adaptés à l'évolution des pathologies (longues maladies, maladies chroniques ou traumatismes avec séquelles) qui nécessitent l'accompagnement et le suivi de patients ayant préalablement été résidants d'une structure de court séjour dans des établissements spécialisés. Les établissements du groupe MEDICA travaillent en étroite collaboration avec le secteur hospitalier.

(c) *Des structures médicalisées permettant la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques personnalisés*

La prise en charge des patients au sein des établissements sanitaires est assurée par des équipes médicales pluridisciplinaires. Le groupe MEDICA a recours à de nombreux praticiens aux spécialités complémentaires, notamment des médecins gériatres, rééducateurs, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes, ou pharmaciens, permettant de fournir à chaque patient un protocole thérapeutique personnalisé.

La prise en charge de la dépendance temporaire au sein d'établissements sanitaires ayant été rendue de plus en plus technique en raison de la réduction des durées d'hospitalisation en établissement de court séjour, le groupe MEDICA s'est doté des moyens matériels nécessaires afin de faire face à cette évolution du secteur, et a notamment mis en place des équipements de qualité afin de faciliter le retour à l'autonomie des résidants, notamment :

- des salles de kinésithérapie ;
- des bassins de balnéothérapie ;
- des salles d'ergothérapie (méthode de rééducation et de réadaptation par l'activité physique, spécialement par le travail manuel).

### 16.3 Une politique marketing et une démarche commerciale axée sur l'optimisation du *yield*

Le groupe MEDICA mène une politique commerciale active auprès des clients potentiels et des prescripteurs ayant pour objectif de développer ses revenus et de maximiser tant le taux d'occupation que le *yield* de ses établissements.

*Une politique commerciale orientée vers les prescripteurs (assistantes sociales d'hôpital ou de clinique, médecins, mairies)*

Un accent particulier est mis dans ce domaine en région parisienne, secteur géographique représentant un gisement important de clientèle selon le groupe MEDICA. Ainsi une équipe de professionnels est spécifiquement chargée de la prospection en région parisienne. Dans les autres régions, les directeurs d'exploitation et les directeurs d'établissements mènent une politique commerciale active auprès de leurs clients et prescripteurs potentiels.

Dans le cadre de leur activité, les établissements sont amenés à conclure, généralement au niveau local, des conventions notamment avec certains prescripteurs. Les établissements du secteur sanitaire du groupe MEDICA, afin de valoriser leurs spécialisations, ont conclu des conventions avec des hôpitaux localisés à proximité par lesquelles l'établissement s'engage à recevoir des patients et à réserver un certain nombre de places, et à les soigner dans un cadre adapté à leur pathologie.

Certains établissements du secteur EHPAD concluent également des conventions de partenariat, notamment avec des hôpitaux, des municipalités ou les centres locaux d'information et de coordination (ou CLIC, antennes émanant principalement du secteur associatif, qui ont pour objet de centraliser les informations sur les places disponibles en établissements EHPAD).

En 2009, sur 20 462 personnes ayant contacté le groupe MEDICA, 50 % ont été conseillées préalablement par un prescripteur. 40 % ont visité un EHPAD du groupe MEDICA et 31 % d'entre elles ont été admises.

La durée moyenne de traitement d'un dossier, entre le premier contact et son admission, est de 19 jours.

De manière plus générale, le groupe MEDICA vise à inscrire son réseau dans un contexte de proximité et cherche des moyens innovants de se développer localement et également de développer ce type de partenariats public-privé, notamment dans le domaine des soins psychiatriques.

#### *La plate-forme MEDICOM*

Afin d'organiser de manière rationnelle ses fichiers clients et clients potentiels, ses fichiers prescripteurs et l'information sur la concurrence, le groupe MEDICA a développé « MEDICOM », une plate-forme intranet de gestion de la relation client. Les statistiques issues de cette base, sont utilisées afin de définir la politique marketing et commerciale tant sur un plan national que local, de cibler les actions de communication les plus rentables et de mutualiser les meilleures pratiques. Le suivi quotidien du flux de prospects permet de mesurer et de comparer en permanence les performances de chaque équipe et de définir de manière très réactive les plans d'actions éventuellement nécessaires.



Par ailleurs afin de gérer très rapidement l'attribution des lits et services associés en fonction des demandes des prescripteurs et des patients, le groupe MEDICA a mis en place un outil de gestion prévisionnelle des lits. Tout comme MEDICOM, cet outil permet de suivre finement en temps réel les flux d'entrée et de sortie, il référence également les prescripteurs et permet ainsi de mesurer régulièrement l'adressage sur un plan quantitatif et qualitatif.

#### *Un centre d'appel dédié*

Enfin, soucieux de répondre au mieux aux besoins de ses prescripteurs et de ses futurs clients, le groupe MEDICA soutient l'action de chacun de ses établissements sur un plan national par la mise en place notamment d'un point infos-conseils par téléphone (disponible 7/7) avec un service spécifique dédié à l'Accueil en Urgence.

#### *Une politique tarifaire adaptée aux marchés locaux*

Dans le secteur EHPAD en France, les tarifs d'hébergement, qui ont représenté environ 64 % du chiffre d'affaires 2009 du groupe MEDICA sur cette activité, sont fixés librement à l'égard des nouveaux résidents, alors que les augmentations tarifaires pour les résidents déjà présents sont encadrées par arrêté du Ministère de l'économie et des finances. Dans ce contexte, la politique tarifaire en matière d'hébergement est adaptée aux spécificités du marché de la prise en charge au niveau local.

Le groupe MEDICA réalise des analyses de marché afin d'adapter au mieux ses tarifs en fonction des spécificités locales, de l'intensité concurrentielle et de la qualité des prestations de l'établissement. Il développe par ailleurs des prestations annexes (télévision, coiffure, esthéticienne...) lui permettant d'augmenter son chiffre d'affaires. Ces politiques tarifaires font l'objet *a minima* d'une réévaluation annuelle pour chaque établissement dans l'objectif d'une mise en adéquation permanente.

Dans le secteur sanitaire, les tarifs journaliers de soins, qui représentent environ 79% du chiffre d'affaires 2009 sur cette activité sont fixés par l'ARH. Le groupe MEDICA propose également à ses patients des services (chambre particulière, ligne téléphonique privative, service presse personnalisé, service blanchisserie, télévision...) facturés en sus des soins et qui permettent d'optimiser le revenu par lit occupé. Ces services ont généré environ 21 % du chiffre d'affaires 2008 (voir paragraphe 20.1.2 « Principaux facteurs ayant une incidence sur l'activité et les résultats et principaux postes des comptes »).

### **16.4 Une politique active de gestion immobilière, outil de développement du groupe MEDICA, associée à un historique de croissance externe**

Le groupe MEDICA mène une politique immobilière active reposant sur la création d'établissements afin de poursuivre sa croissance conformément à ses objectifs stratégiques et afin de maintenir et améliorer en permanence la qualité de ses infrastructures et prestations dans le respect des normes applicables notamment en matière de sécurité.

Cette politique repose en effet sur une recherche constante de qualité, à travers une localisation et une conception optimales des ensembles immobiliers, tout en recherchant une différenciation marketing. Le groupe MEDICA dispose également d'un historique éprouvé de croissance externe et d'intégration de nouveaux établissements.

Au 31 décembre 2009, le groupe MEDICA exploitait un ensemble de 148 établissements spécialisés dans la prise en charge de la dépendance, en France et en Italie,

représentant une surface totale d'accueil hors œuvre nette (« **SHON** ») de près de 590 000 m<sup>2</sup>.

**Actifs immobiliers exploités par le groupe MEDICA au 31 décembre 2009 :**

	Nombre établissements	%	Nombre de lits	Surface SHON (m <sup>2</sup> )
<b>Total actifs immobiliers détenus</b>	<b>50</b>	<b>34 %</b>	<b>3 662</b>	<b>178 900</b>
Actifs immobiliers détenus en pleine propriété	27	18 %	1 893	95 500
Actifs immobiliers détenus en crédit-bail	23	16 %	1 779	83 400
<b>Actifs immobiliers loués</b>	<b>98</b>	<b>66 %</b>	<b>7 719</b>	<b>411 000</b>
<b>Total groupe MEDICA</b>	<b>148</b>	<b>100 %</b>	<b>11 381</b>	<b>589 900</b>

Le groupe MEDICA considère que ses établissements constituent des ensembles immobiliers cohérents, modernes, bien entretenus et répondant aux dernières évolutions du secteur notamment en terme de sécurité, de soins, de qualité de l'hébergement.

Environ 60 % des établissements sont localisés dans des villes de plus de 50 000 habitants, de préférence en centre ville ce qui leur offre un accès privilégié aux prescripteurs et aux familles de résidents, au sein des trois zones d'activités majeures que constituent les régions Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En outre, conformément à ses objectifs de qualité, le groupe MEDICA procède chaque année à des opérations spécifiques de mise aux normes et d'amélioration de la qualité et d'embellissement de l'hôtellerie de ses établissements sur l'ensemble du territoire national. Ces opérations visent à identifier et à mettre en œuvre les actions nécessaires afin de rendre les établissements plus accueillants et plus agréables pour les résidents et leur famille, capter l'œil du visiteur dans une approche plus commerciale et améliorer les conditions de travail des salariés.

A ce titre, le groupe MEDICA a investi environ 11,9 millions en 2007, 13,6 millions d'euros en 2008 et 13,7 millions d'euros en 2009 pour l'ensemble des travaux de maintenance, de sécurité et d'amélioration de la qualité et d'embellissement de l'hôtellerie de son portefeuille d'établissements, soit environ 1 180 euros (hors taxe) par lit et par an.

Plus de 96 % des clients expriment leur degré de satisfaction en fonction de la qualité du cadre de vie de l'établissement d'accueil (Source : INIT<sup>23</sup>, « Enquête Satisfaction EHPAD 2008 »). Le groupe MEDICA offre notamment à ses clients en France 94 % de chambres individuelles en EHPAD et un espace de vie d'environ 50 m<sup>2</sup> de SHON par lit.

<sup>23</sup> Créé en 1995, l'INIT est un institut d'études marketing spécialisé dans la valorisation du capital client (satisfaction et fidélité).

#### 16.4.1 Les actifs immobiliers détenus

Au 31 décembre 2009, sur un total de 11 381 lits exploités, le groupe MEDICA est propriétaire de l'immobilier sur environ 34 % de son patrimoine. Le groupe MEDICA a maintenu cette répartition de manière stable au cours de la période 2006-2009 dans la mesure où il considère qu'elle offre un bon compromis entre l'accroissement de sa valeur patrimoniale et la flexibilité financière nécessaire à son développement. Il est par ailleurs précisé qu'en Italie le groupe MEDICA n'est propriétaire que d'un actif immobilier financé par crédit-bail.

La propriété de ces établissements se répartit de manière relativement équilibrée entre pleine propriété (27 établissements) dont la quasi-totalité de la dette correspondante a été remboursée et crédit-bail (23 établissements) dont l'encours non remboursé est de 34,1 millions d'euros à fin 2009.

Une grande partie de ces crédits-bails arrivent à échéance à l'horizon 2015, offrant au groupe MEDICA la possibilité de se porter acquéreur des actifs immobiliers pour une somme symbolique.

Le tableau suivant présente les dates d'expiration des crédits-bails relatifs aux établissements du groupe MEDICA (situation au 31 décembre 2009 sur la base de 23 crédits-baux à cette date) :

Année d'expiration	Nombre de crédits-baux immobiliers
2010	1
2011	4
2012	4
2013	4
2014	4
2015	2
2016	2
2017	1
Après 2017	1
Total	23

La valeur de l'ensemble des actifs situés en France a fait l'objet d'une évaluation par des experts indépendants, la dernière évaluation estimant la valeur des biens détenus soit en pleine propriété soit via crédits-bails à 270 millions d'euros, correspondant à un ratio au m<sup>2</sup> de 1 510 euros (Source : Expertises Galtier réalisées en octobre 2009).

La méthode d'évaluation retenue par l'expert est la méthode par la rentabilité. Cette méthode consiste à capitaliser le revenu potentiel de l'immeuble (valeur locative), à un taux déterminé par rapport aux taux pratiqués sur le marché catégoriel local et en fonction des caractéristiques particulières de l'immeuble. La valeur locative est déterminée par rapport au chiffre d'affaires que l'établissement est susceptible de réaliser dans des conditions normales d'exploitation en fonction des prix de journées et du taux d'occupation. Le taux de rendement moyen retenu par l'expert ressort à 7,4 %.

#### 16.4.2 Les ensembles immobiliers en location

Le solde des établissements composant le patrimoine du groupe MEDICA, soit environ 66 %, est exploité en vertu de baux commerciaux dont les durées sont généralement comprises entre 9 et 12 ans.

Les 6 principaux bailleurs du groupe MEDICA sont propriétaires, directement ou indirectement, de 56 % des immeubles loués par le groupe MEDICA. Il s'agit notamment de trois foncières cotées (GECIMED, Société de la Tour Eiffel et WP Carey) et de trois sociétés familiales.

La structure des baux commerciaux dont bénéficie le groupe MEDICA prévoit généralement un mécanisme d'indexation des loyers. Toute modification de ces indices a une incidence sur le niveau des charges locatives supportées. La plupart des baux commerciaux du groupe MEDICA en France était indexée jusqu'au 31 décembre 2008 sur l'indice du coût de la construction (« **ICC** ») établi par l'INSEE.

Le groupe MEDICA a finalisé depuis le début de l'année 2009 des renégociations avec ses principaux bailleurs, dans le cadre notamment de la mise en œuvre de l'article L.145-39 du Code de commerce disposant notamment que dans le cas où le bail commercial est assorti d'une clause d'échelle mobile, la révision peut être demandée chaque fois que, par le jeu de cette clause, le loyer se trouve augmenté ou diminué de plus d'un quart par rapport au prix précédemment fixé contractuellement.

Ces accords ont permis au groupe MEDICA de réduire les coûts immobiliers afférents aux baux renégociés de 9 % (effet année pleine en base annuelle 2009) et d'allonger la durée de vie résiduelle de ces baux commerciaux.

Le tableau suivant présente les dates d'expiration des baux commerciaux relatifs aux établissements du groupe MEDICA (situation au 31 décembre 2008 sur la base de 94 baux commerciaux à cette date et au 31 décembre 2009 après renégociation sur la base de 98 baux commerciaux à cette date) :

	Baux commerciaux	
	Au 31 décembre 2008	Au 31 décembre 2009
2010	9	3
2011	3	2
2012	6	5
2013	5	5
2014	30	7
2015	10	7
2016	3	2
2017	10	7
Après 2017	18	60
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>98</b>

Ces renégociations ont également permis de mettre en place des dispositifs protecteurs, notamment le passage de 42 % des baux commerciaux du groupe MEDICA à l'indexation sur l'Indice des Loyers Commerciaux (« **ILC** ») contre des revalorisations de loyer décorrélées de l'évolution de l'activité du groupe MEDICA contrairement à la situation enregistrée au cours des dernières années en raison de la forte augmentation de l'ICC (voir également paragraphe 20.1.2 « Principaux facteurs ayant une incidence sur l'activité et les résultats et principaux postes des comptes », « Charges externes ») :

Indexation	Nombre établissements		Nombre établissements	
	% du total		% du total	
	Au 31 décembre 2008		Au 31 décembre 2009	
Indice du Coût de la Construction	66	70 %	21	21 %
Indice des Loyers Commerciaux avec un plafond	-	-	41	42 %
Tarif hébergement avec un plafond	-	-	6	6 %
Autres (notamment annuités non indexées)	11	12 %	13	13 %
<b>Total France</b>	77	82 %	81	83 %
Italie <sup>1</sup>	17	18 %	17	17 %
<b>Total Actifs immobiliers loués</b>	94	100%	98	100 %

<sup>1</sup> Indexation liée à la prise en compte de 75 % de l'indice ISTAT lié à l'inflation.

### 16.4.3 Les projets de création, de restructuration d'établissements et la politique de croissance externe

#### *Les projets de création d'établissements*

Les projets de création d'établissements reposent sur des équipes dédiées en charge de l'obtention des autorisations nécessaires. Ces équipes s'appuient notamment en région sur des opérateurs de référence du domaine de la construction et de la promotion immobilière (tels que Bouygues Immobilier, Nexity, SOGEPROM – Immobilier Société Générale...), et sur des sociétés d'économie mixte.

Le groupe MEDICA a mis en place un cahier des charges immobilier extrêmement précis afin de respecter pour chaque création d'établissement les contraintes budgétaires d'exploitation, mais également d'optimiser les surfaces afin d'offrir une prestation d'hébergement de qualité, des conditions de travail optimales pour ses salariés et un bâtiment respectant les normes d'hygiène et de sécurité du secteur.

Le groupe MEDICA a d'ores et déjà anticipé dans ce cahier des charges les évolutions liées aux nouvelles recommandations du Plan Alzheimer, notamment :

- la capacité à diversifier les modalités de prise en charge (accueil temporaire, accueil permanent, accueil de jour) ;

- la création d'unités spécifiques de type UHR (Unités d'Hébergement Renforcé), dont la vocation est la prise en charge 24h/24h de personnes âgées atteintes de troubles sévères liés à la maladie Alzheimer ou à une pathologie apparentée.

Si le groupe MEDICA décide qu'il ne souhaite pas assumer le financement de l'immobilier d'un projet, il dispose de relations privilégiées avec des investisseurs privés, tels que des sociétés foncières cotées (GECIMED, Société de la Tour Eiffel, WP Carey) ou des sociétés anonymes d'économie mixte, ou spécialisées dans le logement social.

Il peut également s'appuyer sur l'un des opérateurs de référence en matière de ventes d'EHPAD en copropriété auprès d'investisseurs particuliers souhaitant bénéficier d'un régime favorable sur le plan fiscal. En effet, la loi Scellier/Bouvard permet à un investisseur non professionnel d'acquérir une ou plusieurs chambres, donnée(s) à bail à un exploitant, et de bénéficier du statut de loueur en meublé non professionnel et des dispositifs fiscaux favorables y afférents, tels qu'une réduction d'impôt sur le revenu et la récupération de la TVA.

Le groupe MEDICA a ouvert 274 lits en 2009 (3 établissements).

#### *Les projets de restructurations d'établissements*

Le groupe MEDICA procède régulièrement à des opérations de restructuration d'établissements, notamment en vue d'améliorer le confort, la sécurité mais également l'attractivité d'établissements récemment acquis dans le cadre de la politique de gestion du *yield*. Dans le secteur sanitaire, ces opérations peuvent se traduire par des restructurations et/ou des extensions ou de regroupements d'établissements existants, afin de répondre à un besoin exprimé par l'ARH. Ces opérations s'accompagnent alors d'une nouvelle définition des pathologies prises en charge et d'une négociation dans le cadre du CPOM d'une revalorisation des tarifs.

A titre d'exemple, dans le secteur sanitaire, ont notamment été conçus après restructuration, les établissements spécialisés en neurologie à Avignon et à Echirrolles, l'établissement spécialisé en neurologie et orthopédie à Bourg-en-Bresse et l'établissement spécialisé en gériatrie de Louveciennes. Dans le secteur EHPAD, le groupe MEDICA a intégralement restructuré un établissement à Champcueil, repris suite à la défaillance de l'association qui en assurait préalablement la gestion, portant ainsi la capacité de cet établissement de 48 à 94 lits avec la création d'une unité spécialisée dans la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

#### *Les opérations de croissance externe*

Dans le cadre de sa politique de croissance maîtrisée, le groupe MEDICA a poursuivi jusqu'en fin 2008 une politique de croissance externe ciblée, tant en France qu'en Italie. Le groupe MEDICA a ainsi procédé à l'acquisition de 1 212 lits en 2006 (20 établissements), 789 lits en 2007 (8 établissements) et 387 lits en 2008 (8 établissements). Le groupe MEDICA n'a procédé à aucune opération de croissance externe en 2009.

Plus particulièrement, au cours des 3 dernières années, plus de 87 millions d'euros ont été consacrés aux opérations de croissance externe par la groupe MEDICA :

En millions d'euros	2007	2008	2009
Acquisitions de filiales	31,1	42,2*	9,5**
Acquisitions de fonds de commerce	0,0	4,2	0,1
<b>Total croissance externe</b>	<b>31,1</b>	<b>46,4</b>	<b>9,7</b>

\*y compris 14,7 millions d'euros versés dans le cadre de l'acquisition du solde de la participation dans Aetas Spa (40 %).

\*\* Versements de compléments de prix pour des acquisitions antérieures à 2009.

## 16.5 Le groupe MEDICA : une image reconnue

### *Des clients satisfaits*

Dans le cadre de sa politique qualité, le groupe MEDICA a mis en place une enquête de satisfaction annuelle auprès des résidents et familles des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, afin de mesurer et vérifier l'application des critères de la démarche qualité engagée, et de définir les attentes des clients. Cette étude est conduite par INIT Satisfaction, cabinet d'études marketing indépendant, spécialisé dans les études de mesure de satisfaction.

En 2008, sur 4 008 questionnaires retournés par les résidents et les familles (38 % résidents, 62 % familles), cette étude révèle au niveau national un taux de satisfaction global des clients de 96 % et un personnel apprécié dans 98 % des cas. Elle illustre également, en terme de démarche commerciale, une qualité d'accueil téléphonique satisfaisante (97,5 %), d'accueil des visiteurs (96,8 %) et un cadre de vie de l'établissement satisfaisant (96 %).

### *Des salariés satisfaits*

En 2009, les salariés du groupe MEDICA France ont répondu à une enquête menée pour le baromètre social, par INIT Satisfaction.

Cette enquête anonyme a donné à 2 953 salariés répondant, l'occasion de s'exprimer sur leur environnement de travail. L'enquête a révélé que 90 % des personnes interrogées aimeraient travailler au sein de leur établissement et que 96,9 % des personnes interrogées aimeraient leur métier.

### *Des récompenses de professionnels de la branche d'activité*

Depuis 2007, plusieurs trophées décernés par les professionnels du secteur de la dépendance sont venus récompenser les activités du groupe MEDICA :

- le groupe MEDICA a été nommé au 2<sup>ème</sup> Trophée du Grand Age dans la catégorie EHPAD, pour son initiative sur le cahier « Sur le Chemin de l'Ecole » qui formalise un outil visant à développer des liens avec les scolaires et péri-scolaires ;
- le 27 avril 2009, le groupe MEDICA a été élu lauréat du 1<sup>er</sup> Trophée du Grand Age parmi 8 nominés dans la catégorie « initiative EHPAD » pour la mise en place de la console Wii sur l'ensemble des établissements. Cette récompense vise à promouvoir et récompenser les meilleures initiatives ou innovations destinées à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées ;

- le groupe MEDICA a été nommé le 1<sup>er</sup> décembre 2008 au Sénat, dans la catégorie Gouvernance des établissements et services du Trophée Direction(s) pour son baromètre social, récompensant les initiatives du secteur social et médico-social, liées au management, à la gestion des ressources humaines, à l'organisation du travail, et permettant aux organisations de se repositionner et d'adapter leur mode de fonctionnement aux mutations du secteur ;
- le groupe MEDICA a reçu en mars 2007, le premier prix du Management des ressources humaines en santé, dans la catégorie innovation en formation continue, pour avoir lancé une formation diplômante liée à la maladie d'Alzheimer, en collaboration avec l'institut INFA et France Alzheimer.

## **16.6 Une démarche qualité et éthique certifiée**

La prise en charge de personnes malades, âgées, fragiles ou dépendantes implique, plus encore que dans d'autres secteurs d'activités, un engagement et une démarche qualité.

### *La culture de la bientraitance*

La prise en charge de personnes malades, âgées, fragiles ou dépendantes implique, plus encore que dans d'autres secteurs d'activités, un engagement et une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles.

La Politique Qualité de MEDICA trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Elle est fondée sur le respect de la « Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante », de la « Charte du patient hospitalisé » et de la « Charte de la personne accueillie ». La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante a été établie par la Fondation Nationale de Gérontologie et définit des objectifs visant à reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et à préserver ses droits.

Dans les établissements de soins, le personnel doit se référer à la Charte du patient hospitalisé, annexe à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 dont l'objectif est de faire connaître concrètement les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé, tels qu'ils sont affirmés par les lois, décrets et circulaires. Cette Charte est remise à chaque patient ainsi qu'un questionnaire de sortie, annexé au livret d'accueil, dès son entrée dans l'établissement.

Cette culture de bientraitance est partagée avec tous les acteurs de MEDICA et s'appuie sur des valeurs éthiques et déontologiques : respect du résidant ou du patient, de son histoire, de sa dignité et de singularité, respect des relations du résidant ou du patient avec son entourage, qualité du cadre de vie, bienveillance, transparence, sécurité des personnes et des biens, pérennité des prestations de service, compétence des intervenants, amélioration continue.

Dès 1999, le groupe MEDICA a engagé volontairement l'ensemble de ses établissements dans une démarche d'assurance qualité. Cette première étape conduite par la Direction Médicale et Qualité a consisté à engager l'ensemble des équipes à formaliser leur pratiques professionnelles sous le terme des Bonnes Pratiques MEDICA. Ces Bonnes Pratiques couvrent l'ensemble de ses activités : l'hébergement et la restauration, la qualité des soins (le circuit de l'information médicale, la confidentialité, la fourniture de médicaments), la prise en charge de la dépendance, l'hygiène et la sécurité, l'organisation de la vie sociale, les ressources humaines, les services administratifs et financiers et le patrimoine.



La grande majorité des activités du groupe MEDICA est ainsi soumise au respect de procédures harmonisées applicables aussi bien au sein de ses établissements sanitaires qu'au sein de ses EHPAD. Si chaque établissement conserve son autonomie, l'exploitation est encadrée par des procédures unifiées mises en place au niveau du groupe MEDICA. Cette homogénéisation des procédures, des outils et des supports facilite le transfert des compétences et le partage des expériences inter-établissements. Elle constitue par ailleurs le socle de sa politique de gestion des risques commune à l'ensemble de ses établissements. Par ailleurs, le groupe MEDICA attache une importance particulière à la bonne formation de ses salariés à ces procédures en vue d'harmoniser la qualité des prestations au sein de l'ensemble de ses établissements.

#### *Les EHPAD du groupe MEDICA, normés NF*

Depuis 2006, le groupe MEDICA a souhaité progresser vers une véritable démarche d'amélioration continue de la qualité en se référant à la Norme NF X 50-058 « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées : cadre éthique et engagements de service » et aux Règles de certification NF 386 concernant les EHPAD<sup>24</sup>.

La Norme NF X 50-058 répond au concept de bienveillance et aux besoins de transparence des EHPAD. Elle a comme objectif de garantir « une qualité de service, un accueil individualisé et une relation contractuelle claire ainsi que la conformité du service aux engagements définis dans la norme ». Elle définit le cadre éthique et les principes généraux dans lequel doit se dérouler le service, le projet de vie de l'établissement, le projet de vie personnalisé du résidant. Elaborée à partir des besoins et des attentes des personnes âgées, la norme s'attache à respecter 2 thèmes importants dans la vie des personnes âgées dans les établissements : le maintien de l'autonomie et le maintien de la vie sociale.

La Certification NF Service déployée par le groupe MEDICA résulte d'une démarche volontaire de la Direction Générale et de l'engagement du Directeur de chaque EHPAD. Ainsi chacun établissement s'engage dans un processus de suivi de qualité basé sur l'auto-évaluation, tout en se soumettant régulièrement aux contrôles de l'AFNOR. L'évaluation de la qualité de service repose sur des autocontrôles réguliers, une évaluation interne annuelle et une évaluation externe annuelle auprès des services centraux et sur un panel représentatif d'établissements.

- **Les autocontrôles**

Au sein des établissements, le respect des engagements de service est vérifié au moins une fois par an par les personnels concernés grâce notamment aux grilles d'autocontrôle par métiers mises à leur disposition. Les éventuels écarts relevés lors des autocontrôles font l'objet d'un plan d'amélioration, mis en œuvre et suivi par le directeur de l'établissement chargé de la certification.

- **L'évaluation interne annuelle**

La Direction Médicale et Qualité réalise sur chaque établissement certifié une évaluation interne annuelle. Ces audits internes permettent la vérification du respect des engagements de service et couvre l'ensemble des dispositions contenues dans la Norme NF X 50-058 et des Règles de certification NF 386. L'organisation de l'audit interne est

---

<sup>24</sup> Norme NF X 50-058 publiée en février 2003 adossé à la norme, via les règles de certification services NF 386 version N° 2 publiée au JO le 17 décembre 2008.

placée sous la responsabilité de la Direction Médicale et Qualité qui établit le programme d'audit et désigne les auditeurs. Les éventuels écarts relevés lors d'un audit interne font l'objet d'un plan d'amélioration, mis en œuvre par le directeur de l'établissement.

La Direction Médicale et Qualité s'assure du suivi de la mise en œuvre du plan d'actions (voir paragraphe 16.8 « Organisation du groupe MEDICA »).

- **L'évaluation externe**

Le groupe MEDICA compte actuellement 72 EHPAD certifiés NF Service soit plus de 75 % des établissements en France. La certification des établissements positionne le groupe MEDICA, en position d'avant garde par rapport au processus d'évaluation externe de l'ANEMS. Elle renforce également la crédibilité du groupe MEDICA en matière d'obtention d'autorisation de créations d'établissements.

Un audit de certification est systématiquement réalisé par AFNOR lors de la présentation de l'établissement à la certification de service. Cet audit permet de s'assurer du niveau de connaissance et de l'implication de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Elle porte sur les activités et la qualité des prestations délivrées et s'appuie sur l'observation des pratiques sur le terrain.

*Les établissements sanitaires certifiés*

Les professionnels de santé qui exercent au sein des établissements sanitaires du groupe MEDICA sont soumis au système d'accréditation (certification V2-V2007) progressivement remplacée à partir de janvier 2010 par la certification V2010. Les certifications V2007 et V2010 développées par la Haute Autorité de Santé sont très proches du système de certification ISO 9001, bien connu dans le monde industriel et des services.

La certification des établissements de santé est une démarche obligatoire ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques. Elle consiste en une auto-évaluation tous les 4 ans, suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs (experts visiteurs) à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui visent à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable. La certification apprécie non seulement le système de management de la qualité, mais également des aspects spécifiques de l'organisation des soins.

Les 37 établissements sanitaires du groupe MEDICA, soit 100 % des structures sanitaires du groupes sont accrédités V1. Sur les dix éléments analysés, le Management de l'établissement et des secteurs d'activité, le dossier patient, et la gestion des Ressources Humaines constituent trois points forts des établissements certifiés MEDICA. Au 31 décembre 2009, 92 % des établissements sanitaires sont d'ores et déjà accrédités V2.

En sus des obligations réglementaires, le groupe MEDICA a décidé de développer une véritable démarche qualité et risques qui doit permettre d'améliorer la prestation délivrée au patient en faisant participer l'ensemble du personnel de ses établissements. Au-delà des obligations réglementaires, la certification contribue à renforcer l'adhésion des équipes. Selon une étude menée en 2009 par INIT Satisfaction pour le groupe MEDICA, 92 % des salariés du groupe considèrent la certification essentielle pour l'image du groupe MEDICA.

## **16.7 La formation et la qualification des équipes**

Le groupe MEDICA met un accent particulier sur la formation et la qualification de ses équipes au travers d'un programme de formation qui répond en temps réel aux besoins des personnels pour améliorer leurs capacités à prendre en charge l'évolution de la dépendance.

### **16.7.1 La formation professionnelle au sein du groupe MEDICA**

La performance du groupe MEDICA repose sur la qualité et l'implication de ses salariés. C'est pourquoi le groupe MEDICA s'efforce de développer les compétences de ses équipes, renforçant ainsi la contribution de chacun aux objectifs qualitatifs et économiques du groupe.

Selon le baromètre social 2009 réalisé par INIT Satisfaction, la formation constitue le premier critère de motivation au sein des établissements du groupe MEDICA. La formation au sein du groupe MEDICA contribue en effet fortement à la fidélisation et à la motivation des équipes. Elle constitue un réel outil de management et un investissement créateur de valeur.

Cette formation est notamment assurée par les équipes de l'Institut des Bonnes Pratiques, qui a formé au titre de l'exercice 2009 plus de 2 200 salariés. Parallèlement, 430 salariés ont suivi une formation diplômante, contre 374 en 2008.

### **16.7.2 L'Institut des Bonnes Pratiques**

Le groupe MEDICA a créé au début de l'année 2003, l'Institut des Bonnes Pratiques, Centre de formation exclusivement dédié à tous les collaborateurs du groupe MEDICA, est un outil de déploiement des Bonnes Pratiques et de valorisation du salarié, qui améliore, au travers de formations diverses, la qualité de service.

Aujourd'hui l'Institut des Bonnes Pratiques compte des formateurs permanents, qui ont essentiellement en charge le déploiement sur les établissements des formations dans le domaine médical et éthique, tels que : l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie, les bases de la gérontologie, la prévention du risque de maltraitance, les relations familles/équipes, la gestion du stress.

L'Institut des Bonnes Pratiques s'appuie également sur des intervenants ponctuels (cabinet d'avocat sur la responsabilité des directeurs d'établissement, professionnel de l'hôtellerie sur le service en salle), et des prestataires externes experts dans leur domaine (Ecole Lenôtre pour les formations des chefs, France Alzheimer pour des formations spécifiques à l'attention des soignants, HEC et Euromed Marseille pour des formations en management, Bureau Veritas pour l'habilitation électrique, etc.) afin d'offrir une offre diversifiée à l'ensemble des collaborateurs.

### **16.7.3 Les Partenariats de formation**

La volonté de proposer une prise en charge de qualité des clients associée à la volonté de favoriser l'évolution interne des collaborateurs, ont engagé le groupe MEDICA sur la voie de partenariats spécifiques visant à la qualification de ses équipes. Plusieurs parcours diplômants sont aujourd'hui proposés aux équipes :

- Directeurs d'établissements

La Licence et le Master de Directeur d'Etablissement ont été mis en place et organisés en partenariat avec l'Université Paris XII et l'Institut National de

Formation et d'Application afin de veiller à la formation de l'ensemble des directeurs des établissements MEDICA.

Cette formation, destinée à former les futurs directeurs d'EHPAD du groupe MEDICA, a débuté en janvier 2005 et a été ouverte aux candidatures externes en 2006 à toute personne titulaire d'un Bac +2 ou ayant passé une « validation des acquis de l'expérience ». Une équipe de formateurs composée d'intervenants universitaires, de cadres du groupe MEDICA et d'intervenants extérieurs (avocats, consultants extérieurs...) a pour but de permettre aux futurs directeurs d'EHPAD et à ceux déjà en poste d'assumer leurs responsabilités avec une expertise renforcée.

- Des parcours diplômants spécialisés et originaux

*Le Diplôme d'Etat Aide Médico-Psychologique Alzheimer*

Le groupe MEDICA a fait appel à l'Institut National de Formation et d'Application (Université Paris XII) pour la mise en œuvre de ce projet d'une part, et d'autre part à l'Association France Alzheimer en qualité d'« expert » en la matière. Il vise tout particulièrement à la spécialisation des équipes soignantes, leur permettant d'obtenir des diplômes reconnus par l'État destinés à améliorer la prise en charge des personnes âgées désorientées.

*Le Diplôme Universitaire d'Animation pour Personnes Âgées*

Cette formation a été construite en collaboration avec l'Université Claude Bernard de Lyon et vise à acquérir et développer des connaissances sur les phénomènes du vieillissement tant sur le plan biologique que psychologique ou socio-économique.

## **16.8 Organisation du groupe MEDICA**

L'organisation du groupe MEDICA repose sur deux principes :

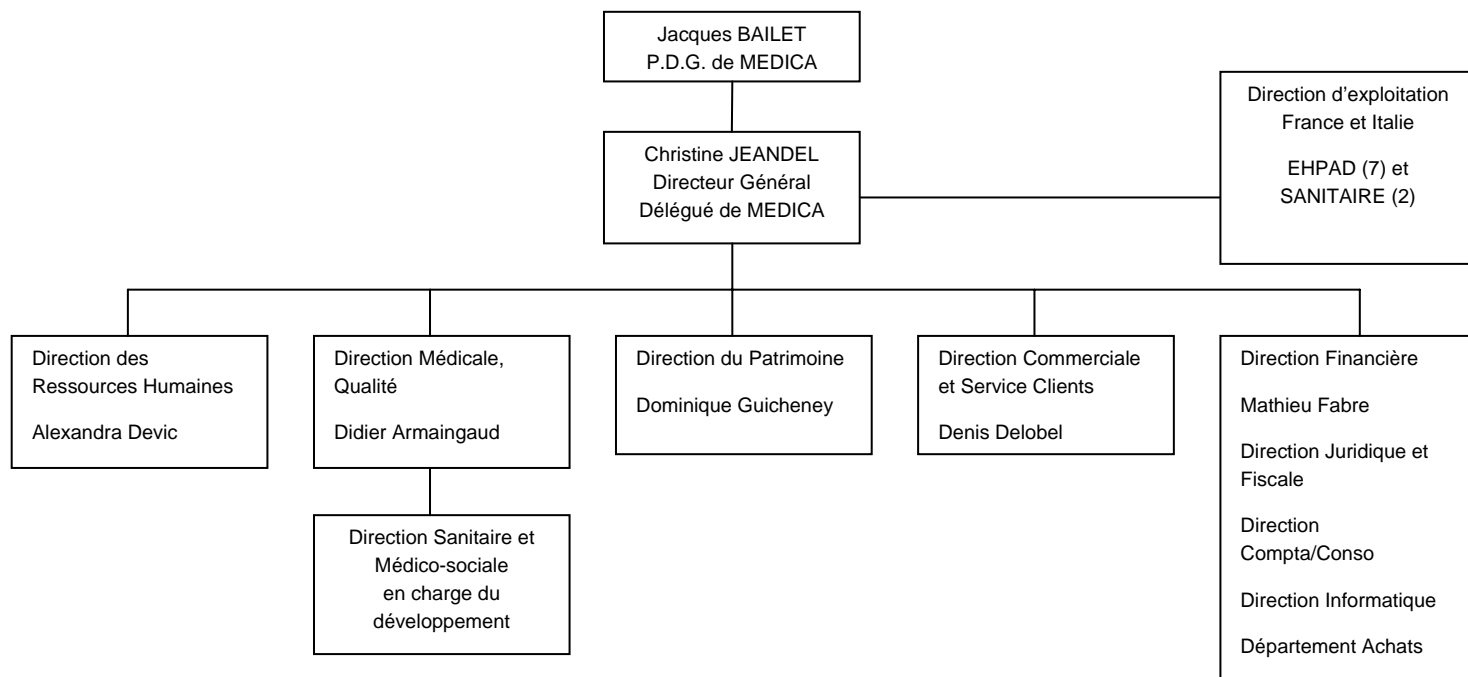
- une gestion autonome de chaque établissement par un directeur d'établissement responsable du budget d'exploitation, de la gestion du personnel, de la mise en œuvre de la politique commerciale locale et de la mise en œuvre des procédures harmonisées et centralisées communes à l'ensemble des établissements mises en place au niveau du groupe MEDICA ;
- une direction centralisée de l'ensemble de ces établissements, qui apporte un soutien fonctionnel, fixe les objectifs et contrôle leur réalisation.

Les directeurs d'établissement sont les représentants de la direction générale auprès des clients, des équipes et des autorités de tutelle. À ce titre, ils mettent en place et coordonnent le projet d'établissement et veillent au respect de la réglementation applicable. Ils assurent également l'organisation des ressources humaines et la prospection commerciale locale.

La direction centralisée suit un schéma d'organisation à la fois vertical et transversal, avec des directions opérationnelles couvrant des secteurs géographiques ou d'activité et des directions fonctionnelles venant en appui.

Les principaux cadres dirigeants ont plus de 10 ans d'ancienneté au sein du groupe MEDICA, pour un âge moyen d'environ 46 ans.

## Organigramme opérationnel et fonctionnel



### Direction opérationnelle

9 directeurs d'exploitation assurent la centralisation de la gestion des 7 secteurs géographiques du secteur EHPAD et 2 directeurs d'exploitation sont en charge du secteur sanitaire. Ils assurent l'encadrement des directeurs d'établissement, contrôlent la bonne marche des établissements et la mise en œuvre des normes et procédures du groupe MEDICA.

### Direction des Ressources Humaines

Cette direction assure une assistance auprès des établissements principalement en matière de droit du travail, de recrutement et de formation. Elle gère la paye et les déclarations obligatoires pour l'ensemble du groupe MEDICA. Elle pilote les relations sociales, s'assure du développement de la communication interne en mesurant régulièrement (notamment au travers du baromètre social) la pertinence de sa politique.

### **Direction Médicale et Qualité**

Cette direction initie et pilote la démarche qualité tant sur le secteur EHPAD que sur le secteur sanitaire. Support des établissements en matière de déploiement des bonnes pratiques et d'évaluation, elle est garante de l'amélioration continue de la qualité au sein du groupe MEDICA.

### **Direction Sanitaire et Médico-Sociale**

Cette direction représente le groupe MEDICA auprès de l'ensemble des autorités de tutelles et de tarification (Conseils Généraux, DDASS, ARH...). A ce titre, elle dispose d'une équipe spécialement chargée des nouvelles autorisations pour la création d'établissements EHPAD et d'établissements sanitaires.

### **Direction Commerciale et service clients**

Cette direction pilote la démarche marketing et commerciale, analyse les performances et propose les plans d'actions nécessaires dans le cadre de la politique de *yield management* du groupe MEDICA. Elle dispose d'une équipe de commerciaux dédiés à la commercialisation des établissements en phase d'ouverture.

### **Direction du Patrimoine**

Cette direction est garante du bon état général d'entretien et de sécurité de l'ensemble des bâtiments et équipements exploités par le groupe MEDICA. Elle assure directement le suivi des travaux importants, notamment lors de la construction ou de la réhabilitation d'un établissement.

### **Direction financière**

L'ensemble des services rattachés à cette direction assurent l'élaboration des budgets, le contrôle de gestion et la production des comptes intermédiaires et annuels. Elle centralise l'ensemble des fonctions comptables et la maintenance des systèmes d'information. Elle est garante de la production des informations financières et de gestion requise pour mesurer les performances de l'ensemble du groupe MEDICA, et de chacun des sites d'exploitation.

## **16.9 Le système d'information de pilotage**

Le pilotage efficace du groupe MEDICA dans son ensemble nécessite une bonne maîtrise de l'information. Pour cette raison, le groupe MEDICA a mis en place un système d'information répondant aux besoins des équipes au travers de deux types de plates-formes :

- des plates-formes d'applications, délivrant les logiciels aux différents métiers du groupe MEDICA (la gestion commerciale via MEDICOM (voir paragraphe 16.3 « Une politique marketing et une démarche commerciale axée sur l'optimisation du *yield* »), la facturation, la comptabilité et la paie) ;
- des plates-formes d'infrastructure, délivrant des services tels que la messagerie électronique, le partage de fichiers, l'intranet, l'annuaire interne.

Par ailleurs, un système de sauvegardes automatiques a été mis en place. Concernant les risques liés au système d'information et notamment à la perte de données, voir

paragraphe 5.2 « Risques propres au groupe MEDICA - Risques liés aux systèmes d'information ».

Enfin, le groupe MEDICA a mis en place dans ses établissements du secteur sanitaire le Programme de médicalisation du système d'information (le « **PMSI** »), comme l'exige la réglementation (voir chapitre 8 « Environnement réglementaire en France »). Un département de l'information médicale, composé d'un médecin et d'un technicien, a été créé à cet effet.

Ainsi, les établissements disposent d'outils informatiques destinés à collecter et à compiler les diverses informations qui seront ensuite transmises aux autorités de tutelles. Des visites sont régulièrement effectuées sur les différents sites par le médecin et des réunions de formation et de concertation avec les professionnels de chaque site ont lieu deux fois par an. Le PMSI est d'ores et déjà largement utilisé comme outil de pilotage dans les établissements mais également au niveau de la Direction Générale.

#### **16.10 Achats et sous-traitance**

Le groupe MEDICA est engagé dans un processus constant de coordination et d'optimisation de ses achats animés par un service dédié. Le montant total des achats consommés et charges externes (hors locations immobilières) du groupe MEDICA en 2009 a dépassé les 109 millions d'euros, soit plus de 22 % du chiffre d'affaires consolidé.

Un Département Achats gère la politique d'achats du groupe MEDICA depuis 2001. Les missions ainsi que les objectifs de cette organisation vont bien au-delà d'un service achats « classique », intervenant en tant que véritable centrale de référencement, permettant ainsi un suivi qualitatif des fournisseurs, la rationalisation des coûts, la mise en place de procédures d'achats au niveau du groupe MEDICA, et participant également à la bonne intégration de nouveaux établissements et de leur processus d'achats. Les principales missions du Département Achat sont :

- **La centralisation des missions de *sourcing*, de négociations ainsi que l'administration des bases de données et des mercuriales** pour chacun des fournisseurs référencés. L'ensemble de ces informations est diffusé auprès des opérationnels via l'outil de gestion documentaire du groupe, MEDIGED, mais également à travers des campagnes de communication interne visant à sensibiliser tous les salariés du groupe. La gestion de ces fonctions par le Département Achats permet aux établissements de se concentrer sur leur mission principale qui reste la prise en charge des résidents ou des patients mais également de s'assurer que chaque établissement bénéficie des meilleures conditions économiques sur l'ensemble de ses achats.
- **La mise en œuvre d'une politique d'achats centralisée permettant de garantir durablement les meilleures conditions économiques** sur la totalité des achats du groupe MEDICA (achats alimentaires, sous-traitance linge, médicaments, dispositifs médicaux, etc.).
- **La transformation des négociations tarifaires en résultats opérationnels**, notamment à travers :
  - la mise en place de bonnes pratiques rédigées en commun avec les fournisseurs visant à supprimer le gaspillage, source majeure de dépassement budgétaire ;

- la réalisation de budgets en prix mais également en volume sur lesquels nos fournisseurs prennent, dans certains cas, des engagements de résultats ;
- l'installation d'outils de commandes et de contrôle permettant à chaque opérationnel de positionner ses consommations au regard des normes du groupe MEDICA et permettant également au Département Achats de comprendre les raisons de dérives budgétaires ;
- la mise en œuvre d'actions correctrices auprès des établissements avec le soutien logistique des fournisseurs ;
- la mutualisation des Bonnes Pratiques entre établissements comme par exemple la mise en place d'un livret thérapeutique conçu par des pharmaciens, des médecins et des directeurs d'établissements afin de sélectionner la gamme de médicaments offrant le meilleur rapport efficacité/prix.

L'ensemble des produits et prestations de services dont le groupe MEDICA a besoin dans le cadre de ses activités de prise en charge de personnes dépendantes est aisément disponible sur le marché. En conséquence, le groupe MEDICA considère n'être dépendant d'aucun fournisseur ou sous-traitant.

Dans le cadre de ses activités, le groupe MEDICA est amené à faire appel à de nombreux fournisseurs, dont les principaux sont :

#### ***France***

- MEDIREST au travers de sa centrale d'achat SERVIREST pour les achats alimentaires du secteur EHPAD et en sous-traitance directe pour les sites du secteur sanitaire ;
- ELIS pour la location et l'entretien du linge plat et hôtelier ;
- les laboratoires HARTMANN pour les produits d'incontinence et les dispositifs médicaux ;
- le groupe LEGOFF pour les produits d'entretien.

Au titre de l'exercice 2009, les principaux fournisseurs en France ont représenté un coût global de 27,7 millions d'euros soit environ 6 % du chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA en France.

#### ***Italie***

Le groupe MEDICA est présent sur le marché de la prise en charge de la dépendance en Italie depuis 2005 au travers de sa filiale Aetas (voir paragraphe 15.6 « Historique de la Société et réorganisation »).

Préalablement à cette acquisition, la coopérative sociale Punto Service mettait ainsi à la disposition d'Aetas l'ensemble du personnel nécessaire au fonctionnement de ces établissements italiens (hors direction et administration).

À la suite de l'acquisition, le groupe MEDICA a souhaité conserver ce mode opérationnel qui constitue un mode de gestion habituel en Italie et qu'elle considère comme étant le plus efficace et le plus adapté à sa présence dans ce pays.



En effet, la charge représentée par ces services est proportionnelle au taux d'occupation de ces établissements pour le groupe MEDICA, et en conséquence, la baisse de fréquentation n'entraîne pas nécessairement une baisse de rentabilité pour l'exploitant. Près de 90 % des services sont ainsi directement sous-traités à Punto Service en Italie.

#### **16.11 Recherche et développement, brevets et licences**

Le groupe MEDICA exerce une activité consistant en la prise en charge de personnes dépendantes dans ses différents établissements. À ce titre, le groupe MEDICA ne participe à aucune activité de recherche et de développement et ne possède aucun brevet.

La dénomination MEDICA est protégée par un dépôt de marque, notamment en France et en Italie.

Par ailleurs, MEDICA a déposé dans le cadre de ses activités un certain nombre de marques, logos et noms de domaines.

Le groupe MEDICA considère ne pas être dépendant à l'égard de quelconques marques, brevets, ou licences pour son activité ou pour sa rentabilité.

## 17 LES SALARIÉS

### 17.1 Les effectifs de la Société

#### Présentation générale des effectifs en France

Avec environ 6 320 salariés en France et 90 en Italie<sup>25</sup> (équivalent temps plein) répartis au sein de ses établissements au 31 décembre 2009, le groupe MEDICA constitue un acteur majeur de la prise en charge de la dépendance en termes d'effectifs.

Chacun des établissements est dirigé par un directeur d'établissement, qui joue un rôle clé dans l'organisation du groupe MEDICA. Les directeurs d'établissement représentent la Direction Générale du groupe MEDICA au sein de chaque établissement, notamment auprès des autorités de tutelle locales. Ils assurent le développement commercial de leur activité et ont pour objectif de garantir un niveau de taux d'occupation optimal par des relations régulières avec les familles et les prescripteurs. Ils veillent à l'équilibre de leurs budgets par le suivi d'indicateurs financiers (optimisation du chiffre d'affaires et de la rentabilité), et ils gèrent leurs équipes en garantissant un bon climat social.

Les directeurs d'établissement s'engagent chaque année dans un contrat d'objectifs qui définit une rémunération complémentaire éventuelle sous forme de bonus. Ce contrat prend en compte des objectifs économiques sur le niveau des revenus de chaque établissement et sa rentabilité en termes de RBE hors immobilier, et des objectifs de type qualitatifs, tels que le niveau de satisfaction clientèle, ou la pertinence de la démarche qualité.

Les profils des directeurs d'établissement sont diversifiés : près de 20 % ont un profil soignant, et plus de 80 % d'entre eux sont diplômés avec un niveau licence ou master. Parallèlement le groupe MEDICA poursuit sa politique de formation tant pour les directeurs en poste que pour les collaborateurs clés des établissements. Le groupe MEDICA dispose ainsi en permanence d'un vivier d'une dizaine de directeurs « juniors », en cours de formation, qui exercent des fonctions d'adjoints ou des missions de remplacement.

Au 31 décembre 2009, l'ancienneté moyenne de l'effectif permanent (en contrat à durée indéterminée) est de 5,4 ans, 26 % des salariés ayant entre 5 et 9 ans d'ancienneté, 18 % ayant plus de 10 ans d'ancienneté.

Par ailleurs le groupe MEDICA privilégie, dans sa politique de recrutement, l'expérience professionnelle. Aussi, au 31 décembre 2009, l'ancienneté reprise moyenne (c'est-à-dire l'ancienneté professionnelle dans le secteur d'activités) des salariés du groupe MEDICA est de 8,9 ans.

Pour optimiser ses recrutements, le groupe MEDICA a mis en place en 2008 un outil de type plateforme web accessible sur chacun des sites, il s'agit de MEDI-CV. Cet outil facilite la gestion mutualisée de l'ensemble des candidatures adressées au groupe MEDICA sur l'ensemble des sites par quelque canal que ce soit (accès Internet, courrier, visite, téléphone...). En 2009, le groupe MEDICA a ainsi enregistré plus de 12 800 candidatures et sélectionné près de 1 700 curriculum vitae, dont notamment 103 infirmières et 180 aides-soignantes diplômées.

---

<sup>25</sup> Il est rappelé que l'essentiel du personnel employé dans ses établissements situés en Italie est mis à disposition par la coopérative sociale Punto Service (voir paragraphe 16.10 « Achats et sous-traitance »).

Le groupe MEDICA s'assure du bon accueil de ses nouveaux salariés et a mis en place une procédure d'accueil qui comprend notamment un livret d'accueil pour chaque salarié et un guide d'intégration - « L'abrégé de la fonction de direction » - pour les nouveaux directeurs d'établissement.

Le groupe MEDICA attache également beaucoup d'importance à l'écoute de ses salariés. Chaque année, il fait réaliser par le cabinet indépendant INIT Satisfaction un baromètre social. Un journal interne trimestriel diffusé au domicile de chaque salarié a été mis en place. Enfin, un intranet et une base de données documentaire MEDIGED, accessibles sur tous les sites permettent aux salariés de disposer d'un ensemble d'informations régulièrement mis à jour.

### Répartition des effectifs en France

Le tableau suivant indique la ventilation des effectifs en France par fonction au 31 décembre 2008 et 2009 en équivalent temps plein<sup>26</sup> :

Fonction	Effectif	Effectif
	Au 31 décembre 2008	Au 31 décembre 2009
Administration et logistique	812,8	836,9
Animation et assistantes sociales	96,6	105,3
Aides-soignantes diplômées et aides médico-sociales	1 344,2	1 434,3
Auxiliaires médicaux	91,3	98,2
Agents de vie sociale	2 513,6	2 441,6
Personnels de cuisine	410,4	413,1
Infirmières diplômées d'Etat	793,5	808,9
Médecins	107,2	110,5
Psychologues	40,3	42,8
Pharmaciens	30,3	31,4
<b>TOTAL</b>	<b>6 240,2</b>	<b>6 322,8</b>

Le tableau suivant indique la ventilation des effectifs en France par type d'établissement au 31 décembre 2008 et 2009 en équivalent temps plein :

Catégorie d'établissement	Effectif	Effectif
	Au 31 décembre 2008	Au 31 décembre 2009
Secteur EHPAD	4 244,2	4 350,0
Secteur sanitaire	1 742,8	1 705,3
Siège et directeurs d'établissements	253,2	267,5
<b>TOTAL</b>	<b>6 240,2</b>	<b>6 322,8</b>

<sup>26</sup> Ces effectifs comprennent le personnel en contrat à durée indéterminée et le personnel en contrat à durée déterminée, à temps plein et à temps partiel, en équivalent temps plein au 31 décembre 2008 et 2009.

Le tableau suivant indique la ventilation des effectifs par catégorie de contrat de travail en France au 31 décembre 2008 et 2009 :

	Contrats à durée déterminée	Contrats à durée indéterminée
Effectif au 31 décembre 2009 (en %)	15 %	85 %
Effectif au 31 décembre 2008 (en %)	17 %	83 %

## CONVENTION COLLECTIVE ET ACCORDS D'ENTREPRISE

Les établissements du groupe MEDICA situés en France sont soumis à la convention collective unique (« **CCU** ») de l'hospitalisation privée à but lucratif en date du 18 avril 2002 (brochure J.O. n° 3307). Cette CCU annule et remplace les 5 conventions collectives conclues antérieurement (« Cliniques de convalescence et établissements d'accueil pour personnes âgées », « Hospitalisation privée », « Hospitalisation privée à but lucratif », « Établissement pour enfants et adolescents » et « Suite et réadaptation (Établissements privés) »<sup>27</sup>). Elle s'applique à l'ensemble des établissements de diagnostics, de soins et de réadaptation fonctionnelle (avec ou sans hébergement), ainsi qu'aux établissements d'accueil pour personnes handicapées et pour personnes âgées.

La CCU est complétée par une annexe médico-sociale, en date du 10 décembre 2002, contenant des dispositions particulières pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et s'appliquant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

La CCU comporte des dispositions sur l'exercice du droit syndical, les contrats de travail, la durée du travail, notamment les modalités de repos pour les personnels en roulement et le personnel de nuit, la rémunération conventionnelle, calculée sur la base de la valeur du point appliquée à des coefficients issues des grilles de classification conventionnelles. Cette valeur du point et ces grilles font généralement l'objet de renégociation et de revalorisation chaque année au sein de la branche professionnelle.

Cette convention prévoit l'application au sein du secteur sanitaire d'une rémunération annuelle minimale garantie. Cette rémunération minimale n'est pas applicable au secteur EHPAD. Enfin, un certain nombre d'indemnités pour sujétions sont prévues, par exemple pour travail de nuit, de dimanche ou de jours fériés, l'ancienneté étant prise en compte soit au niveau du coefficient attribué dans le secteur sanitaire, soit au travers d'une prime dans le secteur EHPAD.

Concernant la prévoyance, la CCU définit les niveaux de couverture à appliquer dans le cadre des maladies non professionnelles et des accidents de trajet. Elle permet de suspendre le contrat de travail, pendant une période maximale déterminée, au-delà de laquelle l'employeur peut rompre le contrat de travail, s'il apparaît indispensable de remplacer effectivement le salarié malade, mais le salarié bénéficiera alors d'une priorité d'embauche pendant un an.

<sup>27</sup> En outre, certains autres accords restent en vigueur, notamment l'accord du 27 juin 2000 sur la réduction et l'aménagement du temps de travail du secteur de l'hospitalisation privée et du secteur social et médico-social et son avenant du 8 novembre 2000, ainsi que l'accord du 15 février 1996 sur la formation professionnelle continue.

La CCU définit également le maintien de rémunération en cas d'invalidité et définit un capital décès et une rente d'éducation.

De manière à mettre en œuvre cette couverture pour l'ensemble de ces salariés dans les meilleures conditions économiques et avec une qualité de services reconnue, le groupe MEDICA confie l'ensemble de ces contrats au courtier Dexia Prévoyance.

Concernant les accords collectifs, le groupe MEDICA a signé avec ses représentants un accord relatif aux négociations annuelles sur les rémunérations et les conditions de travail en 2006, 2007 et 2008. De nombreux accords ont par ailleurs été signés au cours de cette même période et notamment :

- A. portant sur la mise en place d'un CHSCT unique (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail) en 2004, ayant fait l'objet d'avenants en 2006 et en 2009 ;
- B. relatif à la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, comportant un volet « senior » en 2008 ;
- C. en faveur de l'emploi des personnes handicapées en 2008 ;
- D. relatif à l'emploi des seniors en 2009.

## **17.2 Participations**

La Société a mis en place dans ses principales filiales des accords de participation en faveur de ses salariés ayant plus de 3 ou 6 mois d'ancienneté. Cette participation est calculée sur la base du bénéfice net des filiales concernées et prend en compte à la fois l'ancienneté et le niveau de rémunération de chaque salarié.

En 2008 le groupe MEDICA a mis en place un Plan d'Epargne Groupe (« **PEG** »). Ce dispositif est composé de trois supports d'investissement dont notamment le FCPE groupe MEDICA France, investi en actions MEDICA, société holding du groupe MEDICA. Les deux supports complémentaires sont les FCPE Arcancia label Sécurité et FCPE Arcancia Label Equilibre et Solidaire, ces deux fonds sont gérés par la Société Générale de Gestion « S2G ». Lors de la première période de souscription en 2008, 850 salariés environ ont souscrit des parts du FCPE groupe MEDICA France et plus de 3 000 salariés ont souscrit dans le cadre de l'introduction en bourse de la Société en février 2010.

Aucun plan de stock-options ou d'émission d'actions gratuites n'a été mis en place au cours de l'exercice 2009.

## **17.3 Comité de groupe**

Le groupe MEDICA a mis en place au niveau de la société MEDICA France SA, un comité de groupe, instance de représentation des salariés au niveau du groupe MEDICA.

Ce comité de groupe, mis en place le 3 juillet 2006, constitue un organe de dialogue social à l'échelon de l'ensemble du groupe MEDICA en France et une institution d'information destinée à favoriser l'échange de vues et la concertation. Ce comité de groupe ne se substitue pas aux institutions représentatives du personnel propres à chaque entreprise entrant dans son périmètre, qui conservent l'intégralité de leurs fonctions et attributions.

## 18 ORGANES D'ADMINISTRATION, DE DIRECTION ET DE SURVEILLANCE ET DIRECTION GÉNÉRALE

### 18.1 Composition et fonctionnement des organes de direction et de contrôle

La Société est une société anonyme à conseil d'administration depuis sa transformation le 9 novembre 2009. Un descriptif résumé des principales stipulations des statuts de la Société relatives au conseil d'administration, en particulier à son mode de fonctionnement et ses pouvoirs, ainsi qu'un descriptif résumé des principales stipulations du règlement intérieur du conseil d'administration de la Société figure au paragraphe 29.2.2 « Stipulations statutaires relatives aux organes d'administration et de direction – Règlement intérieur du conseil d'administration ».

#### 18.1.1 Conseil d'administration

Dans le cadre du projet d'admission aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris, la Société a nommé à compter du 12 février 2010 3 membres indépendants, Madame Catherine Soubie, Monsieur Gilles Cojan, ainsi que Monsieur Guy de Panafieu pour une durée de 3 ans (soit jusqu'à l'issue de la réunion de l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos le 31 décembre 2012).

Le tableau ci-dessous présente la composition du conseil d'administration à la date du présent document et les mandats des membres du conseil d'administration de la Société au cours des 5 dernières années.

Nom et prénom ou dénomination sociale du membre	Âge	Date d'expiration du mandat	Fonction principale exercée dans la Société	Principaux mandats et fonctions exercées en dehors de la Société au cours des 5 dernières années
Jacques Baillet	58 ans	Assemblée générale ordinaire qui sera appelée à se prononcer sur les comptes de l'exercice qui sera clos le 31 décembre 2012	Président-Directeur Général	<ul style="list-style-type: none"><li>- Président Directeur général - administrateur de MEDICA France</li><li>- Gérant de la SNC Les Pins</li><li>- Gérant de la SCI Roche Samuel</li><li>- Gérant de la SAS Les Quatres Trèfles</li><li>- Président du conseil d'administration d'Aetas</li><li>- Président du directoire de SFM</li><li>- Représentant de MEDICA France, gérant de Topaze</li><li>- Représentant de MEDICA France, gérant de Les Pins</li><li>- Représentant de MEDICA France, gérant de la SCI La Rochette</li><li>- Représentant de MEDICA France, gérant de la SCI CCN</li><li>- Représentant de MEDICA France, gérant de la SCI CMA</li></ul>

Nom et prénom ou dénomination sociale du membre	Âge	Date d'expiration du mandat	Fonction principale exercée dans la Société	Principaux mandats et fonctions exercées en dehors de la Société au cours des 5 dernières années
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Représentant de MEDICA France, gérant de La Roche Samuel</li> <li>- Président de Projenor</li> <li>- Président de Les Quatre Trèfles</li> <li>- Représentant de MEDICA France, membre du conseil de surveillance d'INVAMIS</li> <li>- Représentant de SIF, administrateur de QUALISANTE</li> <li>- Président du conseil d'administration de QUALITE ET SANTE SUISSE</li> <li>- Co-gérant de Gestion de Maison de Retraite</li> <li>- Gérant de l'Institut des Bonnes Pratiques</li> <li>- Administrateur de Projenor</li> <li>- Représentant de MEDICA SA, gérant de Société Civile d'Investissement Groupe MEDICA</li> <li>- Représentant de MEDICA SA, gérant de Société Civile d'Investissement Groupe MEDICA II</li> <li>- Gérant de ISTAR Industries</li> </ul>
André François-Poncet	50 ans	Assemblée générale ordinaire qui sera appelée à se prononcer sur les comptes de l'exercice qui sera clos le 31 décembre 2012	Administrateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrateur de Picard Surgelés SA</li> <li>- Administrateur de Picard Groupe (anciennement dénommée OBO2) SA</li> <li>- Membre du conseil de surveillance de OBO1 SAS</li> <li>- Membre du conseil de surveillance de SFM SA (anciennement MEDICA SA)</li> <li>- Administrateur de Climatique de Super Cannes SCI</li> <li>- Gérant de Bauches 7 SCI</li> <li>- Gérant de BC-European Capital VIII-35 SC</li> <li>- Président de LMBO Europe SAS</li> <li>- Administrateur de Elifin SA</li> <li>- Administrateur de Novalis SAS</li> </ul>

Nom et prénom ou dénomination sociale du membre	Âge	Date d'expiration du mandat	Fonction principale exercée dans la Société	Principaux mandats et fonctions exercées en dehors de la Société au cours des 5 dernières années
				- Administrateur de OBO8 SAS
Jean-Baptiste Wautier	40 ans	Assemblée générale ordinaire qui sera appelée à se prononcer sur les comptes de l'exercice qui sera clos le 31 décembre 2012	Administrateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Président du conseil de surveillance de OBO1 SAS</li> <li>- Président du conseil de surveillance de SFM SA (anciennement MEDICA SA)</li> <li>- Président de OBO7 SAS</li> <li>- Gérant de BC-European Capital VIII-35 SC</li> <li>- Gérant de BC-European Capital VIII-37 SC</li> <li>- Administrateur de TBU-3 International SA</li> <li>- Membre du conseil de surveillance de BDR Thermea Group BV</li> <li>- Gérant de BC Partners Sarl</li> <li>- Président de OBO1 SA (avant transformation SAS)</li> </ul>
Denis Villafranca	37 ans	Assemblée générale ordinaire qui sera appelée à se prononcer sur les comptes de l'exercice qui sera clos le 31 décembre 2012	Administrateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membre du conseil de surveillance de SFM SA (anciennement MEDICA SA)</li> <li>- Membre du conseil de surveillance de OBO1 SAS</li> <li>- Administrateur de Amadelux Investments SA</li> <li>- Administrateur de Amadeus International Sarl</li> <li>- Administration de Amadeus IT Group SA</li> <li>- Administrateur de WAM Acquisition SA</li> <li>- Administrateur de OBO6 SA</li> <li>- Président de OBO5 SAS</li> <li>- Administrateur de OBO4 SA</li> <li>- Gérant de BC Partners Sarl</li> <li>- Gérant de BC European Capital VIII-36 SC</li> <li>- Administrateur de Areka SAS</li> <li>- Administrateur de Polyconcept Holding SA</li> <li>- Administrateur de Polyconcept Holding BV</li> </ul>



Nom et prénom ou dénomination sociale du membre	Âge	Date d'expiration du mandat	Fonction principale exercée dans la Société	Principaux mandats et fonctions exercées en dehors de la Société au cours des 5 dernières années
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrateur de Serafina Holding Ltd</li> <li>- Administrateur de Serafina Acquisition Ltd</li> <li>- Administrateur de OBO1 SA (avant transformation SAS)</li> </ul>
Guy de Panafieu*	66 ans	Assemblée générale ordinaire qui sera appelée à se prononcer sur les comptes de l'exercice qui sera clos le 31 décembre 2012	Administrateur indépendant <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membre du Conseil de Surveillance d'IDI</li> <li>- Membre du Conseil de Surveillance de Métropole Télévision (M6)</li> <li>- Membre du Conseil d'Administration de SANEF</li> <li>- Président du Conseil de Surveillance de GRAS SAVOYE</li> </ul>
Gilles Cojan*	55 ans	Assemblée générale ordinaire qui sera appelée à se prononcer sur les comptes de l'exercice qui sera clos le 31 décembre 2012	Administrateur indépendant <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membre du conseil de surveillance de HBI</li> <li>- Membre du conseil de surveillance d'Elior</li> <li>- Représentant d'Avenance au conseil d'administration d'Elior Finance</li> <li>- Administrateur de MyChef</li> <li>- Administrateur de Elichef Holding</li> <li>- Administrateur de Latinoamericana Duty Free</li> <li>- Administrateur de Areas</li> <li>- Administrateur de Operadora AeroBoutiques</li> <li>- Administrateur de Textiles Deor</li> <li>- Administrateur de Aero Boutiques Servicios</li> <li>- Gérant d'ORI Investissements</li> <li>- Directeur général de SOFIBIM</li> <li>- Directeur général d'Octant Partenaires</li> <li>- Directeur général de Bagatelle Investissement et Management</li> <li>- Administrateur de El Rancho</li> <li>- Director of Elior UK Limited et Avenance Plc</li> <li>- Director of Digby Trout Restaurants Ltd</li> </ul>

Nom et prénom ou dénomination sociale du membre	Âge	Date d'expiration du mandat	Fonction principale exercée dans la Société	Principaux mandats et fonctions exercées en dehors de la Société au cours des 5 dernières années
Catherine Soubie*	44 ans	Assemblée générale ordinaire qui sera appelée à se prononcer sur les comptes de l'exercice qui sera clos le 31 décembre 2012	Administrateur indépendant <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Director of Elior Holland Ltd</li> <li>- Director of Elior Nederland BV</li> <li>- Director of Eliance Restaurants Ltd</li> <li>- Représentant d'Avenance Enseignement et Santé</li> <li>- Administrateur d'Eliance Belgium</li> <li>- Administrateur de Hold and Co</li> <li>- Directeur Général d'Avenance</li> <li>- Directeur Général d'Eliance</li> <li>- Membre du Conseil de Surveillance de Santoline SAS</li> <li>- Administrateur de Dufry AG</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeur général adjoint de la société Rallye</li> <li>- Administrateur de la société Mercialys</li> <li>- Représentant permanent de la société Euris SAS au Conseil d'administration de la société Rallye</li> <li>- Représentant permanent de la société Casino, Guichard-Perrachon au Conseil d'administration de la société Banque du Groupe Casino SA</li> <li>- Représentant permanent de la société Matignon Sablons au Conseil d'administration de la société Groupe Go Sport SA</li> <li>- Représentant permanent de la société Finatis au Conseil d'administration de la société Casino, Guichard-Perrachon</li> <li>- Administrateur de la Fondation Euris</li> <li>- Gérant de la société EURL Bozart</li> <li>- Président du Conseil d'administration de la société Groupe Go Sport</li> <li>- Administrateur de la société Groupe Go Sport</li> </ul>

Nom et prénom ou dénomination sociale du membre	Âge	Date d'expiration du mandat	Fonction principale exercée dans la Société	Principaux mandats et fonctions exercées en dehors de la Société au cours des 5 dernières années
				- Représentant permanent de Miramont Finance et Distribution au Conseil d'administration de Groupe Go Sport  - Managing Director de la société Morgan Stanley

### ***Renseignements personnels concernant les membres du conseil d'administration***

**Jacques Bailet**, 58 ans, est diplômé de l'École des Hautes Études Commerciales. Après une expérience principalement au sein d'établissements financiers, il a rejoint le groupe Caisse des Dépôts et Consignations (« CDC ») en 1989, au sein duquel il a occupé des fonctions de cadre dirigeant pendant 14 années. Cette expérience lui a permis d'évoluer aussi bien à la direction générale de sociétés commerciales que dans l'univers des collectivités territoriales. Il assume depuis 1999 les fonctions de Président-Directeur Général au sein de MEDICA France. Il est par ailleurs vice-Président du SYNERPA (Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées) et administrateur de la FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée).

**André François-Poncet**, 50 ans, est diplômé de l'École des Hautes Etudes Commerciales et titulaire d'un MBA de la Harvard Business School. André François-Poncet a débuté sa carrière au sein de Morgan Stanley en 1984 à New York, puis Londres et enfin à Paris, où il occupa les fonctions de directeur général de Morgan Stanley France. Il a rejoint BC Partners en 2000.

**Jean-Baptiste Wautier**, 40 ans, est diplômé de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris et de l'Université de Paris-Dauphine. Jean-Baptiste Wautier a débuté sa carrière en 1993 au sein du cabinet d'audit Arthur Andersen à Paris puis a rejoint en 1997 la banque d'investissement Morgan Stanley à Londres où il participa à de multiples opérations (fusions-acquisitions, émissions) pour le compte de clients industriels français. Il a rejoint en 2000 le fonds d'investissement Industri Kapital à Londres et assume les fonctions d'encadrement de l'équipe en charge des investissements en France jusqu'en 2005, date à laquelle il a rejoint BC Partners.

**Denis Villafranca**, 37 ans, est diplômé de l'École des Hautes Etudes Commerciales et titulaire d'un MBA de la Harvard Business School. Denis Villafranca a commencé sa carrière comme consultant en stratégie chez Bain & Company en Europe et participa à l'élaboration de plans stratégiques, de projets de développement et d'amélioration opérationnelle pour le compte de groupes internationaux. Il a rejoint BC Partners en 1999.

**Guy de Panafieu**, 66 ans, est diplômé de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris et licencié es Lettres et Sciences Economiques. Ancien Inspecteur des Finances, Guy de Panafieu a travaillé de 1968 à 1982 au Ministère de l'Economie et des Finances, exerçant diverses responsabilités dans le secteur du commerce extérieur et des relations économiques internationales. Il a été Conseiller technique à la Présidence de la République de 1978 à 1981, pour les questions économiques internationales. Il a été Président du groupe BULL de 1997 à 2001. Il a travaillé au sein du groupe Lyonnaise des Eaux de 1983 à 1997,

dans différents postes de direction et en dernier lieu comme Vice-Président Directeur Général. Il est Senior Advisor de Calyon Corporate and Investment Bank, Président du Comité Inde de MEDEF international et Vice-Président du BIAC (Comité Consultatif de l'OCDE pour l'industrie).

**Gilles Cojan**, 55 ans, est diplômé de l'École Supérieure des Sciences Économiques et Commerciales. De 1978 à 1986, Gilles Cojan a été Trésorier du groupe pharmaceutique Servier, puis a rejoint la Banque Transatlantique où il a pris la Direction Générale de sa filiale GTI Finance. En 1990, il a pris la responsabilité de la Direction du Financement et de la Trésorerie de Valeo. En 1992, il est nommé Directeur Financier chez Elitair (rebaptisée Elior en 1998). En 2001, il a été promu membre du Comité Exécutif et Directeur Général d'Elior International puis nommé Directeur Général du Groupe Elior, en charge de l'International et de la Stratégie du groupe en décembre 2003. Depuis Septembre 2007, il exerce la fonction de Directeur Général de Octant Partenaires ainsi que de la société SOFIBIM, actionnaire de référence du Groupe Elior. Il est également membre du Comité Stratégique et siège au Comité Exécutif du Groupe Elior, où il est plus particulièrement en charge de la Stratégie et des Partenariats.

**Catherine Soubie**, 44 ans, est diplômée de l'École Supérieure de Commerce de Paris, Madame Catherine Soubie a débuté sa carrière en 1989 chez Lazard à Londres puis à Paris où elle a été notamment Directeur aux Affaires Financières. Elle a exercé ensuite différentes fonctions au sein de Morgan Stanley à Paris, notamment de Managing Director. Elle rejoint début 2005 la société Rallye en tant que Directeur général adjoint.

#### 18.1.2 Cadres/Principaux dirigeants

A la date d'enregistrement du présent document, les fonctions de Président du conseil d'administration et de Directeur Général de la Société sont assumées par Jacques Bailet. Les fonctions de Directeur Général Délégué non administrateur sont assumées par Christine Jeandel.

Les principaux cadres dirigeants de la Société sont les suivants :

**Jacques Bailet** : voir paragraphe 18.1.1 « Conseil d'administration » ci-dessus.

**Christine Jeandel** est titulaire d'une Maîtrise d'administration économique et social de l'Université de Paris II - Panthéon-Assas et diplômée d'un 3<sup>ème</sup> cycle en aménagement et urbanisme de l'I.E.P. Sciences Po Paris. Elle a débuté sa carrière dans le domaine de la promotion et de la gestion immobilière au sein du groupe CDC et exerce depuis 1999 les fonctions de Directeur Général de MEDICA France. Elle est par ailleurs administrateur au sein du SYNERPA (Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées), du FORMAHP<sup>28</sup> et de l'UNCPSY (Union Nationale des Cliniques Psychiatriques Privées).

**Alexandra Devic** est titulaire d'une Maîtrise en droit privé et d'un Diplôme d'études approfondies en droit médical de l'Université Paris VIII. Après avoir occupé depuis 1994 différentes fonctions au sein du département des ressources humaines de MEDICA France, elle occupe le poste de Directrice des Ressources Humaines de la Société depuis 2004. Elle est membre de la commission sociale de la branche professionnelle de l'hospitalisation privée.

---

<sup>28</sup> Organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) des établissements sanitaires et médico-sociaux à statut commercial constituant l'acteur central de la politique formation de la branche des établissements privés sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

**Didier Armaingaud** est Docteur en médecine et titulaire d'une Capacité en gérontologie. Il a commencé sa carrière à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris en qualité de responsable de « La Collégiale », le service long séjour de l'Hôtel-Dieu. Il rejoint en 1994, en qualité de médecin coordinateur, un groupe familial privé de maisons de retraite qui deviendra en 1999, MEDICA France et devient en 1999 Directeur Médical de MEDICA France.

**Mathieu Fabre** est titulaire d'une Maîtrise en Sciences de Gestion et d'un Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées de l'Université Paris IX Dauphine. Il a débuté sa carrière en 1997 au sein de la société de bourse Aurel Leven, puis de la banque d'affaires Close Brothers. Il a rejoint le groupe MEDICA en 2004 d'abord en tant que Contrôleur Financier, puis en qualité de Directeur Financier.

Il n'existe aucun lien familial entre les membres du conseil d'administration et les autres principaux cadres dirigeants de la Société.

À la connaissance de la Société, aucun des membres du conseil d'administration, ni aucun des principaux dirigeants de la Société n'a fait l'objet d'une condamnation pour fraude prononcée au cours des 5 dernières années. Aucun de ces membres n'a participé en qualité de dirigeant à une faillite, mise sous séquestre ou liquidation au cours des 5 dernières années et aucun n'a fait l'objet d'une incrimination et/ou sanction publique officielle prononcée par une autorité statutaire ou réglementaire (y compris des organismes professionnels désignés). Aucun de ces membres n'a été empêché par un tribunal d'agir en qualité de membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'un émetteur ni d'intervenir dans la gestion ou la conduite des affaires d'un émetteur au cours des 5 dernières années.

## **18.2 Conflits d'intérêts au niveau des organes d'administration et de la direction générale**

Il n'existe pas de conflits d'intérêts potentiels entre les devoirs des membres du conseil d'administration et de la direction générale à l'égard de la Société et leurs intérêts privés.

Il est rappelé que, dans le cadre de l'introduction en bourse de la Société sur le marché Euronext Paris, Monsieur Jacques Bailet et Madame Christine Jeandel ont, comme d'autres actionnaires, consenti un engagement de conservation aux établissements garants en charge de l'opération. Cet engagement, d'une durée d'un an à compter du 12 février 2010, est assorti d'exceptions usuelles et peut être levé à tout moment par les établissements garants en charge de l'opération, tel que cela est plus amplement décrit au paragraphe 7.3 de la note d'opération visée par l'AMF le 25 janvier 2010 sous le n° 10-015.

## **19 FONCTIONNEMENT DES ORGANES D'ADMINISTRATION ET DE DIRECTION**

La Société est une société anonyme à conseil d'administration. Le Président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration, dont il rend compte à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration est composé de 7 membres, dont 3 membres indépendants, conformément aux règles d'organisation fixées par le conseil d'administration dans son règlement intérieur.

### **19.1 Mandats des membres des organes d'administration et de direction**

Les informations concernant la date d'expiration des mandats des membres du conseil d'administration figurent au paragraphe 18.1.1 « Conseil d'administration ».

### **19.2 Informations sur les contrats de service liant les membres du conseil d'administration à la société ou à l'une quelconque de ses filiales**

Il n'existe pas de convention conclue entre les membres du conseil d'administration et la Société ou ses filiales et prévoyant l'octroi d'avantages.

### **19.3 Comités du Conseil d'administration**

Le conseil d'administration peut instituer des comités dont il fixe la composition et les attributions et qui ont vocation à l'assister dans ses missions.

A cet effet, un comité d'audit et un comité des nominations et des rémunérations ont été mis en place par le conseil d'administration le 29 mars 2010. Les règles régissant leur fonctionnement sont mises en place dans le règlement intérieur du conseil d'administration de la Société.

Ces comités ne dessaisissent pas le conseil d'administration lui-même qui a seul le pouvoir légal de décision. Dans son domaine de compétence, chaque comité émet des propositions, recommandations et avis selon le cas, et rend compte de ses missions au conseil d'administration. A cette fin, il peut procéder ou faire procéder à toutes études susceptibles d'éclairer les délibérations du conseil d'administration. Chaque comité peut décider d'inviter, en tant que de besoin, toute personne de son choix à ses réunions. Le Président du comité rend compte au conseil d'administration des travaux du comité.

Les comités sont composés de trois membres au moins, administrateurs personnes physiques ou représentants permanents des personnes morales administrateurs ou censeurs, nommés par le conseil d'administration. Les membres seront désignés à titre personnel et ne peuvent se faire représenter.

Les membres des comités peuvent percevoir une rémunération spécifique attribuée par le conseil d'administration sur recommandation du comité des nominations et des rémunérations.

#### ***Comité d'audit***

Le comité d'audit est composé de 3 membres dont au moins deux membres indépendants désignés par le conseil d'administration parmi ses membres expérimentés en matière financière et de gestion. Le Président du conseil d'administration ne peut être membre du comité d'audit.

A la date du présent document, la composition du comité d'audit est la suivante :

- Monsieur Gilles Cojan, Président du Comité (indépendant) ;
- Madame Catherine Soubie (membre indépendant) ;
- Monsieur Jean-Baptiste Wautier (membre).

Le comité d'audit a notamment pour mission d'assurer le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière ;
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;
- du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les commissaires aux comptes ;
- de l'indépendance des commissaires aux comptes.

#### ***Comité des nominations et des rémunérations***

Le comité des nominations et des rémunérations est composé de 3 membres dont au moins un administrateur indépendant. Il se réunit au moins deux fois par an et en tout état de cause préalablement à l'approbation de l'ordre du jour de l'assemblée générale annuelle, pour examiner les projets de résolutions qui lui sont soumis.

A la date du présent document, la composition du comité des nominations et des rémunérations est la suivante :

- Monsieur André François-Poncet, Président du Comité (membre) ;
- Monsieur Guy de Panafieu (membre indépendant) ;
- Monsieur Denis Villafranca (membre).

Le comité des nominations et des rémunérations a notamment pour mission :

- En ce qui concerne les nominations :
  - d'examiner et de formuler des propositions au conseil d'administration concernant les candidats aux fonctions de membres du conseil d'administration, de directeur général, de président du conseil d'administration, de membres et de président du comité d'audit ; à cette fin, il doit évaluer les compétences, les connaissances et l'expérience requises, décrire les missions et apprécier le temps à consacrer à l'exercice de la fonction ;
  - d'étudier les propositions soumises par les parties intéressées, y compris par la direction et par les actionnaires ;
  - d'évaluer périodiquement le bon fonctionnement du conseil d'administration ;
  - d'examiner chaque année, au cas par cas, la situation de chaque administrateur au regard des critères d'indépendance énoncés dans le règlement intérieur du conseil d'administration.

- En ce qui concerne la rémunération du Président et des dirigeants, le comité des nominations et des rémunérations :
  - se prononce sur tous les modes de rémunérations, y compris les avantages en nature, de prévoyance ou de retraite, reçus de toute Société du groupe ou société affiliée ;
  - examine et formule des propositions au conseil d'administration sur la rémunération du président, du directeur général et des directeurs généraux délégués, et notamment sur la détermination de la part variable de la rémunération ; pour ce faire, il procède à la définition des règles de fixation de cette part variable, en veillant à la cohérence de ces règles avec l'évaluation faite annuellement des performances des dirigeants et avec la stratégie à moyen terme de l'entreprise ; il contrôle également l'application effective de ces règles ;
  - veille à ce que la Société respecte ses obligations en matière de transparence des rémunérations ; à ce titre, il prépare un rapport annuel d'activité soumis à l'approbation du conseil et destiné à être inséré dans le rapport annuel et s'assure que toutes les informations requises par la loi en matière de rémunérations figurent de manière claire et complète dans le rapport annuel.
- En ce qui concerne la rémunération des administrateurs, le comité des nominations et des rémunérations :
  - formule des propositions sur la répartition des jetons de présence ;
  - formule des recommandations sur les éventuelles rémunérations allouées à des administrateurs s'étant vu confier des missions exceptionnelles.
- En ce qui concerne les plans d'options de souscription ou d'achat d'actions et toutes autres formes de rémunérations en actions ou de rémunérations indexées ou liées à des actions, le comité des nominations et des rémunérations a pour mission :
  - de débattre de la politique générale régissant le bénéfice de tels systèmes et de soumettre d'éventuelles propositions à ce sujet au conseil d'administration ;
  - de revoir les informations données à ce sujet dans le rapport annuel et lors de l'assemblée générale des actionnaires ;
  - de soumettre des propositions au conseil d'administration concernant le choix à opérer entre les formules autorisées par la loi et indiquer les raisons de ce choix, ainsi que ses conséquences ;
  - de préparer les décisions du conseil touchant à de tels systèmes, ainsi qu'à l'épargne salariale, au bénéfice des dirigeants ou de tout salarié ou groupe de salariés de la Société ou de ses filiales.



### **Comités ad hoc**

En sus des comités permanents, le conseil d'administration peut à tout moment constituer un ou plusieurs comités *ad hoc* temporaires ou non, notamment chargés des conflits d'intérêt, dont il lui appartient de déterminer la composition et les modalités de fonctionnement.

#### **19.4 Limitations apportées aux pouvoirs de la direction**

Le conseil d'administration a mis en place, dans son règlement intérieur, un certain nombre de procédures visant à encadrer les pouvoirs de la direction générale de la Société.

Outre les autorisations préalables expressément prévues par la loi, notamment aux articles L.225-35 et L.225-38 du Code de commerce, le conseil d'administration a décidé de soumettre à son autorisation préalable :

- l'approbation du budget annuel ;
- toute décision nécessitant l'accord préalable de prêteurs ou qui, à défaut d'un tel accord préalable, constituerait ou serait susceptible de constituer un cas de remboursement anticipé obligatoire ; ainsi que
- toute opération de croissance externe ou cession représentant un montant supérieur ou égal à 20 millions d'euros.

#### **19.5 Information du conseil d'administration**

A toute époque de l'année, le conseil d'administration opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns. Chaque administrateur reçoit tous les documents et informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Le Président du conseil d'administration communique aux membres du conseil d'administration un compte-rendu mensuel d'activités et, au moins une fois par trimestre, les informations suivantes :

- un état de l'activité de la Société et de ses principales filiales comprenant notamment les chiffres d'affaires et l'évolution des résultats ;
- un suivi des investissements et désinvestissements ;
- le tableau d'endettement et l'état des lignes de financement dont disposent la Société et ses principales filiales ;
- un état des conventions, visées par l'article L.225-39 du Code de commerce, conclues au cours du trimestre précédent ;
- le tableau des effectifs de la Société et de ses principales filiales.

Par ailleurs, le Président du conseil d'administration informe les membres du conseil d'administration de tout contentieux ou de tout événement significatifs.

Le conseil d'administration examine, une fois par semestre, l'état des engagements hors bilan.

## 19.6 Déclaration relative au gouvernement d'entreprise

Dans un souci de transparence et d'information du public, la Société a engagé, dans le cadre de l'admission de ses actions aux négociations sur le marché Euronext Paris, une réflexion d'ensemble relative aux pratiques de gouvernement d'entreprise.

En matière de gouvernement d'entreprise, la Société, après avoir pris connaissance des dispositions du Code de Gouvernement d'Entreprise pour les valeurs moyennes et petites publié par MiddleNext en décembre 2009, a choisi de se référer à ce code disponible sur le site Internet de MiddleNext (le « **Code de Référence** »). La Société dispose à son siège social d'un exemplaire de ce Code de Référence sous forme d'une copie à disposition permanente des membres composant ses organes de gouvernance. Il convient de rappeler que Monsieur Jacques Bailet, salarié de la Société depuis son entrée dans le groupe MEDICA, devenu Président Directeur Général de la Société suite à la récente modification de forme de la Société en société anonyme à conseil d'administration, a conservé son contrat de travail avec la Société. Ce contrat de travail a néanmoins été suspendu depuis le 10 février 2010 durant toute la durée de son mandat, sans que cela remette en question les objectifs dudit Code de Référence, à savoir la protection de l'intérêt social. En effet, le contrat de travail de Monsieur Jacques Bailet date du 1<sup>er</sup> février 1989, date à laquelle il est entré à la Caisse des Dépôts et Consignations. A compter de juin 1999, son contrat de travail a été transféré au sein de diverses entités du groupe MEDICA et depuis août 2006, date à laquelle son contrat de travail a été transféré à la société MEDICA SA (aujourd'hui dénommée Société Financière MEDICA), il n'a jamais été rompu. Compte tenu de son ancienneté au sein du groupe MEDICA et de l'existence d'un lien de subordination à son encontre, Madame Jeandel a conservé son contrat de travail depuis sa nomination en tant que Directeur Général Délégué.

Préalablement à l'admission aux négociations de ses actions sur le marché Euronext Paris, la Société n'avait pas l'obligation d'émettre de rapport prévu par l'article L.225-37 du Code de commerce, sur la composition et les conditions d'organisation et de préparation des travaux du conseil d'administration ainsi que sur des procédures de contrôle interne et de gestion des risques mises en place par la Société.

Au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2009, le Président du conseil d'administration a toutefois préparé un rapport s'inspirant notamment de la position de l'AMF du 9 janvier 2008 (« Cadre de référence du contrôle interne : Guide de mise en oeuvre pour les valeurs moyennes et petites »). Ce rapport figure et le rapport spécial des commissaires aux comptes y afférent figurent respectivement en Annexe 1 et 2 au présent document.

Les règles de contrôle interne mise en place au sein du groupe MEDICA sont définies par la direction générale, qui s'appuie notamment, pour leur mise en oeuvre, sur les équipes de la Direction d'Exploitation, du Contrôle Financier, de la Direction Juridique et Fiscale, de la Direction en charge de la Comptabilité et de la Consolidation, de la Direction Informatique, ainsi celles de la Direction Médicale et Qualité, et visent notamment à assurer au sein du groupe MEDICA :

- le respect des lois et de la réglementation applicables aux filiales et aux établissements du groupe MEDICA ;
- l'application effective des directives, politiques et procédures internes, et bonnes pratiques fixées par la Direction Générale ;

- la sauvegarde des actifs du groupe MEDICA ;
- la fiabilité et la sincérité des informations financières et des comptes communiqués aux organes sociaux et publiés ;
- la prévention et la maîtrise des risques identifiés résultant de l'activité du groupe MEDICA ; et
- l'optimisation de l'activité opérationnelle.

## **20 EXAMEN DE LA SITUATION FINANCIÈRE ET DU RÉSULTAT**

### **20.1 Présentation générale**

#### *Le groupe MEDICA*

Le groupe MEDICA, acteur de référence du marché français de la prise en charge de la dépendance pérenne ou temporaire, intervient principalement sur deux secteurs d'activités :

- le secteur EHPAD au sein d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) assurant la prise en charge de la dépendance pérenne ; et
- le secteur sanitaire au sein d'établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et d'établissements spécialisés dans le domaine psychiatrique, assurant la prise en charge de la dépendance temporaire.

Le groupe MEDICA est présent à la fois en France et depuis 2005, en Italie. Au 31 décembre 2009, il exploite en France et en Italie, respectivement 93 et 18 établissements dans le secteur EHPAD (9 064 lits dont 7 636 lits en France et 1 428 lits en Italie) et 37 établissements sanitaires en France (2 317 lits), offrant une capacité d'accueil globale de 148 établissements et de 11 381 lits.

Au cours de l'exercice 2009, le groupe MEDICA a réalisé 480,7 millions d'euros de chiffre d'affaires consolidé, dont près de 90 % en France, et un résultat opérationnel courant consolidé de 64,1 millions d'euros.

La présentation et l'analyse qui suivent doivent être lues avec l'ensemble du présent document, y compris les informations incorporées par référence au sein du présent document.

#### *Principes comptables du groupe MEDICA*

Les états financiers consolidés du groupe Médica sont établis conformément au référentiel IFRS tel qu'adopté dans l'Union Européenne.

La préparation des états financiers conformément aux normes IFRS implique que la direction du groupe MEDICA ou des filiales procède à des estimations et retienne certaines hypothèses qui ont une incidence sur les montants d'actifs et de passifs inscrits au bilan consolidé, les informations relatives à ces actifs et passifs, les montants de charges et produits du compte de résultat et les engagements relatifs à la période d'arrêté. La direction est également amenée à exercer son jugement lors de l'application des méthodes comptables du groupe MEDICA.

Le détail des méthodes comptables du groupe MEDICA est exposé dans la partie 4.3 des notes annexes aux états financiers consolidés 2009 présentés au chapitre 25 « Informations financières concernant le patrimoine, la situation financière et les résultats de l'émetteur » de ce document.

#### **Avertissement**

Lors de l'élaboration de ses comptes résumés intermédiaires au 30 septembre 2009, dans le cadre de l'opération d'introduction en bourse, le groupe MEDICA a identifié une erreur dans le calcul des intérêts financiers relatifs au prêt syndiqué mis en place en août 2006. Cette erreur affecte les comptes consolidés établis au titre des exercices clos les

31 décembre 2008 et 31 décembre 2007, approuvés par les assemblées générales des 29 juin 2009 et 25 juin 2008.

Conformément à IAS 8 « méthodes comptables, changements d'estimations comptables et erreurs », les comptes des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007 ont été retraités comme si l'erreur avait été corrigée au premier jour de la première période présentée.

Les impacts des corrections sont présentés dans la note 4.2 des états financiers consolidés de la Société au 31 décembre 2009 présentés à la section 25.1 du présent document.

L'ensemble des données financières présentées ou incorporées par référence au sein du présent document est corrigé de ladite erreur.

### 20.1.1 Principales données financières

Les tableaux suivants présentent les principales données financières du groupe MEDICA sur la période 2008-2009 :

	2008 12 mois (corrigés)	2009 12 mois
<b>Chiffre d'affaires</b>		
Total en millions d'euros	448,8	480,7
France en millions d'euros	401,7	431,0
France en %	89,5%	89,7%
<i>dont EHPAD en millions d'euros</i>	<i>266,9</i>	<i>289,6</i>
<i>dont EHPAD en %</i>	<i>59,5%</i>	<i>60,2%</i>
<i>dont sanitaire en millions d'euros</i>	<i>134,8</i>	<i>141,4</i>
<i>dont sanitaire en %</i>	<i>30,0%</i>	<i>29,4%</i>
Italie en millions d'euros	47,2	49,7
Italie en %	10,5%	10,3%
<b>RBE hors immobilier</b>		
Total en millions d'euros	118,4	127,3
Total en % du CA	26,4%	26,5%
France en millions d'euros	106,5	115,6
France en % du CA	26,5%	26,8%
<i>dont EHPAD en millions d'euros</i>	<i>73,9</i>	<i>79,3</i>
<i>dont EHPAD en % du CA</i>	<i>27,7%</i>	<i>27,4%</i>
<i>dont sanitaire en millions d'euros</i>	<i>32,6</i>	<i>36,3</i>
<i>dont sanitaire en % du CA</i>	<i>24,2%</i>	<i>25,7</i>
Italie en millions d'euros	11,9	11,7
Italie en % du CA	25,2%	23,6%
<b>RBE</b>		
Total en millions d'euros	78,3	84,6
Total en % du CA	17,5%	17,6%
<b>Résultat opérationnel courant</b>		
Total en millions d'euros	60,6	64,1
Total en % du CA	13,5%	13,3%
<b>Résultat financier</b>		
Total en millions d'euros	-89,9	-80,7

	2008 12 mois (corrigés)	2009 12 mois
<b>Résultat net, part du groupe</b>		
Total en millions d'euros	-22,7	-13,4
<b>Résultat net par action</b>		
en euros	-3,11	-1,83

Pour les besoins du présent paragraphe :

Le chiffre d'affaires (*revenue*) comprend essentiellement des prestations de services et de soins.

Le résultat brut d'exploitation (« **RBE** », ou *EBITDA*) correspond à l'excédent brut d'exploitation (EBE), c'est-à-dire au résultat opérationnel courant (« **ROC** », ou *EBIT*) avant dotation aux amortissements et aux provisions.

L'EBE et le ROC sont des soldes intermédiaires de gestion qui sont calculés et présentés dans les comptes consolidés annuels du groupe MEDICA.

Le groupe MEDICA suit par ailleurs un résultat brut d'exploitation avant coût immobilier (« **RBE hors immobilier** », ou *EBITDAR*) qui correspond à l'excédent brut d'exploitation consolidé avant charges locatives (uniquement les locations immobilières, hors locations mobilières).

Le **taux d'occupation** se définit comme le rapport entre le nombre de journées facturées et le nombre de journées facturables pour les établissements ouverts depuis plus de 12 mois. Ce nombre correspond au nombre de lits multiplié par le nombre total de jours dans l'année, à l'exception des établissements ouverts sur une partie de l'année et pour lesquels seul le nombre de jours exploitables est retenu.

La croissance organique comprend les éléments suivants : créations et restructurations d'établissements, évolution du *yield*. Le chiffre d'affaires d'un établissement acquis pour un mois de l'année est retenu dans la croissance organique si cet établissement faisait déjà partie du périmètre du groupe MEDICA le même mois de l'année précédente.

## 20.1.2 Principaux facteurs ayant une incidence sur l'activité et les résultats et principaux postes des comptes

### A - Principaux facteurs ayant une incidence sur l'activité et les résultats

Les principaux facteurs dont le groupe MEDICA estime qu'ils ont une incidence sur son activité et ses résultats sont présentés ci-dessous.

#### VARIATIONS DE PÉRIMÈTRE

##### *Opérations de croissance externe*

Dans le cadre de sa stratégie de développement maîtrisé, le groupe MEDICA s'attache à réaliser des opérations de croissance externe tant dans le secteur EHPAD que dans le secteur sanitaire. Les acquisitions réalisées ont pu porter tant sur des groupes de taille conséquente que sur des établissements indépendants.

En 2008, le groupe MEDICA a acquis 8 établissements, dont 1 EHPAD en France, 5 établissements sanitaires et 2 EHPAD en Italie. Ainsi à titre d'exemple en 2008, le groupe MEDICA a acquis en France l'établissement de Caubeyres La Paloumère

(sanitaire), l'établissement de la Hurigny La Roseraie (sanitaire), l'établissement de La Varenne St Sauveur (sanitaire), l'établissement de Castelmaurou Montvert (sanitaire), l'établissement du Verdon à Gréoux Les Bains (sanitaire) et l'établissement de Grentheville Sacré Cœur (EHPAD). Enfin en Italie, le groupe MEDICA a acquis les établissements de Buttigliera d'Asti et de San Begnino.

En 2009, le groupe MEDICA n'a procédé à aucune acquisition.

Dans la majorité des cas, les établissements ou groupes d'établissements acquis affichent une marge opérationnelle inférieure à celle du groupe MEDICA. Néanmoins, le groupe MEDICA s'emploie, à la suite de chaque acquisition, à mettre en œuvre une politique de mise à niveau de la rentabilité de l'établissement, au fur et à mesure de son intégration au sein du réseau existant, passant notamment par :

- une politique de *yield management* plus agressive visant à augmenter l'attractivité des établissements et en conséquence leur revenu par lit ;
- l'analyse de l'organisation du travail, permettant le cas échéant de réaliser des économies sur les charges de personnel ;
- une politique de réduction des autres achats et charges externes notamment par la mise en œuvre d'économies d'échelle dans le cadre de la centrale de référencement du groupe MEDICA.

#### *Créations et restructurations d'établissements*

Parallèlement à sa stratégie de croissance externe maîtrisée, le groupe MEDICA met en œuvre une politique de création de nouveaux établissements et de restructuration d'établissements existants afin d'en améliorer la marge opérationnelle.

Les créations et restructurations d'établissements, ont à court terme un effet négatif sur la marge opérationnelle, d'une part du fait du temps nécessaire pour la montée en puissance du taux d'occupation des établissements dans le secteur EHPAD et d'autre part, pour certaines restructurations, de la diminution du chiffre d'affaires liée à la fermeture temporaire de l'établissement en question. Néanmoins, ces opérations de restructuration sont destinées à accroître et optimiser la marge opérationnelle des établissements concernés, notamment dans le secteur sanitaire où les restructurations induisent généralement une plus grande spécialisation des établissements et une capacité de prise en charge de pathologies plus lourdes grâce à un accroissement des structures médicales, permettant ainsi de pratiquer des tarifs journaliers plus élevés.

#### *Cessions*

Au titre de la période 2008-2009, le groupe MEDICA n'a procédé à aucune cession de société d'exploitation.

### **ÉVOLUTION DU TAUX D'OCCUPATION**

L'évolution du taux d'occupation des établissements exploités influence directement le volume de ventes de prestations. Sur le secteur EHPAD, l'évolution du taux d'occupation influence le chiffre d'affaires « hébergement » de même que le chiffre d'affaires « dépendance ». Sur le secteur sanitaire, l'évolution du taux d'occupation influence le chiffre d'affaires « prix de journée » de même que l'optimisation de l'utilisation des chambres particulières affecte le chiffre d'affaires « prestations de services annexes ».

Le taux d'occupation se définit comme le rapport entre le nombre de journées facturées et le nombre de journées facturables pour les établissements ouverts depuis plus de 12 mois. Ce nombre correspond au nombre de lits multiplié par le nombre total de jours dans l'année, à l'exception des établissements ouverts sur une partie de l'année et pour lesquels seul le nombre de jours exploitables est retenu.

Sur la période 2008-2009, le taux d'occupation des établissements du groupe MEDICA est resté stable à 96,7 % en moyenne, tous secteurs confondus.

#### Évolution du taux d'occupation sur la période 2008-2009 :

	2008	2009
France	96,7 %	96,8 %
Italie	96,6%	95,6 %
<b>Groupe MEDICA</b>	<b>96,7%</b>	<b>96,7 %</b>

### ÉVOLUTION DE LA TARIFICATION

#### Secteur EHPAD France

Le tableau suivant présente l'évolution de la part contributive au chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA ainsi que sa part en chiffre d'affaires d'un exercice à l'autre, des tarifs hébergement, dépendance et soins en millions d'euros sur la période 2008-2009 :

	2008 (corrigés)		2009	
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %
Hébergement	177,1	66%	185,4	64%
Dépendance	26,1	10%	28,0	10%
Soins	58,2	22%	71,3	24%
Autres prestations <sup>1</sup>	5,5	2%	4,9	2%
<b>Chiffre d'affaires consolidé EHPAD France</b>	<b>266,9</b>	<b>100%</b>	<b>289,6</b>	<b>100%</b>

<sup>1</sup> Les autres prestations correspondent aux prestations annexes liées à l'hébergement fournies au sein des EHPAD (principalement restauration d'invités, location de télévision, entretien des effets personnels).

La part du chiffre d'affaires soins dans le chiffre d'affaires du secteur EHPAD en France a représenté 22 % en 2008 et 24 % en 2009. Cette évolution traduit l'impact de la signature et du renouvellement des conventions tripartites ainsi que l'intégration des dispositifs médicaux en août 2008.

Le groupe MEDICA considère par ailleurs qu'une évolution à la hausse des tarifs des soins et de la dépendance résultant d'une évolution des politiques de santé a un impact nécessairement positif sur le chiffre d'affaires consolidé mais est relativement neutre en terme de résultat opérationnel courant. En effet, les tarifs fixés pour 5 ans par les autorités de tutelle (à la conclusion de la convention tripartite) et réévalués chaque année en janvier ont pour principale vocation de financer la médicalisation et le recrutement du



personnel soignant et du personnel dédié à la prise en charge de la dépendance au sein des établissements. L'impact favorable de cette hausse sur le chiffre d'affaires du groupe MEDICA devrait donc être compensé par un accroissement sensiblement égal du niveau de ses achats, charges externes et charges de personnel. En revanche, une évolution favorable du montant versé au titre de l'APA n'a pas d'incidence sur le chiffre d'affaires consolidé. Elle permet néanmoins de renforcer la solvabilité des résidents du groupe MEDICA.

Le potentiel de croissance du tarif hébergement pour les résidents déjà présents au sein du groupe MEDICA est encadré par les augmentations tarifaires qui sont définies annuellement par arrêté du Ministre chargé de l'économie et des finances. Les revalorisations tarifaires constatées en 2008, 2009 et 2010 figurent dans le tableau suivant :

Arrêté du Journal Officiel	Année	Taux de revalorisation des tarifs hébergements des résidents présents
Arrêté du 30 décembre 2005 (JO du 31/12)	2006	+ 2,60 %
Arrêté du 12 décembre 2006 (JO du 22/12)	2007	+ 2,40 %
Arrêté du 20 décembre 2007 (JO du 26/12)	2008	+ 2,20 %
Arrêté du 18 décembre 2008 (JO du 7/01 et 30/01)	2009	+ 3,00 %
Arrêté du 28 décembre 2009 (JO du 31/12)	2010	+ 1,00 %

Au contraire, l'augmentation du niveau des tarifs d'hébergement, librement fixés par le groupe MEDICA pour ses nouveaux résidents, sous réserve de l'adéquation des tarifs proposés au tissu concurrentiel local, aux prestations proposées et à la solvabilité des résidents et de leur famille, offre un potentiel de croissance à la fois de son chiffre d'affaires consolidé et de son résultat opérationnel courant.

Par ailleurs, le groupe MEDICA mène une politique active afin d'adapter au mieux ses tarifs en fonction des spécificités et de l'intensité concurrentielle locales.

#### *Secteur sanitaire*

En ce qui concerne le secteur sanitaire, les tarifs journaliers se décomposent de la manière suivante : tarif journalier de soins (environ 80 % du chiffre d'affaires consolidé réalisé par le groupe MEDICA dans le secteur sanitaire en 2009) et les prestations de services annexes liées à l'hébergement (environ 20 % en 2009).

Le tableau suivant présente l'évolution de la part contributive au chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA ainsi que le pourcentage de contribution au chiffre d'affaires consolidé du secteur sanitaire d'un exercice à l'autre, des tarifs journaliers, et des autres prestations en millions d'euros sur la période 2008-2009 :

	2008 (corrigés)		2009	
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %
Prix de journée	109,7	81%	112,1	79%

	2008 (corrigés)		2009	
Prestations de services annexes <sup>1</sup>	25,1	19%	29,3	21%
<b>Chiffre d'affaires consolidé secteur sanitaire</b>	<b>134,8</b>	<b>100%</b>	<b>141,4</b>	<b>100%</b>

<sup>1</sup> Ces prestations incluent notamment les prestations d'hébergement en chambre particulière.

Les tarifs journaliers sont déterminés dans le cadre de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (« **CPOM** ») signés par chaque établissement pour une durée de 5 ans. Ces tarifs visent à financer un projet de prise en charge des patients auquel est associé un organigramme du personnel et pour lequel les autorités de tutelle valident un certain niveau de rentabilité opérationnelle. La revalorisation de ces tarifs intervient généralement au 1<sup>er</sup> mai de chaque année.

Le tableau suivant présente l'évolution des tarifs journaliers (en pourcentage) sur la période 2008-2010 :

	2008 <sup>1</sup>	2009 <sup>2</sup>	2010 <sup>3</sup>
<b>Soins de suite</b>	1,0 %	1,5 %	0,5 %
<b>Réadaptation fonctionnelle</b>	1,0 %	1,5 %	0,5 %
<b>Psychiatrie</b>	1,7 %	1,5 %	0,5 %

<sup>1</sup> Source : Arrêté du 27 février 2008.

<sup>2</sup> Source : Arrêté du 3 avril 2009.

<sup>3</sup> Source : Arrêté du 28 avril 2010.

Au niveau régional l'ARH (désormais l'ARS) détermine un taux directeur commun à tous les établissements, modulé le cas échéant afin de promouvoir tel ou tel type de prise en charge spécifique au niveau local. La variation de ces tarifs entraîne un accroissement ou une diminution corrélative du chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA, des CPOM ayant été conclus pour la totalité des établissements sanitaires. Le groupe MEDICA a cherché à renforcer la spécialisation de ses établissements sanitaires en vue de convertir des établissements polyvalents en centres spécialisés dans la prise en charge de pathologies particulières lui permettant ainsi de générer un chiffre d'affaires par lit plus élevé grâce à des tarifs journaliers supérieurs, compte tenu de la médicalisation généralement plus importante qu'elle implique.

Le chiffre d'affaires des autres prestations de services annexes inclut principalement :

- la mise à disposition d'une chambre particulière ;
- l'accès à une ligne de téléphone privative ;
- un service presse personnalisé ;
- un service blanchisserie ;
- une restauration et hébergement invités.

Cette offre de services, accompagnée d'une gamme tarifaire adéquate, librement fixée par le groupe MEDICA, permet à chaque équipe d'optimiser le revenu par lit occupé. L'accentuation de cette politique commerciale a permis au groupe MEDICA de faire progresser son chiffre d'affaires, passant de 11,9 millions d'euros en 2006, à 25,1 millions d'euros au titre de l'exercice 2008, soit un taux de croissance annuel moyen de 45 %

alors que le chiffre d'affaires prix de journée progressait de 28 % par an. En 2009, ce chiffre d'affaires a représenté 29,3 millions d'euros, soit une augmentation de 17 % par rapport à l'année 2008 alors que le chiffre d'affaires prix de journée augmentait de 2 % sur la même période.

#### *Italie*

En Italie, les régions, via les ASL (*Aziende Sanitari Locali*), assument le contrôle et le financement (au travers de l'accord d'accréditation) des établissements. Ce système est fortement décentralisé et la répartition du chiffre d'affaires peut varier d'un établissement à l'autre selon sa localisation géographique ainsi que selon les termes de l'accord d'accréditation. Pour les établissements accrédités du groupe MEDICA en Italie, les tarifs se décomposent en deux parties : les tarifs hébergement et services (entre 50 et 60 % du tarif moyen d'un établissement) et le tarif soins (le solde). Les tarifs hébergement sont en règle générale librement fixés par les établissements alors que les tarifs soins sont déterminés par les ASL et revalorisés annuellement.

Entre 2008 et 2009, la répartition du chiffre d'affaires entre le chiffre d'affaires hébergement et le chiffre d'affaires soins est restée stable :

- le chiffre d'affaires hébergement représente 55 % du chiffre d'affaires du secteur ;
- le chiffre d'affaires soins représente 44 %, le solde étant généré des prestations de services annexes.

#### **ÉVOLUTION DU YIELD**

Le *yield*, correspondant au chiffre d'affaires par lit et par jour (pour les établissements exploités une partie de l'année seulement, seul le nombre de jours où ces établissements sont ouverts est retenu), est un indicateur de suivi de gestion important pour le groupe MEDICA reflétant sa capacité à optimiser le rendement de ses établissements. La politique de *yield management* poursuivie par le groupe MEDICA a pour objectif de maximiser le chiffre d'affaires de ses établissements. Partant du constat que son périmètre d'activités est limité par le nombre d'autorisations qu'il détient, le groupe MEDICA a mis en place des pratiques de gestion visant à obtenir le meilleur rendement possible pour chaque unité de capacité disponible, soit pour chaque lit autorisé, tant dans le secteur EHPAD, que dans le secteur sanitaire.

Afin d'optimiser le *yield* par lit, le groupe MEDICA s'attache notamment, à adapter les tarifs pratiqués en EHPAD en fonction des caractéristiques des marchés locaux de chaque établissement, à valoriser son activité sanitaire par une politique ciblée de spécialisation, à développer la vente de prestations de services complémentaires, ainsi qu'à optimiser son taux d'occupation.

Sur la période 2008-2009, le *yield* a continué sa progression passant de 111,5 euros en 2008 à 118,0 euros à fin 2009, soit une croissance de 5,8 % sur cette période.

	<i>Yield</i> (en euros)	
	2008 (corrégés)	2009
<b>TOTAL</b>	111,5	118,0

## B - Principaux postes des comptes

### ACHATS CONSOMMÉS

Le tableau suivant présente l'évolution du niveau des achats consommés en valeur absolue et en pourcentage du chiffre d'affaires consolidé pour la période 2008-2009 :

	2008 (corrigés)	2009
<b>Achats consommés</b>		
(en millions d'euros)	20,4	22,8
(en pourcentage du CA)	4,6 %	4,7 %
<b>Achats consommés en France</b>		
(en millions d'euros)	20,3	22,7
(en pourcentage du CA)	5,1 %	5,3 %

Ce poste regroupe notamment les achats alimentaires réalisés par les établissements du secteur EHPAD, représentant plus de la moitié du poste achats consommés du groupe MEDICA en 2009, les achats de médicaments (notamment pour les établissements sanitaires) et des produits d'entretien. Les achats en Italie sont peu significatifs dans la mesure où la plupart des achats sont réalisés directement par les sous-traitants.

### CHARGES EXTERNES

Le poste charges externes regroupe les charges externes telles que la sous-traitance, les achats non stockés et les charges locatives en valeur absolue et en part du chiffre d'affaires consolidé pour la période 2008-2009.

*Charges externes (hors charges locatives)*

Le tableau suivant présente l'évolution des charges externes :

	2008 (corrigés)	2009
<b>Charges externes Groupe (hors charges locatives)</b>		
(en millions d'euros)	81,6	86,5
(en pourcentage du CA)	18,2 %	18,0 %
<b>Charges externes France (hors charges locatives)</b>		
(en millions d'euros)	51,5	54,0
(en pourcentage du CA France)	12,8 %	12,5 %

Le poste des charges externes (hors charges locatives) représente un pourcentage significatif du chiffre d'affaires consolidé. Il intègre notamment d'une part les prestations de sous-traitance (prestations de restauration pour les établissements sanitaires, de nettoyage, de location et d'entretien du linge, ainsi que la mise à disposition des moyens humains et matériels pour les établissements situés en Italie).

D'autre part, ce poste comprend les achats non stockés (principalement les dépenses énergétiques, eau et fournitures diverses), les honoraires versés à des tiers ainsi que les frais de location mobilière, d'entretien et de maintenance des établissements.

Ce poste regroupe enfin les charges de personnel intérimaire. Ce poste a connu une baisse, passant de 4,5 % du montant global des charges externes hors charges locatives en 2006 à 2,4 % du montant global des charges externes hors charges locatives en 2009, résultat de la politique de recrutement et de fidélisation du personnel.

En 2009, les charges externes (hors charges locatives) représentent 18,0 % du chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA.

#### *Charges locatives*

Les charges locatives (loyers immobiliers) représentent le troisième poste le plus élevé de charges. Le tableau suivant présente l'évolution des charges locatives en valeur absolue et en part du chiffre d'affaires consolidé sur la période 2008-2009 :

	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
<b>Charges locatives</b>		
(en millions d'euros)	40,0	42,7
<i>(en pourcentage du chiffre d'affaires)</i>	<i>8,9 %</i>	<i>8,9 %</i>

La structure des baux commerciaux dont bénéficie le groupe MEDICA prévoit généralement un mécanisme d'indexation des loyers. Toute modification de ces indices a une incidence sur le niveau des charges locatives supportées. La plupart des baux commerciaux du groupe MEDICA en France était indexé jusqu'au 31 décembre 2008 sur l'indice du coût de la construction sans limitation à la hausse ou à la baisse. Le groupe MEDICA a finalisé depuis le début de l'année 2009 des renégociations avec ses principaux bailleurs qui ont notamment permis de mettre en place des dispositifs plus protecteurs, notamment le passage de 42 % des baux commerciaux du groupe MEDICA à l'indexation sur l'Indice des Loyers Commerciaux (« **ILC** ») avec plafond (voir paragraphe 16.4.2 « Les ensembles immobiliers en location »).

L'augmentation, à périmètre constant, du fait des renégociations réalisées en 2009, n'a été que de 1,7 % entre 2008 et 2009.

## IMPOTS ET TAXES

Le tableau suivant présente l'évolution du niveau des impôts et taxes en valeur absolue et en pourcentage du chiffre d'affaires consolidé pour la période 2008-2009 :

	2008 (corrigés)	2009
<b>Impôts et taxes</b>		
(en millions d'euros)	27,7	30,3
(en pourcentage du CA)	6,2 %	6,3 %
<b>Impôts et taxes en France</b>		
(en millions d'euros)	25,1	27,5
(en pourcentage du CA)	6,2 %	6,4 %

Ce poste regroupe notamment les impôts et taxes calculés sur les salaires ou sur l'activité du groupe MEDICA (TVA non récupérable, taxes sur les salaires, taxe professionnelle, impôts fonciers, impôts formation). La signature des conventions tripartites dans le secteur EHPAD France a entraîné une augmentation de la part du chiffre d'affaires non soumis à TVA et donc la croissance à la fois de la TVA non récupérable et de la taxe sur les salaires. En dépit de ces tendances défavorables, le groupe MEDICA a su maintenir la croissance du poste à un niveau équivalent à la croissance du chiffre d'affaires.

## ÉVOLUTION DES CHARGES DE PERSONNEL

L'activité du groupe MEDICA nécessite une main d'œuvre importante et qualifiée. La majeure partie du personnel présent dans les établissements est salariée du groupe MEDICA. Néanmoins une faible proportion du personnel présent dans les établissements est employée dans le cadre de contrats d'intérim ou de contrats de sous-traitance (notamment pour des prestations de restauration et de nettoyage ainsi que la mise à disposition des moyens humains et matériels pour les établissements situés en Italie). Les coûts de contrats d'intérim et de sous-traitance sont comptabilisés au titre des charges externes (voir ci-dessous). Les charges de personnel représentent actuellement le premier poste de charges du groupe MEDICA.

Le tableau suivant présente l'évolution des charges de personnel en valeur absolue et en pourcentage du chiffre d'affaires consolidé sur la période 2008-2009 :

Au 31 décembre	2008 (corrigés)		2009	
	En millions d'euros	En % du chiffre d'affaires	En millions d'euros	En % du chiffre d'affaires
<b>Groupe MEDICA</b>				
Charges de personnel	201,8	45,0 %	214,0	44,5 %
<b>Groupe MEDICA en France</b>				
Charges de personnel	199,2	49,6 %	211,3	49,0 %

A périmètre d'établissements constant, l'évolution des charges de personnel résulte notamment de trois facteurs :

- dans le secteur EHPAD, la médicalisation des établissements, compte tenu de la signature de conventions tripartites, implique donc le recrutement de personnel soignant (notamment des aides soignantes et des infirmières) bénéficiant généralement de salaires plus élevés. L'ensemble des EHPAD des établissements du groupe MEDICA a signé une convention tripartite au 31 décembre 2009 et 40 % des établissements déjà conventionnés ont signé des renouvellements ;
- la croissance du poste résulte ensuite de la revalorisation du salaire conventionnel mensuel brut en raison de l'évolution de la valeur du point de base servant de référentiel au calcul du salaire. Dans le secteur EHPAD, la valeur du point de base, a augmenté de 1,1 % au 1<sup>er</sup> avril 2009. Dans le secteur sanitaire, aucune réévaluation n'a eu lieu en 2009 ;
- par ailleurs, conformément aux dispositions de l'annexe médico-sociale de la convention collective unique de l'hospitalisation privée à but lucratif, le salaire conventionnel mensuel brut est ajusté de 1 % par année d'ancienneté.

Compte tenu du mode de gestion des établissements italiens exploités par le groupe MEDICA et reposant sur la mise à disposition de la quasi totalité des moyens humains et matériels par une coopérative sociale, les charges de personnel du groupe MEDICA en Italie représentent donc une très faible part du chiffre d'affaires.

## **RESULTAT FINANCIER**

La présentation du résultat financier du groupe diffère de celle de l'annexe aux comptes au 31 décembre 2009 (note 33) car elle regroupe le coût de l'endettement financier net et les autres produits et charges financières de manière à rendre les exercices 2008 et 2009 comparables. En effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, les charges et produits sur couverture de taux antérieurement présentés dans le poste « autres produits et charges financiers » sont désormais intégrés dans le coût de l'endettement financier brut, en liaison avec l'application de la comptabilité de couverture. De manière à être comparable, il est donc présenté un indicateur intermédiaire appelé le coût du financement au taux nominal après couverture, qui traduit le coût de la dette du groupe net des flux financiers générés par les instruments de couverture souscrits par le groupe.

Le résultat financier se compose du coût du financement au taux d'intérêt nominal, des produits et charges sur couverture de taux, des autres produits et charges financières, de l'effet du coût amorti sur les emprunts, de la variation de la juste valeur des instruments dérivés.

Le résultat financier net 2009 est de -80,7 millions d'euros contre -89,9 millions d'euros en 2008.

En millions d'euros	2008 (corrigés)	2009
Emprunt obligataire convertible(1)	-20,1	-22,0
Dettes bancaires et crédits-bails (2)	-48,2	-29,2
<b>Coût du financement au taux nominal (3=1+2)</b>	<b>-68,3</b>	<b>-51,2</b>
Charges et produits sur couverture de taux (4)	3,6	-13,6
<b>Coût du financement au taux nominal après couverture (5=3+4)</b>	<b>-64,7</b>	<b>-64,8</b>
Autres produits et charges financières (6)	-0,9	-0,7
Effet du coût amorti (7)	0,9	-15,7
Variation de la juste valeur des instruments dérivés (8)	-25,2	0,5
<b>Résultat financier (9= 5+6+7+8)</b>	<b>-89,9</b>	<b>-80,7</b>

**Le coût du financement au taux d'intérêt nominal** se décompose entre :

- le coût de l'emprunt obligataire convertible émis par le groupe MEDICA en 2006 et qui est uniquement constitué d'intérêts capitalisés à taux fixe ;
- le coût de l'emprunt syndiqué, des dettes bancaires et des crédits-bails constitué pour partie d'intérêts capitalisés (dette mezzanine) et pour partie d'intérêts versés au cours de l'exercice. Ces dettes sont majoritairement à taux variable.

Du fait de l'évolution à la baisse des taux d'intérêts variables, le coût du financement au taux d'intérêt nominal a baissé de -68,3 millions d'euros en 2008 à -51,2 millions d'euros en 2009.

Le groupe MEDICA a mis en place en 2006 une politique de couverture visant à se prémunir face à l'évolution des taux d'intérêt en souscrivant des couvertures de taux lui permettant d'échanger de l'Euribor contre un taux fixe moyen de l'ordre de 3,7 %. Ces couvertures permettent au groupe MEDICA de couvrir environ 87 % de ses emprunts bancaires et crédits-bails au 31 décembre 2009. Les produits et charges liés aux instruments de couverture correspondent principalement aux flux de trésorerie que le groupe MEDICA reçoit ou paie dans le cadre des couvertures de taux mises en place en 2006. En 2009, le groupe MEDICA a versé 13,6 millions dans le cadre de ces couvertures (contre un produit de 3,6 millions d'euros en 2008).

**Le coût de la dette au taux nominal après couverture** est donc stable à un peu moins de 65 millions d'euros entre 2008 et 2009 du fait de la stabilité de la dette et des couvertures de taux.

**L'effet coût amorti** correspond à l'impact de la méthode du coût amorti sur l'emprunt obligataire convertible et sur l'emprunt syndiqué. Cet effet intègre notamment l'amortissement des frais d'émission d'emprunt.

L'effet du coût amorti a été de -15,7 millions d'euros en 2009 contre un produit de 0,9 million d'euros en 2008. Cette augmentation est générée par l'opération d'introduction en bourse. En effet, cette dernière étant déjà engagée le 31 décembre 2009, et sa réalisation effective n'ayant fait que confirmer des faits et circonstances déjà présents le



31 décembre 2009, le groupe MEDICA a tiré les conséquences de ces opérations de conversion et remboursement anticipés du 12 février 2010 lors de l'établissement des comptes 2009, conformément à la norme IAS 10 « Evénements postérieurs à la période de reporting ». Ainsi le solde de l'effet du coût amorti afférent aux dettes soldées par anticipation ainsi qu'à l'emprunt obligataire converti a été constaté en charges financières au 31 décembre 2009.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 les instruments dérivés sont comptabilisés selon la méthode de couverture des flux de trésorerie.

**La variation de la juste valeur de ces produits** est désormais comptabilisée directement dans les capitaux propres (pour la partie efficace). Ceci explique que la variation de la juste valeur des instruments dérivés qui est passée par le compte de résultat est limitée à 0,5 million d'euros en 2009 contre -25,2 millions d'euros en 2008.

L'admission du groupe Medica aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris a entraîné une modification de la structure de son endettement, ce qui aura comme effet de réduire de manière importante ses charges financières en raison notamment de l'augmentation de capital de 275 millions d'euros et de la conversion de l'emprunt obligataire en actions (voir le paragraphe 20.5 « Liquidité et Sources de Financement – Aménagement de l'endettement et changements connexes ».)

#### **IMPÔT SUR LES BÉNÉFICES**

La société MEDICA (anciennement dénommée OBO1), société tête de groupe d'intégration fiscale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 dispose, au 31 décembre 2009, de déficits fiscaux reportables d'un montant d'environ 66 millions d'euros. Ces déficits fiscaux sont reportables sans limitation de durée et sont imputables sur les bénéfices fiscaux futurs.

Le tableau suivant présente les principales données financières du groupe MEDICA sur la période 2008-2009 :

	2008 (corrigés)	2009
<b>Données en millions d'euros</b>		
<b>Chiffre d'affaires</b>	<b>448,8</b>	<b>480,7</b>
Achats consommés	-20,4	-22,8
Charges externes (hors charges locatives)	-81,6	-86,5
Impôts et taxes	-27,7	-30,3
Charges de personnel	-201,8	-214,0
Autres produits et charges d'exploitation	1,0	0,2
<b>RBE hors immobilier</b>	<b>118,4</b>	<b>127,3</b>
<i>en % du chiffre d'affaires</i>	26,4 %	26,5 %
Charges locatives	-40,0	-42,7
<b>Excédent Brut d'Exploitation</b>	<b>78,3</b>	<b>84,6</b>
<i>en % du chiffre d'affaires</i>	17,5 %	17,6 %
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	-17,8	-20,5
<b>Résultat opérationnel courant</b>	<b>60,6</b>	<b>64,1</b>
<i>en % du chiffre d'affaires</i>	13,5 %	13,3 %
Autres produits et charges opérationnels	-2,9	-6,3
<b>Résultat opérationnel</b>	<b>57,7</b>	<b>57,8</b>
<i>en % du chiffre d'affaires</i>	12,9 %	12,0 %
Résultat financier	-89,9	-80,7
Résultat des mises en équivalences	-0,1	-0,4
<b>Résultat avant impôt</b>	<b>-32,4</b>	<b>-23,3</b>
<i>en % du chiffre d'affaires</i>	-7,2 %	-4,9 %
Impôts sur les bénéfices	10,0	10,4
<b>Résultat après impôt</b>	<b>-22,4</b>	<b>-13,0</b>
<b>Résultat part du groupe</b>	<b>-22,7</b>	<b>-13,4</b>
<i>en % du chiffre d'affaires</i>	-5,1 %	-2,8 %

## 20.2 Comparaison exercices clos les 31 décembre 2009 et 31 décembre 2008 (corrigés)

### Chiffre d'affaires consolidé

Le chiffre d'affaires consolidé du groupe MEDICA a augmenté de 7,1 %, passant de 448,8 millions d'euros en 2008 à 480,7 millions d'euros en 2009. Cette augmentation de 31,9 millions d'euros résulte :

- principalement d'une augmentation de 28,0 millions d'euros liée à la croissance organique du groupe MEDICA, soit une augmentation de 6,2 % du chiffre d'affaires consolidé ; et
- d'une augmentation de 3,9 millions d'euros du chiffre d'affaires consolidé due aux changements du périmètre de consolidation en 2009 par rapport à 2008 avec l'intégration sur douze mois des établissements acquis en 2008. Pour mémoire, le groupe MEDICA n'a procédé à aucune acquisition en 2009.

La croissance organique du groupe MEDICA de 6,2 % durant l'année 2009 provient :

- des revalorisations des différents types de prestations réalisées par le groupe MEDICA (tarifs hébergement pour le secteur EHPAD et prestations de services annexes pour le secteur sanitaire) ;
- de la revalorisation des dotations soins et tarifs dépendance dans le secteur EHPAD et des prix de journée dans le secteur sanitaire ; et
- de la montée en puissance des établissements créés en 2009 (3 EHPAD en France ont été créés).

Le chiffre d'affaires par secteur se répartit de manière stable entre 2008 et 2009 :

Au 31 décembre	2008 (corrigés)		2009		Variation 2008-2009
	En millions d'euros	En % du chiffre d'affaires	En millions d'euros	En % du chiffre d'affaires	
EHPAD France	266,9	59,5 %	289,6	60,2 %	+ 8,5 %
Sanitaire France	134,8	30,0 %	141,4	29,4 %	+ 4,9 %
Italie	47,2	10,5 %	49,7	10,3 %	+ 5,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>448,8</b>	<b>100 %</b>	<b>480,7</b>	<b>100 %</b>	<b>+ 7,1 %</b>

### Chiffre d'affaires et RBE hors immobilier par activité

#### Secteur EHPAD France

	2008 (corrigés)	2009
<b>Chiffre d'affaires</b>		
Total en millions d'euros	266,9	289,6
<b>RBE hors immobilier</b>		
Total en millions d'euros	73,9	79,3
Total en % du CA	27,7 %	27,4 %

Le chiffre d'affaires consolidé réalisé dans le secteur EHPAD en France est en hausse de 22,7 millions d'euros et s'est élevé à 289,6 millions d'euros au 31 décembre 2009 contre 266,9 millions d'euros en 2008, soit une progression de 8,5 % qui résulte de la croissance organique du secteur.

La croissance organique du secteur EHPAD France de 8,5 % en 2009 provient :

- de la progression des tarifs de soins et de dépendance dans le secteur EHPAD sur la période correspondant soit à la signature, soit au renouvellement des conventions tripartites dans ce secteur. Au total 21 conventions ont été signées ou renouvelées en 2009. A partir d'août 2008, les dispositifs médicaux (lits médicalisés, nutriments, pansements pour l'essentiel) ont été intégrés dans le forfait soins, ce qui a également entraîné une augmentation du chiffre d'affaires soins ;
- de la croissance du chiffre d'affaires hébergement en raison de l'augmentation du prix des journées d'hébergement revalorisés ainsi qu'à la réévaluation par le groupe MEDICA de ses tarifs d'hébergement appliqués aux nouveaux résidents et pour lesquels les tarifs sont librement fixés ; et enfin
- de la montée en puissance des 3 établissements créés en 2009 (Villemomble, Issigeac et Castera Verduzan).

Le RBE hors immobilier du secteur EHPAD France a augmenté de 7,3 % passant à 79,3 millions d'euros en 2009 contre 73,9 millions en 2008 en raison de la progression de 8,5 % du chiffre d'affaires et d'une légère baisse de la marge de RBE hors immobilier qui s'établit à 27,4 % en 2009 contre 27,7 % en 2008.

### Secteur Sanitaire France

	2008 (corrigés)	2009
<b>Chiffre d'affaires</b>		
Total en millions d'euros	134,8	141,4
<b>RBE hors immobilier</b>		
Total en millions d'euros	32,6	36,3
Total en % du CA	24,2 %	25,7 %

Le chiffre d'affaires consolidé réalisé dans le secteur sanitaire est en hausse de 6,6 millions d'euros et s'est élevé à 141,4 millions d'euros en 2009 contre 134,8 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 4,9 % qui se décompose en :

- une augmentation de 3,1 millions d'euros liée à la croissance organique du groupe MEDICA, soit une augmentation de 2,3 % du chiffre d'affaires ; et
- une augmentation de 3,5 millions d'euros du chiffre d'affaires due à l'intégration en année pleine des établissements acquis en 2008.

La croissance organique du secteur Sanitaire France de 2,3 % en 2009 provient :

- de l'augmentation des tarifs journaliers par l'ARH dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens au 1<sup>er</sup> mai 2009 ;

- de la croissance des prestations de services annexes : le groupe MEDICA a généré 29,3 millions d'euros de chiffre d'affaires consolidé en 2009 en partie grâce à la facturation des prestations de services annexes (dont les chambres particulières), contre 25,1 millions d'euros en 2008.

Le RBE hors immobilier du secteur Sanitaire a augmenté de 11,3 % à 36,3 millions d'euros en 2009 contre 32,6 millions en 2008 en raison de la progression de 4,9 % du chiffre d'affaires et une hausse de la marge de RBE hors immobilier qui s'établit à 25,7 % au 31 décembre 2009 contre 24,2 % au 31 décembre 2008.

### Secteur EHPAD Italie

	2008 (corrigés)	2009
<b>Chiffre d'affaires</b>		
Total en millions d'euros	47,2	49,7
<b>RBE hors immobilier</b>		
Total en millions d'euros	11,9	11,7
Total en % du CA	25,2 %	23,6 %

Le chiffre d'affaires consolidé réalisé dans le secteur EHPAD en Italie est en hausse de 2,5 millions d'euros et s'est élevé à 49,7 millions d'euros en 2009 contre 47,2 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 5,5 %. Cette hausse de 2,5 millions d'euros du chiffre d'affaires se décompose en :

- une augmentation de 2,1 millions d'euros liée à la croissance organique, soit une augmentation de 4,4 % du chiffre d'affaires ; et
- une augmentation de 0,4 million d'euros du chiffre d'affaires due aux changements du périmètre de consolidation en 2009 par rapport à 2008 avec l'intégration sur douze mois des 2 établissements acquis en 2008.

En dépit d'une baisse du taux d'occupation du secteur en Italie de 96,6 % en 2008 à 95,6 % en 2009, le groupe MEDICA a réussi à générer une croissance organique de 4,4 % en 2009 grâce aux revalorisations tarifaires, notamment sur la partie hébergement.

Le RBE hors immobilier a baissé de 1,2 % à 11,7 millions d'euros en 2009 contre 11,9 millions en 2008 en raison d'une contraction de la marge de RBE hors immobilier qui s'établit à 23,6 % sur l'année 2009 contre 25,2 % en 2008. Cette baisse correspond à l'effet sur douze mois de l'augmentation des coûts de sous-traitance intervenue fin 2008. En effet, en 2008, la branche des coopératives sociales en Italie a signé l'avenant triennal à sa convention collective entraînant une augmentation des salaires du secteur, celle-ci étant répercutée par les sous-traitants sur le groupe MEDICA.

### *Résultat Brut d'Exploitation hors immobilier (ou EBITDAR)*

Le RBE hors immobilier du groupe MEDICA a progressé de 7,5 % passant à 127,3 millions d'euros au 31 décembre 2009 contre 118,4 millions d'euros en 2008.

En terme de pourcentage du chiffre d'affaires consolidé, le RBE hors immobilier du groupe MEDICA est demeuré stable, passant de 26,4 % du chiffre d'affaires en 2008 à 26,5 % du chiffre d'affaires en 2009.

#### *Excédent brut d'exploitation et résultat opérationnel courant*

L'excédent brut d'exploitation du groupe MEDICA a progressé de 8,0 % entre 2008 et 2009, passant de 78,3 millions d'euros à 84,6 millions d'euros et s'élève à 17,6 % du chiffre d'affaires consolidé.

Le résultat opérationnel courant progresse de 60,6 millions d'euros au 31 décembre 2008 à 64,1 millions d'euros au 31 décembre 2009, soit une augmentation de 5,8 %.

Au 31 décembre 2009, le résultat opérationnel courant représente 13,3 % du chiffre d'affaires consolidé contre 13,5 % l'année précédente. Cette baisse de 0,2 point s'explique par le fait que :

- les dotations aux amortissements ont progressé de 9,3 %, passant de 17,2 millions d'euros en 2008 à 18,8 millions d'euros en 2009 en raison des variations de périmètre, acquisitions d'actifs immobiliers et des créations d'établissements ; et
- les provisions ont représenté une charge de 1,7 million d'euros au 31 décembre 2009 contre une charge de 0,5 million dans les comptes au 31 décembre 2008, cet exercice bénéficiant notamment de la reprise de provisions suite à la fin du litige avec l'administration fiscale sur le crédit de TVA de MEDICA.

#### *Autres produits et charges opérationnels*

Les autres produits et charges opérationnels ont représenté une solde de -6,3 millions d'euros en 2009 (-2,9 millions d'euros en 2008). Ils correspondent à des charges et des produits opérationnels non récurrents se décomposant de la manière suivante :

- **-19,6 millions d'euros pour les charges opérationnelles** (-3,2 millions d'euros en 2008) : les frais de restructurations liés à des fermetures temporaires ou permanentes d'établissements pour -3,7 millions d'euros, les frais engagés en 2009 dans le cadre de l'introduction en bourse pour -2,4 millions d'euros, les valeurs nettes comptables des immobilisations cédées pour -13,5 millions d'euros.
- **+13,3 millions d'euros pour les produits opérationnels** (0,3 million d'euros en 2008) principalement constitué des produits de cession des immobilisations cédées pour 12,4 millions d'euros.

#### *Résultat financier net*

Le résultat financier 2009 est de -80,7 millions d'euros contre -89,9 millions d'euros en 2008.

Le résultat financier se compose du coût du financement au taux d'intérêt nominal, des produits et charges sur couverture de taux, des autres produits et charges financières, de l'effet du coût amorti sur les emprunts, de la variation de la juste valeur des instruments dérivés.

Du fait de l'évolution à la baisse des taux d'intérêts variables, le coût du financement aux taux d'intérêt nominal a baissé de -68,3 millions d'euros en 2008 à -51,2 millions d'euros en 2009. En 2009, le groupe MEDICA a versé 13,6 millions dans le cadre de ces couvertures (contre un produit de 3,6 millions d'euros en 2008). Le coût de la dette au

taux nominal après couverture est donc stable à un peu moins de 65 millions d'euros entre 2008 et 2009 du fait de la stabilité de la dette et des couvertures de taux.

L'effet du coût amorti a été de -15,7 millions d'euros en 2009 contre un produit de 0,9 million d'euros en 2008. Cette augmentation est générée par l'opération d'introduction en bourse. En effet, cette dernière étant déjà engagée le 31 décembre 2009, et sa réalisation effective n'ayant fait que confirmer des faits et circonstances déjà présents le 31 décembre 2009, le groupe MEDICA a tiré les conséquences de ces opérations de conversion et remboursement anticipés du 12 février 2010 lors de l'établissement des comptes 2009, conformément à la norme IAS 10 « Evènements postérieurs à la période de reporting ». Ainsi le solde de l'effet du coût amorti afférent aux dettes soldées par anticipation ainsi qu'à l'emprunt obligataire converti a été constaté en charges financières au 31 décembre 2009.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 les instruments dérivés sont comptabilisés selon la méthode de couverture des flux de trésorerie. La variation de la juste valeur de ces produits est désormais comptabilisée directement dans les capitaux propres (pour la partie efficace). Ceci explique que la variation de la juste valeur des instruments dérivés qui est passée par le compte de résultat est limitée à 0,5 million d'euros en 2009 contre -25,2 millions d'euros en 2008.

### 20.3 Liquidités et sources de financement

#### *Flux de trésorerie*

En millions d'euros	2008 (corrigés)	2009
Flux de trésorerie liés aux activités opérationnelles	99,6	89,8
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	-86,0	-35,2
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	-16,1	-41,8

En millions d'euros	2008 (corrigés)	2009
Trésorerie d'ouverture	24,2	21,6
Trésorerie de clôture	21,6	34,4
Variation de la trésorerie	-2,5	12,8

**Comparaison des exercices clos le 31 décembre 2009 et le 31 décembre 2008  
(corrigé)**

*Flux de trésorerie des activités opérationnelles*

En millions d'euros	2008 (corrigés)	2009
Résultat net total consolidé	-22,4	-13,0
Elim. du résultat des mises en équivalence	0,1	0,4
Elim. des amortissements et provisions	18,7	18,5
Elim. des profits / pertes de réévaluation (juste valeur)	25,5	-0,4
Elim. des résultats de cession et des pertes et profits de dilution	-0,1	1,1
Elim. de la charge (produit) d'impôt	-10,0	-10,4
Elim. du coût de l'endettement financier net	67,1	80,4
Capacité d'autofinancement avant coût de l'endettement financier net et impôt	79,0	76,7
Incidence de la var. des stocks et en cours	-0,2	-0,3
Incidence de la var. des clients	-5,2	6,0
Incidence de la var. des fournisseurs	3,2	-0,1
Incidence de la var. des débiteurs & autres créditeurs	16,8	8,8
Impôts payés	6,0	-1,4
Flux de trésorerie liés aux activités opérationnelles	99,6	89,8

Les flux de trésorerie liés aux activités opérationnelles ont représenté 89,8 millions d'euros en 2009. Ces flux se décomposent entre la Capacité d'autofinancement avant coût de l'endettement financier net et impôt (« **CAF** »), la variation du Besoin en Fonds de Roulement (« **BFR** ») et les impôts décaissés.

En 2009, la CAF représente un montant de 76,7 millions d'euros contre 79,0 millions d'euros en 2008.

En 2009, la variation du BFR a été +14,5 millions d'euros. Le poste clients a généré un flux positif de 6,0 millions d'euros résultat d'une amélioration globale de la gestion des créances clients au niveau du groupe et plus spécifiquement du secteur sanitaire. Le groupe MEDICA a en effet entamé en 2009 une politique dynamique de réduction de ses créances clients, notamment dans le secteur sanitaire, à travers l'accélération du processus de facturation et du recouvrement. Dans le secteur EHPAD en France, le groupe MEDICA a également engagé une politique d'extension du prélèvement automatique afin de réduire les coûts administratifs et le montant des créances clients. Au 31 décembre 2009, les créances clients, pour l'ensemble du groupe MEDICA, représentent 22 jours de chiffre d'affaires hors taxes, soit 7 jours de moins qu'au 31 décembre 2008.

En 2009, le groupe MEDICA a versé 1,4 million d'euros au titre du paiement des impôts sur les sociétés alors qu'en 2008 le groupe MEDICA avait obtenu le remboursement de 6,0 millions d'euros, notamment du fait du changement de périmètre de l'intégration fiscale.



### *Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement*

<b>En millions d'euros</b>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
Incidence des variations de périmètre	-42,2	-9,5
Acquisition d'immobilisations corporelles	-38,4	-33,8
Acquisition d'immobilisations incorporelles	-5,9	-1,2
Acquisition d'actifs financiers	-0,1	0,0
Variation des prêts et avances consentis	0,1	-3,1
Cession d'immobilisations corporelles et incorporelles	0,3	12,4
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	-86,0	-35,2

En 2009, les flux de trésorerie affectés aux activités d'investissement traduisent le ralentissement des opérations de croissance externe : ils représentent -35,2 millions d'euros contre -86,0 millions d'euros en 2008, cette baisse s'expliquant principalement par la baisse de l'incidence des variations de périmètre de -42,2 millions d'euros en 2008 à -9,5 millions d'euros en 2009. Le groupe MEDICA n'ayant pas acquis de nouveaux établissements en 2009, les variations de périmètre correspondent principalement au paiement de compléments de prix sur des acquisitions en Italie et en France.

En 2009, le groupe MEDICA a procédé à la cession de plusieurs actifs immobiliers pour un total de 12,4 millions.

### *Flux de trésorerie liés aux activités de financement*

<b>En millions d'euros</b>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
Emission d'emprunts	47,5	11,4
Remboursement d'emprunts	-20,8	-15,1
Intérêts financiers nets versés	-42,6	-38,0
Dividendes payés aux minoritaires	-0,2	-0,1
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	-16,1	-41,8

Les flux de trésorerie affectés aux activités de financement ont augmenté de -16,1 millions d'euros en 2008 à -41,8 millions d'euros en 2009. Cette évolution est principalement due à la baisse de nouveaux tirages des lignes ACF et RCF en 2009 par rapport à l'année précédente. Le groupe MEDICA a continué à procéder au paiement des charges financières pour 38,0 millions d'euros en 2009, soit un niveau plus faible par rapport à l'année précédente.

Les remboursements d'emprunts ont décliné de -20,8 millions d'euros en 2008 à -15,1 millions d'euros en 2009 car au cours de l'exercice 2008, le groupe avait procédé au remboursement d'une partie de la ligne RCF pour 6,0 millions d'euros.

## **Endettement du groupe MEDICA**

### **Avant le 12 février 2010**

Le groupe MEDICA disposait jusqu'au 12 février 2010 de deux types d'endettement : un emprunt obligataire convertible émis en 2006 et une dette bancaire sous forme d'un emprunt syndiqué et de crédits-bails immobiliers.

L'endettement financier net du groupe MEDICA s'établit à 748,6 millions d'euros en 2009 contre 714,1 millions d'euros en 2008.

<b>(en millions d'euros)</b>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
Emprunt obligataire convertible	135,5	167,3
Emprunts bancaires	602,6	619,8
<b>Emprunts bancaires et dettes financières (1)</b>	<b>738,1</b>	<b>787,2</b>
Trésorerie et équivalent de trésorerie (2)	24,0	38,5
<b>Endettement Net (1 - 2)</b>	<b>714,1</b>	<b>748,6</b>

Il est toutefois précisé que le 12 février 2010, l'emprunt obligataire convertible a été converti en actions, et que les termes de l'emprunt syndiqué ont été modifiés à l'occasion de l'admission aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris. Cet emprunt syndiqué a également été partiellement remboursé dans le cadre de l'augmentation de capital réalisée à l'occasion de cette admission.

L'endettement bancaire du groupe MEDICA, lors de sa comptabilisation initiale, est inscrit au bilan à la juste valeur, qui correspond au montant reçu, net des coûts d'émission. Les emprunts sont évalués au coût amorti en utilisant la méthode du taux d'intérêt effectif.

L'opération d'introduction en bourse étant déjà engagée le 31 décembre 2009, et sa réalisation effective n'ayant fait que confirmer des faits et circonstances déjà présents le 31 décembre 2009, le Groupe a tiré les conséquences de ces opérations de conversion et remboursement anticipés du 12 février 2010 lors de l'établissement des comptes 2009, conformément à la norme IAS 10 « Evènements postérieurs à la période de reporting » :

- La composante dette de l'emprunt obligataire ainsi que la dette mezzanine et la quote-part remboursée de la Tranche C ont été reclassés en passifs financiers courants au 31 décembre 2009 ;
- Le solde de l'effet du coût amorti de l'emprunt obligataire et des dettes remboursées le 12 février 2010 a été constaté en charges financières au 31 décembre 2009.

### **Analyse de l'emprunt obligataire convertible**

Le groupe MEDICA a émis un emprunt obligataire convertible en actions d'un montant nominal de 174,8 millions d'euros en août 2006. Dans le bilan consolidé du groupe MEDICA, cet instrument financier a été séparé entre une composante dette et une composante capitaux propres. En outre, les intérêts au titre de l'emprunt obligataire sont capitalisés au taux de 10 % (taux nominal).

Le tableau suivant présente l'évolution de l'encours de l'emprunt obligataire sur les deux derniers exercices, avec une ventilation entre la partie dette inscrite au bilan (y compris les intérêts capitalisés) et la partie capitaux propres, et après incidence cumulée du coût amorti :

<i>En millions d'euros</i>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
<b>Valeur de remboursement de l'emprunt obligataire convertible</b>	<b>219,9</b>	<b>241,9</b>
<i>dont Intérêts capitalisés</i>	<i>45,1</i>	<i>67,1</i>
Emprunt obligataire convertible (composante capitaux propres)	-74,6	-74,6
Incidence cumulée du coût amorti	-9,8	0,0
Emprunt obligataire convertible (composante dette après incidence du coût amorti)	135,5	167,3

### **Analyse des emprunts syndiqués et des crédits-bails**

Le 9 août 2006, afin de refinancer la dette bancaire existante, le groupe MEDICA a conclu avec un syndicat bancaire dirigé par The Royal Bank of Scotland, un emprunt syndiqué d'un montant de 447,3 millions d'euros ainsi qu'une ligne d'acquisition d'un montant de 150 millions d'euros et une ligne de crédit revolving d'un montant de 25 millions d'euros.

Le tableau suivant présente les emprunts syndiqués, et les crédits-bails et autres dettes du groupe MEDICA, au cours des deux derniers exercices, indiquant séparément la valeur de remboursement des emprunts, ainsi que l'incidence cumulée du coût amorti :

<i>En millions d'euros</i>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
<b>Valeur de remboursement des emprunts syndiqués et autres dettes</b>	<b>613,6</b>	<b>625,0</b>
Incidence cumulée du coût amorti	-11,0	-5,1
Total emprunts bancaires (après incidence du coût amorti)	602,6	619,8

Au 31 décembre 2009, la valeur de remboursement des emprunts syndiqués et autres dettes a progressé de plus de 10,0 millions d'euros. Cette légère augmentation correspond notamment au tirage de la ligne RCF dans le cadre du financement des

créations d'établissements (financement de l'immobilier des établissements d'Evrecy et Franconville).

Au 31 décembre 2009, la valeur de remboursement des emprunts syndiqués et autres dettes, nette de la trésorerie de 38,5 millions d'euros, ressort donc 586,5 millions d'euros, soit un niveau inférieur à celui de fin 2008 (589,6 millions d'euros).

### **Covenants bancaires**

Les emprunts syndiqués visés ci-dessus contiennent l'obligation pour le groupe MEDICA de respecter un certain nombre de clauses restrictives et de ratios financiers que le groupe MEDICA a toujours respectés. Les principaux ratios sont définis contractuellement, testés trimestriellement et audités chaque année par les commissaires aux comptes du groupe MEDICA :

- Ratio A : Rapport « *Net Debt* » sur « *EBITDA ajusté* »
- Ratio B : Rapport « *EBITDA ajusté* » sur « *Net Interest* »
- Ratio C : Rapport « *Cash Flow* » sur « *Debt Service* »

Le tableau suivant décrit l'évolution de ces ratios financiers applicables à l'emprunt syndiqué du groupe MEDICA sur la période 2008-2009\* :

	2008 (corrigés)	2009
<b>Ratio A constaté</b>	7,4x	7,0x
Ratio A à respecter*	<8,3x	<7,7x
<b>Ratio B constaté</b>	2,0x	2,2x
Ratio B à respecter	>1,7x	>1,7x
<b>Ratio C constaté</b>	1,6x	2,1x
Ratio C à respecter	>1,0x	>1,0x

\* Ces covenants sont progressifs sur toute la durée du contrat et se calculent au niveau de MEDICA et de ses filiales consolidées. Ils n'intègrent pas l'effet coût amorti lié au remboursement anticipé de la dette intervenu le 12 février 2010 et anticipé dans les comptes au 31 décembre 2009 conformément à la norme IAS 10.

### **Depuis le 12 février 2010**

Dans le cadre de l'opération d'introduction en bourse le 10 février 2010, les détenteurs des obligations ont converti le 12 février 2010 la totalité de leurs obligations en actions pour un montant global de 244,7 millions d'euros et le groupe MEDICA a remboursé, à cette même date, une partie de la Tranche C et la totalité dette mezzanine de l'emprunt syndiqué, soit un montant total de remboursement de 208,0 millions d'euros, intérêts courus compris. Le groupe MEDICA a également mis en œuvre les clauses contenues dans sa documentation relative à l'emprunt syndiqué, à savoir le Contrat de Crédits Senior et la Convention de Subordination, au crédit senior afin d'adapter sa structure financière au statut de société cotée et à sa stratégie de développement.

Le groupe MEDICA a ainsi adressé à l'Agent du Contrat de Crédits Senior une lettre de demande de consentements et d'amendements en date du 20 octobre 2009, afin de solliciter l'accord des prêteurs senior sur certaines modifications proposées au titre de la documentation existante. Cette demande ayant reçu l'accord des prêteurs senior le 5 novembre 2009, les termes de cette lettre valent avenant au Contrat de Crédit Senior, et un avenant à la Convention de Subordination a été conclu entre toutes les parties.

Ces modifications sont entrées en vigueur à compter de l'admission aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris. Les nouvelles conditions financières de cette dette syndiquée sont les suivantes, étant rappelé que la dette mezzanine, d'un montant nominal de 92 millions d'euros et portant intérêt au taux Euribor +8,625 % a été intégralement remboursée compte tenu de l'admission aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris :

Tranche	Taux d'intérêt nominal (%)	Échéance
Tranche A	Euribor + 2,00 %	2013
Tranche B	Euribor + 3,00 %	2014
Tranche C	Euribor + 3,25 %	2015
RCF	Euribor + 2,00 %	2013
ACF1	Euribor + 2,25 %	2015

Parallèlement à son processus d'introduction en bourse, le groupe MEDICA a conclu le 9 novembre 2009 une nouvelle ligne de financement d'acquisitions avec BNP Paribas, Credit Suisse International et The Royal Bank of Scotland, Calyon et HSBC pour un montant total en principal de 80 millions d'euros (« **ACF2** »). Cette ligne ACF2, utilisable depuis l'admission des actions de la Société sur le marché Euronext Paris est soumise aux restrictions et aux ratios financiers décrits ci-dessous. Il est précisé qu'en cas de tirage de la nouvelle ligne ACF2 (portant intérêt nominal au taux Euribor +3,5 %), le groupe MEDICA sera amené à constituer, en garantie de ses obligations, des sûretés portant sur les actifs dont l'acquisition aura été financée au moyen de ce tirage au profit des prêteurs de la nouvelle ligne ACF2 exclusivement.

Suite à l'admission aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris, les dettes existantes modifiées suite à l'avenant et les nouveaux emprunts du groupe MEDICA contiennent notamment l'obligation pour le groupe MEDICA de respecter un certain nombre de clauses restrictives et de ratios financiers :

- les ratios A et B décrits précédemment devront respectivement être inférieur à 5x et supérieur 2,4x et le ratio C sera supprimé. Le respect de ces ratios sera alors vérifié sur une base semestrielle et non plus trimestrielle ;
- le groupe MEDICA pourra procéder au paiement de dividendes, sous réserve notamment que son ratio d'endettement bancaire après paiement desdits dividendes reste inférieur à 4,5x ;
- la clause de changement de contrôle, imposera à aux fonds ou véhicules conseillés par BC Partners, la détention d'une participation dans la Société d'au moins 33 <sup>1/3</sup> % jusqu'au 30 janvier 2011, puis d'au moins 20 % jusqu'au 30 septembre 2012.

### **Engagements hors bilan**

La majeure partie des engagements hors bilan qui apparaissant dans les comptes correspond aux garanties et cautions octroyées aux établissements bancaires dans le cadre de la documentation bancaire renégociée en juillet 2007.

## Engagements donnés

Les engagements hors-bilan incluent les garanties et cautions octroyées aux établissements de crédit, les engagements au titre des locations simples et les promesses d'achats et d'investissements. Le tableau ci-après présente la synthèse des garanties, cautions et locations simples pour les exercices 2008 et 2009 :

<i>En millions d'euros</i>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
<b>Garanties et Cautions</b>	<b>493,6</b>	<b>504,3</b>
<b>Locations simples</b>	<b>249,6</b>	<b>283,1</b>
<b>Promesses d'achats et d'investissements</b>	<b>32,6</b>	<b>43,7</b>

## Garanties et cautions

Le montant des garanties et cautions octroyées correspond principalement aux garanties octroyées aux établissements financiers dans le cadre du crédit syndiqué signé en août 2006 mais également aux garanties octroyées aux organismes de crédit-bail. Le tableau ci-après présente le détail des garanties et cautions pour les exercices 2008 et 2009 :

<i>En millions d'euros</i>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
Cautions au profit d'établissements de crédit	465,6	472,7
Nantissements de fonds de commerce au profit d'organismes de Crédit-Bail	14,7	14,4
Cautions au profit d'organismes de Crédit-Bail	6,3	5,3
Nantissements d'actions au profit d'établissements de crédit	2,4	2,4
Nantissements de fonds de commerce au profit d'établissements de crédit	4,3	3,7
Nantissements d'OPCVM au profit d'établissements de crédit	0,3	0,3
Hypothèque d'ensemble immobilier au profit d'établissements de crédit	0,0	5,4
Engagement concernant les sociétés transparentes	0,0	0
<b>Total garanties et cautions</b>	<b>493,6</b>	<b>504,3</b>

### **Locations simples**

Le groupe MEDICA exploite une partie de ses établissements en vertu de baux commerciaux dont les durées sont généralement comprises entre 9 et 12 ans. Ces contrats intègrent des clauses d'indexation et de renouvellement. Le tableau ci-dessous détaille le total des paiements minimums futurs au titre des contrats de location simple non résiliables pour les exercices 2008 et 2009 :

<b>En millions d'euros</b>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
A moins d'un an	42,0	45,0
Entre un et cinq ans	139,3	151,3
A plus de cinq ans	68,3	86,9
<b>Total locations simples</b>	<b>249,6</b>	<b>283,1</b>

Au cours de l'exercice 2009, le groupe MEDICA a finalisé des renégociations avec ses principaux bailleurs. Ces accords ont permis au groupe MEDICA de réduire les coûts immobiliers y afférents et d'allonger la durée de vie résiduelle de ces baux commerciaux.

### **Promesses d'achats et d'investissements**

Le groupe MEDICA dans le cadre de ses projets de développement (créations et acquisitions) a signé des promesses d'achats et d'investissements. Le tableau ci-dessous résume les promesses d'achats et d'investissements pour les exercices 2007, 2008 et 2009 :

<b>En millions d'euros</b>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
<b>Promesses d'achats et d'investissements</b>	<b>32,6</b>	<b>43,7</b>

Les promesses d'achats et d'investissements au 31 décembre 2009 correspondent pour 25,4 millions d'euros à des engagements d'investissements immobiliers notamment dans le cadre de VEFA en cours de réalisation et pour 12,7 millions d'euros sur des promesses d'acquisitions d'établissements protocolées.

### **Engagements reçus**

Le groupe MEDICA, dans le cadre notamment des acquisitions qu'il a réalisées, bénéficie de garanties d'actif et passif de la part des vendeurs. Ces garanties d'actif et de passif sont résumées dans le tableau suivant pour les exercices 2008 et 2009 :

<b>En millions d'euros</b>	<b>2008 (corrigés)</b>	<b>2009</b>
Garanties d'Actif et de Passif reçues liées aux acquisitions de titres	9,6	7,4
Garanties d'Actif et de Passif données dans le cadre de cessions de titres	-	-

## **21 TRÉSORERIE ET CAPITAUX**

Au 31 décembre 2009, le groupe MEDICA dispose d'une trésorerie de 38,5 millions d'euros, dont 30,7 millions d'euros de liquidité et 7,8 millions d'euros investi dans des OPCVM principalement constitués de SICAV monétaires ayant une sensibilité au risque de taux inférieure ou égale à 0,25 et une volatilité historique à 12 mois proche de zéro.

La principale source de liquidité du groupe MEDICA est le flux de trésorerie opérationnelle, et notamment une capacité d'autofinancement importante dégagée par les activités du groupe MEDICA. Ce flux important permet de financer une partie des investissements et de payer les intérêts et le principal au titre de l'endettement du groupe. Sur la période 2006-2009, le groupe MEDICA a également tiré sur ses lignes d'acquisition et revolving afin de financer sa croissance externe et ses créations d'établissements.

Voir également paragraphes 20.3 « Liquidité et sources de financement » et 25.1 « Etats financiers consolidés au 31 décembre 2009 ».



## 22 RÉMUNÉRATIONS ET AVANTAGES

### 22.1 Intérêts et rémunérations des membres du conseil d'administration et des dirigeants

Il est rappelé que la Société était, jusqu'au 9 novembre 2009, constituée sous forme de société par actions simplifiée à conseil de surveillance.

en euros	Exercice 2008 12 mois		Exercice 2009 12 mois	
	Montants dus	Montants versés	Montants dus	Montants versés
<b>Rémunération Fixe</b>				
J. Baillet	200 000	200 000	200 000	200 000
C. Jeandel	170 000	170 000	170 000	170 000
<b>Rémunération variable</b>				
J. Baillet	115 000	115 000	115 000	115 000
C. Jeandel	100 000	100 000	100 000	100 000
<b>Rémunération exceptionnelle</b>				
J. Baillet	-	-	-	-
C. Jeandel	-	-	-	-
<b>Jetons de présence</b>				
J. Baillet	-	-	-	-
C. Jeandel	-	-	-	-
<b>Avantages en nature<sup>29</sup></b>				
J. Baillet	3 223,08	3 223,08	3 223,08	3 223,08
C. Jeandel	2 272,20	2 272,20	2 272,20	2 272,20
<b>TOTAL</b>				
J. Baillet	318 223,08	313 223,08	318 223,08	318 223,08
C. Jeandel	272 272,20	272 272,20	272 272,20	272 272,20

<sup>29</sup> Monsieur Jacques Baillet et Madame Christine Jeandel ont bénéficié, dans le cadre de leur contrat de travail, d'un véhicule de fonction.

Dirigeants mandataires sociaux	Contrat de travail		Régime de retraite supplémentaire		Indemnité ou avantages dus ou susceptibles d'être dus à raison de la cessation ou du changement de fonctions		Indemnité relatives à une clause de non concurrence	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
J. Bailet	Oui <sup>30</sup>			Non	Oui <sup>31</sup>		Oui <sup>32</sup>	
<u>Début de mandat</u>								
9 novembre 2009								
<u>Fin de mandat</u>								
Assemblée générale se prononçant sur les comptes de l'exercice clos le 31 décembre 2012								

Par ailleurs, Monsieur Bailet est actionnaire de la Société (voir paragraphe 29.1.5 « Répartition du capital et des droits de vote »).

Aucun plan de stock-options ou d'émission d'actions gratuites n'a été mis en place au cours de l'exercice 2009.

Le comité des nominations et des rémunérations devrait se réunir d'ici le 31 juillet 2010 pour réexaminer la politique de rémunération au sein du groupe MEDICA en tenant compte des recommandations de place en matière de gouvernement d'entreprise, notamment celles du Code de Référence.

## 22.2 Montant total des sommes provisionnées aux fins du versement de pensions, de retraites ou d'autres avantages

Le montant total des sommes provisionnées aux fins du versement des avantages postérieurs à l'emploi s'élevaient respectivement à 73 538 euros au 31 décembre 2009 et 66 468 euros au 31 décembre 2008.

<sup>30</sup> Il est précisé que le contrat de travail de Monsieur Jacques Bailet a été suspendu le 10 février 2010 durant la durée de son mandat.

<sup>31</sup> Indemnité forfaitaire de rupture de son contrat de travail lui octroyant, en cas de rupture de contrat (hors cas de faute lourde), une indemnité d'un montant équivalent à 18 mois de salaire de référence (calculé sur la moyenne de la part fixe et variable de son salaire au cours des 24 mois préalablement à la rupture du contrat de travail), prime annuelle comprise. A la date du présent document, cette indemnité n'est pas liée à des conditions de performance.

<sup>32</sup> Indemnité de non concurrence égale à 30 % du dernier salaire fixe mensuel pendant 12 mois à compter de la date de rupture effective du contrat.

## **23 PRINCIPAUX ACTIONNAIRES**

### **23.1 Actionnaire de référence**

Dans le cadre de l'admission des actions de la Société sur le marché Euronext Paris la participation de l'actionnaire de référence, les fonds conseillés par BC Partners, a été mécaniquement réduite.

A la date du présent document, TBU 3 International<sup>33</sup> détient 45,1 % de la société holding MEDICA, qui détient 100 % du capital et des droits de vote de Société Financière MEDICA, société mère du groupe MEDICA.

La répartition de l'actionnariat du groupe MEDICA est détaillée au paragraphe 29.1.5 « Répartition du capital et des droits de vote » du présent document.

### **23.2 Droits de vote de l'actionnaire de référence**

L'actionnaire de référence ne dispose pas de droit de vote spécifique.

### **23.3 Déclaration relative au contrôle de la Société**

A la date du présent document, la Société n'est plus contrôlée majoritairement par TBU 3 International (voir paragraphe 29.1.5 « Répartition du capital et des droits de vote »), mais celle-ci conserve une influence significative sur les résolutions soumises à l'approbation des actionnaires de la Société en assemblée générale ordinaire et/ou en assemblée générale extraordinaire.

Dans un souci de transparence et d'information du public, la Société a mis en place un ensemble de mesures s'inspirant en particulier des recommandations du Code de Référence. La Société a notamment mis en place un comité d'audit et un comité des nominations et des rémunérations comprenant des administrateurs indépendants afin de prévenir les conflits d'intérêts et en vue d'assurer que l'influence de son actionnaire de référence ne soit pas exercée de manière abusive (voir paragraphe 19.3 « Comités du conseil d'administration »).

### **23.4 Accord portant sur le contrôle de la Société**

A la date du présent document il n'existe, à la connaissance de la Société, aucun accord dont la mise en œuvre pourrait entraîner un changement de contrôle.

---

<sup>33</sup> TBU 3 International SA : société détenue par des fonds et véhicules conseillés par BC Partners. BC Partners est une société de capital-investissement internationale présente à Londres, Paris, Milan, Hambourg, Genève et New-York.

## **24 OPÉRATIONS AVEC DES APPARENTÉS**

### **24.1 Opérations avec les apparentés**

L'organisation du groupe MEDICA repose sur un ensemble d'établissements possédant chacun un directeur responsable du budget d'exploitation, de la gestion du personnel, de la mise en œuvre de la politique commerciale locale et de la mise en œuvre des procédures harmonisées et centralisées communes à l'ensemble des établissements mises en place au niveau du groupe MEDICA.

Afin néanmoins de permettre une centralisation dans la gestion de ces diverses entités et de tirer profit des synergies d'une gestion centralisée, le siège du groupe MEDICA assure pour le compte de ses différents établissements un certain nombre de prestations qui sont refacturées auxdits établissements (voir paragraphe 16.8 « Organisation du groupe MEDICA » ci-dessus).

Par ailleurs, une convention de gestion de trésorerie a été mise en place au niveau du groupe MEDICA.

- Frais de réseau
  - Le groupe MEDICA fournit à ses établissements un certain nombre de prestations relatives à leur gestion, notamment en ce qui concerne leurs suivis social, administratif, financier, comptable, juridique et informatique. Les montants ainsi refacturés sont calculés sur la base d'un budget annuel par lit et sont réajustés au réel en fin d'exercice social. Au titre de l'exercice 2009, ces frais de réseaux étaient de 1 150 euros par lit exploité, représentant un montant annuel total d'environ 13 millions d'euros.
- Refacturation du personnel détaché
  - Une large majorité des directeurs d'établissement est employée par le groupe MEDICA au sein d'une entité juridique dédiée (MEDICA France Direction et Services) et sont détachés au sein des différents établissements dont ils sont chargés.
  - En conséquence, le groupe MEDICA refacture aux établissements filiales concernés le salaire de ces directeurs d'établissements et de ce personnel détaché sur la base des charges réellement supportées.
  - Au titre de l'exercice 2009, le montant de ces refacturations s'est élevé à 9,2 millions d'euros.
- Refacturation des loyers immobiliers et des frais y afférents
  - Bien que le groupe MEDICA ne soit pas propriétaire du foncier pour la majorité de ses établissements, un certain nombre d'entre eux sont détenus en pleine propriété, au travers de SCI et/ou de SNC.
  - En conséquence, le groupe MEDICA refacture directement aux exploitants les loyers et impôts fonciers afférents à ces établissements. Au titre de l'exercice 2009, ces charges immobilières internes ont représenté environ 12 millions d'euros.

- Convention de gestion de trésorerie
  - Une convention de trésorerie a été signée le 30 juin 2001 entre la Société et 19 de ses filiales, et étendue le 29 novembre 2005 à toutes les filiales du groupe MEDICA. Cette convention instaure une double faculté. Chaque filiale peut déposer ses excédents de trésorerie en compte courant auprès de la société MEDICA France et peut corrélativement emprunter des fonds sous forme d'avance en compte courant à court terme. De la même manière, les filiales peuvent se consentir entre elles des prêts ou avances.
  - Ces prêts ou avances portent intérêt au taux moyen mensuel du marché monétaire (« **T4M** »), représentant la moyenne mensuelle de l'EONIA, calculé sur la base de l'EONIA, tel qu'il est publié en début de mois suivant par la Fédération Bancaire Française, majoré de 100 points de base, et ce, jusqu'à remboursement total du prêt.
  - Cette convention a été conclue pour une durée initiale d'un an et se renouvelle automatiquement pour chacune des années suivantes, sauf résiliation anticipée de l'une quelconque des parties moyennant un préavis de 15 jours.

Aucune convention n'a été conclue entre la Société et TBU 3 International.

## 24.2 Conventions réglementées

Voir paragraphe 24.3 ci-dessous.

## 24.3 Rapport spécial des commissaires aux comptes sur les conventions réglementées pour l'exercice 2009

### **CONSTANTIN ASSOCIES**

*Member of Deloitte Touche Tohmatsu*  
114, rue Marius AUFAN  
92300 – LEVALLOIS-PERRET

### **Patrick GRIMAUD**

17, rue du Sergent Bauchat  
75012 – PARIS

### **MEDICA**

Société anonyme  
39, rue du Gouverneur Général Félix Eboué  
92130 - ISSY-LES-MOULINEAUX

---

## **Rapport spécial des Commissaires aux Comptes sur les conventions et engagements réglementés**

Exercice clos le 31 décembre 2009

Mesdames, Messieurs, les Actionnaires,

En notre qualité de commissaires aux comptes de votre société, nous vous présentons notre rapport sur les conventions et engagements réglementés.

Il ne nous appartient pas de rechercher l'existence éventuelle de conventions mais de vous communiquer, sur la base des informations qui nous ont été données, les caractéristiques et les modalités essentielles de celles dont nous avons été avisés, sans avoir à nous prononcer sur leur utilité et leur bien-fondé. Il vous appartient, selon les termes de l'article R.225-31 du Code de commerce, d'apprécier l'intérêt qui s'attachait à la conclusion de ces conventions en vue de leur approbation.

### **I – ABSENCE D'AVIS DE CONVENTION ET D'ENGAGEMENT CONCLUS AU COURS DE L'EXERCICE**

Nous vous informons qu'il ne nous a été donné avis d'aucune convention ni d'aucun engagement conclus au cours de l'exercice et soumises aux dispositions de l'article L.225-38 du Code de commerce.

### **II – CONVENTIONS ET ENGAGEMENTS APPROUVES AU COURS D'EXERCICES ANTERIEURS DONT L'EXECUTION S'EST POURSUIVIE DURANT L'EXERCICE**

Par ailleurs, en application du Code de commerce, nous avons été informés que l'exécution des conventions suivantes, approuvées au cours d'exercice antérieurs, s'est poursuivie au cours du dernier exercice.

**A – Avec les sociétés filiales de votre société dans lesquelles Monsieur Jacques Baillet, Président de votre société est également Dirigeant.**

**Conventions conclues le 9 août 2006 approuvées à l'assemblée générale ordinaire du 25 juin 2008 :**

- **Contrat de Crédits Seniors « Senior Facilities Agreement »**

L'acquisition par la Société du groupe Médica a notamment été financée par endettement, en particulier par la conclusion, le 9 août 2006, d'un contrat de crédit senior de droit français intitulé « *EUR 530.300.000 Senior Facilities Agreement* » conclu entre, entre autres, la Société, The Royal Bank of Scotland plc et Calyon (le « *Senior Facilities Agreement* »).

La Société a adhéré en qualité d'Emprunteur et de Caution au contrat de Crédits Seniors.

Ainsi le Contrat de Credits Senior d'un montant total en principal de 530 300 000 euros prévoit notamment la mise à disposition d'une ligne de financement d'acquisition et d'une ligne de crédit revolving.

Lors de cette adhésion au Contrat de Credits Senior, la Société s'est porté fort du respect par ses filiales (« *Subsidiaries* ») de certains engagements prévus au Contrat de Credits Senior (cautionnement solidaire), et a consenti des sûretés et des garanties en faveur des banques prêteuses au titre des documents de financement *Senior Finance Documents*.

- **Contrat de prêt intra-groupe entre MEDICA SA (ex OBO 1 SAS) et SFM SA (ex MEDICA)**

Signature d'un contrat de prêt intra-groupe d'un montant en principal de 68 442 980 euros entre la Société en qualité de prêteur et SFM S.A. en qualité d'emprunteur. Ce prêt est rémunéré au taux Euribor un an majoré d'une marge de 2,50 % l'an.

Le montant du capital restant dû à la Société au 31 Décembre 2009 s'élève à 8 171 635,95 euros.

Les intérêts afférents à ce prêt s'élèvent pour l'exercice à 3 108 948 euros.

- **Convention de Subordination « Intercreditor Agreement »**

La Société a adhéré à la Convention de Subordination intitulé *Intercreditor Agreement*, conclu entre MEDICA SA (ex OBO1) et les parties au Contrat de Crédits Seniors.

Cette convention régit les accords entre les créanciers quant à l'ordre de priorité des porteurs de dettes, notamment en cas de Défaut (au sens du Contrat de Crédits Seniors) des emprunteurs.

**Convention conclue le 6 juillet 2007 approuvée à l'assemblée générale ordinaire du 25 juin 2008 :**

• ***Avenant au Contrat de Crédits Seniors du 9 Août 2006 : le Senior Amendment and Restatement Agreement.***

Dans le cadre de la restructuration de la dette du groupe MEDICA, le 6 Juillet 2007, il a été apporté au terme d'un avenant certaines modifications au *Senior Facilities Agreement*, portant sur :

- Le remboursement de la Tranche D du *Senior Facilities Agreement* par tirage sur les Tranches B et C du *Senior Facilities Agreement*, lesquelles auront été préalablement augmentées de 17.000.000 euros chacune ;
- La diminution des marges applicables aux différentes tranches du *Senior Facilities Agreement* ; et
- L'assouplissement de certains termes et conditions du *Senior Facilities Agreement*.

***B – Avec Monsieur Jacques Bailet, Président de votre société***

**Contrat de travail de Monsieur Jacques BAILET**

Monsieur Jacques BAILET, Président de votre Société, est également Directeur du Développement au sein de la Société. A ce titre, il a perçu une rémunération totale pour l'exercice clos de 318 223 euros.

Nous avons mis en œuvre les diligences que nous avons estimé nécessaires au regard de la doctrine professionnelle de la compagnie nationale des commissaires aux comptes relative à cette mission. Ces diligences ont consisté à vérifier la concordance des informations qui nous ont été données avec les documents de base dont elles sont issues.

Levallois-Perret et Paris, le 22 avril 2010

Les Commissaires aux Comptes

**CONSTANTIN ASSOCIES**

**Patrick GRIMAUD**

Jean Paul SEGURET



## 25 INFORMATIONS FINANCIÈRES CONCERNANT LE PATRIMOINE, LA SITUATION FINANCIÈRE ET LES RÉSULTATS DE L'ÉMETTEUR

### 25.1 Etats financiers consolidés au 31 décembre 2009

#### Avertissement

Lors de l'élaboration de ses comptes résumés intermédiaires au 30 septembre 2009, dans le cadre de l'opération d'introduction en bourse, le groupe MEDICA a identifié une erreur dans le calcul des intérêts financiers relatifs au prêt syndiqué mis en place en août 2006. Cette erreur affecte les comptes consolidés établis au titre des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007, approuvés par les assemblées générales des 29 juin 2009 et 25 juin 2008.

Conformément à IAS 8 « méthodes comptables, changements d'estimations comptables et erreurs », les comptes des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007 ont été retraités comme si l'erreur avait été corrigée au premier jour de la première période présentée.

Les impacts des corrections sont présentés dans la note 4.2 des états financiers consolidés de la Société au 31 décembre 2009 présentés à la section 25.1 du présent document.

L'ensemble des données financières présentées ou incorporées par référence au sein du présent document est corrigé de ladite erreur.

#### Compte de Résultat consolidé

En milliers d'euros	Notes	2009	2008*	2007 * 20 mois	2007* 12 mois
<b>Chiffre d'affaires</b>		<b>480 727</b>	<b>448 814</b>	<b>557 628</b>	<b>384 700</b>
Achats consommés		(22 783)	(20 445)	(26 047)	(18 452)
Charges externes	28	(129 203)	(121 577)	(154 291)	(105 990)
Impôts et taxes		(30 295)	(27 650)	(36 531)	(25 504)
Charges de personnel	29	(214 009)	(201 790)	(244 187)	(168 084)
Autres charges d'exploitation	30	(596)	(579)	(749)	(385)
Autres produits d'exploitation	30	774	1 567	1 239	662
<b>Excédent Brut d'Exploitation</b>		<b>84 615</b>	<b>78 341</b>	<b>97 062</b>	<b>66 947</b>
Dotation aux amortissements	31	(18 830)	(17 227)	(21 828)	(15 072)
Dotation aux dépréciations et provisions	31	(1 698)	(530)	(6 086)	(4 595)
<b>Résultat opérationnel courant</b>		<b>64 087</b>	<b>60 583</b>	<b>69 149</b>	<b>47 281</b>
Résultat sur cession de participations consolidées		8	-	-	-
Charges opérationnelles	32	(19 643)	(3 205)	(17 681)	(14 207)
Produits opérationnels	32	13 312	297	15 214	12 379
<b>Résultat opérationnel</b>		<b>57 764</b>	<b>57 676</b>	<b>66 681</b>	<b>45 453</b>
Charges financières		(81 300)	(94 716)	(88 340)	(62 931)
Produits financiers		624	4 814	12 478	7 831
<b>Résultat financier</b>	33	<b>(80 676)</b>	<b>(89 902)</b>	<b>(75 862)</b>	<b>(55 100)</b>
Résultat des sociétés mises en équivalence		(423)	(144)	(39)	0

En milliers d'euros	Notes	2009	2008*	2007 * 20 mois	2007* 12 mois
<b>Résultat avant impôt</b>		<b>(23 334)</b>	<b>(32 371)</b>	<b>(9 220)</b>	<b>(9 647)</b>
Charge ou produit d'impôt	34	10 365	9 980	4 321	4 077
<b>Résultat net total</b>		<b>(12 969)</b>	<b>(22 391)</b>	<b>(4 899)</b>	<b>(5 570)</b>
Part du groupe	35	(13 363)	(22 688)	(5 248)	(5 907)
Part des minoritaires		394	297	349	337
Nombre d'actions moyen	35	7 286 040	7 286 040	7 286 040	7 286 040
Résultat net part du groupe consolidé par action (en euros)	35	(1,83)	(3,11)	(0,72)	(0,81)
Résultat net dilué part du groupe consolidé par action (en euros)	35	(0,83)	(1,41)	(0,33)	(0,37)

## Tableau de l'état du résultat global

En milliers d'euros	2009	2008*	2007 * 20 mois	2007* 12 mois
<b>Résultat net total</b>	<b>(12 969)</b>	<b>(22 391)</b>	<b>(4 899)</b>	<b>(5 570)</b>
Autres éléments du résultat global :				
Variation de la juste valeur des instruments financiers	(4 172)			
Composante capitaux propres des emprunts obligataires				
Impôts différés gains et pertes comptabilisés directement en capitaux propres	1 391			
Total des gains et pertes comptabilisés directement en capitaux propres	(2 781)	0	0	0
<b>Résultat global de l'exercice</b>	<b>(15 750)</b>	<b>(22 391)</b>	<b>(4 899)</b>	<b>(5 570)</b>
Dont part groupe	(16 144)	(22 688)	(5 248)	(5 907)
Dont intérêts minoritaires	394	297	349	337

\* comptes corrigés (cf. note 4.2)

## Bilan consolidé

En milliers d'euros	Notes	2009	2008*	2007*
<b>ACTIF</b>				
Ecarts d'acquisition	8	353 122	349 836	332 765
Immobilisations incorporelles	9	483 059	482 519	458 970
Immobilisations corporelles	11	294 325	294 951	260 684
Titres mis en équivalence	24	0	131	0
Autres actifs financiers	13	17 389	14 478	14 532
Actifs disponibles à la vente	12	1 718	1 697	1 952
Impôts différés	23	1 141	561	872
Instruments financiers dérivés	17	1 054	0	0
<b>Total Actifs non courants</b>		<b>1 151 808</b>	<b>1 144 173</b>	<b>1 069 776</b>
Stocks et en-cours		1 915	1 624	1 373
Créances clients	14 et 15	29 927	35 948	28 968
Créances d'impôt	16	1 631	1 864	10 573
Autres débiteurs	14	12 728	12 967	25 955
Autres actifs courants	14	6 725	8 797	6 629
Instruments financiers dérivés	17	0	0	11 022
Trésorerie et équivalents de trésorerie	18	38 546	23 974	25 867
<b>Total Actifs courants</b>		<b>91 472</b>	<b>85 174</b>	<b>110 386</b>
Total Actifs non courants et groupes d'actifs destinés à être cédés	19	11 244	0	0
<b>Total Actif</b>		<b>1 254 524</b>	<b>1 229 347</b>	<b>1 180 162</b>

En milliers d'euros	Notes	2009	2008*	2007*
<b>PASSIF</b>				
Capital	20	11 348	116 577	116 577
Primes liées au capital		0	0	0
Autres réserves		0	0	0
Résultat groupe		(13 363)	(22 688)	(5 248)
Réserves de consolidation		124 266	44 507	49 757
<b>Total Capitaux propres, part du groupe</b>		<b>122 252</b>	<b>138 396</b>	<b>161 085</b>
Résultat hors groupe		394	297	337
Réserves minoritaires		2 921	5 829	5 562
<b>Total des capitaux propres</b>		<b>125 567</b>	<b>144 521</b>	<b>166 983</b>
Passifs financiers	25	393 621	721 146	666 494
Engagements envers le personnel	21	4 674	4 308	3 441
Titres mis en équivalence	24	292	0	0
Autres provisions	22	8 534	8 619	7 611
Impôts différés	23	191 540	204 141	208 366
Instruments financiers dérivés	17	18 889	0	0
Autres passifs non courants	24	23 061	30 355	34 728
<b>Total Passifs non courants</b>		<b>640 612</b>	<b>968 570</b>	<b>920 640</b>
Passifs financiers	25	393 531	16 977	14 180
Engagements envers le personnel	21	987	746	684
Fournisseurs	26	36 607	36 993	33 947
Autres créditeurs	26	56 145	46 029	41 280
Dettes d'impôt		1 075	1 346	2 447
Instruments financiers dérivés	17	0	14 165	0
Autres passifs courants		0	0	0
<b>Total Passifs courants</b>		<b>488 345</b>	<b>116 256</b>	<b>92 538</b>
Total Passifs liés à un groupe d'actifs destinés à être cédés		0	0	0
<b>Total Passif</b>		<b>1 254 524</b>	<b>1 229 347</b>	<b>1 180 162</b>

\* comptes corrigés (cf. note 4.2)

## Tableau consolidé des flux de trésorerie

En milliers d'euros	Notes	2009	2008*	2007 20 mois*	2007* 12 mois
Résultat net total consolidé		(12 969)	(22 391)	(4 899)	(5 570)
Elim. du résultat des mises en équivalence		423	144	39	0
Elim. des amortissements et provisions	31	18 486	18 712	25 527	17 009
Elim. des profits / pertes de réévaluation (juste valeur)		(394)	25 501	(5 853)	(4 192)
Elim. des résultats de cession et des pertes et profits de dilution		1 098	(129)	1 280	1 285
<b>Marge brute d'autofinancement après coût de l'endettement financier net et impôt</b>		<b>6 643</b>	<b>21 837</b>	<b>16 094</b>	<b>8 532</b>
Elim. de la charge (produit) d'impôt	34	(10 365)	(9 980)	(4 321)	(4 077)
Elim. du coût de l'endettement financier net		80 449	67 120	82 815	59 497
<b>Marge brute d'autofinancement avant coût de l'endettement financier net et impôt</b>		<b>76 727</b>	<b>78 978</b>	<b>94 588</b>	<b>63 951</b>
Incidence de la variation du besoin en fonds de roulement	40	14 483	14 633	(13 840)	(3 542)
Impôts payés		(1 370)	5 954	(17 368)	(13 470)
<b>Flux de trésorerie liés aux activités opérationnelles</b>		<b>89 840</b>	<b>99 565</b>	<b>63 380</b>	<b>46 939</b>
Incidence des variations de périmètre	6	(9 451)	(42 208)	(442 191)	(31 130)
Acquisition d'immobilisations corporelles	40	(33 836)	(38 372)	(31 559)	(26 702)
Acquisition d'immobilisations incorporelles	40	(1 260)	(5 788)	(2 627)	(222)
Acquisition d'actifs financiers		(21)	(52)	(2 000)	(639)
Variation des prêts et avances consentis		(3 063)	137	(2 571)	(2 087)
Cession d'immobilisations corporelles et incorporelles		12 392	297	11 704	10 713
Cession d'actifs financiers		0	0	510	2
Dividendes reçus		0	0	0	0
<b>Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement</b>		<b>(35 239)</b>	<b>(85 986)</b>	<b>(468 733)</b>	<b>(50 065)</b>
Augmentation de capital		0	0	116 593	44
Emission d'emprunts		11 398	47 476	711 579	95 000
Remboursement d'emprunts		(15 146)	(20 835)	(344 245)	(47 807)
Intérêts financiers nets versés		(37 974)	(42 583)	(54 397)	(37 252)
Dividendes versés aux actionnaires du groupe		0	0	0	0
Dividendes versés aux minoritaires		(112)	(153)	(25)	(25)
<b>Flux de trésorerie liés aux activités de financement</b>		<b>(41 834)</b>	<b>(16 095)</b>	<b>429 505</b>	<b>9 960</b>
<b>Incidence des changements de principes comptables</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Variation de la trésorerie</b>		<b>12 767</b>	<b>(2 516)</b>	<b>24 152</b>	<b>6 834</b>
Trésorerie d'ouverture		21 636	24 152	0	17 316
Trésorerie de clôture	18	34 403	21 636	24 152	24 152
<b>Variation de la trésorerie</b>		<b>12 767</b>	<b>(2 516)</b>	<b>24 152</b>	<b>6 834</b>

\* comptes corrigés (cf. note 4.2)

### Tableau de variation des capitaux propres consolidés

En milliers d'euros	Capital	Primes d'émission	Réserves consolidées	Résultat consolidé	TOTAL	Part Groupe	Part Minoritaires
<b>Capitaux propres ouverture</b>							
Augmentation de capital	116 549				<b>116 549</b>	116 549	
Réduction de capital	(17)		17		<b>0</b>		
Résultat de l'exercice				(7 203)	<b>(7 203)</b>	(7 552)	349
Dividendes versés aux minoritaires			(25)		<b>(25)</b>		(25)
Variations de périmètre	45		5 525		<b>5 569</b>	39	5 531
Composante capitaux propres des dettes			49 734		<b>49 734</b>	49 734	
Autres variations			55		<b>55</b>	11	44
<b>Capitaux propres 31/12/2007 publiés</b>	<b>116 577</b>	<b>0</b>	<b>55 306</b>	<b>(7 203)</b>	<b>164 679</b>	<b>158 781</b>	<b>5 899</b>
Effet de la correction du calcul du taux d'intérêt du prêt syndiqué (cf. note 4.2)				2 304	2 304	2 304	
<b>Capitaux propres 31/12/2007 corrigés</b>	<b>116 577</b>	<b>0</b>	<b>55 306</b>	<b>(4 899)</b>	<b>166 983</b>	<b>161 085</b>	<b>5 899</b>

En milliers d'euros	Capital	Primes d'émission	Réserves consolidées	Résultat consolidé	TOTAL	Part Groupe	Part Minoritaires
<b>Capitaux propres 31/12/2007 publiés</b>	<b>116 577</b>	<b>0</b>	<b>55 306</b>	<b>(7 203)</b>	<b>164 679</b>	<b>158 781</b>	<b>5 899</b>
Augmentation de capital					<b>0</b>		
Réduction de capital					<b>0</b>		
Affectation du résultat de la période précédente			(7 203)	7 203	<b>0</b>		
Résultat de l'exercice				(10 019)	<b>(10 019)</b>	(10 316)	297
Dividendes versés aux minoritaires			(153)		<b>(153)</b>		(153)
Variations de périmètre			82		<b>82</b>		82
Composante capitaux propres des dettes					<b>0</b>		
Autres variations					<b>0</b>		
<b>Capitaux propres 31/12/2008 publiés</b>	<b>116 577</b>	<b>0</b>	<b>48 033</b>	<b>(10 019)</b>	<b>154 591</b>	<b>148 465</b>	<b>6 126</b>
Effet de la correction du calcul du taux d'intérêt du prêt syndiqué (cf. note 4.2)			2 304	(12 372)	(10 068)	(10 068)	
<b>Capitaux propres 31/12/2008 corrigés</b>	<b>116 577</b>	<b>0</b>	<b>50 337</b>	<b>(22 391)</b>	<b>144 521</b>	<b>138 396</b>	<b>6 126</b>
Augmentation, réduction du capital (1)	(105 228)		105 228		<b>0</b>		
Affectation du résultat de l'exercice précédent			(22 391)	22 391	<b>0</b>		
Résultat de l'exercice				(12 969)	<b>(12 969)</b>	(13 363)	394
Dividendes versés aux minoritaires			(113)		<b>(113)</b>		(113)
Variations de périmètre (2)			(3 092)		<b>(3 092)</b>		(3 092)
Instruments financiers dérivés (3)			(2 781)		<b>(2 781)</b>	(2 781)	
Autres variations					<b>0</b>		
<b>Capitaux propres 31/12/2009</b>	<b>11 348</b>	<b>0</b>	<b>127 188</b>	<b>(12 969)</b>	<b>125 567</b>	<b>122 252</b>	<b>3 315</b>

(1) Reconstitution des capitaux propres par voie de réduction de capital d'un montant de 105 228 162 euros.

(2) Acquisition de la société B2L lui permettant de détenir indirectement 100 % de la clinique du Val des Cygnes à Labarthe sur Lèze.

(3) Part efficace de la variation de juste valeur de l'instrument de couverture.

## Notes annexes aux états financiers consolidés

### 1. Informations générales

En août 2006, plusieurs fonds d'investissement conseillés par BC Partners ont acquis, par l'intermédiaire de TBU 3 International, 87,7 % de la société holding MEDICA (ex-OBO1). Cette dernière détient 100 % du capital et des droits de vote de la Société Financière MEDICA « S.F.M. » (ex-MEDICA SA), société mère du groupe MEDICA.

La société MEDICA a eu un exercice commençant le 1<sup>er</sup> mai 2006 et s'achevant le 31 décembre 2007, de ce fait elle a établi pour la première fois des comptes consolidés statutaires au 31 décembre 2007. Le sous-groupe SFM a été consolidé à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006. Ainsi, le compte de résultat 2007 du groupe MEDICA faisait apparaître 20 mois d'activité pour la maison mère et 18 mois d'activité pour les filiales du sous-groupe SFM.

Le deuxième exercice consolidé du groupe MEDICA a commencé le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et s'est achevé le 31 décembre 2008. Aussi, afin de faciliter la comparabilité de l'exercice 2008 avec l'année 2007, nous présentons un exercice « 2007 12 mois » correspondant aux 12 mois d'activité du groupe MEDICA s'échelonnant du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007.

L'écart de première consolidation dégagé lors de l'acquisition de SFM par MEDICA, a été calculé sur la base des capitaux propres du sous-groupe SFM au 30 juin 2006, résultat compris, après annulation des écarts d'acquisition historiques.

MEDICA (« la Société ») et ses filiales (« le groupe MEDICA ») sont spécialisées dans les structures d'accueil et de soins médicalisés pour personnes dépendantes de tous âges. Le groupe intervient sur deux secteurs d'activité :

- Le **secteur EHPAD, en France et Italie** : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, établissements pour personnes âgées et Résidences Services, assurant la prise en charge de la dépendance pérenne ; et
- Le **secteur Sanitaire** : établissements médicalisés prenant en charge la dépendance temporaire par l'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR), ce qui inclut les soins de suite et les soins de médecine physique et de réadaptation (MPR), et d'établissements spécialisés dans le domaine psychiatrique.

Le groupe MEDICA est présent en France et en Italie. Il exploite 93 EHPAD (7 636 lits) et 37 établissements sanitaires (2 317 lits) en France, offrant une capacité d'accueil de 9 953 lits. Il est également présent sur le marché italien, par l'intermédiaire du sous-groupe Aetas, avec l'exploitation de 18 établissements (1 428 lits) au 31 décembre 2009.

Au 31 décembre 2009 la capacité d'accueil totale du groupe MEDICA s'élève à 11 381 lits répartis dans 148 établissements en France et en Italie.

L'assemblée générale extraordinaire de la société du 9 novembre 2009 a décidé la transformation de MEDICA en société anonyme à Conseil d'Administration.

MEDICA SA est le holding du groupe MEDICA. Il est domicilié en France, son siège social est « Le Diderot » situé au 39, rue du Gouverneur Général Félix Eboué à Issy Les Moulineaux, 92130.

Ces états financiers consolidés ont été arrêtés par le conseil d'administration du 29 mars 2010. Ils sont exprimés en milliers d'euros, sauf indication contraire.

## 2. Faits marquants de l'exercice

### Lancement du processus d'admission des titres de la Société aux négociations sur un marché réglementé

Dans le cadre de son introduction en bourse, la Société avait l'intention de lever environ 275 millions d'euros dont le produit était destiné à lui donner les moyens de mettre en œuvre sa stratégie de croissance, en remboursant une partie de sa dette, et en contribuant ainsi à améliorer sa flexibilité financière.

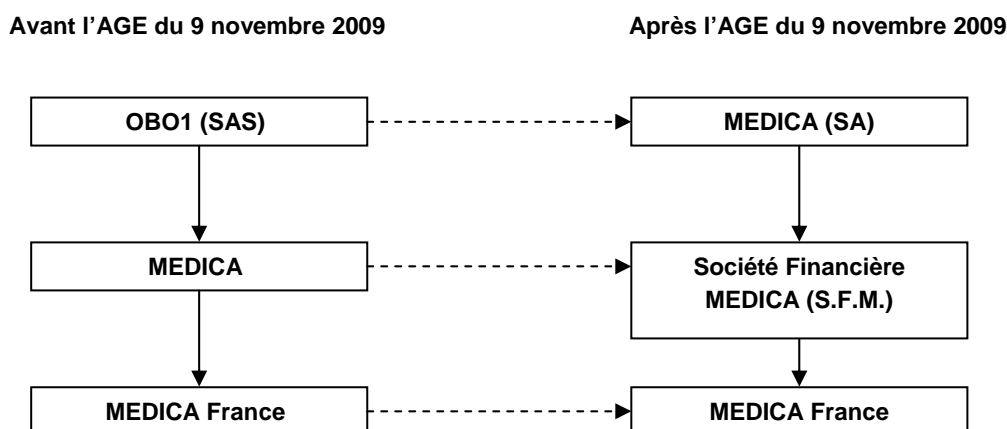
Dans cette perspective, les actionnaires de la Société MEDICA ont du préalablement statuer sur les dispositions suivantes :

### Reconstitution des capitaux propres, transformation en société anonyme et changement de dénomination sociale

Après avoir constaté que la perte de l'exercice avait eu pour effet de ramener les capitaux propres à un montant inférieur à la moitié du capital social, l'assemblée générale extraordinaire réunie le 12 octobre 2009 s'est prononcée sur la continuation de la Société et a décidé de ne pas dissoudre la Société.

Par assemblée générale extraordinaire du 9 novembre 2009, il a par conséquent été décidé la reconstitution des capitaux propres par voie de réduction de capital d'un montant de 105 228 162 euros. Le capital social alors fixé à 116 576 640 euros, a ainsi été ramené à la somme de 11 348 478 euros, par réduction de la valeur nominale. Le nombre d'actions composant le capital social est demeuré inchangé. Au cours de cette même assemblée, il a ensuite été décidé la transformation de la Société, alors sous forme de société par actions simplifiée, en société anonyme à Conseil d'administration.

Corrélativement la société MEDICA, société contrôlée par la Société OBO1, a modifié sa dénomination sociale pour devenir « Société Financière Médica – SFM ». A la suite du changement de dénomination de cette filiale, les actionnaires ont décidé de modifier la dénomination sociale de la Société OBO1 pour devenir « MEDICA ».



### Nomination du Président Directeur Général et du Directeur Général Délégué

Monsieur Jacques Bilet, Président de la Société OBO1, est alors nommé par le Conseil d'administration de MEDICA, Président Directeur Général de la Société. Madame



Christine JEANDEL est concomitamment désignée aux fonctions de Directeur Général Délégué.

### **Aménagement de la dette syndiquée et nouvelle ligne de financement acquisition**

Le groupe MEDICA a prévu dans le cadre du projet d'admission aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris de mettre en œuvre les clauses contenues dans sa documentation relative à l'emprunt syndiqué, à savoir le Contrat de Crédits Senior et la Convention de Subordination au crédit senior, afin d'adapter sa structure financière au statut de société cotée et à sa stratégie de développement. Le groupe MEDICA a adressé à l'Agent du Contrat de Crédit Senior une lettre de demande de consentements et d'amendements en date du 20 octobre 2009, afin de solliciter l'accord des prêteurs senior sur certaines modifications proposées au titre de la documentation existante. Les termes de cette lettre de demande de consentements ayant reçu l'accord des prêteurs senior le 5 novembre 2009, les termes de cette lettre valent avenant au Contrat de Crédit Senior, et un avenant à la Convention de Subordination a été conclu entre toutes les parties. Il est toutefois précisé que l'ensemble de ces modifications ne devait entrer en vigueur qu'à compter de la date de réalisation effective d'admission aux négociations des actions de la Société sur le marché Euronext Paris.

Le groupe MEDICA a conclu le 9 novembre 2009 une nouvelle ligne de financement d'acquisitions avec BNP Paribas, Credit Suisse International et The Royal Bank of Scotland, Calyon et HSBC pour un montant total en principal de 80 millions d'euros (« ACF2 »). Cette ligne ACF2 ne pouvait être utilisée qu'à compter de l'admission effective des actions de la Société sur le marché Euronext Paris.

### **Dépôt du document de base auprès de l'Autorité des Marchés Financiers, « AMF »**

Le 9 décembre 2009, la Société MEDICA a déposé son document de base à l'Autorité des Marchés Financiers, enregistré sous le numéro I.09-092, en vue de l'admission de ses titres sur le marché réglementé Euronext Paris. L'enregistrement du document de base a constitué une étape déterminante dans le cadre du projet d'introduction en bourse.

### **Développement de l'activité**

Au cours de l'exercice 2009, le groupe MEDICA a poursuivi une dynamique de croissance maîtrisée en favorisant le développement de son activité par une implantation géographique ciblée, fondée notamment sur les besoins démographiques des secteurs, associée à une politique commerciale active fondée sur le yield management. Ainsi, en 2009, le groupe MEDICA a procédé notamment à l'ouverture de 3 EHPAD avec 116 lits sur la commune de VILLEMOMBLE (Ile de France), 74 lits à ISSIGEAC (Aquitaine), et 84 lits à CASTERA VERDUZAN (Midi-Pyrénées).

Avec 148 établissements d'exploitation offrant une capacité d'accueil de 11 381 lits, le groupe MEDICA a généré au 31 décembre 2009 un chiffre d'affaires consolidé de 480,7 millions d'euros.

### **3. Evènements postérieurs à la clôture**

#### **Introduction en bourse**

Le 24 janvier 2010, le Conseil d'administration, usant de la délégation octroyée par l'assemblée générale des actionnaires du même jour, a décidé :

- le principe d'une augmentation de capital en numéraire par voie d'offre au public, avec suppression du droit préférentiel de souscription, d'un montant nominal maximum de 6 084 219 euros par émission d'un nombre maximum de 15 625 000 Actions Nouvelles d'une valeur nominale de 0,38939 euro.
- le principe d'une augmentation de capital réservée à PREDICA et aux administrateurs indépendants de la Société : Madame Catherine Soubie, Monsieur Guy de Panafieu et Monsieur Gilles Cojan d'un montant nominal maximum de 610 630 euros.
- le principe d'une augmentation de capital réservée aux salariés du Groupe (dans le cadre d'un Plan d'Epargne Groupe), pour un montant nominal maximum de 12 168 euros.

Le Conseil d'administration de la Société avait fixé une fourchette indicative de prix du placement des actions de la Société entre d'une part, 16 euros (bas de la fourchette) par action et d'autre part, 19,50 euros (haut de la fourchette) par action.

Le 25 janvier 2010, l'Autorité des Marchés Financiers « AMF » a apposé le Visa n° 10-015 sur le prospectus de la Société MEDICA dans le cadre de l'admission de ses titres sur le marché Euronext Paris.

Les modalités définitives de l'augmentation de capital liée à cette opération ont été arrêtées par le Conseil d'administration du 9 février 2010. Ainsi, afin de tenir compte de la dégradation des conditions de marché, le Conseil d'administration, a fixé le prix d'Offre des actions dans le cadre du Placement Global et de l'OPO à 13 euros par action. Cette décision reflétait la recommandation conjointe des banques BNP PARIBAS, Credit Suisse et RBS agissant en qualité de Coordinateurs Globaux, Chefs de File et Teneurs de Livre Associés. Les banques ont considéré qu'un prix d'offre révisé en ce sens permettrait de refléter les conditions de marché et d'assurer de bonnes conditions à la réalisation de l'opération.

L'admission de l'ensemble des actions de la Société (Actions existantes, Actions nouvelles et Actions issues de la conversion des Titres donnant accès au capital, Actions Nouvelles Réservées aux Salariés), est intervenue le 10 février 2010 sur le marché Euronext Paris, compartiment B, pour un règlement livraison le 12 février 2010.

Le capital social est désormais fixé à la somme de 18 653 466,50 euros, divisé en 47 904 187 actions de même catégorie intégralement libérées.

Concomitamment à cette introduction, l'emprunt mezzanine et partiellement la tranche C, ainsi que les intérêts y afférents ont été intégralement remboursés.

L'opération d'introduction en bourse étant déjà engagée le 31 décembre 2009, et sa réalisation effective n'ayant fait que confirmer des faits et circonstances déjà présents le 31 décembre 2009, le Groupe a tiré les conséquences de ces opérations de conversion et remboursements anticipés du 12 février 2010 lors de l'établissement des comptes

2009, conformément à la norme IAS 10 « Evènements postérieurs à la période de reporting ».

Les conséquences de ces opérations dans les comptes consolidés au 31 décembre 2009 sont les suivantes :

- Conversion de l'emprunt obligataire en actions ordinaires le 12 février 2010 :
  - Le solde de l'effet du coût amorti de l'emprunt obligataire a été constaté en charges financières ;
  - La composante dette de cet emprunt a été reclassée en passifs financiers courants ;
- Remboursement anticipé de la totalité de la dette mezzanine et d'une partie de la tranche C intervenu le 12 février 2010 :
  - Le solde de l'effet du coût amorti des emprunts remboursés a été constaté en charges financières ;
  - Les emprunts remboursés ont été reclassés en passifs financiers courants.

#### **Variation de périmètre**

Depuis le début de l'exercice 2010, le groupe MEDICA, a notamment, en France :

- ouvert un établissement de 75 lits à la Roche-sur-Yon (Pays de Loire), un établissement de 88 lits, à Evrecy (Normandie), et un établissement à Saint Martin de Crau (Paca) de 84 lits ;
- acquis un EHPAD de 80 lits, sis à Héricy (Ile de France) ;
- signé avec la ville de Saint-Cyr-sur-Loire (Centre) une convention de délégation de service public pour la gestion d'une maison d'accueil familiale pour personnes âgées ;
- réalisé l'acquisition d'une société détenant un groupe d'EHPAD exploitant environ 300 lits répartis principalement en Languedoc-Roussillon.

En Italie, le Groupe MEDICA a procédé à l'acquisition d'un établissement de 74 lits, sis à Florence (Toscane).

## **4. Règles et méthodes comptables**

### **4.1 Base de préparation des états financiers**

Les comptes consolidés du groupe MEDICA sont établis conformément au référentiel IFRS (*International Financial Reporting Standards*), tel qu'adopté dans l'union européenne.

Les états financiers consolidés sont établis selon la convention du coût historique, à l'exception de certaines catégories d'actifs et de passifs évalués conformément aux règles édictées par les normes IFRS, notamment les actifs et passifs financiers et les instruments financiers dérivés.

#### 4.2 Application de la norme IAS 8 « Méthodes comptables, changements, d'estimations comptables et erreurs »

Lors de l'élaboration de ses comptes résumés intermédiaires au 30 septembre 2009, dans le cadre de l'opération d'introduction en bourse, le groupe a identifié une erreur dans le calcul des intérêts financiers relatifs au prêt syndiqué mis en place en août 2006. Cette erreur affecte les comptes consolidés établis au titre des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007, approuvés par les assemblées générales des 29 juin 2009 et 25 juin 2008.

Conformément à IAS 8 « méthodes comptables, changements d'estimations comptables et erreurs », les comptes des exercices clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007 présentés en comparatif ont été retraités comme si l'erreur avait été corrigée au premier jour de la première période présentée.

Les impacts des corrections sont présentés ci-après.

##### Passages des comptes publiés aux comptes corrigés :

*Compte de résultat consolidé synthétique clos le 31 décembre 2008*

En milliers d'euros	2008 publié	Correction du calcul des intérêts financiers du prêt syndiqué	2008 corrigé
<b>Résultat opérationnel</b>	<b>57 676</b>		<b>57 676</b>
<b>Coût de l'endettement financier net</b>	<b>(48 563)</b>	<b>(18 557)</b>	<b>(67 120)</b>
Autres produits et charges financiers	(22 782)		(22 782)
Résultat des sociétés mises en équivalence	(144)		(144)
<b>Résultat avant impôt</b>	<b>(13 814)</b>	<b>(18 557)</b>	<b>(32 371)</b>
Impôts sur les bénéfices	3 795	6 185	9 980
<b>Résultat net total</b>	<b>(10 019)</b>	<b>(12 372)</b>	<b>(22 391)</b>
Part du groupe	(10 316)	(12 372)	(22 688)
Part des minoritaires	297	-	297
Résultat net part du groupe consolidé par action (en euros)	(1,42)		(3,11)

*Bilan consolidé synthétique clos le 31 décembre 2008*

En milliers d'euros	2008 publié	Correction du calcul des intérêts financiers du prêt syndiqué	2008 corrigé
<b>Total Actif</b>	<b>1 229 347</b>		<b>1 229 347</b>
<b>Capitaux propres, part du groupe</b>	<b>148 465</b>	<b>(10 069)</b>	<b>138 396</b>
Résultat hors groupe	297		297
Réserves minoritaires	5 829		5 829
<b>Capitaux propres totaux</b>	<b>154 591</b>	<b>(10 069)</b>	<b>144 521</b>
Emprunt et dettes financières	706 043	15 103	721 146
Impôts différés	209 175	(5 034)	204 141
Autres passifs non courants	43 283		43 283

<b>En milliers d'euros</b>	<b>2008 publié</b>	<b>Correction du calcul des intérêts financiers du prêt syndiqué</b>	<b>2008 corrigé</b>
<b>Passifs non courants</b>	<b>958 501</b>	<b>10 069</b>	<b>968 570</b>
<b>Passifs courants</b>	<b>116 256</b>		<b>116 256</b>
<b>Total Passif</b>	<b>1 229 347</b>		<b>1 229 347</b>

La correction du calcul des intérêts financiers relatifs au prêt syndiqué n'a pas eu d'impact sur les flux de trésorerie de l'exercice clos le 31 décembre 2008.

Les comptes 2008 présentés en comparatifs dans les états financiers 2009 sont les comptes corrigés.

*Compte de résultat consolidé synthétique clos le 31 décembre 2007*

En milliers d'euros	2007 publié	Correction du calcul des intérêts financiers du prêt syndiqué	2007 corrigé
<b>Résultat opérationnel</b>	<b>66 681</b>		<b>66 681</b>
<b>Coût de l'endettement financier net</b>	<b>(86 269)</b>	<b>3 455</b>	<b>(82 815)</b>
Autres produits et charges financiers	6 953		6 953
Résultat des sociétés mises en équivalence	(39)		(39)
<b>Résultat avant impôt</b>	<b>(12 674)</b>	<b>3 455</b>	<b>(9 220)</b>
Impôts sur les bénéfices	5 471	(1 151)	4 320
<b>Résultat net total</b>	<b>(7 203)</b>	<b>2 304</b>	<b>(4 899)</b>
Part du groupe	(7 552)	2 304	(5 248)
Part des minoritaires	349		349
Résultat net part du groupe consolidé par action (en euros)	(1,04)		(0,72)

*Bilan consolidé synthétique clos le 31 décembre 2007*

En milliers d'euros	2007 publié	Correction du calcul des intérêts financiers du prêt syndiqué	2007 corrigé
<b>Total Actif</b>	<b>1 180 163</b>		<b>1 180 163</b>
<b>Capitaux propres, part du groupe</b>	<b>158 781</b>	<b>2 304</b>	<b>161 085</b>
Résultat hors groupe	337		337
Réserves minoritaires	5 562		5 562
<b>Capitaux propres totaux</b>	<b>164 680</b>	<b>2 304</b>	<b>166 984</b>
Emprunt et dettes financières	669 948	(3 455)	666 493
Impôts différés	207 216	1 151	208 367
Autres passifs non courants	45 780		45 780
<b>Passifs non courants</b>	<b>922 944</b>	<b>(2 304)</b>	<b>920 640</b>
<b>Passifs courants</b>	<b>92 539</b>		<b>92 539</b>
<b>Total Passif</b>	<b>1 180 163</b>	<b>0</b>	<b>1 180 163</b>

La correction du calcul des intérêts financiers relatifs au prêt syndiqué n'a pas eu d'impact sur les flux de trésorerie de l'exercice clos le 31 décembre 2007.

Les comptes 2007 présentés en comparatifs dans les états financiers 2009 sont les comptes corrigés.

### **Ratios bancaires**

La correction d'erreur n'a pas d'impact sur le respect des ratios bancaires auxquels le Groupe est soumis. Les ratios corrigés présentés, ci-après, respectent les conditions (« objectif ») prévues dans la documentation bancaire.

## Ratios corrigés pour l'exercice clos le 31 décembre 2008

Covenants financiers	EBITDA/ intérêts nets	Endettement net / EBITDA	Cashflow / Coût de la dette
Objectif	R1 > 1,65	R2 < 8,30	R3 > 1
Corrigés	2,01	7,41	1,60

## Ratios corrigés pour l'exercice clos le 31 décembre 2007

Covenants financiers	EBITDA/ intérêts nets	Endettement net / EBITDA	Cashflow / Coût de la dette
Objectif	R1 > 1,50	R2 < 9,15	R3 > 1
Corrigés	1,88	7,51	1,83

### 4.3 Méthodes comptables

#### 4.3.1 Evolution du référentiel IFRS

**Nouvelles normes, amendements et interprétations d'application obligatoire pour les exercices ouverts à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 et appliqués par le groupe:**

Normes		Date d'application UE	
IAS 1 Révisée	Présentation des états financiers	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Présentation modifiée des états financiers, sans impact sur la situation financière du Groupe
IAS 23 Révisée	Coûts d'emprunts	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Sans incidence significative sur les comptes du Groupe
IFRIC 11	IFRS2 – actions propres et transactions intra-groupe	1 <sup>er</sup> mars 2008	Sans incidence sur les comptes du Groupe
IFRIC 13	Programme de fidélisation des clients	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Sans incidence sur les comptes du Groupe
IFRIC 14	IAS 19 – Limitation de l'actif au titre de prestations définies	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Sans incidence significative sur les comptes du Groupe
IFRS 8	Segments opérationnels	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Sans incidence pour le Groupe.
IFRS 2 Amendement	Paiement fondé sur des actions – Conditions d'acquisition des droits et annulation	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Sans incidence sur les comptes du Groupe
Amendement à IFRS 7	Amélioration des informations à fournir sur les instruments financiers	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Informations complémentaires apportées dans les notes annexes
Améliorations aux IFRS (mai 2008)	Amélioration annuelle des normes IFRS (mai 2008)	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Reclassement de courant à non courant des instruments dérivés
Amendement à IFRIC 9 et IAS 39	Dérivés incorporés	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Non applicable pour le groupe
Amendement à IAS 32 et IAS 1	Instruments financiers remboursables et obligations liées à la liquidation	1 <sup>er</sup> janvier 2009	Sans incidence sur les comptes du Groupe

La norme IAS 1 révisée a effet de modifier le format de présentation des états de synthèse du groupe. Dans le cadre de cette application, le Groupe a choisi de présenter son résultat global en deux états distincts :

- le compte de résultat et,
- l'état de résultat global comprenant le résultat de l'exercice et les éléments de produits et charges qui sont comptabilisés directement en capitaux propres.

L'information comparative a été retraitée pour être en conformité avec la norme révisée.

L'application de la norme IFRS 8 « Secteurs opérationnels » n'a pas conduit le Groupe à revoir la segmentation de son activité pour les besoins de l'information sectorielle, cette segmentation étant conforme au reporting utilisé en interne pour le suivi des performances et l'allocation des ressources. Par ailleurs, le Groupe ne fait pas de suivi par secteurs de ses passifs dans son reporting interne.

La norme IAS 23 révisée « Coûts d'emprunts » a supprimé la possibilité de comptabiliser en charge l'intégralité des coûts d'emprunt et rendu obligatoire leur capitalisation dès lors qu'ils sont directement attribuables à l'acquisition, la production ou la construction d'un actif éligible. Dans la mesure où le groupe n'a pas démarré la production ou la construction d'actifs éligibles en 2009 cet amendement n'a pas d'incidence sur les comptes consolidés du groupe.

Les amendements à IFRS 7 « Instruments financiers : Informations à fournir » requièrent la publication d'informations complémentaires dans les notes annexes relatives aux instruments financiers, notamment sur les évaluations à la juste valeur et le risque de liquidité associé à ces instruments. Ces informations sont présentées dans les notes annexes.

Les améliorations des IFRS « Recueil d'amendements aux IFRS » applicables pour les exercices ouverts à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, contiennent une modification de la norme IAS 1 « Présentation des états financiers » portant sur le « classement courant/non courant des dérivés ». Le Groupe a reclassé de manière prospective les instruments dérivés qui bénéficient de la comptabilité de couverture et dont la maturité de l'instrument est supérieure à un an.

Les autres amendements et interprétations n'ont pas eu d'incidence ou d'incidence significative sur les comptes du Groupe au 31 décembre 2009.

#### **Normes, Amendements de normes ou Interprétations d'application obligatoire postérieurement au 31 décembre 2009 et non appliqués de façon anticipée par le groupe**

Le Groupe n'a appliqué par anticipation aucune norme, amendement ou interprétation déjà publiés par l'IASB mais non encore adoptés par l'Union Européenne ou adoptés au niveau européen mais d'application non obligatoire au 31 décembre 2009.

Il s'agit notamment des textes suivants :

- IFRS 3 révisée : « Regroupements d'entreprises »
- IAS 27 révisée : « Etats financiers consolidés et individuels »
- Amendement IAS 32 : « Classement des droits de souscription émis »
- Amélioration des IFRS (Avril 2009, non adoptée par l'Union Européenne)



- IAS 24 révisée : « Informations relatives aux parties liées »
- Amendement à IAS 39 : « Eléments couverts éligibles »
- Amendement à IFRS 2 : « Transactions de Groupe dont le paiement est fondé sur des actions et qui sont réglés en trésorerie »
- Amendement à IFRIC 14 : « Paiements anticipés des exigences de financement minimal »
- IFRIC 19 : « Extinction de passifs financiers au moyen d'instruments de capitaux propres »
- IFRS 9 : « Instruments financiers : classification et évaluation »
- IFRIC 15 : « Accord pour la construction d'un bien immobilier »
- IFRIC 17 : « Distributions d'actifs non monétaires aux actionnaires »

L'effet de l'application de ces textes sur les comptes consolidés est en cours d'analyse par le Groupe.

#### **4.3.2 Couverture de flux de trésorerie**

Le Groupe a documenté des relations de couverture des flux futurs sur ses emprunts à taux variables par des swaps de taux d'intérêt, et ce de façon prospective à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Conformément aux prescriptions de la norme IAS 39 « Instruments financiers – comptabilisation et évaluation » relatives à la couverture de flux futurs, la comptabilité de couverture est applicable si :

- la relation de couverture est clairement définie et documentée à la date de sa mise en place ;
- l'efficacité de la relation de couverture est démontrée dès son origine, et tant qu'elle perdure : c'est-à-dire si au début de la couverture et pendant toute sa durée, l'entreprise s'attend à ce que les variations de juste valeur ou de flux de trésorerie de l'élément couvert soient presque intégralement compensées par les variations de juste valeur ou de flux de trésorerie de l'instrument de couverture, et si les résultats réels se situent dans un intervalle compris entre 80 et 125 %. Par ailleurs, les flux couverts doivent être hautement probables et l'efficacité de la couverture pouvoir être mesurée de façon fiable.

L'élément couvert n'étant pas enregistré au bilan, la partie efficace de la variation de juste valeur de l'instrument de couverture est enregistrée en contrepartie des capitaux propres. La variation de valeur de la part inefficace est comptabilisée quant à elle en résultat financier. Les montants enregistrés en capitaux propres sont repris en résultat au fur et à mesure que l'élément couvert affecte le résultat.

La juste valeur des dérivés de couverture est calculée comme étant la valeur actualisée des flux de trésorerie futurs estimés. Les valorisations des instruments dérivés du groupe MEDICA lui sont fournies par ses banques.

#### **4.4 Utilisation d'estimations et d'hypothèses**

La préparation des états financiers implique la prise en compte d'estimations et d'hypothèses par la Direction du Groupe qui peuvent affecter la valeur comptable de certains éléments d'actif et de passif, de produits et de charges, ainsi que les informations données dans les notes annexes.

La Direction du Groupe revoit ses estimations et ses hypothèses de manière régulière afin de s'assurer de leur pertinence au regard de l'expérience passée et de la situation économique actuelle. En fonction de l'évolution de ces hypothèses, les éléments figurant dans ses futurs états financiers pourraient être différents des estimations actuelles. L'impact des changements d'estimations comptables est comptabilisé au cours de la période du changement et de toutes les périodes futures affectées.

Les principales estimations faites par la Direction pour l'établissement des états financiers concernent la valorisation des actifs (tests de dépréciation), les hypothèses retenues pour le calcul des obligations liées aux avantages au personnel.

Par ailleurs, outre l'utilisation d'estimations, la Direction fait appel à son jugement afin de déterminer le traitement comptable approprié de certaines opérations, dans l'attente de la clarification de certaines normes IFRS ou lorsque les normes en vigueur ne traitent pas des problématiques concernées.

#### **4.5 Méthodes de consolidation**

##### *a) Filiales*

Les filiales sont toutes les entités pour lesquelles le Groupe a le pouvoir de diriger les politiques financières et opérationnelles, pouvoir s'accompagnant généralement de la détention de plus de la moitié des droits de vote. Les droits de vote potentiels sont pris en compte lors de l'évaluation du contrôle exercé par le Groupe sur une autre entité lorsqu'ils découlent d'instruments susceptibles d'être exercés ou convertis au moment de cette évaluation. Les filiales sont consolidées par intégration globale à compter de la date à laquelle le contrôle est transféré au Groupe. Elles sont déconsolidées à compter de la date à laquelle le contrôle cesse d'être exercé.

Les filiales dans lesquelles le groupe MEDICA exerce une influence notable sont consolidées selon la méthode de la mise en équivalence.

La méthode de l'acquisition est utilisée pour comptabiliser l'acquisition de filiales par le Groupe. Le coût d'une acquisition correspond à la juste valeur des actifs remis, des instruments de capitaux propres émis et des passifs encourus ou assumés à la date de l'échange, majorée des coûts directement imputables à l'acquisition. Les actifs identifiables acquis, les passifs identifiables et les passifs éventuels assumés lors d'un regroupement d'entreprises sont initialement évalués à leur juste valeur à la date d'acquisition, et ceci quel que soit le montant des intérêts minoritaires. L'excédent du coût d'acquisition sur la juste valeur de la quote-part revenant au Groupe dans les actifs nets identifiables acquis est comptabilisé en tant qu'écart d'acquisition.

Lorsque le coût d'acquisition est inférieur à la juste valeur de la quote-part revenant au Groupe dans les actifs nets de la filiale acquise, l'écart est comptabilisé directement au compte de résultat.

Les transactions intra-groupe, les soldes et les profits latents sur les opérations entre sociétés du groupe sont éliminés. Les méthodes comptables des filiales ont été alignées sur celles du Groupe.

Le groupe ne détient pas d'entité *ad hoc*.

#### *b) Transactions avec les intérêts minoritaires*

Le groupe a pour politique de traiter les transactions avec les intérêts minoritaires de la même manière que les transactions avec des tiers externes au Groupe. Les acquisitions de titres auprès d'intérêts minoritaires génèrent un écart d'acquisition, qui représente la différence entre le prix payé et la quote-part acquise correspondante de la valeur comptable des actifs nets.

### **4.6 Conversion des opérations en devises**

#### *a) Monnaie fonctionnelle et monnaie de présentation des états financiers*

Les éléments inclus dans les états financiers de chacune des entités du Groupe sont évalués en utilisant la monnaie du principal environnement économique dans lequel l'entité exerce ses activités (« la monnaie fonctionnelle »). Les états financiers consolidés sont présentés en euro, qui est la monnaie fonctionnelle et de présentation du Groupe.

#### *b) Transactions et soldes*

Le Groupe n'a pas de transactions libellées en monnaies étrangères.

### **4.7 Principes de présentation de l'information financière**

#### *a) Compte de résultat*

Afin de maintenir la lisibilité nécessaire à l'appréciation de sa performance et conformément à l'option offerte par IAS 1, le groupe MEDICA a choisi de maintenir la présentation du compte de résultat par nature.

### **Chiffre d'affaires**

Le chiffre d'affaires comprend essentiellement des prestations de services réalisées dans le cadre de l'hébergement et des soins apportés aux résidants quelle que soit l'origine du règlement.

Les produits sont constatés au fur et à mesure de la réalisation des prestations. Les dotations reçues dans le cadre des Conventions Tripartites constituent un élément de chiffre d'affaires. Les montants perçus et susceptibles de reversement, au motif d'une utilisation partielle de ces sommes en regard des engagements pris par le groupe dans le cadre des Conventions, sont déduits du chiffre d'affaires pour être portés au poste « Autres passifs non courants ».

### **Excédent Brut d'Exploitation**

L'EBE correspond au Résultat Opérationnel Courant avant Dotations aux Amortissements et aux Provisions.

### **Autres produits et charges opérationnels**

Les opérations non courantes de montant significatif et pouvant nuire à la lisibilité de la performance opérationnelle courante sont classées en « autres produits opérationnels et

autres charges opérationnelles », conformément à la recommandation du CNC adoptée le 27 octobre 2004. Elles comprennent notamment :

- les plus ou moins values de cessions ou dépréciations importantes et inhabituelles d'actifs, corporels ou incorporels, et de *goodwill*
- les coûts de restructuration résultant de plans dont le caractère inhabituel et l'importance perturbent la lisibilité du résultat opérationnel courant
- les provisions de matérialité très significatives
- les opérations à caractère exceptionnel (introduction en bourse)

### **Résultat Financier**

Le résultat financier se compose du Coût de l'endettement financier net et des autres produits et charges financiers.

Le Coût de l'endettement financier net comprend :

- les produits de trésorerie et d'équivalents de trésorerie (produits d'intérêts générés par la trésorerie et les équivalents de trésorerie, résultat de cession d'équivalents de trésorerie, résultat des couvertures de change et de taux sur trésorerie et équivalents de trésorerie) ;
- le coût de l'endettement financier brut (charges d'intérêt sur opérations de financement, résultat des couvertures de change et de taux sur endettement financier brut, gains et pertes liés à l'extinction des dettes).

Les autres produits et charges financiers comprennent des produits et charges de nature financière qui ne sont pas de nature opérationnelle et ne font pas partie du coût de l'endettement financier net :

- les produits financiers (dividendes, profit sur cession de titres non consolidés, produits d'intérêts et produits de cession des autres actifs financiers (hors trésorerie et équivalents de trésorerie), profits sur dérivés de trading (change, taux), produits financiers d'actualisation, variation positive de juste valeur des actifs et passifs financiers évalués en juste valeur par le résultat, résultats des couvertures de taux et de change sur opérations précédentes, autres produits financiers)
- les charges financières (dépréciation de titres non consolidés, perte sur cession de titres non consolidés, dépréciation et pertes sur cession des autres actifs financiers (hors trésorerie et équivalents de trésorerie), perte sur dérivés de trading (change, taux), charges financières d'actualisation, variation négative de juste valeur des actifs et passifs financiers évalués en juste valeur par le résultat, résultats des couvertures de taux et de change sur opérations précédentes, autres charges financières)

### **b) Bilan**

Les actifs et passifs sont classés, selon leur nature, en éléments courants ou non courants selon que leur date attendue de recouvrement ou de règlement intervient dans un délai de douze mois à compter de la date d'arrêté comptable.

#### **4.8 Ecarts d'acquisition**

Les écarts d'acquisition représentent l'excédent du coût d'une acquisition sur la juste valeur de la quote-part du Groupe dans les actifs nets identifiables de la filiale à la date d'acquisition. L'écart d'acquisition lié à l'acquisition des filiales est inclus dans les « immobilisations incorporelles ». L'écart d'acquisition comptabilisé séparément est soumis à un test annuel de dépréciation et est comptabilisé à son coût, déduction faite du cumul des pertes de valeur. Les pertes de valeur de l'écart d'acquisition ne sont pas réversibles.

Le résultat dégagé sur la cession d'une entité tient compte de la valeur comptable de l'écart d'acquisition de l'entité cédée.

Les écarts d'acquisition sont affectés aux unités génératrices de trésorerie ou aux groupes d'unités génératrices de trésorerie susceptibles de bénéficier du regroupement d'entreprises ayant donné naissance aux écarts d'acquisition. Le groupe MEDICA réalise des tests de dépréciation des écarts d'acquisition au niveau de chaque secteur d'activité dès qu'un indice de perte de valeur est identifié et au minimum une fois par an..

#### **4.9 Immobilisations incorporelles**

##### *a) Autorisations d'exploitation*

En France, l'exploitation des EHPAD et établissements sanitaires est conditionnée à l'obtention d'autorisations administratives qui doivent être demandées tant pour la création que pour l'extension des établissements. Les autorisations sont accordées pour une durée de 15 ans dans le secteur des EHPAD et de 5 ans pour le secteur Sanitaire.

Dans la mesure où le groupe respecte les conditions imposées par les autorités de tutelle dans le cadre de l'exploitation, ce respect étant contrôlé notamment à travers des visites de conformité, l'autorisation d'exploiter n'est pas retirée, ce qui leur donne au regard des normes comptables une durée de vie indéterminée. Les modalités d'exploitation en Italie sont similaires. Les autorisations d'exploitation ne sont donc pas amorties et font l'objet d'un test de dépréciation dès qu'un indice de perte de valeur est identifié et au minimum une fois par an.

Seules les autorisations administratives acquises, soit directement, soit par le biais d'un regroupement d'entreprises, sont comptabilisées en actifs incorporels. Ces autorisations sont évaluées lors de leur acquisition sur la base d'un multiple du chiffre d'affaires. Lorsque les autorisations administratives sont obtenues par le groupe du fait de ses propres démarches, elles correspondent à des immobilisations incorporelles générées en interne qui ne répondent pas aux critères définis dans le paragraphe 58 de la norme IAS 38, Actifs incorporels, pour être portées à l'actif.

##### *b) Logiciels*

Les coûts liés à l'acquisition de licences de logiciels sont inscrits à l'actif sur la base des coûts encourus pour acquérir et pour mettre en service les logiciels concernés. Ces coûts sont amortis sur la durée d'utilité estimée des logiciels (entre trois et cinq ans).

Les coûts associés au développement sont immobilisés et ceux associés au maintien en fonctionnement des logiciels sont comptabilisés en charges au fur et à mesure qu'ils sont encourus.

#### **4.10 Immobilisations corporelles**

Les immobilisations corporelles comprennent essentiellement :

- des terrains et constructions, pour l'essentiel des EHPAD et établissements sanitaires et des bureaux ;
- des matériels et équipements nécessaires au bon fonctionnement des établissements.

Toutes les immobilisations corporelles sont comptabilisées à leur coût historique. Le coût historique comprend tous les coûts directement attribuables à l'acquisition des actifs concernés.

Les coûts ultérieurs sont inclus dans la valeur comptable de l'actif ou, le cas échéant, comptabilisés comme un actif séparé s'il est probable que des avantages économiques futurs associés à l'actif iront au Groupe et que le coût de l'actif peut être mesuré de manière fiable. Tous les frais de réparation et de maintenance sont comptabilisés au compte de résultat au cours de la période durant laquelle ils sont encourus.

Les terrains ne sont pas amortis. Les autres actifs sont amortis selon la méthode linéaire. Sauf cas particulier, les valeurs résiduelles sont nulles. Les durées d'amortissement sont fondées sur les durées d'utilité estimées des différentes catégories d'immobilisations, dont les principales sont les suivantes :

- Constructions : 50 ans
- Agencement des constructions : 5 à 50 ans (selon les composants)
- Installations techniques : 5 - 10 ans
- Autres (mobilier...) : 3 - 10 ans

Les biens acquis selon des contrats de location-financement qui ont pour effet de transférer au groupe la quasi-totalité des risques et avantages inhérents à la propriété de ces biens sont immobilisés. Ils sont comptabilisés à l'actif et au passif du bilan pour des montants équivalents à la juste valeur du bien loué ou à la valeur actualisée des paiements minimaux si celle-ci est inférieure. Les dettes correspondantes sont inscrites en dettes financières au passif du bilan consolidé.

Les contrats de location dans lesquels les risques et avantages ne sont pas transférés au groupe sont classés en location simple. Les paiements au titre des locations simples sont classés en charge de façon linéaire.

Les pertes ou les profits sur cession d'actifs sont déterminés en comparant les produits de cession à la valeur comptable de l'actif cédé. Ils sont comptabilisés au compte de résultat.

#### **4.11 Dépréciation d'actifs non financiers**

##### *a) Dépréciation des actifs amortis*

Les actifs amortis sont soumis à un test de dépréciation lorsqu'en raison d'événements ou de circonstances particulières, la recouvrabilité de leurs valeurs comptables est mise en doute. Une dépréciation est comptabilisée à concurrence de l'excédent de la valeur comptable sur la valeur recouvrable de l'actif. La valeur recouvrable d'un actif représente sa juste valeur diminuée des coûts de cession ou sa valeur d'utilité, si celle-ci est

supérieure. Aux fins de l'évaluation d'une dépréciation, les actifs sont regroupés en unités génératrices de trésorerie, qui représentent le niveau le moins élevé générant des flux de trésorerie indépendants. Pour les actifs non financiers (autres que les écarts d'acquisition) ayant subi une perte de valeur, la reprise éventuelle de la dépréciation est examinée à chaque date de clôture annuelle ou intermédiaire.

*b) Dépréciation estimée des actifs incorporels à durée indéterminée (y compris les écarts d'acquisition)*

Le Groupe soumet les écarts d'acquisition et autorisations administratives à un test annuel de dépréciation. Les montants recouvrables des unités génératrices de trésorerie ou groupes d'unités génératrices de trésorerie auxquels ces actifs incorporels sont rattachés ont été déterminés à partir de calculs de la valeur d'utilité ou de leur juste valeur diminuée des coûts de vente. Le calcul de la valeur d'utilité retenu par le groupe est basé sur l'actualisation des flux futurs de trésorerie qui seront générés par l'utilisation continue des actifs testés. L'actualisation est réalisée à un taux correspondant au coût moyen pondéré du capital.

Les actifs incorporels font l'objet de tests de dépréciation de valeur au moins une fois par an ou plus fréquemment s'il existe un indice de perte de valeur.

Pour les autorisations administratives et les actifs immobiliers associés, le test de dépréciation est réalisé au niveau de chaque établissement avec des hypothèses adaptées selon qu'il s'agit d'un EHPAD ou d'un établissement sanitaire.

Les écarts d'acquisitions sont quant à eux testés au niveau de chacun des secteurs d'activité : EHPAD-France, Sanitaire France ou Italie.

#### **4.12 Actifs et Passifs financiers**

Les normes IAS 32/39 sont appliquées par le groupe depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Les actifs financiers définis par la norme IAS 39, comprennent des prêts et créances, des actifs financiers disponibles à la vente, des actifs financiers détenus jusqu'à l'échéance, et des actifs financiers à la juste valeur. Ils correspondent aux éléments de bilan suivants : actifs disponibles à la vente, autres actifs financiers non courants, clients et autres débiteurs, instruments financiers dérivés et la trésorerie. La direction détermine la classification de ses actifs financiers lors de la comptabilisation initiale et la reconsidère, dans les conditions prescrites par la norme IAS 39, à chaque date de clôture annuelle ou intermédiaire.

Les passifs financiers définis par la norme IAS 39 comprennent les emprunts comptabilisés au coût amorti et des passifs financiers à la juste valeur. Ils correspondent aux éléments de bilan suivants : dettes financières courantes et non courantes, autres dettes, fournisseurs et autres créditeurs et les instruments financiers dérivés. La direction détermine la classification de ses passifs financiers lors de la comptabilisation initiale.

##### **4.12.1 Evaluation et comptabilisation des actifs financiers**

*a) Prêts et créances*

Les prêts et créances sont des actifs financiers non dérivés à paiements déterminés ou déterminables qui ne sont pas cotés sur un marché actif. Ils sont inclus dans les actifs courants, hormis ceux dont l'échéance est supérieure à douze mois après la date de clôture. Ces derniers sont classés dans les actifs non courants. Les prêts et créances

sont comptabilisés au bilan aux postes « clients », « autres débiteurs », et « Autres actifs financiers » selon la nature des créances.

*b) Actifs détenus jusqu'à l'échéance*

Les actifs détenus jusqu'à l'échéance comprennent principalement les dépôts et cautionnements. Ils sont classés en actifs financiers non courants

Il s'agit des sommes versées aux bailleurs en garantie des loyers. La valeur de ces actifs est réajustée régulièrement lors de la révision des loyers. L'effet de l'actualisation est considéré comme négligeable pour les comptes du groupe. Ils font l'objet de tests de dépréciation en cas d'indication de perte de valeur. Une dépréciation est comptabilisée en résultat si la valeur comptable est supérieure à la valeur recouvrable estimée.

*c) Actifs financiers disponibles à la vente*

Les actifs financiers disponibles à la vente correspondent à des titres de participation de sociétés non consolidées. Ils sont inclus dans les actifs non courants, sauf si le groupe compte les vendre dans les douze mois suivant la date de clôture. Ils sont maintenus au bilan à leur coût d'acquisition que le groupe estime représenter leur juste valeur, en l'absence d'un marché actif. En cas de baisse durable de leur valeur d'utilité, une perte de valeur est constatée. La valeur d'utilité est déterminée en fonction de critères financiers tels que quote-part de capitaux propres et perspectives de rentabilité.

#### **4.12.2 Evaluation et comptabilisation des passifs financiers**

*a) Dettes financières à long terme*

Les dettes financières à long terme comprennent essentiellement les emprunts auprès des établissements de crédit, les emprunts obligataires et les dettes résultant de la reconnaissance à l'actif de la valeur des biens pris en location financement.

Les dettes financières long terme sont initialement enregistrés à la juste valeur, qui correspond au montant reçu, net des coûts d'émission.

Postérieurement à la comptabilisation initiale, elles sont évaluées au coût amorti, en utilisant la méthode du taux d'intérêt effectif, qui prend en compte tous les coûts d'émission ; toute différence entre les produits (nets des coûts de transaction) et la valeur de remboursement est comptabilisée au compte de résultat sur la durée de l'emprunt selon la méthode du taux d'intérêt effectif.

*Emprunts obligataires convertibles :*

Pour les emprunts obligataires convertibles, l'instrument financier composé est séparé entre une composante dette et une composante capitaux propres dès leur comptabilisation initiale. La juste valeur de la composante dette à l'émission est déterminée en actualisant les flux de trésorerie futurs contractuels, en utilisant le taux de marché applicable pour un emprunt obligataire qui aurait été souscrit par la société aux mêmes conditions mais sans option de conversion. La composante dette est ensuite évaluée au coût amorti selon la méthode du taux d'intérêt effectif. La valeur de la composante capitaux propres est déterminée à l'émission par différence entre la juste valeur de la composante dette et le produit de l'émission. La valeur de l'option de conversion n'est pas revue au cours des exercices ultérieurs.

Les frais d'émission sont alloués entre la composante dette et la composante capitaux propres sur la base de leurs valeurs comptables respectives au moment de l'émission.



#### *b) Autres passifs financiers*

A l'exception des instruments dérivés les autres passifs financiers sont évalués au coût amorti.

#### **4.12.3 Evaluation et comptabilisation des Instruments financiers dérivés et opérations de couverture**

La juste valeur d'instruments financiers négociés sur un marché actif (tels que les parts d'OPCVM de trésorerie comptabilisées en équivalent de trésorerie) est basée sur les prix de marché à la date de clôture. Les prix de marché utilisés pour les actifs financiers détenus par le Groupe sont les cours acheteurs en vigueur sur le marché à la date d'évaluation.

La juste valeur d'instruments financiers non négociés sur un marché actif (tels que les dérivés négociés de gré à gré et les titres de participation) est déterminée à l'aide de techniques d'évaluation. Le Groupe recourt à différentes techniques d'évaluation et retient des hypothèses basées sur les conditions de marché existant à la date de clôture. La juste valeur des swaps de taux d'intérêt est calculée comme étant la valeur actualisée des flux de trésorerie futurs estimés. La juste valeur des contrats de change à terme est déterminée à l'aide des taux de change à terme à la date de clôture. Ces valorisations des instruments dérivés du groupe sont fournies au Groupe par ses banques.

Les instruments financiers dérivés sont initialement comptabilisés à leur juste valeur ; ils sont ensuite réévalués, à chaque clôture, à leur juste valeur par résultat sauf dans le cas des couvertures de flux futurs. La méthode de comptabilisation du profit ou de la perte afférents dépend de la désignation du dérivé en tant qu'instrument de couverture et, le cas échéant, de la nature de l'élément couvert.

Les instruments dérivés détenus par le groupe sont, pour une partie, considérés comme des instruments dérivés détenus à des fins de transaction. Les variations de la juste valeur de ces instruments dérivés sont immédiatement comptabilisées au compte de résultat en autres produits et charges financiers. Une autre partie de ces instruments dérivés est détenue à des fins de couverture, leur variation est comptabilisée en capitaux propres quand l'efficacité de la couverture est démontrée. Les instruments financiers dérivés sont classés en actifs ou passifs non courants ou courants en fonction de leur maturité.

#### **4.13 Stocks**

Les stocks sont comptabilisés à leur coût ou à leur valeur nette de réalisation, si celle-ci est inférieure.

S'agissant essentiellement de fournitures consommables, ils sont comptabilisés à leur prix d'achat.

#### **4.14 Clients et autres débiteurs**

Les créances clients sont initialement comptabilisées à leur valeur nominale, puis ultérieurement évaluées à leur coût amorti à l'aide de la méthode du taux d'intérêt effectif, déduction faite des provisions pour dépréciation. Une provision pour dépréciation des créances clients est constituée lorsqu'il existe un indicateur objectif de l'incapacité du Groupe à recouvrer l'intégralité des montants dus. Le montant de la provision représente la différence entre la valeur comptable de l'actif et la valeur des flux de trésorerie futurs

estimés, actualisée au taux d'intérêt effectif initial. Le montant de la provision est comptabilisé au compte de résultat en dotation aux provisions.

#### **4.15 Trésorerie et équivalents de trésorerie**

La rubrique « trésorerie et équivalents de trésorerie » comprend les liquidités, les dépôts bancaires à vue, les placements à court terme très liquides ayant des échéances initiales inférieures ou égales à trois mois (essentiellement des OPCVM de trésorerie) et les positions nettes créditrices du cash pooling. Les découverts bancaires figurent au passif du bilan en passifs financiers courants.

#### **4.16 Capital social**

Les actions ordinaires sont classées dans les capitaux propres.

Les coûts complémentaires directement attribuables à l'émission d'actions ou d'options nouvelles sont comptabilisés dans les capitaux propres en déduction des produits de l'émission, nets d'impôts.

En cas de vente ou de réémission ultérieure de ces actions, les produits perçus, nets des coûts supplémentaires directement attribuables à la transaction et de l'incidence fiscale afférente, sont inclus dans les capitaux propres attribuables aux actionnaires de la Société.

#### **4.17 Traitement comptable de la CVAE**

La loi de finances 2010 a réformé la taxe professionnelle pour la remplacer par Contribution Economique Territoriale (C.E.T). La C.E.T se compose de deux éléments qui sont :

- La Contribution Foncière des Entreprises (C.F.E), assise sur la valeur locative des seuls biens passibles de taxes foncières, présentant des caractéristiques similaires à celles de la taxe professionnelle et de ce fait assimilable comptablement à une charge opérationnelle ; et
- La Cotisation sur la Valeur Ajoutée des Entreprises (C.V.A.E), assise sur la valeur ajoutée produite par les entreprises et présentant certaines caractéristiques la rapprochant d'un impôt sur le résultat au regard d'IAS 12.

Dans un communiqué du 14 janvier dernier, le Conseil National de la Comptabilité a considéré qu'il appartenait à chaque entreprise d'exercer son jugement afin de déterminer la qualification de la C.V.A.E. En mars 2006 puis en mars 2009, l'IFRIC a indiqué qu'un impôt sur le résultat doit être calculé sur la base d'un montant net de produits et de charges et que ce montant peut être différent du résultat net comptable. Ainsi le groupe considère que la valeur ajoutée, base de calcul de la C.V.A.E, est un agrégat intermédiaire de résultat net qui sert systématiquement de base, selon les règles fiscales françaises, à la détermination du montant dû au titre de la CVAE.

De plus, l'expérience montre que certaines taxes en vigueur à l'étranger et déterminées sur la base des soldes intermédiaires de gestion sont généralement traitées comme des impôts sur le résultat selon IAS 12. C'est le cas de l'« IRAP » en Italie. En conséquence, le groupe MEDICA a jugé que la C.V.A.E remplissait les caractéristiques d'un impôt sur le résultat et a comptabilisé, dans ses comptes consolidés du 31 décembre 2009, un impôt différé passif pour un montant total de 1,1 million d'euros net de l'impôt différé actif qui s'y rattache.

#### **4.18 Impôts différés**

Les impôts différés sont comptabilisés selon la méthode du report variable à concurrence des différences temporelles entre la base fiscale des actifs et passifs et leur valeur comptable dans les états financiers consolidés. Aucun impôt différé n'est comptabilisé s'il naît de la comptabilisation initiale d'un actif ou d'un passif lié à une transaction, autre qu'un regroupement d'entreprises, qui, au moment de la transaction, n'affecte ni le résultat comptable, ni le résultat fiscal. Les impôts différés sont déterminés à l'aide des taux d'impôt (et des réglementations fiscales) qui ont été adoptés ou quasi-adoptés à la date de clôture et dont il est prévu qu'ils s'appliqueront lorsque l'actif d'impôt différé concerné sera réalisé ou le passif d'impôt différé réglé.

L'effet de tout changement de taux d'imposition est comptabilisé dans le résultat à l'exception de changements relatifs à des éléments comptabilisés directement en capitaux propres. Les actifs et passifs d'impôts différés sont compensés si les entités possèdent un droit légal de compensation et relèvent de la même administration fiscale. Les actifs d'impôts différés ne sont reconnus que dans la mesure où la réalisation d'un bénéfice imposable futur, qui permettra d'imputer les différences temporelles, est probable. Leur valeur recouvrable est revue à chaque clôture et la valeur comptabilisée réduite dans la mesure où il n'est plus probable qu'un bénéfice imposable suffisant sera disponible pour permettre l'utilisation de tout ou partie de l'avantage de cet actif d'impôt différé.

#### **4.19 Avantages du personnel et médaille du travail**

##### *Indemnités de départ à la retraite*

Le Groupe est soumis à une obligation légale de verser à ses salariés des indemnités de fin de carrière lors de leur départ à la retraite. L'existence de ce régime crée pour le Groupe un engagement long terme qualifié de régime de retraite à prestations définies au sens de l'IAS 19 car il définit le montant de la prestation de retraite qui sera perçue par un salarié lors de sa retraite, en fonction, en général, d'un ou de plusieurs facteurs, tels que l'âge, l'ancienneté et le salaire.

Le passif inscrit au bilan au titre des régimes de retraite et assimilés à prestations définies correspond à la valeur actualisée de l'obligation liée aux régimes à prestations définies à la clôture ainsi que des ajustements au titre des écarts actuariels et des coûts des services passés non comptabilisés. L'obligation au titre des régimes à prestations définies est calculée chaque année par des actuaires indépendants selon la méthode des unités de crédit projetées. La valeur actualisée de l'obligation au titre des régimes à prestations définies est déterminée en actualisant les décaissements de trésorerie futurs estimés sur la base d'un taux d'intérêt d'obligations d'entreprises de première catégorie et dont la durée avoisine la durée moyenne estimée de l'obligation de retraite concernée.

Les gains et pertes actuariels, découlant d'ajustements liés à l'expérience et de modifications des hypothèses actuarielles, et dépassant 10 % de la valeur actualisée de l'obligation au titre des régimes à prestations définies (corridor), sont comptabilisés en résultat sur la durée de vie active moyenne résiduelle attendue des salariés concernés.

Les coûts au titre des services passés sont immédiatement comptabilisés en résultat, à moins que les modifications du régime de retraite ne soient subordonnées au maintien des employés en activité sur une période déterminée (la période d'acquisition des droits).

Dans ce dernier cas, les coûts au titre des services passés sont amortis de façon linéaire sur cette période d'acquisition des droits.

Par ailleurs, le Groupe verse des cotisations à des régimes d'assurance retraite publics ou privés sur une base obligatoire. Une fois les cotisations versées, le Groupe n'est tenu par aucun autre engagement de paiement. Les cotisations sont comptabilisées dans les charges liées aux avantages du personnel lorsqu'elles sont exigibles. Les cotisations payées d'avance sont comptabilisées à l'actif dans la mesure où ce paiement d'avance aboutit à une diminution des paiements futurs ou à un remboursement en trésorerie.

#### **Engagements concernant les autres avantages long terme :**

Les autres engagements sociaux et assimilés qui font l'objet d'une provision sont essentiellement constitués des versements de primes à l'occasion de la remise des médailles du travail.

#### **4.20 Provisions**

Les provisions pour risques tels que les actions en justice sont comptabilisées lorsque le Groupe est tenu par une obligation légale ou implicite découlant d'événements passés ; il est plus probable qu'improbable qu'une sortie de ressources représentative d'avantages économiques sera nécessaire pour éteindre l'obligation ; et le montant de la provision peut être estimé de manière fiable.

Le montant comptabilisé en provision est la meilleure estimation de la dépense nécessaire à l'extinction de l'obligation, actualisée si nécessaire à la date de clôture.

#### **4.21 Distribution de dividendes**

Les distributions de dividendes aux actionnaires de la Société sont comptabilisées en tant que dette dans les états financiers du Groupe au cours de la période durant laquelle les dividendes sont approuvés par les actionnaires de la Société.

#### **4.22 Résultat par action**

Le résultat net par action est calculé en divisant le résultat net revenant aux actionnaires de la Société par le nombre moyen pondéré d'actions en circulation au cours de l'exercice.

Le résultat net dilué par action est calculé en divisant le résultat net revenant aux actionnaires de la Société par le nombre moyen pondéré d'actions ordinaires en circulation au cours de l'exercice augmenté du nombre d'actions ordinaires issues de la conversion des actions de préférence et des obligations convertibles telles que définies par l'Assemblée Générale du 24 janvier 2010.

### **5. Gestion du risque financier**

De par ses activités, le Groupe est exposé à différentes natures de risques financiers : risques de marché (risque de variation de prix et risque de change), risque de crédit, risque de liquidité et risque de variation des flux de trésorerie dus à l'évolution des taux d'intérêt. Le programme de gestion des risques du Groupe, qui est centré sur le caractère imprévisible des marchés financiers, cherche à en minimiser les effets potentiellement défavorables sur la performance financière du Groupe. Des instruments financiers dérivés sont utilisés pour couvrir certaines expositions au risque.

*a) Risques de marché*

*Risque de variation de prix*

Le Groupe est exposé au risque de prix affectant les titres de participation comptabilisés en actifs disponibles à la vente. Cependant, compte tenu de la nature des participations, ce risque est jugé faible par le groupe.

*Risque de change*

Compte tenu de son activité basée en France et dans la zone euro, l'exposition du groupe au risque de change est inexistante.

*b) Risque de crédit*

Le Groupe n'a pas de concentration importante de risque de crédit. Il a mis en place des politiques lui permettant de s'assurer que ses clients ont un historique de risque de crédit approprié. Pour les instruments dérivés et les transactions se dénouant en trésorerie, les contreparties sont limitées à des institutions financières de premier rang.

*c) Risque de liquidité*

Une gestion prudente du risque de liquidité implique de conserver un niveau suffisant de liquidités et de titres négociables sur un marché, de disposer de ressources financières grâce à des facilités de crédit appropriées et d'être à même de dénouer ses positions sur le marché. Le Groupe maintient une flexibilité financière en conservant des lignes de crédit ouvertes mais non utilisées, mais également à travers un cash pooling mis en place avec ses principales banques.

*d) Risque de taux*

Le risque de taux d'intérêt auquel le Groupe est exposé provient des emprunts à long terme. Les emprunts initialement émis à taux variable exposent le Groupe au risque de flux de trésorerie sur taux d'intérêt.

Le Groupe gère son risque de flux de trésorerie sur taux d'intérêt en recourant à des swaps de taux variable contre fixe. Sur le plan économique, ces swaps de taux d'intérêt ont pour effet de convertir des emprunts à taux variable en emprunts à taux fixe. Aux termes des contrats de swap de taux d'intérêt, le Groupe convient avec des tiers d'échanger, selon une périodicité définie, le différentiel entre les taux contractuels fixes et variables calculés par référence à un certain montant notionnel.

**6. Périmètre de consolidation**

Le détail des sociétés composant le périmètre est fourni en note 41.

Au cours de l'exercice 2009, le Groupe a acquis un certain nombre de participations minoritaires.

Par ailleurs, le Groupe MEDICA a procédé à des versements de compléments de prix notamment au titre de sa prise de participation dans l'établissement italien d'Ippocrate.

Le tableau ci-dessous présente les impacts des évènements décrits précédemment :

En milliers d'euros	Italie	France	Total
<b>ACTIF</b>			
Immobilisations incorporelles	0	0	0
Immobilisations corporelles	0	(2 196)	(2 196)
Autres actifs financiers non courants	0	0	0
Actifs disponibles à la vente	0	(95)	(95)
Impôts différés actifs	0	0	0
Autres actifs à long terme	0	0	0
<b>Actifs non courants</b>	<b>0</b>	<b>(2 291)</b>	<b>(2 291)</b>
Stocks	0	0	0
Clients	0	0	0
Créances d'impôt courant	0	0	0
Autres débiteurs	0	(148)	(148)
Autres actifs courants	0	0	0
Trésorerie et équivalents de trésorerie	0	3	3
<b>Actifs courants</b>	<b>0</b>	<b>(145)</b>	<b>(145)</b>
Résultat Groupe	0	(6)	(6)
Intérêts minoritaires	0	3 089	3 089
<b>PASSIF</b>			
Emprunts et dettes financières	0	(694)	(694)
Engagements de retraite et avantages assimilés	0	0	0
Autres provisions à long terme	0	0	0
Impôts différés	0	39	39
Autres passifs non courants	5 468	(1 686)	3 782
<b>Passifs non courants</b>	<b>5 468</b>	<b>(2 342)</b>	<b>3 126</b>
Emprunts et concours bancaires (part à moins d'un an)	0	(117)	(117)
Autres provisions à court terme	0	0	0
Fournisseurs	0	(8)	(8)
Autres créditeurs	0	2 588	2 588
Dettes d'impôt courant	0	0	0
Instruments financiers dérivés	0	0	0
Autres passifs courants	0	0	0
<b>Passifs courants</b>	<b>0</b>	<b>2 463</b>	<b>2 463</b>
<b>ACTIF NET</b>	<b>5 468</b>	<b>768</b>	<b>6 236</b>
<b>Incidence des variations de périmètre sur la trésorerie</b>			
Trésorerie et équivalents de trésorerie acquis	0	3	3
Trésorerie décaissée pour les acquisitions réalisées	(7 772)	(1 684)	(9 456)
Prix de cession des titres consolidés	0	1	1

En milliers d'euros	Italie	France	Total
<b>Décaissements nets pour les acquisitions réalisées</b>	<b>(7 772)</b>	<b>(1 680)</b>	<b>(9 451)</b>
Autres décaissements sur entrées de périmètre	0	0	0
<b>Incidence des variations de périmètre sur la trésorerie</b>	<b>(7 772)</b>	<b>(1 680)</b>	<b>(9 451)</b>
<b>Immobilisations incorporelles (détail)</b>			
Autorisations administratives	0	0	0
Autres immobilisations incorporelles	0	0	0
<b>Immobilisations incorporelles hors écarts d'acquisition</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Écarts d'acquisition	2 304	914	3 218
<b>Immobilisations incorporelles y compris écarts d'acquisition</b>	<b>2 304</b>	<b>914</b>	<b>3 218</b>

## 7. Secteurs opérationnels

Conformément à IFRS 8 « Secteurs opérationnels » et à l'organisation opérationnelle de l'activité, les informations présentées sont basées sur le reporting interne du Groupe, à savoir :

- Le secteur **EHPAD-France** regroupe les établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes localisés en France, assurant la prise en charge de la dépendance pérenne ;
- Le secteur **Sanitaire-France** regroupe les établissements spécialisés dans les soins de suite et la réadaptation et dans le domaine psychiatrique, assurant la prise en charge de la dépendance temporaire ;
- Le secteur **Italie** regroupe les établissements assurant la prise en charge de la dépendance en Italie.

Le RBE hors immobilier correspond à l'EBE hors locations immobilières.

En milliers d'euros	2009	2008	2007 12 mois
<b>Chiffres d'Affaires</b>			
Ehpad France	289 589	266 872	239 288
Sanitaire France	141 397	134 790	106 435
Italie	49 741	47 152	38 977
<b>Total</b>	<b>480 727</b>	<b>448 814</b>	<b>384 700</b>
<b>Résultat Brut d'exploitation hors Immobilier</b>			
Ehpad France	79 270	73 894	65 534
Sanitaire France	36 282	32 606	26 008
Italie	11 727	11 866	10 243
<b>Total RBE hors Immobilier</b>	<b>127 279</b>	<b>118 366</b>	<b>101 785</b>
<b>Locations immobilières</b>	<b>(42 664)</b>	<b>(40 025)</b>	<b>(34 837)</b>
<b>Excédent Brut d'Exploitation</b>	<b>84 615</b>	<b>78 341</b>	<b>66 947</b>

En milliers d'euros	2009	2008	2007
<b>Actifs</b>			
Ehpad France	800 026	771 910	784 437
Sanitaire France	357 024	363 564	309 470
Italie	97 474	93 874	86 255
<b>Total</b>	<b>1 254 524</b>	<b>1 229 347</b>	<b>1 180 162</b>

## 8. Ecarts d'acquisition

Les principaux mouvements de la période s'analysent comme suit :

En milliers d'euros	Ehpad France	Sanitaire France	Italie	Total
<b>Ecarts d'acquisition nets au 31 décembre 2007</b>	<b>218 030</b>	<b>88 938</b>	<b>25 797</b>	<b>332 765</b>
Regroupements d'entreprises	256	12 025	4 689	16 970
Complément de prix		100		100
<b>Ecarts d'acquisition nets au 31 décembre 2008</b>	<b>218 286</b>	<b>101 064</b>	<b>30 486</b>	<b>349 836</b>
Regroupements d'entreprises	557	426		983
Complément de prix			2 303	2 303
<b>Ecarts d'acquisition nets au 31 décembre 2009</b>	<b>218 843</b>	<b>101 490</b>	<b>32 789</b>	<b>353 122</b>



## 9. Immobilisations incorporelles

En milliers d'euros	Autorisations d'exploitation	Logiciels	Autres immobilisations incorporelles	Immobilisations incorporelles en cours	Total
<b>Valeur nette comptable au 31 décembre 2007</b>	<b>457 463</b>	<b>1 384</b>	<b>0</b>	<b>123</b>	<b>458 970</b>
Entrées de périmètre	18 542	34			18 577
Acquisitions	3 900	345	33	1 050	5 328
Cessions				(32)	(32)
Avances et acomptes			550		550
Transferts immobilisations en cours		636		(636)	0
Reclassement				(130)	(130)
Dotation aux amortissements		(736)	(7)		(743)
<b>Valeur nette comptable 31 décembre 2008</b>	<b>479 905</b>	<b>1 663</b>	<b>576</b>	<b>375</b>	<b>482 519</b>
Entrées de périmètre					
Acquisitions		687	39	364	1 090
Cessions					0
Avances et acomptes	600		(550)		50
Transferts immobilisations en cours					0
Dotation aux amortissements		(585)	(14)		(600)
<b>Valeur nette comptable 31 décembre 2009</b>	<b>480 505</b>	<b>1 765</b>	<b>51</b>	<b>738</b>	<b>483 059</b>
Coût d'acquisition	480 505	5 226	74	738	486 544
Amortissements cumulés		(3 461)	(24)		(3 485)
<b>Valeur nette comptable à la clôture</b>	<b>480 505</b>	<b>1 765</b>	<b>51</b>	<b>738</b>	<b>483 059</b>

## 10. Tests de dépréciations périodiques

Conformément à IAS 36 « Dépréciation d'actifs » des tests de dépréciation ont été effectués à la fin de l'exercice 2009 sur la valeur des actifs incorporels à durée de vie indéterminée (non amortissables), les actifs immobiliers et les écarts d'acquisition.

Les écarts d'acquisition sont affectés à des Groupes d'Unités Génératrices de Trésorerie (GUGT) en fonction des secteurs d'activités auxquels ils se rapportent.

Conformément au principe énoncé en note 4.11 la valeur comptable de chaque groupe d'actif a fait l'objet d'une comparaison avec sa juste valeur diminuée des coûts de vente ou sa valeur d'utilité définie comme égale à la somme des flux de trésorerie actualisés, issus des dernières prévisions pour chacun des groupes d'unités génératrices de trésorerie.

L'extrapolation du budget 2010 sur les quatre années suivantes est déterminée en appliquant un taux de croissance du chiffre d'affaires de 3 %. Ces hypothèses sont fondées sur l'expérience passée des Plans à Moyen Terme, et des données macro économiques concernant le marché de la santé. Ce taux de croissance ne dépasse pas le taux de croissance moyen à long terme des secteurs d'activités du Groupe. Le groupe

retient une valeur de sortie équivalente à la dernière année du business plan actualisée à l'infini à laquelle est appliqué un taux de croissance perpétuelle de 2,5 %. L'actualisation de ces flux est effectuée au taux de 7,3 % pour la France et 7,6 % pour l'Italie, sur la base du coût moyen pondéré du capital du Groupe.

Les *impairments tests* conduisent à une valeur recouvrable supérieure à la valeur comptable des actifs testés.

Ces tests n'ont pas donné lieu à la comptabilisation de dépréciation des écarts d'acquisition, des autorisations et des actifs immobiliers associés sur les périodes présentées.

Une variation hypothétique du taux d'actualisation ou du taux de croissance de 1 point n'entraînerait pas la constatation d'une dépréciation des actifs testés au titre d'une perte de valeur.

## 11. Immobilisations corporelles

En milliers d'euros	Terrains et constructions	Véhicules, matériel et outillage	Autres immobilisations	Immobilisations en cours	Total
<b>Valeur nette comptable 31 décembre 2007</b>	<b>234 290</b>	<b>6 532</b>	<b>17 423</b>	<b>2 440</b>	<b>260 684</b>
Entrées de périmètre	10 196	224	496		10 915
Acquisitions	12 507	4 449	5 233	17 857	40 046
Cessions	(37)	(16)	(14)	(69)	(135)
Transferts immobilisations en cours	613	143	313	(1 069)	
Reclassement			130		130
Dotation aux amortissements	(10 015)	(2 107)	(4 568)		(16 690)
<b>Valeur nette comptable 31 décembre 2008</b>	<b>247 554</b>	<b>9 225</b>	<b>19 013</b>	<b>19 159</b>	<b>294 951</b>
Entrées de périmètre					
Acquisitions	20 264	3 556	5 665	15 214	44 699
Cessions	(7 227)			(8 466)	(15 693)
Transferts immobilisations en cours	2 375	430	165	(2 971)	0
Reclassement				(11 402)	(11 402)
Dotation aux amortissements	(10 763)	(2 584)	(4 884)		(18 230)
<b>Valeur nette comptable 31 décembre 2009</b>	<b>252 205</b>	<b>10 626</b>	<b>19 960</b>	<b>11 534</b>	<b>294 325</b>
Coût d'acquisition	346 759	29 730	59 929	11 534	447 952
Amortissements cumulés	(94 554)	(19 104)	(39 969)		(153 627)
<b>Valeur nette comptable à la clôture</b>	<b>252 205</b>	<b>10 626</b>	<b>19 960</b>	<b>11 534</b>	<b>294 325</b>

Le reclassement de 11,4 millions d'euros concerne principalement des actifs mobiliers et immobiliers destinés à être revendus en 2010 qui ont été reclassés sur la ligne du bilan actif « Actifs non courants et groupes d'actifs destinés à être cédés » (Cf. note 19).

Les actifs comptabilisés au titre des biens pris par le Groupe dans le cadre de contrats de location-financement sont les suivants :

En milliers d'euros	2009	2008	2007
<b>Terrains et constructions</b>			
Coût d'acquisition	191 718	185 315	186 074
Amortissements cumulés	(47 646)	(43 983)	(40 413)
<b>Valeur nette comptable</b>	<b>144 072</b>	<b>141 333</b>	<b>145 661</b>
<b>Véhicules, matériel et outillage</b>			
Coût d'acquisition	2 968	1 698	0
Amortissements cumulés	(316)	(30)	0
<b>Valeur nette comptable</b>	<b>2 651</b>	<b>1 668</b>	<b>0</b>

## 12. Actifs disponibles à la vente

Les actifs financiers disponibles à la vente correspondent principalement à des participations minoritaires dans des sociétés non consolidées, dont les établissements les Parentèles. Leurs contributions dans le groupe MEDICA sont peu significatives et les délais de communication des données financières incompatibles avec les contraintes du Groupe.

## 13. Autres actifs financiers

Les créances financières correspondent principalement à des dépôts de garantie versés dans le cadre de contrats de location. Ces dépôts sont révisés annuellement.

Les loyers versés d'avance ont fait l'objet d'une actualisation au taux de 5,5 %. La part court terme est classée en autres débiteurs.

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Avances sur acquisitions de titres consolidés	11	106	
Loyers d'avance	137	200	260
Dépôts de garantie	17 241	14 165	14 267
Autres	0	6	5
<b>Autres actifs financiers non courants</b>	<b>17 389</b>	<b>14 478</b>	<b>14 532</b>

#### 14. Clients, autres débiteurs et autres actifs courants

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Créances clients	32 055	37 998	30 762
Provision pour dépréciation	(2 127)	(2 049)	(1 795)
<b>Créances clients - net</b>	<b>29 927</b>	<b>35 948</b>	<b>28 968</b>
Créances fiscales et sociales	3 692	5 431	4 969
Produits à recevoir	4 269	4 512	2 975
Avances payées	707	849	6 576
Autres créances	4 060	2 175	11 434
<b>Autres débiteurs</b>	<b>12 728</b>	<b>12 967</b>	<b>25 955</b>
Charges constatées d'avance	6 725	8 797	6 629
<b>Autres actif courant</b>	<b>6 725</b>	<b>8 797</b>	<b>6 629</b>

Durant l'exercice clos au 31 décembre 2009, le groupe a comptabilisé une provision pour dépréciation de créances clients de 805 K€ (Note 30). Le groupe a utilisé une provision pour dépréciation de créances clients de 247 K€ (Note 29) au cours de l'exercice clos au 31 décembre 2009.

L'utilisation des reprises de provisions pour dépréciation de créances est comptabilisée en « Autres produits et charges d'exploitation » dans le compte de résultat, en déduction des pertes sur créances irrécouvrables. Les reprises de provisions non utilisées sont constatées en moins des dotations aux provisions de l'exercice.

Les charges constatées d'avance concernent principalement des loyers. Les produits à recevoir correspondent principalement à des dotations tripartites à recevoir ainsi qu'à des remboursements attendus sur des dépenses de formation. Les avances payées concernent essentiellement les remises arrières consenties par les fournisseurs.

#### 15. Créances clients par échéance

En milliers d'euros	Total	Age des créances en fin de période		
		< à 3 mois	3 mois à 1 an	> 1 an
Créances clients TTC échues au 31/12/2009	32 055	19 613	6 049	6 392
Provisions HT	(2 127)	(67)	(295)	(1 766)
<b>Total créances clients</b>	<b>29 927</b>	<b>19 547</b>	<b>5 754</b>	<b>4 626</b>
<b>Autres créditeurs*</b>	<b>6 575</b>	<b>4 023</b>	<b>1 241</b>	<b>1 311</b>
<b>Total créances clients nettes</b>	<b>23 352</b>	<b>15 524</b>	<b>4 514</b>	<b>3 315</b>
Créances clients TTC échues au 31/12/2008	37 998	22 464	9 352	6 181
Provisions HT	(2 049)	(71)	(292)	(1 686)
<b>Total créances clients</b>	<b>35 948</b>	<b>22 393</b>	<b>9 060</b>	<b>4 495</b>
<b>Autres créditeurs*</b>	<b>6 231</b>	<b>3 684</b>	<b>1 534</b>	<b>1 014</b>

En milliers d'euros	Total	Age des créances en fin de période		
		< à 3 mois	3 mois à 1 an	> 1 an
<b>Total créances clients nettes</b>	<b>29 717</b>	<b>18 709</b>	<b>7 526</b>	<b>3 482</b>
Créances clients TTC échues au 31 12 2007	30 762	17 066	8 286	5 411
Provisions HT	(1 795)	(66)	(236)	(1 494)
<b>Total créances clients</b>	<b>28 968</b>	<b>17 000</b>	<b>8 050</b>	<b>3 918</b>
<b>Autres créditeurs*</b>	<b>4 925</b>	<b>2 732</b>	<b>1 327</b>	<b>866</b>
<b>Total créances clients nettes</b>	<b>24 043</b>	<b>14 268</b>	<b>6 724</b>	<b>3 051</b>

\* Les autres créditeurs, comptabilisés au passif du bilan, correspondent notamment à des avances versées par les départements au titre de la dépendance et de l'aide sociale pour les EHPAD, et à des avances versées par les CPCAM pour les établissements sanitaires.

## 16. Créances d'impôt

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Créances d'impôt	1 631	1 864	10 573

Les créances d'impôt concernent des acomptes versés au titre de l'impôt sur les sociétés. L'année 2007 a été marquée par le changement de périmètre d'intégration fiscale.

## 17. Instruments financiers dérivés

L'amendement à la norme IFRS 7 établit une hiérarchie dans les modalités de détermination de la juste valeur des instruments financiers :

- Niveau 1 : l'évaluation de la juste valeur est basée sur des données issues de marchés actifs ;
- Niveau 2 : l'évaluation de la juste valeur est basée sur des données observables sur le marché ;
- Niveau 3 : l'évaluation de la juste valeur est basée sur des données qui ne sont pas observables sur le marché.

L'évaluation de la juste valeur de l'ensemble des instruments financiers détenus par MEDICA est basée sur des données observables sur le marché (niveau 2).

Les instruments financiers dérivés du Groupe MEDICA sont essentiellement constitués de contrats de couverture de taux d'intérêt dans la mesure où une large partie des emprunts syndiqués sont à taux variable.

Au 31 décembre 2009, le notionnel des swaps à taux fixe est de 545 millions d'euros avec une échéance au 30 juin 2011. Le Groupe a documenté une relation de couverture des flux d'intérêt variable sur ses emprunts par des swaps de taux d'intérêt, et ce de façon prospective à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. En conséquence, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, ces swaps sont comptabilisés en tant que couverture de flux de trésorerie.

Le notionnel des Caps est de 500 millions d'euros avec une période prévue entre le 30 juin 2011 et le 30 juin 2013.

Par ailleurs, le groupe avait souscrit des Basis swaps lui permettant d'échanger du taux Euribor 3 mois contre du taux Euribor 1 mois pour un notionnel de 437 millions d'euros et sur une période allant du 30 juin 2008 au 30 juin 2009.

En milliers d'euros					Juste valeur au bilan						Impact des variations			
Type de contrat	Notionnel en millions d'euros	Date de maturité	Taux du cap ou du swap	Taux de référence	2009		2008 (*)		2007		2009		2008	
					Actifs	Passifs	Actifs	Passifs	Actifs	Passifs	En résultat	En capitaux propres	En résultat	En capitaux propres
SWAP	200	06.2011	3,82%	EBEUR.3M		8 096		5 888	3 740			(2 208)	(9 628)	
SWAP	250	06.2011	3,53%	EBEUR.3M		7 370		5 542	7 282			(1 828)	(12 823)	
SWAP	95	06.2011	3,77%	EBEUR.3M		3 423		2 671				(752)	(2 671)	
CAP	500	06.2013	6%	EBEUR.3M	1 054		552				502		552	
SWAP	437	06.2009	EBEUR.1M	EBEUR.3M				616				616	(616)	
<b>Instruments financiers dérivés</b>					<b>1 054</b>	<b>18 889</b>	<b>552</b>	<b>14 717</b>	<b>11 022</b>	<b>0</b>	<b>502</b>	<b>(4 172)</b>	<b>(25 187)</b>	<b>0</b>

(\*) Au 31 décembre 2008, la juste valeur des instruments financiers dérivés a été constatée pour leur valeur nette globale au passif du bilan, soit 14 165 millions d'euros.

La variation des justes valeurs de 2007 a été constaté en résultat pour 7 317 K€.

## 18. Trésorerie et équivalents de trésorerie

En milliers d'euros	2009	2008	2007
OPCVM de trésorerie	7 849	10 864	5 116
Liquidités et comptes débiteurs fusionnés en cash-pooling	30 696	13 109	20 751
<b>Trésorerie et équivalents de trésorerie</b>	<b>38 546</b>	<b>23 974</b>	<b>25 867</b>
Découverts bancaires et comptes créditeurs fusionnés en cash-pooling	(4 142)	(2 338)	(1 715)
<b>Trésorerie nette</b>	<b>34 403</b>	<b>21 636</b>	<b>24 152</b>

Les OPCVM de trésorerie sont principalement constitués de SICAV monétaires ayant une sensibilité au risque de taux inférieure ou égale à 0,25 et une volatilité historique à 12 mois, proche de zéro.

## 19. Actifs non courants et groupes d'actifs destinés à être cédés

Conformément à la norme IFRS 5, les immobilisations faisant partie d'un plan de cession, répondant à un programme actif de recherche d'acquéreur, mis en vente à un prix raisonnable par rapport à leur juste valeur actuelle, dans un délai d'un an maximum et dont les actions nécessaires à la réalisation de la cession rendent improbables des changements significatifs du plan ou son abandon ont été reclassés en actifs destinés à être cédés dans le bilan pour un montant global de 11,2 M€.

## 20. Capital social

L'assemblée générale des actionnaires réunie le 09 novembre 2009 a procédé à une réduction de capital d'une somme de 105 228 162 euros, effectuée par voie de réduction de la valeur nominale des actions de la société. Le capital social alors fixé à

116 576 540 euros a ainsi été ramené à la somme de 11 348 478 euros divisé en 1 823 301 actions ordinaires et 5 462 739 actions de préférence de 1,55756 euro de valeur nominale chacune. Le nombre d'actions composant le capital social est demeuré inchangé.

L'assemblée générale a pris par ailleurs acte qu'à l'issue de cette opération de réduction du capital social, les capitaux propres de la société ont été reconstitués à hauteur d'un montant égal à celui de son capital social. Les 5 462 739 actions de préférence ainsi que les 10 925 873 obligations ont été converties en 14 254 460 actions ordinaires le 12 février 2010 conformément à l'Assemblée Générale du 24 janvier 2010.

Le groupe n'a pas mis en place de plan de stock option ou d'attribution d'actions gratuites.

## 21. Engagements de retraite et avantages similaires

En milliers d'euros	2009	2008	2007
<b>Engagements inscrits au bilan au titre :</b>			
Des prestations de retraite	5 569	4 974	4 060
Des médailles de travail	92	80	64
<b>Total</b>	<b>5 662</b>	<b>5 054</b>	<b>4 124</b>
<b>Montant imputé au compte de résultat au titre :</b>			
Des prestations de retraite	595	677	663
Des médailles de travail	12	16	12
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>693</b>	<b>675</b>

Les montants constatés au bilan sont déterminés de la façon suivante :

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Valeur actualisée des obligations non financées	5 746	4 642	4 334
Pertes et gains actuariels non reconnus	(84)	412	(210)
<b>Passif inscrit au bilan</b>	<b>5 662</b>	<b>5 054</b>	<b>4 124</b>

Le tableau ci-après indique les montants comptabilisés au compte de résultat :

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Coût des services rendus	624	588	658
Coût financier	285	238	228
Perte / (gains) actuarielle nette comptabilisée durant l'exercice	(42)	(22)	5
Coûts des services passés		15	
<b>Charges liées aux avantages du personnel</b>	<b>867</b>	<b>819</b>	<b>891</b>
Prestations payées	(259)	(126)	(216)
<b>Charge nette de l'exercice</b>	<b>608</b>	<b>693</b>	<b>675</b>
<i>Dont charges de personnel</i>	<i>323</i>	<i>455</i>	<i>447</i>
<i>Dont charges financières</i>	<i>285</i>	<i>238</i>	<i>228</i>

Les variations du passif inscrit au bilan sont indiquées ci-après :

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Passif à l'ouverture de l'exercice	5 054	4 124	
Passifs assumés lors d'un regroupement d'entreprises		236	3 449
Charges liées aux avantages du personnel	867	819	891
Prestations payées	(259)	(126)	(216)
<b>A la clôture</b>	<b>5 662</b>	<b>5 054</b>	<b>4 124</b>
<i>Dont part à moins d'un an</i>	987	746	684
<i>Dont part à plus d'un an</i>	4 674	4 308	3 441

Les principales hypothèses actuarielles retenues sont les suivantes :

Hypothèses	2009	2008	2007
Taux d'actualisation	5,2 %	6,3 %	5,25 %
Taux d'augmentation future des salaires	2,5 %	2,5 %	2,50 %
Age de départ à la retraite	Employés : 60 ans  Cadres : 62 ans	Employés : 60 ans  Cadres : 62 ans	Employés : 60 ans  Cadres : 62 ans
Taux de turnover	0 à 8 % selon l'âge des salariés	0 à 8 % selon l'âge des salariés	0 à 8 % selon l'âge des salariés

Sensibilité de l'engagement à une variation de taux : l'engagement varie de +220 K€ si le taux d'actualisation baisse de 0,5 % ; l'engagement varie de -200 K€ si le taux d'actualisation augmente de 0,5 %.

## 22. Autres provisions

Les autres provisions à long terme sont les suivantes :

En milliers d'euros	Prud'hommes	Restructurations	Autres	Total
<b>Au 31 décembre 2007</b>	<b>2 446</b>	<b>228</b>	<b>4 937</b>	<b>7 611</b>
- Augmentation des provisions	1 915	1 626	947	4 488
- Reprise de montants inutilisés	(563)	(122)	(2 052)	(2 737)
- Reprise des montants utilisés durant l'exercice	(665)	(89)	(411)	(1 165)
- Variations de périmètre	283		138	422
- Reclassement	366		(366)	
<b>Au 31 décembre 2008</b>	<b>3 782</b>	<b>1 643</b>	<b>3 194</b>	<b>8 619</b>
- Augmentation des provisions	1 317	929	1 492	3 738
- Reprise de montants inutilisés	(29)		(1 485)	(1 515)
- Reprise des montants utilisés durant l'exercice	(1 466)		(843)	(2 309)
- Reclassement	(176)	178	(2)	
<b>Au 31 décembre 2009</b>	<b>3 429</b>	<b>2 750</b>	<b>2 355</b>	<b>8 534</b>



La provision pour restructurations concerne principalement le coût du transfert d'activité de l'établissement Hermitage à Aubagne dans des nouveaux locaux.

Le solde des autres provisions au 31 décembre 2009 couvre notamment des litiges commerciaux.

Après avoir consulté des conseils externes, la direction estime que l'issue de ces actions en justice ne donnera lieu à aucune perte significativement supérieure aux montants provisionnés au 31 décembre 2009.

### 23. Impôts différés

Les actifs et passifs d'impôts différés sont compensés lorsqu'il existe un droit juridiquement exécutoire de compenser les actifs et passifs d'impôts exigibles et que les actifs et passifs d'impôts différés concernent des impôts sur le résultat prélevés par la même autorité fiscale. Le tableau ci-dessous indique les montants après compensation, le cas échéant :

En milliers d'euros	2009	2008	2007
- Actifs d'impôts différés nets recouvrables à plus de 12 mois	409	471	14
<i>Actif d'impôts différés recouvrables à plus de 12 mois</i>	433	490	409
<i>Passif d'impôts différés recouvrable à plus de 12 mois</i>	(24)	(19)	(394)
- Actifs d'impôts différés nets recouvrables à moins de 12 mois	732	89	858
<i>Actifs d'impôts différés recouvrables à moins de 12 mois</i>	745	123	874
<i>Passif d'impôts différés recouvrables à moins de 12 mois</i>	(13)	(34)	(16)
<b>Actifs d'impôts différés</b>	<b>1 141</b>	<b>561</b>	<b>872</b>

- Passif d'impôts différés nets recouvrable à plus de 12 mois	202 036	205 705	208 825
<i>Actifs d'impôts différés recouvrables à plus de 12 mois</i>	(30 619)	(28 951)	(19 002)
<i>Passifs d'impôts différés recouvrables à plus de 12 mois</i>	232 655	234 656	227 827
- Passif d'impôts différés nets recouvrable à moins de 12 mois	(10 496)	(1 564)	(458)
<i>Actifs d'impôts différés recouvrables à moins de 12 mois</i>	(11 108)	(1 617)	(480)
<i>Passifs d'impôts différés recouvrables à moins de 12 mois</i>	612	53	22
<b>Passifs d'impôts différés</b>	<b>191 540</b>	<b>204 141</b>	<b>208 367</b>
<b>Passifs nets d'impôts différés</b>	<b>(190 399)</b>	<b>(203 580)</b>	<b>(207 495)</b>

**La variation des impôts différés nets est exposée ci-après :**

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
A l'ouverture	(203 580)	(207 495)	0	(201 066)
Variation de périmètre	39	(7 785)	(192 920)	(12 791)
Impôts imputés au compte de résultat	11 752	11 750	10 224	6 307
Impôts imputés directement en capitaux propres ou écart d'acquisition	1 390	(49)	(24 798)	55
A la clôture	(190 399)	(203 580)	(207 495)	(207 495)

**La variation des actifs et passifs d'impôts différés durant l'exercice, hors compensation à l'intérieur d'une même juridiction fiscale, est détaillée ci-après :**

En milliers d'euros	Au 1er janvier 2009	(Débité du) / crédité au compte de résultat	Imputé en capitaux propres ou écart d'acquisition	Variation de périmètre	Reclassement	Au 31 décembre 2009
Frais d'émission d'actions nouvelles		797				797
Décalages Temporaires	84	4 514		39		4 637
Incorporels	(154 866)	2 077				(152 788)
Dettes et instruments financiers	(25 258)	4 347	1 390			(19 521)
Réévaluation ensemble immobilier	(36 550)	1 068			335	(35 147)
Location financement	(11 228)	(1 666)			(335)	(13 229)
Activation déficits fiscaux	22 554	412				22 966
Indemnité de départ à la retraite	1 685	202				1 888
<b>Total</b>	<b>(203 580)</b>	<b>11 752</b>	<b>1 390</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>(190 399)</b>

Des impôts différés actifs sont comptabilisés au titre des pertes fiscales reportables dans la mesure où il est probable que des bénéfices imposables futurs seront disponibles.

#### 24. Autres passifs non courants

En milliers d'euros	2009	2008	2007
PCA supérieurs à 1 an	2 805	4 527	4 041
Dépôts résidents	13 916	13 983	11 892
Option de rachat 40% Italie (AETAS)			14 720
Complément de prix Ippocrate	1 147	6 600	
Bail « Saint-Simon »	2 979	3 130	2 888
Autres passifs long terme	2 213	2 115	1 187
<b>Autres passifs non courants</b>	<b>23 061</b>	<b>30 355</b>	<b>34 728</b>
<b>Titres mis en équivalence</b>	<b>292</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Les autres dettes non courantes incluent principalement les dépôts versés par les résidents. Leur montant n'a pas été actualisé car le remboursement s'effectue en moyenne dans les deux à trois ans suivants leur versement.

Les dettes relatives au bail « Saint-Simon » correspondent à un bail pour lequel les loyers sont dus en 2012 et 2019 (deux composantes). Ces dettes ont été actualisées au taux de 5,5 %.

En 2007, la dette AETAS Italie correspondait à l'option d'achat des 40 % restants de minoritaires. Le rachat a été réalisé en date du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

La S.A.S HAD France est mis en équivalence depuis 2008 et détenue à 40,32 % par le Groupe. La valeur au bilan des titres mis en équivalence comprend le coût d'acquisition des titres (y compris l'écart d'acquisition) augmenté ou diminué des variations de la

quote-part du Groupe dans l'actif net de la société associée à compter de la date d'acquisition. En 2009, la quote-part de résultat dégagée par la S.A.S HAD France est une perte de 422 K€. Ainsi, la valeur des titres mis en équivalence au bilan passe de 131 K€ à (292) K€, les titres mis en équivalence constituant ainsi en 2009 un passif non courant.

## **25. Passifs financiers**

Le groupe MEDICA dispose de deux types d'endettement : un emprunt obligataire convertible émis en 2006 et une dette bancaire sous forme d'un emprunt syndiqué et de crédits-bails immobiliers.

Le groupe MEDICA a émis un emprunt obligataire convertible en actions d'un montant nominal de 174,8 millions d'euros en août 2006. Les intérêts au titre de l'emprunt obligataire sont capitalisés.

Le 9 août 2006, afin de refinancer la dette bancaire existante, le groupe MEDICA a conclu avec un syndicat bancaire dirigé par The Royal Bank of Scotland, un emprunt syndiqué d'un montant de 447,3 millions d'euros ainsi qu'une ligne d'acquisition d'un montant de 150 millions d'euros et une ligne de crédit revolving d'un montant de 25 millions d'euros. En juillet 2007, une partie de cette dette a été réaménagée : une partie de l'emprunt syndiqué a fait l'objet d'un remboursement anticipé et a été refinancé par un nouvel emprunt syndiqué pour un montant nominal équivalent.

Dans le cadre de l'opération d'introduction en bourse le 10 février 2010, les détenteurs des obligations ont converti le 12 février 2010 la totalité de leurs obligations en actions pour un montant global de 244,7 millions d'euros et le groupe a remboursé, à cette même date, une partie de la tranche C et la totalité dette mezzanine de l'emprunt syndiqué, soit un montant total de remboursement de 208,0 millions d'euros, intérêts courus compris.

Du fait de l'introduction en bourse réalisée en février 2010, les impacts suivants ont été comptabilisés dans les comptes au 31 décembre 2009 en application de la norme IAS 10 :

- la composante dette de l'emprunt obligataire ainsi que la dette mezzanine et la quote-part remboursée de la Tranche C ont été reclassés en passifs financiers courants au 31 décembre 2009 ;
- le solde de l'effet du coût amorti de l'emprunt obligataire converti et des dettes remboursées a été constaté en charges financières au 31 décembre 2009.

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Emprunt obligataire	0	90 391	92 547
Emprunts auprès des établissements de crédit	392 110	571 120	539 243
Autres emprunts et dettes assimilées	1 511	1 811	2 201
Intérêts courus sur emprunts	0	57 825	32 503
<b>Total passifs financiers non courants</b>	<b>393 621</b>	<b>721 146</b>	<b>666 494</b>
Emprunt obligataire	100 217	0	0
Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit courants	203 775	13 796	11 820
Autres emprunts et dettes assimilées courants	313	390	363
Intérêts courus sur emprunts	85 084	453	344
Concours bancaires courants	4 142	2 338	1 653
<b>Total passifs financiers courants</b>	<b>393 531</b>	<b>16 977</b>	<b>14 180</b>
<b>Total passifs financiers</b>	<b>787 152</b>	<b>738 123</b>	<b>680 674</b>
Emprunt obligataire (composante capitaux propres)	74 597	74 597	74 597
Effet cumulé du coût amorti	5 118	20 792	19 904
<b>Total valeur de remboursement des emprunts bancaires et dettes financières</b>	<b>866 867</b>	<b>833 512</b>	<b>775 175</b>

### **Analyse des emprunts :**

Les emprunts mentionnés précédemment s'analysent comme suit :

En milliers d'euros	Taux d'intérêt nominal (%)	Échéance	2009	2008	2007
<b>Emprunt obligataire</b>					
Emprunt de 174,8 millions d'euros	10,00 % capitalisés	2019	241 910	219 923	199 869
<b>Valeur de remboursement de l'emprunt obligataire</b>			<b>241 910</b>	<b>219 923</b>	<b>199 869</b>
<b>Emprunts syndiqués</b>					
Emprunt Mezzanine de 92 millions d'euros	Euribor + 4,00 % + intérêts capitalisés 4,625 %	2016	109 638	104 715	99 435
Emprunt de 30 millions d'euros – TA	Euribor + 1,75 %	2013	20 564	24 336	27 750
Emprunt de 40 millions d'euros - TB	Euribor + 2,00 %	2014	39 911	39 911	40 000
Emprunt de 105.6 millions d'euros - TB	Euribor + 2,00 %	2014	105 365	105 365	105 600
Emprunt de 17 millions d'euros - TB2	Euribor + 2,00 %	2014	16 962	16 962	17 000
Emprunt de 40 millions d'euros - TC	Euribor + 2,50 %	2015	39 911	39 911	40 000
Emprunt de 105.7 millions d'euros - TC	Euribor + 2,50 %	2015	105 465	105 465	105 700
Emprunt de 17 millions d'euros - TC2	Euribor + 2,50 %	2015	16 962	16 962	17 000
ACF	Euribor + 2,00 %	2015	105 083	99 426	57 500
RCF	Euribor + 1,75 %	2013	16 403	10 728	12 000
Intérêts courus sur emprunts			361	453	344

En milliers d'euros	Taux d'intérêt nominal (%)	Échéance	2009	2008	2007
<b>Autres emprunts et dettes assimilées</b>					
Locations financements	Tx fixes et variable		34 067	34 776	40 202
Autres emprunts bancaires	Tx fixes et variable		10 123	12 241	11 122
Concours bancaires courants			4 142	2 338	1 653
<b>Valeur de remboursement des emprunts syndiqués et autres passifs financiers</b>			<b>624 957</b>	<b>613 588</b>	<b>575 306</b>
<b>Valeur de remboursement des emprunts bancaires et dettes financières</b>			<b>866 867</b>	<b>833 512</b>	<b>775 175</b>
Emprunt obligataire (composante capitaux propres)			(74 597)	(74 597)	(74 597)
Effet cumulé du coût amorti			(5 118)	(20 792)	(19 904)
<b>Total emprunts bancaires et passifs financiers</b>			<b>787 152</b>	<b>738 123</b>	<b>680 674</b>

#### **Endettement financier Net :**

L'endettement financier net tel que défini par le groupe correspond au total des dettes financières et emprunts bancaires diminué de la trésorerie et équivalents de trésorerie.

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Total emprunts bancaires et passifs financiers	787 152	738 123	680 674
- Trésorerie et équivalents de trésorerie	(38 546)	(23 974)	(25 867)
<b>Endettement Net</b>	<b>748 606</b>	<b>714 149</b>	<b>654 807</b>

#### **Ratios bancaires :**

Au titre de ces emprunts le groupe doit respecter un certain nombre d'obligations usuelles dans ce type de contrat. En cas de non respect de certaines d'entre elles, les banques pourraient obliger le groupe à rembourser totalement ou partiellement l'emprunt ou renégocier les conditions de financement.

Le groupe doit ainsi respecter les covenants financiers suivants au 31 décembre 2009\* :

Covenants financiers	EBITDA/ intérêts nets	Endettement net / EBITDA	Cashflow / Coût de la dette
Objectif	R1 > 1,7	R2 < 7,7	R3 > 1,0
Réalisé	2,2	7,0	2,1

\* Ces covenants sont progressifs sur toute la durée du contrat et se calculent au niveau de MEDICA et de ses filiales consolidées. Ils n'intègrent pas l'effet coût amorti lié au remboursement de la dette intervenu le 12 février 2010 et anticipé dans les comptes au 31 décembre 2009 conformément à la norme IAS 10.

### ***Echéances des dettes financières :***

Le détail et les échéances des dettes financières sont indiqués ci-après :

<b>En milliers d'euros</b>	<b>Moins d'un an</b>	<b>Entre un et cinq ans</b>	<b>Plus de cinq ans</b>	<b>Valeur de remboursement</b>
Emprunt obligataire (1)	241 910	0	0	241 910
Emprunts bancaires syndiqués et autres passifs financiers (1)	214 146	16 682	355 920	586 748
Location-financement	7 930	18 090	8 047	34 067
Concours bancaires courants	4 142	0	0	4 142
<b>Total valeur de remboursement</b>	<b>468 128</b>	<b>34 772</b>	<b>363 967</b>	<b>866 867</b>

(1) Reclassement à moins d'un an de l'emprunt obligataire totalement converti en actions ainsi que la partie des emprunts remboursés suite à l'introduction en bourse du groupe le 10/02/2010.

### ***Taux d'intérêts effectifs :***

Les taux d'intérêt effectifs aux dates de clôture sont détaillés ci-dessous :

<b>En pourcentage</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>	<b>2007</b>
Emprunt obligataire convertible et emprunt syndiqué	6,6 %	8,4 %	10,4 %
Location-financement	7,1 %	5,9 %	6,8 %

### ***Location - financement :***

La valeur actualisée des passifs liés aux contrats de location-financement est indiquée ci-dessous :

<b>En milliers d'euros</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>	<b>2007</b>
A moins d'un an	9 064	10 443	9 977
Entre 1 et 5 ans	19 956	24 088	29 758
A plus de 5 ans	9 405	7 641	11 402
<b>Paiements minimaux futurs au titre des contrats de location-financement</b>	<b>38 426</b>	<b>42 171</b>	<b>51 137</b>
Charges financières futures liées aux contrats de location-financement	4 359	7 396	10 935
<b>Dettes financières liées aux contrats de location-financement</b>	<b>34 067</b>	<b>34 776</b>	<b>40 202</b>
Dettes à moins d'un an des contrats de location-financement	7 930	7 806	6 973
<b>Dettes financières non courantes des contrats de location-financement</b>	<b>26 137</b>	<b>26 970</b>	<b>33 229</b>

**26. Fournisseurs et autres créditeurs**

En milliers d'euros	2009	2008	2007
<b>Fournisseurs</b>	<b>36 607</b>	<b>36 993</b>	<b>33 947</b>
Dettes sociales et fiscales	43 876	37 220	33 934
Avances et acomptes reçus	4 998	5 506	2 840
Dettes - fournisseurs immobilisations	3 776	246	50
Autres dettes	2 742	2 278	3 639
Produits constatés d'avance	753	779	818
<b>Autres créditeurs</b>	<b>56 145</b>	<b>46 029</b>	<b>41 280</b>

Toutes les dettes fournisseurs et autres créditeurs sont exigibles à moins d'un an.

Les produits constatés d'avance correspondent principalement à une subvention reçue pour la création de l'établissement d'Avignon.

Les dettes sur fournisseurs d'immobilisations incluent des dettes relatives à des projets de constructions d'ensembles immobiliers.

## 27. Analyse des actifs et passifs financiers

Les actifs et passifs financiers compris dans les rubriques de bilan sont les suivants :

En milliers d'euros	Juste valeur			Dettes financières au coût amorti	Autres passifs financiers	Total	Juste Valeur
	Détenus à des fins de couverture (swap)	Complément de prix Ippocrate	Créances et dettes actualisées				
Autres actifs financiers non courants	0	0	137	0	17 252	17 389	17 389
Actifs disponibles à la vente	0	0	0	0	1 718	1 718	1 718
Créances clients et rattachés	0	0	0	0	29 927	29 927	29 927
Autres débiteurs (hors créances fiscales)	0	0	74	0	9 479	9 553	9 553
Autres actifs non courants	0	0	0	0	0	0	0
Instruments financiers dérivés	1 054	0	0	0	0	1 054	1 054
Trésorerie et équivalents de trésorerie	0	0	0	0	38 546	38 546	38 546
<b>Total des actifs financiers</b>	<b>1 054</b>	<b>0</b>	<b>211</b>	<b>0</b>	<b>96 922</b>	<b>98 187</b>	<b>98 187</b>
Passifs financiers non courants	0	0	0	392 110	1 510	393 620	393 620
Autres passifs long-terme	0	1 147	2 979	0	16 130	20 256	20 256
Passifs financiers courants	0	0	0	303 992	89 539	393 531	393 531
Fournisseurs	0	0	0	0	36 607	36 607	36 607
Autres créditeurs	0	0	0	0	56 145	56 145	56 145
Instruments financiers dérivés	18 889	0	0	0	0	18 889	18 889
<b>Total des passifs financiers</b>	<b>18 889</b>	<b>1 147</b>	<b>2 979</b>	<b>696 102</b>	<b>199 931</b>	<b>919 048</b>	<b>919 048</b>

Les dettes financières au coût amorti sont celles souscrites par MEDICA et SFM, y compris l'emprunt obligataire convertible.

## 28. Charges externes

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Personnel intérimaire	(2 131)	(2 356)	(3 774)	(2 235)
Honoraires	(9 047)	(6 334)	(8 367)	(6 040)
Locations immobilières	(42 664)	(40 025)	(50 463)	(34 837)
Locations mobilières	(5 985)	(6 311)	(7 248)	(4 953)
Entretien et maintenance	(5 622)	(5 360)	(6 842)	(4 557)
Sous-traitance	(43 381)	(40 068)	(48 729)	(33 801)
Achats non stockés	(11 084)	(10 808)	(10 856)	(9 482)
Autres	(9 289)	(10 315)	(18 012)	(10 084)
<b>Charges externes</b>	<b>(129 203)</b>	<b>(121 577)</b>	<b>(154 291)</b>	<b>(105 990)</b>



Le poste sous-traitance comprend 30 148 K€ de charges provenant de la filiale italienne Aetas, la quasi-totalité du personnel étant sous-traité.

## 29. Charges de personnel

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Traitements, salaires, participation et indemnités de fin de contrat de travail	(154 665)	(144 810)	(178 191)	(122 439)
Charges sociales	(59 021)	(56 524)	(65 549)	(45 361)
Charges de retraite- régimes à prestations définies & Médailles du travail	(323)	(455)	(447)	(283)
<b>Charges de personnel</b>	<b>(214 009)</b>	<b>(201 790)</b>	<b>(244 187)</b>	<b>(168 084)</b>
<b>Effectifs fin d'année Equivalents Temps Plein</b>				
France	6 328	6 241	5 785	5 785
Etranger	94	74	84	84
<b>Total</b>	<b>6 422</b>	<b>6 315</b>	<b>5 869</b>	<b>5 869</b>

Les reprises de provisions utilisées pour litiges sociaux comptabilisées en charges de personnel s'élèvent à 1 466 K€ sur l'exercice 2009 (Note 22).

## 30. Autres produits et charges d'exploitation

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Pertes sur créances irrécouvrables	(322)	(317)	(664)	(166)
Autres charges d'exploitation	(275)	(262)	(85)	(218)
<b>Autres charges d'exploitation</b>	<b>(596)</b>	<b>(579)</b>	<b>(749)</b>	<b>(385)</b>
Subventions d'exploitation	367	181	324	217
Profits sur créances clients	18	330	112	37
Reprise de provisions sur créances clients (Note 14)	247	215	565	112
Autres produits d'exploitation	142	841	238	295
<b>Autres produits d'exploitation</b>	<b>774</b>	<b>1 567</b>	<b>1 239</b>	<b>662</b>

Les reprises de provisions sur créances clients ne concernent que les reprises utilisées. Les reprises de provisions non utilisées figurent en moins des dotations aux provisions de chaque exercice.

**31. Dotations nettes aux amortissements et provisions**

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois
Dotations aux amortissements et dépréciations des immobilisations corporelles	(18 230)	(16 689)	(20 751)
Dotations aux amortissements et dépréciations des immobilisations incorporelles	(600)	(743)	(604)
Dotations pour dépréciations des immobilisations financières	(6)		
Dotations sur autres provisions	(3 738)	(4 488)	(7 453)
Reprises non utilisées sur autres provisions	1 515	2 737	1 704
Reprises utilisées sur autres provisions	2 309	1 165	2 142
Dotations aux provisions sur engagements de retraite et avantages similaires	(608)	(693)	(675)
Reprise des écarts d'acquisition négatifs en résultat	872		103
Autres reprises			7
<b>Dotations aux amortissements et provisions dans le tableau de flux de trésorerie</b>	<b>(18 486)</b>	<b>(18 712)</b>	<b>(25 527)</b>
<b>Dotations aux amortissements constatées au compte de résultat</b>			
Dotations aux amortissements des immobilisations corporelles	(18 230)	(16 689)	(20 751)
Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles	(600)	(743)	(604)
<b>Dotations aux amortissements et aux dépréciations d'immobilisations au compte de résultat</b>	<b>(18 830)</b>	<b>(17 433)</b>	<b>(21 355)</b>
Dont dépréciation des immobilisations comptabilisées en autres produits et charges opérationnels		(205)	(500)
<b>Dotations aux amortissements hors dotations et reprises de dépréciations des actifs au compte de résultat</b>	<b>(18 830)</b>	<b>(17 227)</b>	<b>(20 855)</b>
Dont courant	(18 830)	(17 227)	(21 828)
Dont non courant (fermeture d'établissement)	0	0	(27)

En milliers d'euros	Dotations aux provisions	Chiffre d'affaires	Charges externes	Charges de personnel	Autres pdts/chges d'exploitation	Autres pdts/chges Opérationnels	Pdts et chges financiers	Autres	Total
Dot. aux provisions non courantes	(2 754)					(959)	(25)		(3 738)
Dot. aux dépréciations des clients	(801)					(4)			(805)
Dot. aux dépréciations des autres créances									0
Dot. aux dépréciations stocks et en-cours de prod.									0
Dot. aux engagements de retraites				(323)			(284)		(608)
Rep. des provisions non courantes utilisées		58	242	1 597	10	47		355	2 309
Rep. des provisions non courantes non utilisées	1 376	118				21			1 515
Rep. des dépréciations des clients utilisées					247				247
Rep. des dépréciations des clients non utilisées	481								481
Rep. des dépréciations autres créances utilisées					3				3
Rep. des dépréciations autres créances non utilisées									0
<b>Total</b>	<b>(1 698)</b>	<b>176</b>	<b>242</b>	<b>1 273</b>	<b>261</b>	<b>(895)</b>	<b>(310)</b>	<b>355</b>	<b>(596)</b>

### 32. Produits et Charges opérationnels

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Frais d'introduction en bourse	(2 390)		(69)	
Frais Plan Epargne Groupe		(294)		
Vnc des immobilisations corporelles et incorporelles cédées	(13 497)	(168)	(13 278)	(11 990)
Vnc des titres cédés			(217)	(10)
Coûts pour fermeture d'établissement	(3 756)	(2 538)	(4 044)	(2 207)
Autres charges opérationnelles		(205)	(74)	
<b>Charges opérationnelles</b>	<b>(19 643)</b>	<b>(3 205)</b>	<b>(17 681)</b>	<b>(14 207)</b>
Ecart d'acquisition négatif constaté en résultat	872		103	
Produits de cession d'immobilisations corporelles et incorporelles	12 392	297	11 704	10 712
Produits de cession de titres			510	2
Juste valeur des actifs cédés			931	
Produits liés aux fermetures d'établissement	48		1 966	1 665
Autres produits opérationnels				
<b>Produits opérationnels</b>	<b>13 312</b>	<b>297</b>	<b>15 214</b>	<b>12 379</b>

### 33. Résultat financier

En milliers d'euros	2009		2008		2007 - 20 mois		2007 - 12 mois	
	Charges	Produits	Charges	Produits	Charges	Produits	Charges	Produits
Charges d'intérêts sur emprunts	(48 788)		(65 170)		(80 287)		(57 527)	
Intérêts sur contrats de location-financement	(2 434)		(3 132)		(5 108)		(3 332)	
Charges et produits sur couverture de taux	(13 604)							
Effet du coût amorti sur les emprunts	(15 672)			888		2 173		1 349
<b>Coût de l'endettement financier brut</b>	<b>(80 498)</b>	<b>0</b>	<b>(68 302)</b>	<b>888</b>	<b>(85 395)</b>	<b>2 173</b>	<b>(60 859)</b>	<b>1 349</b>
Prod. de cession équivalents de trésorerie		49		295		407		13
<b>Coût de l'endettement financier net</b>	<b>(80 498)</b>	<b>49</b>	<b>(68 302)</b>	<b>1 183</b>	<b>(85 395)</b>	<b>2 580</b>	<b>(60 859)</b>	<b>1 362</b>
Composante financière du coût des régimes d'avantages au personnel	(284)		(238)		(228)		(163)	
Commissions de non utilisation	(287)		(540)		(1 385)		(917)	
Effets d'actualisation	(107)		(313)		(1 332)		(989)	
Charges et produits sur couverture de taux				3 631		2 572		1 129
Variation de la juste valeur de swap sur prêt syndiqué		501	(25 187)			7 317		5 181
Autres charges financières	(123)		(136)				(3)	
Autres produits financiers		74				9		159
<b>Autres produits et charges financiers</b>	<b>(801)</b>	<b>575</b>	<b>(26 414)</b>	<b>3 631</b>	<b>(2 945)</b>	<b>9 898</b>	<b>(2 072)</b>	<b>6 469</b>
<b>Résultat financier</b>	<b>(81 300)</b>	<b>624</b>	<b>(94 716)</b>	<b>4 814</b>	<b>(88 340)</b>	<b>12 478</b>	<b>(62 931)</b>	<b>7 831</b>

Le groupe applique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 la comptabilité de couverture de flux de trésorerie. En conséquence la variation de la juste valeur des instruments dérivés éligibles a été constatée en capitaux propres pour (4,2) millions d'euros, soit (2,8) millions d'euros nets d'impôts.

Par ailleurs, les charges et produits sur couverture de taux (payés et reçus) sont inscrits dans le coût de l'endettement financier, soit (13,6) millions d'euros. Ce changement, n'ayant pas d'application rétroactive, les variations de juste valeur des instruments dérivés, ainsi que les charges et produits sur couverture de taux, n'ont pas été retraités au 31 décembre 2008 et au 31 décembre 2007.

### 34. Charge d'impôt sur le résultat

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Charge d'impôt courant	(1 387)	(1 770)	(5 903)	(2 230)
Charge ou produit d'impôts différés	11 752	11 750	10 224	6 307
<b>Charge d'impôt sur le résultat</b>	<b>10 365</b>	<b>9 980</b>	<b>4 321</b>	<b>4 077</b>

Le montant de l'impôt sur le résultat du Groupe est différent du montant théorique qui ressortirait du taux d'imposition moyen pondéré applicable aux bénéfices des sociétés consolidées en raison de :

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Résultat avant impôts, q/p de sociétés mises en équivalence et résultat sur goodwill	(23 784)	(32 227)	(9 284)	(9 647)
Taux théorique d'impôt	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%
<b>Charge ou produit d'impôt théorique</b>	<b>(7 928)</b>	<b>(10 741)</b>	<b>(3 095)</b>	<b>(3 215)</b>
Produits et charges non imposables	438	1 863	460	605
Déficits de l'exercice non activés	511	83	66	66
Déficits antérieurs non activés imputés sur l'exercice	(41)	(142)	(441)	(295)
Déficits antérieurs activés ou ajustés sur l'exercice	(578)	(2)	25	
Contribution sociale 3,3%			48	
Intérêts reportables antérieurement activés sur l'exercice	(959)			
Annulation de l'activation des déficits activés antérieurement	276			
Incidence des impositions à taux réduit			(673)	(615)
Résultat des sociétés fiscalement transparentes chez les minoritaires	(14)	(8)	(28)	(13)
Crédits d'impôt	(97)	(60)	(37)	(37)
Impôts différés sur la contribution à la valeur ajoutée des entreprises (CVAE)	1 110			
IFA non imputés			(39)	(60)
Différences de taux d'impôt sur sociétés étrangères	(2 179)	75	445	253
Economie d'impôt sur frais d'acquisition de titres	(907)	(1 048)	(1 051)	(767)
<b>Charge ou produit d'impôt comptabilisé</b>	<b>(10 365)</b>	<b>(9 980)</b>	<b>(4 321)</b>	<b>(4 077)</b>
Taux effectif d'impôt	43,59 %	30,97 %	46,54 %	42,26 %

L'évolution du taux effectif d'impôt s'explique principalement par la reconnaissance, en 2009, d'impôts différés antérieurement non reconnus par le groupe.

### 35. Résultat net par action

Résultat net part du groupe consolidé par action (en euros)	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Résultat revenant aux actionnaires de la Société (en milliers d'euros)	(13 363)	(22 688)	(5 248)	(5 907)
Nombre moyen pondéré d'actions	7 286 040	7 286 040	7 286 040	7 286 040
Résultat net part du groupe consolidé par action (en euros)	(1,83)	(3,11)	(0,72)	(0,81)

Résultat net dilué part du groupe consolidé par action (en euros)	2009	2008	2007	2007 12 mois
Résultat revenant aux actionnaires de la Société (en milliers d'euros)	(13 363)	(22 688)	(5 248)	(5 907)
Nombre moyen pondéré d'actions ordinaires	1 823 301	1 823 301	1 823 301	1 823 301
Effet de dilution des obligations en actions ordinaires (1)	12 532 551	12 532 551	12 532 551	12 532 551
Effet de dilution des actions de préférence en actions ordinaires (2)	1 721 909	1 721 909	1 721 909	1 721 909
Résultat net dilué part du groupe consolidé par action (en euros)	(0,83)	(1,41)	(0,33)	(0,37)

(1) Les 10 925 873 obligations ont été converties en 12 532 551 actions ordinaires selon les modalités prévues aux « termes et conditions des OC », tels que modifiés par l'Assemblée Générale des porteurs d'OC du 24 janvier 2010, et après prise en compte notamment de l'impact de la division de la valeur nominale des actions sur les droits des porteurs d'obligations convertibles.

(2) Les 5 462 739 actions de préférence ont été converties en 1 721 909 actions ordinaires selon les modalités prévues par les statuts de la Société tels que modifiés par l'Assemblée Générale du 24 janvier 2010, après prise en compte notamment de l'impact de la division de la valeur nominale des actions sur les droits des porteurs d'actions de préférence.

### 36. Dividendes par action

Aucun dividende n'a été payé par le groupe en 2009.

### 37. Actifs et passifs éventuels

Le groupe a des passifs éventuels se rapportant à des garanties bancaires et autres éléments survenant dans le cadre habituel de ses activités. Le groupe ne s'attend pas à ce que ces éléments donnent lieu à des passifs significatifs.

### 38. Engagements hors bilan

#### **Engagements donnés :**

En milliers d'euros	2009	2008	2007
<b>Garanties et Cautions</b>			
Cautions au profit d'organismes de Crédit-Bail	5 307	6 281	4 581
Nantissements de fonds de commerce au profit d'organismes de Crédit-Bail	14 380	14 723	20 093
Cautions au profit d'établissements de crédit	472 657	465 584	520 169
Nantissements d'actions au profit d'établissements de crédit	2 432	2 432	0
Nantissements de fonds de commerce au profit d'établissements de crédit	3 747	4 267	3 597
Nantissements d'OPCVM au profit d'établissements de crédit	320	320	320
Hypothèque ensemble immobilier au profit d'établissement de crédit	5 448	0	0
Engagement concernant les sociétés transparentes	0	18	867
<b>Promesses d'achats et d'investissements</b>			
Promesses d'acquisitions de projets (sous conditions suspensives)	43 702	32 608	32 222

L'engagement du groupe en matière de Droit Individuel à Formation s'élève à 381 020 heures au 31 décembre 2009 et 230 398 heures au 31 décembre 2008.

#### **Engagements au titre des contrats de location simple - Position de preneur des sociétés du Groupe :**

Le tableau ci-dessous détaille le total des paiements minimums futurs au titre des contrats de location simple non résiliables :

En milliers d'euros	2009	2008	2007
A moins d'un an	44 970	41 983	37 563
Entre un et cinq ans	151 255	139 306	124 258
A plus de cinq ans	86 875	68 292	69 083
<b>Paiements minimums futurs au titre des locations simples</b>	<b>283 099</b>	<b>249 581</b>	<b>230 904</b>

#### **Garanties d'Actif et de Passif :**

En milliers d'euros	2009	2008	2007
Garanties d'Actif et de Passif <b>reçues</b> liées aux acquisitions de titres	7 415	9 632	8 902
Garanties d'Actif et de Passif <b>données</b> dans le cadre de cessions de titres			

### 39. Transactions avec les parties liées

#### **Parties liées ayant un contrôle sur le Groupe :**

Il n'y a pas de transaction entre le groupe MEDICA (ex-OBO1) et les actionnaires ayant un contrôle sur le groupe, dont TBU-3 International, à l'exception de la rémunération de l'emprunt obligataire convertible (22 millions d'euros au titre de l'exercice clos au

31 décembre 2009, 20 millions d'euros au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2008, et 25 millions d'euros au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2007 (20 mois)).

La société MEDICA SA n'a pas distribué de dividendes depuis l'acquisition du sous-groupe SFM en Août 2006.

**Autres Informations relatives aux parties liées :**

Aucune transaction entre les parties liées n'a influencé significativement la situation financière et la performance du Groupe.

La rémunération des dirigeants est la suivante :

(En milliers d'euros)	2009	2008	2007 12 mois
Avantages à court terme (*)	590	590	584
Avantages postérieurs à l'emploi	74	67	60
Autres avantages à long terme			
Indemnités de fin de contrat			
Rémunération en actions			

(\*) hors charges patronales

**40. Principaux postes du Tableau de Flux de Trésorerie**

Détail de l'incidence de la variation en fonds de roulement

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Incidence de la var. des stocks et en cours	(292)	(192)	1 048	(26)
Incidence de la var. des clients	6 021	(5 154)	4 458	3 870
Incidence de la var. des fournisseurs	(110)	3 223	(4 203)	3 850
Incidence de la var. des débiteurs & autres créditeurs	8 864	16 756	(15 143)	(11 236)
<b>Incidence de la variation du besoin en fonds de roulement</b>	<b>14 483</b>	<b>14 633</b>	<b>(13 840)</b>	<b>(3 542)</b>

Détail des acquisitions d'immobilisations corporelles

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Acquisitions d'immobilisations corporelles (cf. note 11)	(44 699)	(40 046)	(34 770)	(29 906)
Immobilisations acquises dans le cadre d'un contrat de crédit-bail	7 671	1 698	3 298	3 298
Variation des dettes sur acquisitions d'immobilisations corporelles	3 192	(24)	(86)	(94)
<b>Acquisition d'immobilisations corporelles</b>	<b>(33 836)</b>	<b>(38 372)</b>	<b>(31 559)</b>	<b>(26 702)</b>



### Détail des acquisitions d'immobilisations incorporelles

En milliers d'euros	2009	2008	2007 20 mois	2007 12 mois
Acquisitions d'immobilisations incorporelles (cf. note 9)	(1 090)	(5 328)	(2 690)	(353)
Acquisition de fonds de commerce affecté en écart d'acquisition	(68)	(144)		
Variation des dettes sur acquisitions d'immobilisations incorporelles	(102)	234	63	131
Variation des avances et acomptes sur acquisitions d'immobilisations incorporelles		(550)		
<b>Acquisition d'immobilisations incorporelles</b>	<b>(1 260)</b>	<b>(5 788)</b>	<b>(2 627)</b>	<b>(222)</b>

### 41. Périmètre et méthodes de consolidation

Sociétés consolidées	Monnaie	2009		
		Méthode	% Contrôle	% d'intérêt
MEDICA (ex-OBO1)	€	IG	mère	-
<b>Sociétés acquises en 2007</b>				
SFM (ex-MEDICA)	€	IG	100	100
SCI CHAMBERY JOURCIN	€	IG	100	100
SAS LES JARDINS D'HESTIA	€	IG	99,92	99,92
SOCEFI	€	IG	100	100
SDSA	€	IG	100	100
SARL LE MOLE D'ANGOULINS	€	IG	100	100
SARL INVAMURS	€	IG	100	100
SCI BRUAY SUR ESCAUT	€	IG	100	100
SCI SAINT GEORGES DE DIDONNE	€	IG	100	100
SCI LAXOU	€	IG	51	51
SCI LES SABLES	€	IG	100	100
SCI LYON GERLAND	€	IG	100	100
SCI ST MALO	€	IG	100	100
SCI VILLARS LES DOMBES	€	IG	100	100
SCI DU MANS	€	IG	100	100
SCI D'ARS EN RE	€	IG	100	100
SARL RA DE LILLE STE THERESE	€	IG	100	100
SARL RA DE LAXOU	€	IG	100	100
SARL RA DE SAINT MALO	€	IG	100	100
SARL RA DES SABLES D'OLONNE	€	IG	100	100
SARL RA DE LYON GERLAND	€	IG	100	100
SARL RA DU MANS	€	IG	100	100
SCI DE L'EUROPE	€	IG	100	100

Sociétés consolidées	Monnaie	2009		
		Méthode	% Contrôle	% d'intérêt
SCI PIERRE DEBOURNOU	€	IG	99,8	99,8
SNC DE DINARD	€	IG	100	100
SNC DE L'EUROPE	€	IG	100	100
SARL SERAPA	€	IG	100	100
SAS RA DE NEUVILLE ST REMY	€	IG	100	100
SAS RA DE DINARD	€	IG	100	100
SARL RESIDENCE DE CHAINTREAUVILLE	€	IG	96	96
SAS CLINIQUE SOLISANA	€	IG	100	100
CLINIQUE DU VAL DE SEINE	€	IG	99,71	99,71
SARL CCN	€	IG	100	100
SARL LES ARBELLES	€	IG	100	100
SARL CENTRE MEDICAL DES ALPILLES (CMA)	€	IG	100	100
SARL CENTRE MEDICAL DU VENTOUX (CMV)	€	IG	100	100
SCI LE SPLENDID	€	IG	100	100
LES LILAS	€	IG	100	100
COGOLIN	€	IG	100	100
SARL BEL AIR	€	IG	100	100
MEDICA FRANCE	€	IG	100	100
SARL MF DEVELOPPEMENT	€	IG	100	100
TOPAZE	€	IG	100	100
LES PINS	€	IG	100	100
SCI DE BICHAT	€	IG	100	100
SCI CCN	€	IG	100	100
SCI CMA	€	IG	100	100
SARL GMR LA COTE PAVEE	€	IG	100	100
SAS CHATEAU de MORNAY	€	IG	100	100
AETAS S.P.A.	€	IG	100	100
II FAGGIO Srl	€	IG	100	100
RESIDENZA I PLATANI	€	IG	100	100
I ROVERI Srl	€	IG	100	100
CROCE DI MALTA Srl	€	IG	100	100
II CASTAGNO Srl	€	IG	90	90
LE PALME Srl	€	IG	100	100
I GIRASOLI Srl	€	IG	95	95
VILLA ANTEA Srl	€	IG	95	95
GLI OLEANDRI Srl	€	IG	95	95
CARE SERVICE	€	IG	100	100
LE ROSE Srl	€	IG	90	90

Sociétés consolidées	Monnaie	2009		
		Méthode	% Contrôle	% d'intérêt
I RODODENDRI Srl	€	IG	90	90
IL CILIEGIO Srl	€	IG	70	70
IPPOCRATE SPA	€	IG	95,75	95,75
SAS AUBERGERIE DE QUINCY	€	IG	91,78	91,78
SAS AUBERGERIE DU 3E AGE	€	IG	91,78	91,78
SARL BOURGOIN COUQUIAUD	€	IG	100	100
SARL MAISON BLANCHE	€	IG	100	100
SAS CENTRE MEDICAL MONTJOY	€	IG	100	100
SAS CLINIQUE DE PIETAT	€	IG	100	100
SARL LUBERON SANTE	€	IG	100	100
SA CRF LES GARRIGUES	€	IG	100	100
SAS MACO	€	IG	100	100
SCI DU BOIS HAUT	€	IG	100	100
SAS CHATEAU DE CAHUZAC	€	IG	100	100
SARL CRC GESTION	€	IG	100	100
SAS SAINTE COLOMBE	€	IG	100	100
SARL CHAPUIS FERNANDE	€	IG	100	100
SAS MONTROND LES BAINS	€	IG	100	100
SCI VALMAS	€	IG	100	100
SAS ALMA SANTE	€	IG	100	100
SCI ALMA SANTE	€	IG	100	100
SA CLINIQUE SAINT MAURICE	€	IG	100	100
SCI CLINIQUE SAINT MAURICE	€	IG	100	100
SARL CLINIQUE DE SAUSSENS	€	IG	100	99.99
SARL MT SANTE	€	IG	99.99	99.99
SARL RESIDENCE LES PINS	€	IG	100	100
SAS LES QUATRE TREFLES	€	IG	99,93	99,93
SAS GASTON DE FOIX	€	IG	100	100
SAS ARJEAN	€	IG	100	100
SAS LE VAL DES CYGNES	€	IG	100	100
SAS DLS GESTION	€	IG	96.67	96.67
SCI DLS IMMO	€	IG	100	77.36
<b>Sociétés créées en 2008</b>				
SARL MEDICA FRANCE LE VERDON	€	IG	100	100
<b>Sociétés acquises en 2008</b>				
SAS MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE LA PALOUMERE	€	IG	100	100
SCI LA PALOUMERE	€	IG	100	100

Sociétés consolidées	Monnaie	2009		
		Méthode	% Contrôle	% d'intérêt
SAS FINANCIERE MEDICALE	€	IG	100	100
SAS LA VARENNE	€	IG	100	100
SCI LA VARENNE	€	IG	100	100
SAS LA ROSERAIE	€	IG	100	100
SCI LA ROSERAIE	€	IG	100	100
SAS CENTRE MEDICAL DE CONVALESCENCE MONTVERT	€	IG	100	100
SOCIETE CIVILE IMMOBILIERE DE MONTVERT	€	IG	100	100
MS FRANCE	€	IG	60	60
HAD FRANCE	€	MEE	40,32	40,32
<b>Sociétés acquises en 2009</b>				
SARL B2L	€	IG	100	100
<b>Sociétés fusionnées en 2009</b>				
SARL CGCV				
SCI GASTON DE FOIX				

#### 42. Honoraires des commissaires aux comptes

En milliers d'euros	Constantin			Exco		
	2009	2008	2007	2009	2008	2007
<b>Audit de la société MEDICA SA</b>						
Commissariat aux comptes	49	35	45	49	35	45
Missions accessoires	418			62		
<b>Audit des filiales</b>						
Commissariat aux comptes	293	274	139			
Missions accessoires						
<b>Total</b>	<b>760</b>	<b>309</b>	<b>184</b>	<b>111</b>	<b>35</b>	<b>45</b>

**25.2 Rapport des commissaires aux comptes sur les comptes consolidés pour l'exercice de 12 mois clos au 31 décembre 2009**

**CONSTANTIN ASSOCIES**

*Member of Deloitte Touche Tohmatsu*  
114, rue Marius AUFAN  
92300 – LEVALLOIS-PERRET

**Patrick GRIMAUD**

17, rue du Sergent Bauchat  
75012 – PARIS

**MEDICA**

Société Anonyme  
39, rue du Gouverneur Général Félix Eboué  
92130 – ISSY-LES-MOULINEAUX

---

**Rapport des Commissaires aux Comptes  
sur les comptes consolidés**

Exercice clos le 31 décembre 2009

Mesdames, Messieurs les Actionnaires,

En exécution de la mission qui nous a été confiée par votre assemblée générale, nous vous présentons notre rapport relatif à l'exercice clos le 31 décembre 2009, sur :

- le contrôle des comptes consolidés de la société MEDICA, tels qu'ils sont joints au présent rapport;
- la justification de nos appréciations ;
- la vérification spécifique prévue par la loi.

Les comptes consolidés ont été arrêtés par le Conseil d'Administration. Il nous appartient, sur la base de notre audit, d'exprimer une opinion sur ces comptes.

**I. Opinion sur les comptes consolidés**

Nous avons effectué notre audit selon les normes d'exercice professionnel applicables en France ; ces normes requièrent la mise en œuvre de diligences permettant d'obtenir l'assurance raisonnable que les comptes consolidés ne comportent pas d'anomalies significatives. Un audit consiste à vérifier, par sondages ou au moyen d'autres méthodes de sélection, les éléments justifiant des montants et informations figurant dans les comptes consolidés. Il consiste également à apprécier les principes comptables suivis, les estimations significatives retenues et la présentation d'ensemble des comptes. Nous estimons que les éléments que nous avons collectés sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion.

Nous certifions que les comptes consolidés sont, au regard du référentiel IFRS tel qu'adopté dans l'Union européenne, réguliers et sincères et donnent une image fidèle du patrimoine, de la situation financière, ainsi que du résultat de l'ensemble constitué par les personnes et entités comprises dans la consolidation.

Sans remettre en cause l'opinion exprimée ci-dessus, nous attirons votre attention sur les notes de l'annexe aux états financiers ci-après :

- La note 3 sur les événements postérieurs présentant les conséquences de la réalisation effective de l'introduction en bourse engagée en décembre 2009 et intervenue en février 2010, sur les comptes consolidés du groupe au 31 décembre 2009.
- La note 4.2 décrivant l'incidence qu'aurait la correction de l'erreur relative à la détermination des intérêts financiers du prêt syndiqué sur les comptes consolidés clos les 31 décembre 2008 et 31 décembre 2007.
- La note 4.3.1 présentant l'évolution du référentiel IFRS et notamment l'impact des nouvelles normes applicables en 2009 sur les comptes consolidés du groupe au 31 décembre 2009.

## **II. Justification des appréciations**

En application des dispositions de l'article L. 823-9 du Code de commerce relatives à la justification de nos appréciations, nous portons à votre connaissance les éléments suivants :

Comme indiqué dans la note 4.4 « Utilisations d'estimations et d'hypothèses » des notes aux états financiers consolidés, la Direction de votre Groupe est conduite à effectuer des estimations et à formuler des hypothèses qui peuvent affecter la valeur comptable de certains éléments figurant dans les états financiers. Dans le cadre de notre audit des comptes consolidés au 31 décembre 2009, nous avons considéré que les écarts d'acquisition et les autorisations d'exploitation ainsi que les passifs financiers sont sujets à des estimations comptables significatives.

- Votre société apprécie la valeur des écarts d'acquisition et des autorisations d'exploitation, inscrits en immobilisations incorporelles, selon les modalités décrites en partie 4 « règles et méthodes comptables », note 4.11 des notes annexes aux états financiers. Nous avons procédé à l'appréciation de l'approche retenue par la société et des données et hypothèses sur lesquelles se fondent ces estimations. Dans le cadre de nos appréciations, nous nous sommes assurés du caractère raisonnable de ces estimations.
- Votre société évalue et comptabilise les passifs financiers selon les modalités décrites en partie 4 « règles et méthodes comptables », note 4.12.2. des notes annexes aux états financiers. Nos travaux ont consisté à apprécier les données sur lesquelles se fondent ces évaluations et à revoir les calculs effectués par la société.

Les appréciations ainsi portées s'inscrivent dans le cadre de notre démarche d'audit des comptes consolidés, pris dans leur ensemble, et ont donc contribué à la formation de notre opinion exprimée dans la première partie de ce rapport.

## **III. Vérification spécifique**

Nous avons également procédé, conformément aux normes d'exercice professionnel applicables en France, à la vérification spécifique prévue par la loi des informations relatives au groupe données dans le rapport sur la gestion.

Nous n'avons pas d'observation à formuler sur leur sincérité et leur concordance avec les comptes consolidés.

Levallois-Perret et Paris, le 22 avril 2010

Les Commissaires aux Comptes

**CONSTANTIN ASSOCIES**

**Patrick GRIMAUD**

Jean Paul SEGURET

## **26 POLITIQUE DE DISTRIBUTION DES DIVIDENDES**

Aucune distribution de dividende n'a été effectuée au titre des trois derniers exercices.

Sa forte capacité de génération de trésorerie permet au groupe MEDICA de viser une politique de distribution annuelle de dividendes d'environ 20 % du résultat net consolidé part du groupe MEDICA, tout en maintenant sa capacité à financer sa croissance et ce, à compter de l'assemblée générale se prononçant sur les comptes de l'exercice clos le 31 décembre 2010.

Voir chapitre 13 « Informations sur les tendances » du présent document.



## **27 PROCÉDURES JUDICIAIRES ET D'ARBITRAGE**

Dans le cadre normal de ses activités, la Société et ses filiales peuvent être impliquées dans des procédures judiciaires, arbitrales ou administratives.

À la date du présent document, il n'existe pas de procédure gouvernementale, judiciaire ou d'arbitrage, y compris toute procédure dont la Société a connaissance, qui est en suspens ou dont elle est menacée, susceptible d'avoir ou ayant eu au cours des 12 derniers mois des effets significatifs sur la situation financière ou la rentabilité de la Société et du groupe MEDICA.

## **28 ABSENCE DE CHANGEMENT SIGNIFICATIF DE LA SITUATION FINANCIÈRE OU COMMERCIALE**

Il n'y a pas eu, à la connaissance de la Société, de changement significatif de la situation financière ou commerciale du groupe MEDICA depuis le 31 décembre 2009, à l'exception des informations indiquées au Chapitre 13 « Informations sur les tendances » et de son introduction en bourse sur le marché Euronext Paris.

## 29 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

### 29.1 Renseignements de caractère général concernant le capital

#### 29.1.1 Montant du capital (article 6 des statuts)

À la date d'enregistrement du présent document, le capital social est fixé à 18 653 466,50 euros.

Il est divisé en 47 904 187 actions ordinaires.

Les actions de la Société sont entièrement souscrites et intégralement libérées.

#### 29.1.2 Nantissements d'actions de la Société

Aucune action composant le capital de la Société ne fait l'objet d'un nantissement.

#### 29.1.3 Titres non représentatifs du capital

Néant.

#### 29.1.4 Actions détenues par la Société ou pour son compte propre

Au 31 décembre 2009, la Société ne détenait aucune action d'autocontrôle.

Depuis le 3 mars 2010 et pour une période s'achevant au 31 décembre 2010 et renouvelable par tacite reconduction, le groupe MEDICA a confié à EXANE BNP PARIBAS l'animation de son titre dans le cadre d'un contrat de liquidité conforme à la Charte de Déontologie de l'AMAFI reconnue par l'Autorité des Marchés Financiers. Pour la mise en oeuvre de ce contrat, une somme de 2 000 000 d'euros a été affectée au compte de liquidité.

#### 29.1.5 Répartition du capital et des droits de vote

Au cours de la période du 10 février 2010 au 31 mai 2010, les actionnaires suivants ont déclaré un franchissement de seuil auprès de l'AMF :

Déclarant	Date	Type	Nombre d'actions/de droits de vote <sup>(2)</sup>	Pourcentage du capital et des droits de vote <sup>(1) (2)</sup>	Avis AMF
BNP Paribas	18/02/2010	Hausse	3 009 998	6,28 %	<b>210C0174</b>
Crédit Agricole SA	18/02/2010	Hausse	5 408 820	11,29 %	<b>210C0176</b>
BNP Paribas	19/02/2010	Baisse	256 950	0,54 %	<b>210C0184</b>
TBU-3 International	23/02/2010	Baisse	21 604 289	45,10 %	<b>210C0191</b>

<sup>(1)</sup> Sur la base des informations communiquées par la Société, en application des dispositions de l'article L. 233-8 du Code de commerce et de l'article L. 223-16 du règlement général de l'AMF à la date de déclaration de franchissement de seuil, étant précisé que le nombre total de droits de vote publié mensuellement est calculé, conformément à l'article L. 223-11 du règlement général de l'AMF, sur la base de l'ensemble des actions auxquelles sont attachés potentiellement des droits de vote, y compris, le cas échéant, les actions privées de droit de vote (actions autodétenues et d'autocontrôle).

<sup>(2)</sup> Il est rappelé que les statuts de la Société ne prévoient pas de droits de vote double (voir paragraphe 29.2.5).

Le texte intégral de ces déclarations est consultable sur le site de l'AMF ([www.amf-france.org](http://www.amf-france.org)).

À la date du présent document et à la connaissance de la Société, le capital existant de la Société se répartit de la façon suivante (sur la base des déclarations de franchissements de seuils communiquées à la Société) :

Actionnaires	Actions ordinaires	
	Nombre d'actions	% en capital et droits de vote
TBU 3 International <sup>1</sup>	21 604 289	45,10 %
J. Baillet	968 186	2,02 %
C. Jeandel	590 391	1,23%
Société Civile d'Investissement du Groupe MEDICA <sup>2</sup>	183 352	0,38 %
Société Civile d'Investissement du Groupe MEDICA II <sup>2</sup>	12 652	0,03 %
FCPE Groupe MEDICA France	42 578	0,09 %
Entités ICG (Intermediate Capital Group) <sup>3</sup>	404 562	0,84 %
PREDICA <sup>4</sup>	5 408 660	11,29 %
Public	18 689 517	39,01 %
<b>Total</b>	<b>47 904 187</b>	<b>100 %</b>

<sup>1</sup> TBU 3 International SA : société détenue par des fonds et véhicules conseillés par BC Partners. BC Partners est une société de capital-investissement internationale présente à Londres, Paris, Milan, Hambourg, Genève et New-York.

<sup>2</sup> Ces sociétés civiles d'Investissement ont pour objet la prise d'une participation au sein de MEDICA, elles regroupent certains cadres de direction.

<sup>3</sup> Les Entités ICG qui détiennent les actions sont trois véhicules conseillés par ICG Plc (société cotée à Londres sur le FTSE 250).

<sup>4</sup> Filiale de Crédit Agricole Assurances.

#### 29.1.6 Autres titres donnant accès au capital

Néant.

### 29.1.7 Capital social autorisé, mais non émis

Les délégations et autorisations d'émettre des actions ou autres valeurs mobilières et les principales autorisations financières consenties lors de l'Assemblée générale mixte du 24 janvier 2010 sont les suivantes :

Résolution	Objet de la résolution	Montant maximal	Durée de l'autorisation (à compter du 24 janvier 2010)
2 <sup>ème</sup>	Autorisation de rachat par la Société de ses propres actions*	10 % capital social de la Société au moment du rachat  Prix maximum de rachat : 150 % du premier cours coté de l'action sur le marché Euronext Paris	18 mois
6 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital en numéraire avec suppression du DPS au profit de bénéficiaires déterminés ou de catégories de personnes	0,611 millions d'euros à imputer sur le plafond nominal global de 12,2 millions d'euros pour les augmentations de capital	18 mois
9 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital avec suppression du DPS par émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital ou à l'attribution de titres de créances par voie d'offre au public	12,2 millions d'euros à imputer sur le plafond nominal global de 12,2 millions d'euros pour les augmentations de capital	26 mois
10 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital avec suppression du DPS par émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital par placement privé	12,2 millions d'euros à imputer sur le plafond nominal global de 12,2 millions d'euros pour les augmentations de capital et dans la limite de 20 % du capital social par an ou tout autre pourcentage maximum qui pourrait être prévu par la loi	26 mois
11 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital avec maintien du DPS par émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital immédiatement et/ou à terme au capital de la Société*	12,2 millions d'euros à imputer sur le plafond nominal global de 12,2 millions d'euros pour les augmentations de capital	26 mois
12 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital réservée aux salariés adhérents d'un plan d'épargne d'entreprise ou de groupe avec suppression du DPS	12 168 euros à imputer sur le plafond nominal global de 12,2 millions d'euros pour les augmentations de capital	26 mois
13 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital par incorporation de réserves, bénéfices, primes ou autres sommes dont la capitalisation serait admise*	3,7 millions d'euros à imputer sur le plafond nominal global de 12,2 millions d'euros pour les augmentations de capital	26 mois
14 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital par émission d'actions ou de valeurs mobilières	10 % du capital	26 mois

Résolution	Objet de la résolution	Montant maximal	Durée de l'autorisation (à compter du 24 janvier 2010)
	donnant accès au capital en vue de rémunérer les apports en nature consentis à la Société, sans DPS*		
15 <sup>ème</sup>	Augmentation du montant des émissions en cas de demandes excédentaires	15 % de chaque émission	26 mois
16 <sup>ème</sup>	Autorisation d'émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital en cas d'OPE initiée par la société sur les titres d'une autre société avec suppression du DPS*	8,6 millions d'euros à imputer sur le plafond nominal global de 12,2 millions d'euros pour les augmentations de capital	26 mois
17 <sup>ème</sup>	Autorisation d'émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital en fixant librement le prix d'émission sans DPS*	10 % du capital social de la société	26 mois

\* La présente autorisation était adoptée sous la condition suspensive de l'admission aux négociations et de la première cotation des actions de la Société sur Euronext Paris.

Par ailleurs, il est proposé à l'Assemblée générale mixte des actionnaires de la Société, convoquée le 29 juin 2010 d'adopter les résolutions suivantes :

Résolution	Objet de la résolution	Montant maximal	Durée de l'autorisation (à compter du 29 juin 2010)
7 <sup>ème</sup>	Autorisation de rachat par la Société de ses propres actions	10 % capital social de la Société au moment du rachat  Prix maximum de rachat : 30 euros  Montant maximum de rachat : 55 960 398 euros	18 mois
10 <sup>ème</sup>	Autorisation de réduire le capital social de la Société par annulation des actions détenues en propre	10 % du montant du capital social existant à la date de l'annulation	24 mois
11 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital avec suppression du DPS par émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital ou à l'attribution de titres de créances par voie d'offre au public	6 millions d'euros (actions)/ 300 millions d'euros (titre de créance) à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution	26 mois
12 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital avec suppression du DPS par émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital par placement privé	6 millions d'euros (actions)/ 300 millions d'euros (titre de créance) à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution et dans la limite de 20 % du capital social par an ou tout autre pourcentage maximum qui pourrait être prévu par la loi	26 mois
13 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital avec maintien du DPS par émission d'actions ou de valeurs mobilières	12,2 millions d'euros (actions)/ 300 millions d'euros (titres de créances)	26 mois

Résolution	Objet de la résolution	Montant maximal	Durée de l'autorisation (à compter du 29 juin 2010)
	donnant accès au capital immédiatement et/ou à terme au capital de la Société	à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution	
14 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital réservée aux salariés adhérents d'un plan d'épargne d'entreprise ou de groupe avec suppression du DPS par émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital de la Société	100 000 euros à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution	26 mois
15 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital par incorporation de réserves, bénéfices, primes ou autres sommes dont la capitalisation serait admise	3,7 millions d'euros à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution	26 mois
16 <sup>ème</sup>	Augmentation de capital par émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital en vue de rémunérer les apports en nature consentis à la Société, sans DPS	10 % du capital social à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution	26 mois
17 <sup>ème</sup>	Augmentation du montant des émissions en cas de demandes excédentaires	15 % de chaque émission dans la limite du plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution	26 mois
18 <sup>ème</sup>	Autorisation d'émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital en cas d'OPE initiée par la société sur les titres d'une autre société avec suppression du DPS	6 millions d'euros à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution	26 mois
19 <sup>ème</sup>	Autorisation d'émission d'actions ou de valeurs mobilières donnant accès au capital en fixant librement le prix d'émission sans DPS	10 % du capital social à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution	26 mois
20 <sup>ème</sup>	Autorisation d'utiliser les délégations d'augmentation ou de réduction du capital social en période d'offre publique visant les titres de la Société		26 mois
21 <sup>ème</sup>	Délégation de compétence au Conseil d'administration à l'effet de consentir des options de souscription ou d'achat d'actions	1 % du capital social à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution*	38 mois
22 <sup>ème</sup>	Délégation de compétence au Conseil d'administration à l'effet de procéder à des attributions gratuites d'actions existantes ou à émettre au profit des membres du personnel salarié et des mandataires sociaux du groupe ou de certains d'entre eux	0,5 % du capital social à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution*	38 mois
23 <sup>ème</sup>	Délégation de compétence au Conseil d'administration d'émettre des bons de souscription d'actions (« <b>BSA</b> ») ou des bons de souscription et/ou d'acquisition d'actions remboursables (« <b>BSAAR</b> ») au bénéfice de salariés	200 000 euros à imputer sur le plafond nominal global de la 24 <sup>ème</sup> résolution  Prix minimum : 110 % de la moyenne des cours de clôture de l'action de la	18 mois

Résolution	Objet de la résolution	Montant maximal	Durée de l'autorisation (à compter du 29 juin 2010)
	et mandataires sociaux de la Société et de ses filiales, sans droit préférentiel de souscription des actionnaires	Société pour les 20 séances de bourse précédant la date à laquelle auront été arrêtés l'ensemble des termes et conditions des BSA/BSAAR et les modalités de leur émission	
24 <sup>ème</sup>	Plafond nominal global	12,2 millions d'euros pour les augmentations de capital  300 millions d'euros pour les titres de créances	26 mois

\* En cas d'utilisation cumulée de la délégation de compétence visée à la vingt-et-unième résolution et de la délégation de compétence visée à la vingt-deuxième résolution, le nombre total d'actions attribuées et/ou émises ne pourra en aucun cas représenter plus de 1 % du capital social.

### 29.1.8 Évolution de la répartition du capital de la Société au cours des trois derniers exercices

Le tableau ci-dessous présente l'évolution de la répartition du capital de la Société au cours des trois derniers exercices :

Capital social	Nombre d'actions	Capital social
Au 31 décembre 2007	1 823 301 actions ordinaires 5 462 739 actions de préférence	116 576 640 euros
Au 31 décembre 2008	1 823 301 actions ordinaires 5 462 739 actions de préférence	116 576 640 euros
Au 31 décembre 2009*	1 823 301 actions ordinaires 5 462 739 actions de préférence	11 348 478 euros

\* Dans la perspective de l'admission des actions aux négociations sur le marché Euronext Paris, l'assemblée générale extraordinaire de la Société a statué le 9 novembre 2009 sur la reconstitution des capitaux propres par voie de réduction de capital d'un montant de 105 228 162 euros. Le capital social alors fixé à 116 576 640 euros, a ainsi été ramené à la somme de 11 348 478 euros, par réduction de la valeur nominale. Le nombre d'actions composant le capital social est demeuré inchangé (voir paragraphe 15.6 « Historique de la Société et réorganisation »).

Dans le cadre de l'introduction en bourse de la Société :

- 19 420 182 actions nouvelles ont été émises suite à la conversion par leurs porteurs de la totalité des 5 462 739 actions de préférence et des 10 925 873 obligations convertibles en actions ;
- 19 591 346 actions nouvelles ont été émises dans le cadre d'une augmentation de capital en numéraire par voie d'offre au public ;
- 1 568 125 actions nouvelles ont été émises dans le cadre d'une augmentation de capital réservée à PREDICA, filiale de Crédit Agricole Assurances, et aux administrateurs indépendants de la société ; et
- 31 330 actions nouvelles ont été émises dans le cadre d'une augmentation de capital réservée aux salariés.



A la date du présent document, le capital social de la Société est 18 653 466,50 euros divisé en 47 904 187 actions ordinaires, toutes de même catégorie et intégralement libérées.

## **29.2 Acte constitutif et statuts**

### **29.2.1 Objet social (article 2 des statuts)**

La Société a pour objet, en France et à l'étranger :

- toute activité de gestion, conseil, détention et/ou exploitation d'entreprises spécialisées dans le domaine de la santé et du social, de l'assistance aux personnes et plus particulièrement de la prise en charge de la dépendance temporaire et pérenne ; et
- plus généralement, la prise de participation, d'intérêts ou l'acquisition par tous moyens de toute entreprise, société, affaire ou de tout actif et toute opération commerciale, financière, mobilière ou immobilière ou autre, se rattachant directement ou indirectement à l'un des objets spécifiés ci-dessus, ou susceptible d'en faciliter la réalisation ou le développement, ou à tout objet similaire ou connexe susceptible de favoriser le développement de la Société.

### **29.2.2 Stipulations statutaires relatives aux organes d'administration et de direction – Règlement intérieur du conseil d'administration**

#### **(a) Conseil d'administration (extraits de l'article 14 des statuts)**

##### ***Composition du conseil d'administration***

Sous réserve des dispositions légales applicables en cas de fusion avec une autre société anonyme, le conseil d'administration est composé de trois membres au moins et de dix-huit au plus, nommés par l'assemblée générale ordinaire des actionnaires.

##### ***Durée des fonctions — Limite d'âge — Remplacement***

La durée des fonctions des administrateurs est de 3 ans, expirant à l'issue de la réunion de l'assemblée générale ordinaire appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat. Tout membre sortant est rééligible.

Le nombre d'administrateurs personnes physiques et de représentants permanents de personnes morales, âgés de plus de 70 ans, ne pourra dépasser le tiers des administrateurs en exercice.

L'administrateur nommé en remplacement d'un autre ne demeure en fonction que pour la durée restant à courir du mandat de son prédécesseur.

##### ***Actions d'administrateur***

Chaque administrateur, personne physique ou morale ou représentant permanent, doit détenir un nombre minimum de 1 300 actions de la Société.

Si, le jour de sa nomination, un administrateur n'est pas propriétaire du nombre d'actions requis ou si, en cours de mandat, il cesse d'en être propriétaire, il est réputé démissionnaire d'office s'il n'a pas régularisé sa situation dans un délai de trois mois.

### ***Le Président du conseil d'administration***

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un Président qui doit être une personne physique.

Le Président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci, dont il rend compte à l'assemblée générale. Il veille au bon fonctionnement des organes de la Société et s'assure, en particulier, que les administrateurs sont en mesure de remplir leur mission.

Le Président est nommé pour une durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible. Le conseil d'administration peut le révoquer à tout moment. Pour l'exercice de ses fonctions, le Président doit être âgé de moins de 70 ans. Lorsqu'en cours de mandat, cette limite d'âge aura été atteinte, le Président est réputé démissionnaire d'office et il est procédé à la désignation d'un nouveau Président. En cas d'empêchement temporaire ou de décès du Président, le conseil d'administration peut déléguer un administrateur dans les fonctions du Président. En cas d'empêchement temporaire, cette délégation est donnée pour une durée limitée ; elle est renouvelable. En cas de décès, elle vaut jusqu'à l'élection du nouveau Président.

La rémunération du Président est fixée par le conseil d'administration, sur avis du comité des nominations et des rémunérations.

Lorsque la direction générale de la Société est assumée par le Président du conseil d'administration, les dispositions ci-dessous relatives au Directeur général lui sont applicables.

### ***Mode d'exercice de la Direction générale***

#### *Direction générale*

La direction générale de la Société est assumée sous sa responsabilité, soit par le Président du conseil d'administration, soit par une autre personne physique nommée par le conseil d'administration et qui prend le titre de Directeur général.

Le Directeur général est nommé par le conseil d'administration qui fixe la durée de son mandat, détermine sa rémunération et, le cas échéant, les limitations de ses pouvoirs, le cas échéant au sein de son règlement intérieur.

Le Directeur général est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de la Société. Il exerce ces pouvoirs dans la limite de l'objet social et sous réserve de ceux que la loi et les statuts attribuent expressément aux assemblées générales d'actionnaires et au conseil d'administration. Il représente la Société dans ses rapports avec les tiers. La Société est engagée même par les actes du Directeur général qui ne relèvent pas de l'objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte en cause dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances, étant précisé que la seule publication des statuts ne peut suffire à constituer cette preuve.

Pour l'exercice de ses fonctions, le Directeur général doit être âgé de moins de 70 ans. Lorsqu'en cours de mandat, cette limite d'âge aura été atteinte, le Directeur général se maintient en fonction jusqu'à la prochaine réunion de conseil d'administration.

Le Directeur général est révocable à tout moment par le conseil d'administration. Si la révocation est décidée sans juste motif, elle peut donner lieu à dommages-intérêts, sauf

lorsque le Directeur général assume les fonctions de Président du conseil d'administration.

#### *Directeurs généraux délégués*

Sur la proposition du Directeur général, le conseil d'administration peut, pour l'assister, nommer un maximum de 5 Directeurs généraux délégués. Le Directeur général délégué doit toujours être une personne physique. Il est choisi parmi les administrateurs ou en dehors d'eux. En accord avec le Directeur général, le conseil d'administration détermine l'étendue et la durée des pouvoirs du Directeur général délégué, qui ne peuvent excéder les pouvoirs du Directeur général ainsi que la durée des fonctions du Directeur général. Le conseil d'administration détermine la rémunération du Directeur général délégué.

En cas de cessation des fonctions du Directeur général, le Directeur général délégué, sauf décision contraire prise par le conseil d'administration, restera en fonction jusqu'à la nomination du nouveau Directeur général.

#### ***Délibérations du conseil d'administration***

Le conseil d'administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de la société l'exige et toutes les fois qu'il le juge convenable, au lieu indiqué dans la convocation.

Les administrateurs sont convoqués à tout moment aux séances du conseil d'administration par tous moyens et même verbalement par le président ou en son nom par toute personne qu'il désignera. Le quart au moins des membres du conseil d'administration peut demander au Président de convoquer celui-ci sur un ordre du jour déterminé et sous un délai de 3 jours.

Tout administrateur peut donner mandat à un autre administrateur pour le représenter dans une délibération du conseil d'administration. Le conseil d'administration est seul juge de la validité du mandat qui peut être donné par tout moyen écrit attestant sans ambiguïté de la volonté du mandant. Un administrateur ne peut représenter qu'un seul autre administrateur.

En cas d'empêchement ou de carence du président, le conseil d'administration peut être convoqué par des administrateurs constituant au moins le quart des membres du conseil d'administration.

L'ordre du jour peut n'être fixé que lors de la réunion.

Les séances du conseil d'administration ont lieu au siège social ou en tout autre endroit en France ou à l'étranger précisé lors de la convocation, y compris par conférence téléphonique ou vidéoconférence (sauf dans le cadre de la vérification et du contrôle des comptes annuels et consolidés, s'il y a lieu) dans les conditions prévues par le règlement intérieur.

Les délibérations sont prises aux conditions de quorum et de majorité prévues par la loi. En cas de partage des voix, celle du président de séance n'est pas prépondérante.

#### ***Pouvoirs du conseil d'administration***

Le conseil d'administration détermine les orientations de la Société et veille à leur mise en œuvre. Sous réserve des pouvoirs expressément attribués aux assemblées d'actionnaires et dans la limite de l'objet social, il se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Société et règle par ses délibérations les affaires qui la concernent.

Le conseil d'administration décide si la direction générale est assumée par le Président du conseil d'administration ou si elle est assumée par une autre personne physique portant le titre de Directeur général. Les actionnaires et les tiers seront informés de ce choix dans les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires en vigueur. Le conseil d'administration délibère sur ce choix par un vote à la majorité simple des membres présents ou représentés. Le changement de mode de direction peut intervenir uniquement à la suite d'une assemblée générale.

Le conseil d'administration peut instituer des comités dont il fixe la composition et les attributions et qui exercent leur activité sous sa responsabilité. Ces comités ont pour vocation d'assister le conseil d'administration dans ses missions. A ce titre, il est rappelé que la Société a mis en place un comité d'audit et un comité des nominations et des rémunérations (voir paragraphe 19.3 « Comités du conseil d'administration »).

En outre, le conseil d'administration pourra nommer à la majorité de ses membres un ou plusieurs censeur(s) qui assisteront également aux séances du conseil d'administration, sans voix délibérative, recevront les mêmes informations (dans les mêmes formes et sous les mêmes délais) que celles communiquées aux autres membres du conseil d'administration et auront communication des procès-verbaux des réunions.

#### **(b) Règlement intérieur du conseil d'administration**

Le 12 février 2010, le conseil d'administration de la Société a adopté un règlement intérieur destiné à préciser les modalités de son fonctionnement, en complément des dispositions légales, réglementaires et statutaires de la Société.

Ce règlement intérieur précise, d'une part le mode d'organisation et de fonctionnement, les pouvoirs et les attributions du conseil d'administration et des comités institués en son sein (voir paragraphes 19.3 « Comités du conseil d'administration » et 19.4 « Limitations apportées aux pouvoirs de la direction » pour une description des différents comités institués et des limitations apportées aux pouvoirs de la direction générale), et d'autre part les modalités de contrôle et d'évaluation de son fonctionnement.

#### **(c) Contrôle et évaluation du fonctionnement du conseil d'administration**

Conformément aux statuts de la Société et au règlement intérieur du conseil d'administration, celui-ci veille à compter en son sein des membre(s) indépendant(s), en s'inspirant notamment du Code de Référence.

De manière générale, un administrateur indépendant ne doit entretenir, avec la Société, son groupe ou sa direction, aucune relation, de quelque nature qu'elle soit, qui puisse compromettre l'exercice de sa liberté de jugement.

Le conseil d'administration est composé de 3 administrateurs satisfaisant aux critères d'indépendance figurant ci-dessus (voir paragraphe 18.1 « Composition et fonctionnement des organes de direction et de contrôle »).

Préalablement à l'admission aux négociations de ses actions sur le marché Euronext Paris, la Société n'avait pas encore adopté son règlement intérieur ni mis en place de comités du Conseil, et le Président du conseil d'administration n'avait pas l'obligation d'établir, conformément aux dispositions de l'article L.225-37 du Code de commerce, un rapport sur la composition et les conditions de préparation et d'organisation des travaux du conseil d'administration et de ses comités, ainsi que des procédures de contrôle interne et de gestion des risques mises en place par la Société. Au titre de l'exercice clos

le 31 décembre 2009, le Président du conseil d'administration a toutefois préparé un rapport s'inspirant notamment de la position de l'AMF du 9 janvier 2008 (« Cadre de référence du contrôle interne : Guide de mise en oeuvre pour les valeurs moyennes et petites »). Ce rapport figure en Annexe 1 au présent document.

### 29.2.3 Droits, privilèges et restrictions attachés aux actions

#### ***Répartition statutaire des bénéfices, paiement des dividendes et acomptes (extraits de l'article 16 des statuts)***

##### *Bénéfice - Réserve légale*

Sur le bénéfice de l'exercice social, diminué le cas échéant des pertes antérieures, il est d'abord prélevé :

- cinq pour cent au moins affecté au fonds dit « réserve légale », prélèvement qui cesse d'être obligatoire lorsque ce fonds atteint le dixième du capital, mais reprend son cours si, pour une cause quelconque, cette quotité n'est plus atteinte ; et
- toutes sommes à porter en réserve en application de la loi ou des statuts.

Le bénéfice distribuable est constitué par le bénéfice de l'exercice diminué des pertes antérieures et du prélèvement prévu ci-dessus et augmenté du report bénéficiaire.

##### *Dividendes*

S'il résulte des comptes de l'exercice, tels qu'approuvés par les actionnaires, l'existence d'un bénéfice distribuable, les actionnaires décident de l'inscrire à un ou plusieurs postes de réserve dont ils règlent l'affectation ou l'emploi, de le reporter à nouveau ou de le distribuer sous forme de dividendes.

Après avoir constaté l'existence de réserves dont ils ont la disposition, les actionnaires peuvent décider, dans les conditions prévues par les statuts, la distribution de sommes prélevées sur ces réserves. Dans ce cas, la décision indique expressément les postes de réserves sur lesquels ces prélèvements sont effectués. Toutefois, les dividendes sont prélevés en priorité sur le bénéfice distribuable de l'exercice.

##### *Acomptes sur dividendes*

Lorsqu'un bilan établi au cours ou à la fin de l'exercice et certifié conforme par le ou les commissaires aux comptes fait apparaître que la Société, depuis la clôture de l'exercice précédent, après constitution des amortissements et provisions nécessaires et déduction faite s'il y a lieu des pertes antérieures ainsi que des sommes à porter en réserve en application de la loi ou des statuts de la Société et compte tenu du report bénéficiaire, a réalisé un bénéfice, le conseil d'administration peut avant l'approbation des comptes de l'exercice, mettre en distribution, dans les conditions légales, un ou plusieurs acomptes sur dividendes. Le montant de ces acomptes ne peut excéder le montant du bénéfice défini au présent paragraphe.

##### *Paiement des dividendes et des acomptes*

Le paiement en numéraire des dividendes est effectué à la date et aux lieux fixés par l'assemblée générale et, à défaut, par le conseil d'administration, dans un délai maximal de 9 mois après la clôture de l'exercice, sauf prolongation de ce délai par ordonnance du Président du Tribunal de commerce statuant sur requête du conseil d'administration.

Tous dividendes qui n'ont pas été perçus dans les cinq années à partir de la date de l'assemblée générale décidant leur mise en paiement sont prescrits conformément à la loi.

L'assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice a la faculté d'accorder à chaque actionnaire pour tout ou partie du dividende mis en distribution ou des acomptes sur dividendes, une option entre le paiement du dividende en numéraire ou en actions. La demande de paiement du dividende en actions devra intervenir dans un délai maximal fixé par l'assemblée générale sans pouvoir excéder trois mois après la date de ladite assemblée.

#### **29.2.4 Modifications du capital et des droits attachés aux actions (extrait de l'article 7 des statuts)**

##### ***Augmentation de capital***

Le capital social peut être augmenté, soit par émission d'actions nouvelles, même d'une catégorie autre que celle des actions existantes, soit par élévation du montant nominal des actions existantes ou par l'exercice de droits attachés à des valeurs mobilières donnant accès au capital. Les actions nouvelles sont libérées soit en numéraire, y compris par compensation avec des créances liquides et exigibles sur la Société, soit par incorporation de réserves, bénéfiques ou primes d'émission, soit par apport en nature, soit en conséquence d'une fusion ou d'une scission.

L'assemblée générale extraordinaire est seule compétente pour décider ou autoriser une augmentation de capital immédiate ou à terme. Elle peut déléguer cette compétence au conseil d'administration conformément à la loi ou lui attribuer les pouvoirs nécessaires à l'effet de réaliser, dans le délai légal, l'augmentation du capital, en une ou plusieurs fois, d'en fixer les modalités, d'en constater la réalisation et de procéder à la modification corrélative des statuts.

Il peut être décidé de limiter une augmentation de capital contre numéraire au montant des souscriptions, dans les conditions prévues par la loi.

En cas d'augmentation par émission d'actions à souscrire contre numéraire, un droit de préférence à la souscription de ces actions est réservé, dans les conditions légales, aux propriétaires des actions existantes. Toutefois les actionnaires peuvent renoncer à titre individuel à leur droit préférentiel et l'assemblée générale qui décide l'augmentation du capital peut supprimer ce droit préférentiel en respectant les conditions légales.

Ceux des actionnaires qui n'ont pas un nombre suffisant d'actions anciennes pour obtenir un nombre entier d'actions nouvelles doivent s'entendre avec d'autres, s'ils désirent exercer leurs droits, sans qu'il puisse résulter de cette entente de souscriptions indivises.

L'augmentation du capital peut également résulter de la demande faite par tout actionnaire de recevoir en actions le paiement de tout ou partie du dividende ou d'un acompte sur dividende mis en distribution lorsque cette faculté a été accordée aux actionnaires par l'assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice.

Le conseil d'administration, dans les délais légaux, constate le nombre des actions émises en application de l'alinéa précédent et apporte les modifications nécessaires aux clauses des statuts relatives au montant du capital social et au nombre des actions qui le représentent.

### ***Réduction et amortissement du capital social***

L'assemblée générale extraordinaire peut, dans les conditions fixées par la loi, décider ou autoriser le conseil d'administration à réaliser la réduction du capital social, pour quelque cause et de quelque manière que ce soit, notamment par achat et annulation d'un nombre déterminé d'actions ou au moyen d'un échange des anciennes actions contre de nouvelles actions, d'un nombre équivalent ou moindre, ayant ou non le même nominal et, s'il y a lieu, avec cession ou achat d'actions anciennes pour permettre l'échange et avec ou sans soulte à payer ou à recevoir.

#### **29.2.5 Assemblées générales**

##### ***Convocation et pouvoirs de représentation (extraits de l'article 15 des statuts)***

L'assemblée générale est convoquée par le conseil d'administration, ou, en cas de carence, par les commissaires aux comptes ou encore par un mandataire désigné par le Président du Tribunal de commerce statuant en référé, à la demande soit d'un ou plusieurs actionnaires réunissant 5 % au moins du capital social, soit d'une association d'actionnaires dans les conditions prévues par l'article L.225-120 du Code de commerce.

La convocation est faite quinze jours au moins à l'avance sur première convocation et six jours au moins à l'avance sur convocations suivantes, au moyen d'un avis inséré dans un journal habilité à recevoir les annonces légales dans le département du siège social et au Bulletin des Annonces Légales Obligatoires. Les actionnaires titulaires d'actions nominatives depuis un mois au moins à la date de ces avis sont convoqués par lettre ordinaire ou par tout moyen de télécommunication électronique.

La convocation est précédée par un avis contenant les mentions prévues par la loi inséré au Bulletin des Annonces Légales Obligatoires trente jours au moins avant l'assemblée.

L'ordre du jour de chaque assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il contient, le cas échéant, les propositions émanant d'un ou plusieurs actionnaires, dans les conditions fixées par la loi.

L'assemblée générale se compose de tous les actionnaires quel que soit le nombre de leurs actions pourvu qu'elles aient été libérées des versements exigibles.

Le droit de participer, personnellement ou par mandataire, aux assemblées est subordonné :

- soit à l'inscription de l'actionnaire dans les comptes de titres nominatifs tenus par la Société ou par le mandataire désigné par elle cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée ;
- soit au dépôt dans les mêmes délais, aux lieux indiqués à cet effet, dans l'avis de convocation, d'un certificat délivré par l'intermédiaire financier habilité teneur de compte de l'actionnaire, constatant l'indisponibilité, jusqu'à la date de l'assemblée des actions inscrites dans ce compte jusqu'à la date de l'assemblée.

Toutefois, le conseil d'administration a la faculté, par voie de mesure générale, de réduire le délai mentionné ci-dessus.

L'actionnaire, à défaut d'assister personnellement à l'assemblée générale, peut choisir entre l'une des trois formules suivantes :

- donner procuration à un autre actionnaire ou à son conjoint ;

- voter par correspondance ; ou
- adresser une procuration à la société sans indication de mandat ;

dans les conditions prévues par la loi et les règlements.

L'intermédiaire qui a satisfait aux dispositions légales en vigueur peut, en vertu d'un mandat général de gestion des titres, transmettre pour une assemblée le vote ou le pouvoir d'un propriétaire d'actions n'ayant pas son domicile sur le territoire français.

La Société est en droit de demander à l'intermédiaire visé à l'alinéa précédent de fournir la liste des propriétaires non résidents des actions auxquelles ces droits de vote sont attachés ainsi que la quantité d'actions détenue par chacun d'eux.

#### ***Tenue des assemblées générales (extraits de l'article 15 des statuts)***

Les assemblées sont réunies au siège social ou en tout autre lieu précisé dans l'avis de convocation.

Les assemblées sont présidées par le Président du conseil d'administration ou, en son absence, par l'administrateur le plus ancien présent à cette assemblée. A défaut, l'assemblée élit elle-même son Président.

#### ***Droits de vote (extraits des articles 11, 12 et 15 des statuts)***

Le droit de vote attaché aux actions est proportionnel à la quotité du capital qu'elles représentent. A égalité de valeur nominale, chaque action donne droit à une voix.

Chaque action donne droit à la représentation dans les assemblées générales dans les conditions légales et statutaires.

Le droit de vote appartient au nu-propriétaire, sauf pour les décisions relatives à l'affectation des bénéfices où il appartient à l'usufruitier. Le nu-propriétaire a cependant le droit de participer à toutes les décisions collectives des actionnaires

#### ***Droits de vote double***

Néant.

#### ***Limitation des droits de vote***

Néant.

#### ***Forme des actions et identification des porteurs de titres (extraits des articles 9 et 13 des statuts)***

Les actions sont nominatives jusqu'à leur entière libération. Quand elles sont libérées, elles peuvent, sous réserve de toute disposition légale contraire, revêtir la forme nominative ou au porteur, au choix des actionnaires. La propriété des actions résulte de leur inscription en compte dans les conditions légales et réglementaires en vigueur.

Sauf dispositions légales contraires, la conversion des actions de la forme nominative à la forme au porteur, et réciproquement, s'opère à la demande signée de l'actionnaire et à ses frais, en se conformant à la réglementation en vigueur.

La Société est autorisée à faire usage des dispositions légales prévues en matière d'identification des détenteurs de titres conférant immédiatement ou à terme le droit de vote dans ses propres assemblées d'actionnaires, conformément aux articles L.228-1 à L.228-3-4 du Code de commerce.



#### **29.2.6 Convention d'actionnaires**

Aucune convention d'actionnaires n'existe à la date de l'enregistrement du présent document.

#### **29.2.7 Franchissement de seuils statutaires (extraits de l'article 13 des statuts)**

Outre le respect de l'obligation légale d'informer la Société de la détention de certaines fractions du capital et des droits de vote y attachés, toute personne physique ou morale – y compris tout intermédiaire inscrit comme détenteur de titres des personnes non domiciliées sur le territoire français – qui, seule ou de concert avec d'autres personnes physiques ou morales, vient à détenir ou cesse de détenir, de quelque manière que ce soit, une fraction égale à 2 % du capital ou des droits de vote ou un multiple de cette fraction, est tenue d'informer la Société, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au plus tard avant la clôture des négociations du quatrième jour de bourse suivant le jour du franchissement de l'un de ces seuils, du nombre d'actions ou de droits de vote qu'elle détient directement mais aussi du nombre d'actions ou de droits de vote assimilés aux actions ou aux droits de vote possédés par cette personne en vertu de l'article L.233-9 du Code de commerce.

A défaut d'avoir été déclarées dans ces conditions, les actions excédant la fraction qui aurait dû être déclarée sont privées du droit de vote dans les assemblées d'actionnaires si, à l'occasion d'une assemblée, le défaut de déclaration a été constaté et si un ou plusieurs actionnaires détenant ensemble 5 % au moins du capital ou des droits de vote en font la demande lors de cette assemblée. Dans les mêmes conditions, les droits de vote qui n'ont pas été régulièrement déclarés ne peuvent être exercés. La privation du droit de vote s'applique pour toute assemblée d'actionnaires se tenant jusqu'à l'expiration d'un délai de deux ans suivant la date de régularisation de la déclaration.

#### **29.2.8 Modifications du capital social**

Les dispositions statutaires régissant les modifications du capital social de la Société ne sont pas plus strictes que celles imposées en vertu de la loi. Ces modalités sont présentées au paragraphe 29.2.4 « Modifications du capital et des droits attachés aux actions (extrait de l'article 7 des statuts) » ci-dessus.

### **30      CONTRATS IMPORTANTS**

Aucun contrat (autre que les contrats conclus dans le cadre normal des affaires) souscrit par un membre quelconque du groupe MEDICA et contenant une obligation ou un engagement important pour l'ensemble du groupe MEDICA n'a été conclu.

**31      INFORMATIONS PROVENANT DE TIERS, DÉCLARATIONS D'EXPERTS ET  
DÉCLARATIONS D'INTÉRÊTS**

À la connaissance de la Société, ces informations ont été fidèlement reproduites et aucun fait n'a été omis qui rendrait les informations reproduites inexactes ou trompeuses en tout point important.

## **32 DOCUMENTS ACCESSIBLES AU PUBLIC**

Les statuts, procès-verbaux des assemblées générales et autres documents sociaux de la Société, ainsi que les informations financières historiques et toute évaluation ou déclaration établis par un expert à la demande de la Société devant être mis à la disposition des actionnaires, conformément à la législation applicable, peuvent être consultés au siège social de la Société.

L'ensemble des informations rendues publiques par le groupe MEDICA en application de l'article 221-1 du Règlement général de l'AMF est accessible sur son site Internet ([www.groupemedica.com](http://www.groupemedica.com)) et une copie peut en être obtenue au siège social de la Société, 39 rue Gouverneur Général Félix Éboué, 92130, Issy les Moulineaux.

### **33      INFORMATIONS SUR LES PARTICIPATIONS**

Les informations sur les participations figurent au paragraphe 25.5 « Etats financiers consolidés au 31 décembre 2009 » (note n° 41).

### 34 DOCUMENT D'INFORMATION DE L'ARTICLE 222-7 DU RÈGLEMENT GÉNÉRAL DE L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

<b>Date</b>	<b>Objet</b>	<b>Lieu de consultation</b>
26 mai 2010	Entrée dans l'indice MSCI France Small Cap Index	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
19 mai 2010	Avis de réunion d'Assemblée générale mixte	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
7 mai 2010	Chiffre d'affaires du 1 <sup>er</sup> trimestre 2010	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
29 avril 2010	Rapport Financier Annuel 2009	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
30 mars 2010	Résultats annuels 2009	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
08 mars 2010	Mise en oeuvre d'un contrat de liquidité	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
25 février 2010	Confirmation du chiffre d'affaires consolidé 2009 : 480,7 millions d'euros	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
18 février 2010	Introduction réussie à 313,7 millions d'euros grâce à l'exercice intégral de l'option de surallocation	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
16 février 2010	Nominations d'administrateurs indépendants au conseil d'administration de MEDICA	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
09 février 2010	Succès de l'introduction en bourse de MEDICA	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
08 février 2010	Fixation du prix applicable à l'Offre à Prix Ouvert	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
26 janvier 2010	Lancement de l'introduction en Bourse de MEDICA	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
25 janvier 2010	Note d'opération	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
10 décembre 2009	Enregistrement du document de base auprès de l'AMF	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>
9 décembre 2009	Document de base	<a href="http://www.groupemedica.com">www.groupemedica.com</a>

## **ANNEXE 1 : RAPPORT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SUR LES CONDITIONS DE PRÉPARATION ET L'ORGANISATION DES TRAVAUX DU CONSEIL ET SUR LES PROCÉDURES DE CONTRÔLE INTERNE ET DE GESTION DES RISQUES MISES EN PLACE PAR LA SOCIÉTÉ (ARTICLE L. 225-37 DU CODE DE COMMERCE)**

Mesdames, Messieurs,

En complément du rapport de gestion établi par notre Conseil d'Administration, nous vous rendons compte, dans le présent rapport spécial, des conditions de préparation et d'organisation des travaux du Conseil ainsi que des procédures de contrôle interne et de gestion des risques mises en place par la Société et des éventuelles limitations apportées par le Conseil d'Administration aux pouvoirs du Directeur Général.

### **I. CONDITIONS DE PRÉPARATION ET D'ORGANISATION DES TRAVAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET REGLES DE « GOUVERNANCE D'ENTREPRISE »**

MEDICA, ci-après « la Société », est une société anonyme à Conseil d'Administration depuis son assemblée générale extraordinaire du 9 novembre 2009, dont les titres sont admis aux négociations sur le Compartiment B du marché Euronext Paris depuis le 10 février 2010.

Dans cette perspective et dans un souci de transparence et d'information du public, la Société avait engagé préalablement à son admission sur le marché Euronext Paris, une réflexion d'ensemble relative aux pratiques de gouvernement d'entreprise.

En matière de gouvernement d'entreprise, la Société, après avoir pris connaissance des dispositions du Code de Gouvernement d'Entreprise pour les valeurs moyennes et petites, publié par MiddleNext en décembre 2009, a choisi de se référer à ce Code disponible sur le site Internet de MiddleNext, ci-après le « Code de Référence ». La Société dispose à son siège social d'un exemplaire de ce Code de Référence sous forme d'une copie à disposition permanente des membres composant ses organes de gouvernance.

Préalablement à l'admission aux négociations de ses actions sur le marché Euronext Paris, la Société n'avait pas l'obligation d'établir le présent rapport, et n'avait pas encore adopté son règlement intérieur ni mis en place de comités du Conseil. Le présent rapport décrit toutefois notamment les mesures de contrôle interne en place à la date du présent rapport en s'inspirant notamment de la position de l'Autorité des marchés financiers (« **AMF** ») du 9 janvier 2008 (« Cadre de référence du contrôle interne : Guide de mise en œuvre pour les valeurs moyennes et petites »).

#### **A. Le Conseil d'Administration et les Comités**

##### **1. Le Conseil d'Administration**

##### **(a) Composition du Conseil d'Administration :**

Le Conseil d'Administration est composé de trois membres au moins et de dix-huit au plus, nommés par l'assemblée générale ordinaire annuelle.

Le Conseil d'administration veille à ce que la présence d'au moins un tiers d'administrateurs indépendants soit respectée au sein du Conseil.

Le Conseil d'Administration est présidé depuis le 9 Novembre 2009 par Monsieur Jacques Bailet, qui assurait déjà les fonctions de Président de la Société depuis le 9 août 2006 sous sa forme de société par actions simplifiée.

Au jour de l'établissement de ce rapport, le Conseil d'Administration comprend sept membres, dont trois sont indépendants au regard des critères visés par le Code de Référence ; il s'agit de Madame Catherine Soubie, Monsieur Gilles Cojan, et Monsieur Guy de Panafieu.

Chaque administrateur, personne physique ou morale, s'engage à détenir un nombre minimum de 1 300 actions de la société. Le règlement intérieur du Conseil précise que les actions acquises pour satisfaire à cette obligation doivent être détenues sous la forme nominative.

Le Conseil est composé comme suit :

Nom	Age	Fonction	Date de nomination	Date d'expiration du mandat
Jacques Bailet	58 ans	Président	9/11/2009	
Jean-Baptiste Wautier	40 ans	Membre	9/11/2009	
Denis Villafranca	37 ans	Membre	9/11/2009	A l'issue de l'assemblée générale appelée à se prononcer sur les comptes de l'exercice clos le 31 décembre 2012
André François-Poncet	50 ans	Membre	9/11/2009	
Madame Catherine Soubie	44 ans	Membre	12/02/2010	
Monsieur Gilles Cojan	55 ans	Membre	12/02/2010	
Monsieur Guy de Panafieu	66 ans	Membre	12/02/2010	

La liste des mandats exercés par les membres du Conseil est présentée en paragraphe 3.3 du rapport de gestion.

Les statuts de la Société définissent et précisent les modalités de composition du conseil d'administration comme suit :

L'administrateur nommé en remplacement d'un autre ne demeure en fonction que pour la durée restant à courir du mandat de son prédécesseur.

Tout membre sortant est rééligible. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, le nombre d'administrateurs personnes physiques et de représentants permanents de personnes morales, âgés de plus de 70 ans, ne pourra dépasser le tiers des administrateurs en exercice.

L'acceptation et l'exercice du mandat d'administrateur entraînent l'engagement, pour chaque intéressé, d'attester par écrit à tout moment qu'il satisfait aux conditions et obligations requises par les lois en vigueur, notamment en ce qui concerne les cumuls de mandats.

Le règlement intérieur précise que les administrateurs devront être choisis en raison de leur compétence, de leur diversité d'expériences, de leur volonté d'être associés à la définition et



à la mise en œuvre de la stratégie de la Société et de ses filiales et ainsi que de la contribution qu'ils peuvent apporter aux travaux du Conseil d'Administration.

Un salarié de la société ne peut être nommé administrateur que si son contrat correspond à un emploi effectif. Le nombre des administrateurs liés à la société par un contrat de travail ne peut dépasser le tiers des administrateurs en fonction.

**(b) Durée et cumuls des mandats :**

Afin de se conformer au Code de Référence et dans un souci de préservation de l'indépendance des administrateurs, la durée des mandats des membres du Conseil d'administration a été statutairement fixée à trois (3) années expirant à l'issue de l'assemblée générale ordinaire annuelle appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

**(c) Convocation et tenue des réunions du Conseil d'Administration :**

Conformément à la Loi et au Règlement Intérieur de la Société, les administrateurs sont convoqués à tout moment aux séances du Conseil d'Administration par tous moyens et même verbalement par le Président ou en son nom par toute personne qu'il désignera.

Les séances du Conseil d'Administration ont lieu au siège social ou en tout autre endroit en France ou à l'étranger précisé lors de la convocation.

En cas d'empêchement ou de carence du Président, le Conseil d'administration peut être convoqué par des administrateurs constituant au moins le quart des membres du Conseil d'administration.

Le Président du Conseil d'administration peut autoriser la participation aux délibérations, par des moyens de visioconférence ou de télécommunication (sauf dans le cadre de la vérification et du contrôle des comptes annuels et consolidés); les moyens de visioconférence ou de télécommunication doivent satisfaire à des caractéristiques techniques garantissant l'identification des administrateurs concernés et leur participation effective à la réunion du Conseil dont les délibérations doivent être retransmises de façon continue ainsi que la confidentialité des délibérations

Depuis sa mise en place le 9 novembre 2009, le Conseil d'Administration s'est réunie à quatre reprises à l'effet de délibérer principalement sur les opérations liées à l'admission des titres de la Société sur le marché Euronext Paris, avec un taux participation de plus de 93 %.

**(d) Conditions de préparation des travaux du Conseil**

Pour permettre aux membres du Conseil de préparer utilement les réunions, le Président s'efforce de communiquer toutes informations ou documents nécessaires préalablement à la réunion.

**(e) Règlement Intérieur du Conseil d'Administration**

Le Conseil, soucieux de respecter les principes du gouvernement d'entreprise tels qu'ils résultent des recommandations applicables, a adopté, en sa séance du 12 février 2010, son Règlement Intérieur.

Il a pour objectif, en complétant les dispositions statutaires, de fixer le détail de la composition, de l'organisation et du fonctionnement du Conseil et des comités créés en son sein, ainsi que les droits et obligations des administrateurs.

Il édicte notamment un ensemble de règles sur les sujets suivants :

- le respect pour le Conseil de s'adjoindre la compétence d'au moins le tiers d'administrateurs indépendants en son sein ;
- les limitations apportées aux pouvoirs de la Direction Générale (voir § I.B ci-dessous)
- l'obligation de déclarer tout conflit d'intérêts et de s'abstenir en cas de vote ;
- le respect des règles d'indépendance, d'éthique et d'intégrité par chaque administrateur ;
- les déclarations d'opération sur titres des mandataires sociaux ;

## 2. Organisation et fonctionnement des Comités spécialisés

Le Conseil d'Administration peut instituer des comités dont il fixe la composition et les attributions et qui exercent leur activité sous sa responsabilité. Ces Comités ont pour vocation d'assister le conseil d'administration dans ses missions. A ce titre, il est précisé que la Société va mettre en place un comité d'audit et un comité des nominations et des rémunérations.

### **B. Limitations des pouvoirs du Directeur Général**

Conformément aux dispositions réglementaires, le Directeur Général est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de la Société. Il exerce ces pouvoirs dans la limite de l'objet social et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées d'actionnaires et au Conseil d'Administration.

Toutefois, conformément au règlement intérieur du Conseil, il est précisé les sujets qui doivent être soumis à l'approbation préalable du Conseil sont les suivants :

- le budget annuel ;
- toute décision nécessitant l'accord préalable des prêteurs ou qui, à défaut d'un tel accord préalable, constituerait ou serait susceptible de constituer un cas de remboursement anticipé obligatoire ; ainsi que
- toute opération de croissance externe ou cession représentant un montant supérieur ou égal à 20 millions d'euros.

### **C. Principes et règles de détermination des rémunérations des mandataires sociaux**

#### **(a) Montant global décidé par l'assemblée générale**

Les membres du conseil d'administration peuvent recevoir, à titre de jetons de présence, une rémunération annuelle dont le montant global est déterminé par l'Assemblée générale et maintenu jusqu'à nouvelle décision d'une autre assemblée.

### **(b) Répartition des jetons de présence fixée par le conseil**

Le montant des jetons de présence ainsi alloué par l'Assemblée générale est réparti par le Conseil d'administration, sur proposition ou avis du Comité des nominations et rémunérations, selon les modalités suivantes :

- une partie fixe forfaitaire attribuée à chacun des administrateurs ; et le cas échéant,
- une partie variable déterminée en fonction des présences effectives aux séances du Conseil.

Il peut également être alloué aux administrateurs membres des comités une part supérieure à celles des autres administrateurs.

Tout membre du Conseil d'administration peut également percevoir des jetons de présence d'un montant forfaitaire en considération de son expérience spécifique ou de missions particulières qui lui sont confiées.

Le Conseil d'administration fixe, s'il y a lieu, la rémunération du Président du Conseil d'administration. Il peut également allouer des rémunérations exceptionnelles pour des missions ou mandats spéciaux confiés à ses membres.

La Société n'a versé aucun jeton de présence au titre de l'exercice 2009.

### **(c) Le comité des rémunérations**

Dès sa mise en place, le comité des nominations et des rémunérations sera amené à se prononcer sur tous les modes de rémunérations du Président et des dirigeants.

Il convient de rappeler que Monsieur Jacques Bailet, salarié de la Société depuis son entrée dans le groupe MEDICA, devenu Président Directeur Général de la Société suite à la récente modification de forme de la Société en société anonyme à conseil d'administration, a conservé son contrat de travail avec la Société. Son contrat de travail a néanmoins été suspendu depuis le 10 février 2010 et pendant toute la durée de son mandat, sans que cela remette en question les objectifs dudit Code de Référence, à savoir la protection de l'intérêt social.

Les rémunérations versées aux Dirigeants et Mandataires sociaux sont présentées en paragraphe 9.1 du rapport de gestion.

Le Comité aura pour mission notamment d'examiner et de formuler les propositions au Conseil d'administration concernant les candidats aux fonctions de membres du Conseil d'administration.

En ce qui concerne les plans d'options de souscription ou d'achat d'actions et toutes autres formes de rémunérations en actions ou de rémunérations indexées ou liées à des actions, le comité des nominations et des rémunérations a pour mission de débattre notamment de la politique générale régissant le bénéfice de tels systèmes et de soumettre d'éventuelles propositions à ce sujet au Conseil d'administration.

## **II. LES PROCEDURES DE CONTRÔLE INTERNE ET DE GESTION DES RISQUES**

Dans le cadre de son introduction en bourse, la Société a procédé à une réévaluation des risques qui ont été décrits dans le Document de Base de la Société (Visa n° 10-015) et repris au paragraphe 6 du rapport de gestion.

### **A. Définition et objectifs du groupe MEDICA en matière du contrôle interne**

Les règles de contrôle interne mise en place au sein de MEDICA sont définies par la Direction Générale, qui s'appuient notamment, pour leur mise en œuvre, sur les équipes de la Direction d'Exploitation, du Contrôle Financier, de la Direction Juridique et Fiscale, de la Direction en charge de la Comptabilité et de la Consolidation, de la Direction Informatique, ainsi que celles de la Direction Médicale et Qualité.

Celles-ci s'inspirent notamment de la position de l'AMF du 9 janvier 2008 (« Cadre de référence du contrôle interne : Guide de mise en œuvre pour les valeurs moyennes et petites ») et visent notamment à assurer au sein du Groupe MEDICA :

- le respect des lois et de la réglementation applicables aux filiales et aux établissements du groupe MEDICA ;
- l'application effective des directives, politiques et procédures internes, et bonnes pratiques fixées par la Direction Générale ;
- la sauvegarde des actifs du groupe ;
- la fiabilité et la sincérité des informations financières et des comptes communiqués aux organes sociaux et publiés ;
- la prévention et la maîtrise des risques identifiés résultant de l'activité du groupe MEDICA ; et
- l'optimisation de l'activité opérationnelle.

Le contrôle interne au sein du groupe MEDICA est un processus mis en œuvre par les dirigeants destinés à leur donner une assurance raisonnable qu'un contrôle est exercé sur les filiales. Toutefois le contrôle interne ne peut fournir une garantie absolue que les risques sont totalement éliminés et que les objectifs de la société seront atteints.

Le dispositif de contrôle interne décrit dans ce rapport est appliqué à la société mère MEDICA ainsi qu'à l'ensemble des sociétés entrant dans le périmètre de consolidation.

Compte tenu des spécificités locales, les établissements situés en Italie s'organisent autour d'un dispositif de contrôle interne propre, défini et supervisé par la holding Aetas Spa.

### **B. Les acteurs du contrôle interne au sein du groupe MEDICA**

L'organisation du groupe MEDICA repose sur deux principes :

- une gestion autonome de chaque établissement par un directeur d'établissement responsable du budget d'exploitation, de la gestion du personnel, de la mise en œuvre de la politique commerciale locale et de la mise en œuvre des procédures harmonisées et centralisées communes à l'ensemble des établissements mises en place au niveau du groupe MEDICA ;

- une direction centralisée de l'ensemble de ces établissements, qui apporte un soutien fonctionnel, fixe les objectifs et contrôle leur réalisation.

Les directeurs d'établissement sont les représentants de la direction générale auprès des clients, des équipes et des autorités de tutelle. À ce titre, ils mettent en place et coordonnent le projet d'établissement et veillent au respect de la réglementation applicable. Ils assurent également l'organisation des ressources humaines et la prospection commerciale locale.

La direction centralisée suit un schéma d'organisation à la fois vertical et transversal, avec des directions opérationnelles couvrant des secteurs géographiques ou d'activité et des directions fonctionnelles venant en appui.

Les principaux cadres dirigeants ont plus de 10 ans d'ancienneté au sein du groupe MEDICA, pour un âge moyen d'environ 46 ans.

#### **(a) Direction opérationnelle**

8 directeurs d'exploitation assurent la centralisation de la gestion des 6 secteurs géographiques du secteur EHPAD et 2 directeurs d'exploitation sont en charge du secteur sanitaire. Ils assurent l'encadrement des directeurs d'établissement, contrôlent la bonne marche des établissements et la mise en œuvre des normes et procédures du groupe MEDICA.

#### **(b) Direction des Ressources Humaines**

Cette direction assure une assistance auprès des établissements principalement en matière de droit du travail, de recrutement et de formation. Elle gère la paye et les déclarations obligatoires pour l'ensemble du groupe MEDICA. Elle pilote les relations sociales, s'assure du développement de la communication interne en mesurant régulièrement (notamment au travers du baromètre social) la pertinence de sa politique.

#### **(c) Direction Médicale et Qualité**

Cette direction initie et pilote la démarche qualité tant sur le secteur EHPAD que sur le secteur sanitaire. Support des établissements en matière de déploiement des bonnes pratiques et d'évaluation, elle est garante de l'amélioration continue de la qualité au sein du groupe MEDICA.

#### **(d) Direction Sanitaire et Médico-Sociale**

Cette direction représente le groupe MEDICA auprès de l'ensemble des autorités de tutelles et de tarification (Conseils Généraux, DDASS, ARH...). A ce titre, elle dispose d'une équipe spécialement chargée des nouvelles autorisations pour la création d'établissements EHPAD et d'établissements sanitaires.

#### **(e) Direction Commerciale et service clients**

Cette direction pilote la démarche marketing et commerciale, analyse les performances et propose les plans d'actions nécessaires dans le cadre de la politique de *yield management* du groupe MEDICA. Elle dispose d'une équipe de commerciaux dédiés à la commercialisation des établissements en phase d'ouverture.

**(f) Direction du Patrimoine**

Cette direction est garante du bon état général d'entretien et de sécurité de l'ensemble des bâtiments et équipements exploités par le groupe MEDICA. Elle assure directement le suivi des travaux importants, notamment lors de la construction ou de la réhabilitation d'un établissement.

**(g) Direction financière**

L'ensemble des services rattachés à cette direction assurent l'élaboration des budgets, le contrôle de gestion et la production des comptes intermédiaires et annuels. Elle centralise l'ensemble des fonctions comptables et la maintenance des systèmes d'information. Elle est garante de la production des informations financières et de gestion requise pour mesurer les performances de l'ensemble du groupe MEDICA, et de chacun des sites d'exploitation.

**(h) La Direction des Systèmes d'Information**

Elle satisfait aux exigences de sécurité et de fiabilité informatique et assure la disponibilité et la traçabilité de l'information. Elle est garante de l'utilisation correcte des différents outils informatiques utilisés dans la gestion quotidienne du groupe (notamment pour la gestion des dossiers des patients et résidants, la gestion de la facturation, l'utilisation des logiciels comptables), et donc de la pertinence de l'information transmise.

**(i) Le Département Achats**

Le Département Achats gère la politique d'achats du groupe MEDICA depuis 2001. Les missions ainsi que les objectifs de cette organisation vont bien au-delà d'un service achats « classique », intervenant en tant que véritable centrale de référencement, permettant ainsi un suivi qualitatif des fournisseurs, la rationalisation des coûts, la mise en place de procédures d'achats au niveau du groupe MEDICA, et participant également à la bonne intégration de nouveaux établissements et de leur processus d'achats. Les principales missions du Département Achat sont (i) la centralisation des missions de *sourcing*, de négociations ainsi que l'administration des bases de données et des mercuriales, (ii) la mise en œuvre d'une politique d'achats centralisée permettant de garantir durablement les meilleures conditions économiques, (iii) la transformation des négociations tarifaires en résultats opérationnels.

**(j) Le Comité d'audit**

Dès sa mise en place, le comité assistera le Conseil d'administration et veillera à l'exactitude et à la sincérité des comptes sociaux et consolidés de la Société et à la qualité du contrôle interne et de l'information délivrée aux actionnaires et au marché.

Il reçoit tout particulièrement comme mission du Conseil d'administration :

En matière d'examen des comptes, le comité d'audit aura notamment pour mission d'assurer le suivi du processus d'élaboration de l'information financière ; de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ; du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les commissaires aux comptes ; de l'indépendance des commissaires aux comptes.

En matière de contrôle interne, il devra apprécier l'efficacité et la qualité des procédures de contrôle interne du groupe, afin de s'assurer qu'elles concourent à ce que les comptes sociaux et consolidés reflètent avec exactitude et sincérité la réalité de l'entreprise et de son Groupe, et soient conformes aux normes comptables et veiller à la pertinence et à la qualité de la communication financière au sein de l'entreprise.

### **C. Les principaux outils du contrôle interne au sein du groupe MEDICA**

#### **(a) Le système d'information de pilotage**

Le pilotage efficace du groupe MEDICA dans son ensemble nécessite une bonne maîtrise de l'information. Pour cette raison, le groupe MEDICA a mis en place un système d'information répondant aux besoins des équipes au travers de deux types de plates-formes :

- des plates-formes d'applications, délivrant les logiciels aux différents métiers du groupe MEDICA (la gestion commerciale via « MEDICOM » et « TimeWise », le reporting via « ESSBASE », la facturation, la comptabilité et la paie) ;
- des plates-formes d'infrastructure, délivrant des services tels que la messagerie électronique, le partage de fichiers, l'intranet, l'annuaire interne.

Par ailleurs, un système de sauvegardes automatiques est en place concernant les risques liés au système d'information et notamment à la perte de données.

Enfin, le groupe MEDICA a mis en place dans ses établissements du secteur sanitaire le Programme de médicalisation du système d'information (le « PMSI »), comme l'exige la réglementation. Un département de l'information médicale, composé d'un médecin et d'un technicien, a été créé à cet effet.

Ainsi, les établissements disposent d'outils informatiques destinés à collecter et à compiler les diverses informations qui seront ensuite transmises aux autorités de tutelles. Des visites sont régulièrement effectuées sur les différents sites par le médecin et des réunions de formation et de concertation avec les professionnels de chaque site ont lieu deux fois par an. Le PMSI est d'ores et déjà largement utilisé comme outil de pilotage dans les établissements mais également au niveau de la Direction Générale.

#### **(b) Le Traitement de l'Information Financière et Comptable**

##### **(i) Le suivi et le contrôle de la gestion de l'exploitation**

La Direction du contrôle de gestion du groupe MEDICA planifie le processus budgétaire. Elle diffuse et coordonne les directives dans la préparation des budgets annuels de chaque établissement, en collaboration avec les directeurs d'établissements. Ces budgets sont ensuite consolidés au niveau du budget « groupe ».

Des tableaux de bord mensuels (détaillant principalement les comptes d'exploitation et le coût de travail) établis sur la base des informations enregistrées par la Direction Comptable sont transmis aux Directeurs d'Exploitation et permettent de suivre l'évolution du chiffre d'affaire et des charges d'exploitation, et ainsi de vérifier leur adéquation avec les budgets. Des actions correctrices sont mises en place après analyse des écarts éventuels.

(ii) Les états financiers et le contrôle des comptes

Avant la clôture de l'exercice, la Direction Comptable arrête et diffuse un calendrier des opérations de clôture auprès de l'ensemble des intervenants dans l'établissement des comptes annuels, principalement auprès des Commissaires aux Comptes.

La Direction Comptable établit les comptes annuels individuels du groupe de manière centralisée dans les locaux de la Direction Administrative et financière qui regroupe l'ensemble des comptables du groupe.

Pour la production de ces comptes, le Groupe MEDICA utilise un référentiel commun, ce qui garantit :

- l'homogénéité des méthodes comptables et des règles de consolidation ;
- la normalisation des formats de restitution.

Le Responsable de la Consolidation établit les comptes consolidés à partir d'un logiciel de consolidation dédié, qui assure la pertinence et la fiabilité des informations. Ce processus de consolidation s'appuie sur une consolidation des sociétés du périmètre groupe au niveau du holding de tête de groupe, qui détient directement ou indirectement la totalité des sociétés du groupe.

Dans le cadre de leur mission légale, les Commissaires aux Comptes interviennent pour la revue complète des comptes lors des clôtures annuelles. Chaque entité juridique du groupe qui y est légalement tenue produit une lettre d'affirmation par laquelle le représentant légal s'engage sur la qualité, la fiabilité et l'exhaustivité des informations et documents fournis aux Commissaires aux Comptes.

Ces derniers, après avoir procédé à l'examen et aux modalités d'établissement de l'ensemble des comptes, certifient alors la sincérité, la régularité et l'image fidèle des comptes sociaux et consolidés.

(iii) Procédure de contrôle interne liée aux engagements hors bilan

Les engagements hors bilan font l'objet d'un suivi direct par la Direction Juridique. La Direction Juridique est chargée de recenser les informations de synthèses liées aux garanties données ou reçues par l'ensemble des Sociétés du Groupe.

Le recensement des engagements hors bilan est rigoureux, écrit, et bénéficie d'une mise à jour permanente. Ce recensement précise pour chaque engagement, l'identité du bénéficiaire, la durée et les conditions de mise en œuvre.

Ces informations de synthèse sur l'ensemble des garanties financières alimenteront au Bilan de clôture les Etats Financiers sociaux et consolidés.

Le conseil d'administration examine, une fois par semestre, l'état des engagements hors bilan.



### **(c) La gestion de la Trésorerie**

#### **(ii) Limitation du pouvoir des directeurs d'établissements**

La gestion de la trésorerie est strictement encadrée : les établissements ne disposent pas de signature sur les comptes bancaires. C'est la Direction comptable qui assure le traitement de l'intégralité des factures ainsi que leur paiement.

#### **(ii) Centralisation des opérations de trésorerie**

Le financement de l'ensemble des filiales du groupe est assuré via deux cash pooling. Cette centralisation permet au groupe d'assurer un contrôle étendu des opérations de trésorerie. D'autre part, le choix des deux banques partenaires dans la durée constitue un élément important de contrôle interne.

#### **(iii) Cellule Créances Clients au sein de la Direction Comptable**

Le groupe MEDICA a entamé en 2009 une politique dynamique de réduction de ses créances clients, notamment dans le secteur sanitaire, à travers l'accélération du processus de facturation et du recouvrement. Dans le secteur EHPAD en France, le groupe MEDICA a également engagé une politique d'extension du prélèvement automatique afin de réduire les coûts administratifs et le montant des créances clients.

### **(d) La démarche Qualité**

Dès 1999, le groupe MEDICA a engagé volontairement l'ensemble de ses établissements dans une démarche d'assurance qualité. Cette première étape conduite par la Direction Médicale et Qualité a consisté à engager l'ensemble des équipes à formaliser leur pratiques professionnelles sous le terme des Bonnes Pratiques MEDICA. Ces Bonnes Pratiques couvrent l'ensemble de ses activités : l'hébergement et la restauration, la qualité des soins (le circuit de l'information médicale, la confidentialité, la fourniture de médicaments), la prise en charge de la dépendance, l'hygiène et la sécurité, l'organisation de la vie sociale, les ressources humaines, les services administratifs et financiers et le patrimoine.

La grande majorité des activités du groupe MEDICA est ainsi soumise au respect de procédures harmonisées applicables aussi bien au sein de ses établissements sanitaires qu'au sein de ses EHPAD. Si chaque établissement conserve son autonomie, l'exploitation est encadrée par des procédures unifiées mises en place au niveau du groupe MEDICA. Cette homogénéisation des procédures, des outils et des supports facilite le transfert des compétences et le partage des expériences inter-établissements. Elle constitue par ailleurs le socle de sa politique de gestion des risques commune à l'ensemble de ses établissements. Par ailleurs, le groupe MEDICA attache une importance particulière à la bonne formation de ses salariés à ces procédures en vue d'harmoniser la qualité des prestations au sein de l'ensemble de ses établissements.

#### **(i) Les EHPAD du groupe MEDICA, normés NF**

Depuis 2006, le groupe MEDICA a souhaité progresser vers une véritable démarche d'amélioration continue de la qualité en se référant à la Norme NF X 50-058

« Etablissements d'hébergement pour personnes âgées : cadre éthique et engagements de service » et aux Règles de certification NF 386 concernant les EHPAD<sup>34</sup>.

La Norme NF X 50-058 répond au concept de bienveillance et aux besoins de transparence des EHPAD. Elle a comme objectif de garantir « une qualité de service, un accueil individualisé et une relation contractuelle claire ainsi que la conformité du service aux engagements définis dans la norme ». Elle définit le cadre éthique et les principes généraux dans lequel doit se dérouler le service, le projet de vie de l'établissement, le projet de vie personnalisé du résident. Elaborée à partir des besoins et des attentes des personnes âgées, la norme s'attache à respecter 2 thèmes importants dans la vie des personnes âgées dans les établissements : le maintien de l'autonomie et le maintien de la vie sociale.

La Certification NF Service déployée par le groupe MEDICA résulte d'une démarche volontaire de la Direction Générale et de l'engagement du Directeur de chaque EHPAD. Ainsi chacun établissement s'engage dans un processus de suivi de qualité basé sur l'auto-évaluation, tout en se soumettant régulièrement aux contrôles de l'AFNOR. L'évaluation de la qualité de service repose sur des autocontrôles réguliers, une évaluation interne annuelle et une évaluation externe annuelle auprès des services centraux et sur un panel représentatif d'établissements.

### **Les autocontrôles**

Au sein des établissements, le respect des engagements de service est vérifié au moins une fois par an par les personnels concernés grâce notamment aux grilles d'autocontrôle par métiers mises à leur disposition. Les éventuels écarts relevés lors des autocontrôles font l'objet d'un plan d'amélioration, mis en œuvre et suivi par le directeur de l'établissement chargé de la certification.

### **L'évaluation interne annuelle**

La Direction Médicale et Qualité réalise sur chaque établissement certifié une évaluation interne annuelle. Ces audits internes permettent la vérification du respect des engagements de service et couvre l'ensemble des dispositions contenues dans la Norme NF X 50-058 et des Règles de certification NF 386. L'organisation de l'audit interne est placée sous la responsabilité de la Direction Médicale et Qualité qui établit le programme d'audit et désigne les auditeurs. Les éventuels écarts relevés lors d'un audit interne font l'objet d'un plan d'amélioration, mis en œuvre par le directeur de l'établissement.

La Direction Médicale et Qualité s'assure du suivi de la mise en œuvre du plan d'actions.

### **L'évaluation externe**

Le groupe MEDICA compte actuellement 72 EHPAD certifiées NF Service. La certification des établissements positionne le groupe MEDICA, en position d'avant garde par rapport au processus d'évaluation externe de l'ANEMS. Elle renforce également la crédibilité du groupe MEDICA en matière d'obtention d'autorisation de créations d'établissements.

---

<sup>34</sup> Norme NF X 50-058 publiée en février 2003 adossé à la norme, via les règles de certification services NF 386 version N° 2 publiée au JO le 17 décembre 2008.

Un audit de certification est systématiquement réalisé par AFNOR lors de la présentation de l'établissement à la certification de service. Cet audit permet de s'assurer du niveau de connaissance et de l'implication de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Elle porte sur les activités et la qualité des prestations délivrées et s'appuie sur l'observation des pratiques sur le terrain.

(ii) Les établissements sanitaires certifiés

Les professionnels de santé qui exercent au sein des établissements sanitaires du groupe MEDICA sont soumis au système d'accréditation (certification V2-V2007) progressivement remplacée à partir de janvier 2010 par la certification V2010. Les certifications V2007 et V2010 développées par la Haute Autorité de Santé sont très proches du système de certification ISO 9001, bien connu dans le monde industriel et des services.

La certification des établissements de santé est une démarche obligatoire ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques. Elle consiste en une auto-évaluation tous les 4 ans, suivie d'une visite réalisée par des professionnels de santé extérieurs (experts visiteurs) à l'établissement et intègre un dispositif de suivi qui visent à engager les professionnels de l'établissement dans une démarche qualité durable. La certification apprécie non seulement le système de management de la qualité, mais également des aspects spécifiques de l'organisation des soins.

En sus des obligations réglementaires, le groupe MEDICA a décidé de développer une véritable démarche qualité et risques qui doit permettre d'améliorer la prestation délivrée au patient en faisant participer l'ensemble du personnel de ses établissements. Au-delà des obligations réglementaires, la certification contribue à renforcer l'adhésion des équipes.

**(e) La formation et la qualification des équipes**

Le groupe MEDICA met un accent particulier sur la formation et la qualification de ses équipes au travers d'un programme de formation qui répond en temps réel aux besoins des personnels pour améliorer leurs capacités à prendre en charge l'évolution de la dépendance.

(i) La formation professionnelle au sein du groupe MEDICA

La performance du groupe MEDICA repose sur la qualité et l'implication de ses salariés. C'est pourquoi le groupe MEDICA s'efforce de développer les compétences de ses équipes, renforçant ainsi la contribution de chacun aux objectifs qualitatifs et économiques du groupe.

Cette formation est notamment assurée par les équipes de l'Institut des Bonnes Pratiques.

(ii) L'Institut des Bonnes Pratiques

Le groupe MEDICA a créé au début de l'année 2003, l'Institut des Bonnes Pratiques, Centre de formation exclusivement dédié à tous les collaborateurs du groupe MEDICA, est un outil de déploiement des Bonnes Pratiques et de valorisation du salarié, qui améliore, au travers de formations diverses, la qualité de service.

Aujourd'hui l'Institut des Bonnes Pratiques compte des formateurs permanents, qui ont essentiellement en charge le déploiement sur les établissements des formations dans le domaine médical et éthique, tels que : l'accompagnement des personnes âgées en fin de

vie, les bases de la g erontologie, la pr evision du risque de maltraitance, les relations familles/ equipes, la gestion du stress.

(iii) Les Partenariats de formation

La volont e de proposer une prise en charge de qualit e des clients associée à la volont e de favoriser l'évolution interne des collaborateurs, ont engagé le groupe MEDICA sur la voie de partenariats spécifiques visant à la qualification de ses équipes.

**(f) La gestion de crise**

Parallèlement aux procédures et politiques mises en place afin de prévenir et de répondre aux risques d'exploitation, une cellule composée du Directeur d'établissement concerné, du Directeur Général Délégué et d'un attaché de presse est chargée de prendre en charge un certain nombre de situations considérées comme nécessitant une gestion particulière (incendie ou acte de malveillance avec atteinte à la personne, épisode climatique critique, ou pollution de l'eau notamment) en raison de leur éventuel impact sur les résidents et de leurs effets potentiels sur la réputation et l'image de la Société et du groupe MEDICA. Cette cellule définit les réponses immédiates à mettre en œuvre sur l'établissement concerné et s'attache à mener les actions de communication nécessaires.

**(g) La prévention des risques managériaux**

(i) Identification des risques managériaux : IRM

Un comité des risques est composé du Directeur Général, du Directeur Médical et Qualité et du Directeur des Ressources Humaines, Il se réunit ainsi mensuellement afin de déterminer les établissements devant faire l'objet d'un soutien.

Pour ceux-ci, la première étape passe par un diagnostic terrain pour confirmer le niveau de risque, définir un plan d'actions et les axes de progrès.

Une échelle des risques managériaux a été mise en place en 2009. Il s'agit de consolider deux fois par an un ensemble de données objectives et chiffrées qui permettent d'anticiper tous risques managériaux sur un établissement.

Les critères d'alerte qui ont été définis sont les suivants :

- L'implication des équipes
- La gouvernance
- L'ambiance de l'établissement
- Les résultats
- L'opinion des tutelles

Pour le suivi de ces établissements identifiés, un Groupe Professionnel de Soutien est crée. Ce « GPS » apportera des ressources en management de proximité pour aider à mettre en place les actions permettant d'anticiper et de gérer une crise.

(ii) Diagnostics APAVE

Le comité des risques a souhaité faire appel à un expert indépendant, la société APAVE spécialisée dans la maîtrise des risques et le développement de la performance, qui est chargée d'établir un rapport détaillé sur la situation et de définir un ensemble de solutions pragmatiques.

La liste des établissements concernés est arrêtée par le comité des risques après avis en Comités d'Exploitation (réunis mensuellement par la Direction Générale, avec éventuellement et selon l'ordre du jour, les Directeurs des autres Services Centraux, afin de mettre en œuvre par tout moyen approprié la politique opérationnelle définie par la Direction Générale et d'en contrôler la bonne application dans les établissements).



Outre l'évaluation annuelle de contrôle de la maîtrise des moyens de prévention par auto-évaluation et tests d'audit interne, les principales actions au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2009 ont notamment porté, dans le contexte de l'introduction en bourse de MEDICA, sur la décision de mettre mise en place d'un Comité d'Audit et d'un Comité des nominations et des rémunérations.

Le présent rapport a été rédigé en collaboration avec les différentes Directions du Groupe en vue d'être soumis à l'approbation des actionnaires.

**Le Président du Conseil d'administration,  
Jacques BAILET.**

**ANNEXE 2 : RAPPORT DES COMMISSAIRES AUX COMPTES ETABLI EN  
APPLICATION DE L'ARTICLE L.225-235 DU CODE DE COMMERCE**

**CONSTANTIN ASSOCIES**  
*Member of Deloitte Touche Tohmatsu*  
114, rue Marius AUFAN  
92300 - LEVALLOIS-PERRET

**Patrick GRIMAUD**  
17, rue du Sergent BaCHAT  
75012 - PARIS

## **MEDICA**

Société Anonyme  
39, rue du Gouverneur Général Félix Eboué  
92130 – ISSY-LES-MOULINEAUX

---

### **Rapport des Commissaires aux Comptes établi en application de l'article L.225-235 du Code de commerce sur le rapport du président du Conseil d'administration**

Exercice clos le 31 décembre 2009

---

Aux actionnaires,

En notre qualité de commissaires aux comptes de la société MEDICA et en application des dispositions de l'article L.225-235 du Code de commerce, nous vous présentons notre rapport sur le rapport établi par le président de votre société conformément aux dispositions de l'article L.225-37 du Code de commerce au titre de l'exercice clos le 31 décembre 2009.

Il appartient au président d'établir et de soumettre à l'approbation du conseil d'administration un rapport rendant compte des procédures de contrôle interne et de gestion des risques mises en place au sein de la société et donnant les autres informations requises par l'article L.225-37 du Code de commerce, relatives notamment au dispositif en matière de gouvernement d'entreprise.

Il nous appartient :

- de vous communiquer les observations qu'appellent de notre part les informations contenues dans le rapport du président concernant les procédures de contrôle interne et de gestion des risques relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière, et
- d'attester que le rapport comporte les autres informations requises par l'article L.225-37 du Code de commerce, étant précisé qu'il ne nous appartient pas de vérifier la sincérité de ces autres informations.

Nous avons effectué nos travaux conformément aux normes d'exercice professionnel applicables en France.

### **Informations concernant les procédures de contrôle interne et de gestion des risques relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière**

Les normes d'exercice professionnel requièrent la mise en œuvre de diligences destinées à apprécier la sincérité des informations concernant les procédures de contrôle interne et de gestion des risques relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière contenues dans le rapport du président. Ces diligences consistent notamment à :

- prendre connaissance des procédures de contrôle interne et de gestion des risques relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière sous-tendant les informations présentées dans le rapport du président ainsi que de la documentation existante ;
- prendre connaissance des travaux ayant permis d'élaborer ces informations et de la documentation existante ;
- déterminer si les déficiences majeures du contrôle interne relatif à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière que nous aurions relevées dans le cadre de notre mission font l'objet d'une information appropriée dans le rapport du président.

Sur la base de ces travaux, nous n'avons pas d'observation à formuler sur les informations concernant les procédures de contrôle interne et de gestion des risques de la société relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière contenues dans le rapport du président du conseil d'administration, établi en application des dispositions de l'article L. 225-37 du Code de commerce.

#### **Autres informations**

Nous attestons que le rapport du président du conseil d'administration comporte les autres informations requises à l'article L.225-37 du Code de commerce.

Levallois-Perret et Paris, le 22 avril 2010

Les Commissaires aux Comptes

**CONSTANTIN ASSOCIES**

**Patrick GRIMAUD**

Jean Paul SEGURET



## TABLE DE CONCORDANCE

N°	RUBRIQUES DE L'ANNEXE 1 DU RÈGLEMENT EUROPÉEN N° 809/2004	Section(s)
<b>1</b>	<b>Personnes responsables</b>	
1.1	Personnes responsables des informations contenues dans le document d'enregistrement	1
1.2	Déclaration des personnes responsables du document d'enregistrement	1
<b>2</b>	<b>Contrôleurs légaux des comptes</b>	
2.1	Nom et l'adresse des contrôleurs légaux des comptes de l'émetteur, pour la période couverte par les informations financières historiques (et l'appartenance à un organisme professionnel)	2
2.2	Si des contrôleurs légaux ont démissionné, ont été écartés ou n'ont pas été redésignés durant la période couverte par les informations financières historiques, les détails de cette information, s'ils sont importants	Non applicable
<b>3</b>	<b>Informations financières sélectionnées</b>	
3.1	Informations financières historiques sélectionnées pour l'émetteur, pour chaque exercice de la période couverte par ces informations financières historiques et pour toute période intermédiaire ultérieure, dans la même monnaie.	4
3.2	Si des informations financières ont été sélectionnées pour des périodes intermédiaires, des données comparatives couvrant la même période de l'exercice précédent doivent également être fournies; la présentation des bilans de clôture suffit toutefois à remplir l'exigence d'informations bilancielle comparables	
<b>4</b>	<b>Facteurs de risque</b>	5 et 6
<b>5</b>	<b>Informations concernant l'émetteur</b>	
5.1	Histoire et évolution de la société	15.6
5.1.1	<i>Raison sociale et nom commercial de l'émetteur</i>	15.1
5.1.2	<i>Lieu et numéro d'enregistrement de l'émetteur</i>	15.2
5.1.3	<i>Date de constitution et durée de vie de l'émetteur, lorsqu'elle n'est pas indéterminée</i>	15.3
5.1.4	<i>Siège social et forme juridique de l'émetteur, législation régissant ses activités, son pays d'origine, l'adresse et le numéro de téléphone de son siège statutaire (ou de son principal lieu d'activité, s'il est différent de son siège statutaire)</i>	15.4
5.1.5	<i>Événements importants dans le développement des activités de l'émetteur</i>	15.6

N°	RUBRIQUES DE L'ANNEXE 1 DU RÈGLEMENT EUROPÉEN N° 809/2004	Section(s)
5.2	Investissements	
5.2.1	<i>Principaux investissements (y compris leur montant) réalisés par l'émetteur durant chaque exercice de la période couverte par les informations financières historiques, jusqu'à la date du document d'enregistrement</i>	16.4
5.2.2	<i>Principaux investissements de l'émetteur qui sont en cours, y compris la distribution géographique de ces investissements (sur le territoire national et à l'étranger) et leur méthode de financement (interne ou externe)</i>	13
5.2.3	<i>Principaux investissements que compte réaliser l'émetteur à l'avenir et pour lesquels ses organes de direction ont déjà pris des engagements fermes</i>	13
<b>6</b>	<b>Aperçu des activités</b>	
6.1	Principales activités	
6.1.1	<i>Nature des opérations effectuées par l'émetteur et ses principales activités</i>	3 et 16
6.1.2	<i>Tout nouveau produit et/ou service important lancé sur le marché et, dans la mesure où le développement de nouveaux produits ou services a fait l'objet de publicité, l'état de ce développement</i>	Non applicable
6.2	Principaux marchés	7 et 9
6.3	Lorsque les renseignements fournis conformément aux points 6.1 et 6.2 ont été influencés par des événements exceptionnels, en faire mention	7 et 9
6.4	Si les affaires ou la rentabilité de l'émetteur en sont sensiblement influencées, fournir des informations, sous une forme résumée, concernant le degré de dépendance de l'émetteur à l'égard de brevets ou de licences, de contrats industriels, commerciaux ou financiers ou de nouveaux procédés de fabrication	16.11
6.5	Éléments sur lesquels est fondée toute déclaration de l'émetteur concernant sa position concurrentielle	7 et 9
<b>7</b>	<b>Organigramme</b>	
7.1	Si l'émetteur fait partie d'un groupe, description sommaire de ce groupe et de la place qu'y occupe l'émetteur	15.5
7.2	Liste des filiales importantes de l'émetteur, y compris leur nom, leur pays d'origine ou d'établissement ainsi que le pourcentage de capital et, s'il est différent, le pourcentage de droits de vote qui y sont détenus	
<b>8</b>	<b>Propriétés immobilières, usines et équipements</b>	
8.1	Toute immobilisation corporelle importante existante ou planifiée, y compris les propriétés immobilières louées, et toute charge majeure pesant dessus	16.4

N°	RUBRIQUES DE L'ANNEXE 1 DU RÈGLEMENT EUROPÉEN N° 809/2004	Section(s)
8.2	Décrire toute question environnementale pouvant influencer l'utilisation, faite par l'émetteur, de ses immobilisations corporelles	Non applicable
<b>9</b>	<b>Examen de la situation financière et du résultat</b>	
9.1	Situation financière	20
9.2	Résultat d'exploitation	20
9.2.1	<i>Facteurs importants, y compris les événements inhabituels ou peu fréquents ou de nouveaux développements, influant sensiblement sur le revenu d'exploitation de l'émetteur et la mesure dans laquelle celui-ci est affecté</i>	20.1
9.2.2	<i>Lorsque les états financiers font apparaître des changements importants du chiffre d'affaires net ou des produits nets, les raisons de ces changements</i>	20.2
9.2.3	<i>Toute stratégie ou tout facteur de nature gouvernementale, économique, budgétaire, monétaire ou politique ayant influé sensiblement ou pouvant influencer sensiblement, de manière directe ou indirecte, sur les opérations de l'émetteur</i>	20.1
<b>10</b>	<b>Trésorerie et capitaux</b>	
10.1	Informations sur les capitaux de l'émetteur (à court terme et à long terme)	21
10.2	Source et montant des flux de trésorerie de l'émetteur et description de ces flux de trésorerie	20.3
10.3	Informations sur les conditions d'emprunt et la structure de financement de l'émetteur	20.3
10.4	Informations concernant toute restriction à l'utilisation des capitaux ayant influé sensiblement ou pouvant influencer sensiblement, de manière directe ou indirecte, sur les opérations de l'émetteur	20.3
10.5	Informations concernant les sources de financement attendues qui seront nécessaires pour honorer les engagements visés aux points 5.2.3 et 8.1.	20.3
<b>11</b>	<b>Recherche et développement, brevets et licences</b>	16.11
<b>12</b>	<b>Information sur les tendances</b>	
12.1	Principales tendances ayant affecté la production, les ventes et les stocks, les coûts et les prix de vente depuis la fin du dernier exercice jusqu'à la date du document d'enregistrement	13
12.2	Toute tendance connue, incertitude ou demande ou tout engagement ou événement raisonnablement susceptible d'influer sensiblement sur les perspectives de l'émetteur, au moins pour l'exercice en cours	

N°	RUBRIQUES DE L'ANNEXE 1 DU RÈGLEMENT EUROPÉEN N° 809/2004	Section(s)
<b>13</b>	<b>Prévisions ou estimations du bénéfice</b>	
13.1	Déclaration énonçant les principales hypothèses sur lesquelles l'émetteur a fondé sa prévision ou son estimation	
13.2	Rapport élaboré par des comptables ou des contrôleurs légaux indépendants, stipulant que, de l'avis de ces comptables ou contrôleurs légaux indépendants, la prévision ou l'estimation du bénéfice a été adéquatement établie sur la base indiquée et que la base comptable utilisée aux fins de cette prévision ou estimation est conforme aux méthodes comptables appliquées par l'émetteur	14
13.3	Prévision ou estimation du bénéfice élaborée sur une base comparable aux informations financières historiques	
13.4	Si une prévision du bénéfice a été incluse dans un prospectus qui est toujours pendant, une déclaration indiquant si cette prévision est, ou non, encore valable à la date du document d'enregistrement et, le cas échéant, expliquant pourquoi elle ne l'est plus	Non applicable
<b>14</b>	<b>Organes d'administration, de direction et de surveillance et direction générale</b>	
14.1	Le nom, l'adresse professionnelle et la fonction, dans la société émettrice, des personnes suivantes, la nature de tout lien familial et des informations détaillées sur leurs expertise et leur expérience en matière de gestion, ainsi que d'autres informations, en mentionnant les principales activités qu'elles exercent en dehors de cette société émettrice lorsque ces activités sont significatives par rapport à celle-ci: a) membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance; b) associés commandités, s'il s'agit d'une société en commandite par actions; c) fondateurs, s'il s'agit d'une société fondée il y a moins de cinq ans, et d) tout directeur général dont le nom peut être mentionné pour prouver que la société émettrice dispose de l'expertise et de l'expérience appropriées pour diriger ses propres affaires.  Si aucune information de la sorte ne doit être divulguée, une déclaration le précisant doit être faite.	18.1
14.2	Conflits d'intérêts au niveau des organes d'administration, de direction et de surveillance et de la direction générale	18.2
<b>15</b>	<b>Rémunération et avantages</b>	
15.1	Montant de la rémunération versée (y compris de toute rémunération conditionnelle ou différée) et les avantages en nature octroyés par l'émetteur et ses filiales pour les services de tout type qui leur ont été fournis par toute personne visée au point 14.1	22.1
15.2	Montant total des sommes provisionnées ou constatées par ailleurs par l'émetteur ou ses filiales aux fins du versement de pensions, de retraites ou d'autres avantages	22.2

N°	RUBRIQUES DE L'ANNEXE 1 DU RÈGLEMENT EUROPÉEN N° 809/2004	Section(s)
<b>16</b>	<b>Fonctionnement des organes d'administration et de direction</b>	
16.1	Date d'expiration du mandat actuel de par toute personne visée au point 14.1, le cas échéant, et la période durant laquelle elle est restée en fonction	18.1
16.2	Informations sur les contrats de service liant les membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance à l'émetteur ou à l'une quelconque de ses filiales et prévoyant l'octroi d'avantages au terme d'un tel contrat, ou une déclaration négative appropriée	19.2
16.3	Informations sur le comité de l'audit et le comité de rémunération de l'émetteur, y compris le nom des membres de ces comités et un résumé du mandat en vertu duquel ils siègent	19.3
16.4	Déclaration indiquant si l'émetteur se conforme, ou non, au régime de gouvernement d'entreprise en vigueur dans son pays d'origine. Lorsque l'émetteur ne s'y conforme pas, la déclaration doit être assortie d'une explication.	19.6
<b>17</b>	<b>Salariés</b>	
17.1	Indiquer soit le nombre de salariés à la fin de la période couverte par les informations financières historiques, soit leur nombre moyen durant chaque exercice de cette période, jusqu'à la date du document d'enregistrement (ainsi que les changements de ce nombre, s'ils sont importants) et, si possible, et si cette information est importante, la répartition des salariés par principal type d'activité et par site. Si l'émetteur emploie un grand nombre de travailleurs temporaires, indiquer également le nombre moyen de ces travailleurs temporaires durant l'exercice le plus récent.	17.1
17.2	Participations et stock options	17.2
17.3	Description de tout accord prévoyant une participation des salariés dans le capital de l'émetteur	17.2
<b>18</b>	<b>Principaux actionnaires</b>	
18.1	Dans la mesure où ces informations sont connues de l'émetteur, indiquer le nom de toute personne non membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance qui détient, directement ou indirectement, un pourcentage du capital social ou des droits de vote de l'émetteur qui doit être notifié en vertu de la législation nationale applicable à celui-ci ainsi que le montant de la participation ainsi détenue, ou, en l'absence de telles personnes, fournir une déclaration négative appropriée	23.1
18.2	Indiquer si les principaux actionnaires de l'émetteur disposent de droits de vote différents, ou fournir une déclaration négative appropriée	23.2
18.3	Dans la mesure où ces informations sont connues de l'émetteur, indiquer si celui-ci est détenu ou contrôlé, directement ou indirectement,	23.3

N°	RUBRIQUES DE L'ANNEXE 1 DU RÈGLEMENT EUROPÉEN N° 809/2004	Section(s)
	et par qui; décrire la nature de ce contrôle et les mesures prises en vue d'assurer qu'il ne soit pas exercé de manière abusive	
18.4	Description de tout accord, connu de l'émetteur, dont la mise en œuvre pourrait, à une date ultérieure, entraîner un changement de son contrôle	23.4
<b>19</b>	<b>Opérations avec des apparentés</b>	24
<b>20</b>	<b>Informations financières concernant le patrimoine, la situation financière et les résultats de l'émetteur</b>	25
20.1	Informations financières historiques	25.1
20.2	Informations financières pro forma	Non applicable
20.3	États financiers	25.1
20.4	Vérification des informations financières historiques annuelles	25.2
20.5	Date des dernières informations financières	31 décembre 2009
20.6	Informations financières intermédiaires et autres	Non applicable
20.7	Politique de distribution des dividendes	26
20.7.1	<i>Pour chaque exercice de la période couverte par les informations financières historiques, donner le montant du dividende par action, éventuellement ajusté pour permettre les comparaisons, lorsque le nombre d'actions de l'émetteur a changé</i>	Non applicable
20.8	Procédures judiciaires et d'arbitrage	27
20.9	Changement significatif de la situation financière ou commerciale	28
<b>21</b>	<b>Informations complémentaires</b>	
21.1	Capital social	29.1
21.1.1	<i>Le montant du capital souscrit et, pour chaque catégorie d'actions: a) le nombre d'actions autorisées; b) le nombre d'actions émises et totalement libérées et le nombre d'actions émises, mais non totalement libérées; c) la valeur nominale par action, ou le fait que les actions n'ont pas de valeur nominale, et d) un rapprochement du nombre d'actions en circulation à la date d'ouverture et à la date de clôture de l'exercice. Si plus de 10 % du capital a été libéré au moyen d'actifs autres que des espèces durant la période couverte par les informations financières historiques, le préciser</i>	29.1.1
21.1.2	<i>S'il existe des actions non représentatives du capital, leur nombre et leurs principales caractéristiques</i>	Non applicable
21.1.3	<i>Le nombre, la valeur comptable et la valeur nominale des actions détenues par l'émetteur lui-même ou en son nom, ou par ses filiales</i>	Non applicable
21.1.4	<i>Le montant des valeurs mobilières convertibles, échangeables ou assorties de bons de souscription, avec mention des conditions et</i>	29.1.5

N°	RUBRIQUES DE L'ANNEXE 1 DU RÈGLEMENT EUROPÉEN N° 809/2004	Section(s)
	<i>modalités de conversion, d'échange ou de souscription</i>	
21.1.5	<i>Informations sur les conditions régissant tout droit d'acquisition et/ou toute obligation attaché(e) au capital souscrit, mais non libéré, ou sur toute entreprise visant à augmenter le capital</i>	29.1.6
21.1.6	<i>Informations sur le capital de tout membre du groupe faisant l'objet d'une option ou d'un accord conditionnel ou inconditionnel prévoyant de le placer sous option et le détail de ces options, y compris l'identité des personnes auxquelles elles se rapportent</i>	Non applicable
21.1.7	<i>Historique du capital social pour la période couverte par les informations financières historiques, mettant tout changement survenu en évidence</i>	29.1.7
21.2	<i>Acte constitutif et statuts</i>	29.2
21.2.1	<i>Décrire l'objet social de l'émetteur et indiquer où son énonciation peut être trouvée dans l'acte constitutif et les statuts.</i>	29.2.1
21.2.2	<i>Résumer toute disposition contenue dans l'acte constitutif, les statuts, une charte ou un règlement de l'émetteur concernant les membres de ses organes d'administration, de direction et de surveillance</i>	29.2.2
21.2.3	<i>Décrire les droits, les privilèges et les restrictions attachés à chaque catégorie d'actions existantes</i>	29.2.3
21.2.4	<i>Décrire les actions nécessaires pour modifier les droits des actionnaires et, lorsque les conditions sont plus strictes que la loi ne le prévoit, en faire mention</i>	29.2.4 et 29.2.8
21.2.5	<i>Décrire les conditions régissant la manière dont les assemblées générales annuelles et les assemblées générales extraordinaires des actionnaires sont convoquées, y compris les conditions d'admission</i>	29.2.5
21.2.6	<i>Décrire sommairement toute disposition de l'acte constitutif, des statuts, d'une charte ou d'un règlement de l'émetteur qui pourrait avoir pour effet de retarder, de différer ou d'empêcher un changement de son contrôle</i>	29.2.6
21.2.7	<i>Indiquer, le cas échéant, toute disposition de l'acte constitutif, des statuts, d'une charte ou d'un règlement fixant le seuil au-dessus duquel toute participation doit être divulguée</i>	29.2.7
21.2.8	<i>Décrire les conditions, imposées par l'acte constitutif et les statuts, une charte ou un règlement, régissant les modifications du capital, lorsque ces conditions sont plus strictes que la loi ne le prévoit</i>	29.2.8
22	<b>Contrats importants</b>	30
23	<b>Informations provenant de tiers, déclarations d'experts et déclarations d'intérêts</b>	31
24	<b>Documents accessibles au public</b>	32
25	<b>Informations sur les participations</b>	33