



HAL
open science

EXPLIQUER LES “ MARCHÉS MIXTES ” À L'AUNE DE L'ÉCHEC DU CONTRAT : LE CAS DES ÉTABLISSEMENTS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES AUX ÉTATS-UNIS

Erwan Queinnec

► **To cite this version:**

Erwan Queinnec. EXPLIQUER LES “ MARCHÉS MIXTES ” À L'AUNE DE L'ÉCHEC DU CONTRAT : LE CAS DES ÉTABLISSEMENTS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES AUX ÉTATS-UNIS. *Marché et Organisations*, 2019, 36 (3), pp.179-203. hal-03633912

HAL Id: hal-03633912

<https://hal.science/hal-03633912>

Submitted on 17 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

EXPLIQUER LES « MARCHÉS MIXTES » À L'AUNE DE L'ÉCHEC DU CONTRAT : LE CAS DES ÉTABLISSEMENTS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES AUX ÉTATS-UNIS

Erwan Quéinnec

L'Harmattan | « [Marché et organisations](#) »

2019/3 n° 36 | pages 179 à 203

ISSN 1953-6119

ISBN 9782343185736

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/vue-marche-et-organisations-2019-3-page-179.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour L'Harmattan.

© L'Harmattan. Tous droits réservés pour tous pays.

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

EXPLIQUER LES « MARCHÉS MIXTES » À L'AUNE DE L'ÉCHEC DU CONTRAT : LE CAS DES ÉTABLISSEMENTS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES AUX ÉTATS-UNIS

Erwan QUEINNEC

Université Paris 13

erwan.queinnec@outlook.com

RESUME

Selon la théorie de l'échec du contrat, les organisations sans but lucratif surmontent un problème radical d'asymétrie informationnelle affectant certains services personnels complexes (« biens de confiance ») ; la raison d'être du secteur sans but lucratif résiderait donc dans cette fonction de résolution d'un « échec du marché ». Encore faut-il que les consommateurs de services personnels préfèrent effectivement les producteurs associatifs aux producteurs commerciaux, comme l'implique la théorie. Est-ce réellement le cas ? La réponse à cette question demeure ambiguë puisque la plupart des marchés de biens de confiance sont « mixtes » (composés de producteurs à et sans but lucratif). Au travers d'une analyse du marché de la prise en charge des personnes âgées dépendantes aux Etats-Unis, ce papier entend délimiter le périmètre de validité de la théorie de l'échec du contrat. Notre argument accouche ici de cinq hypothèses de comportement du consommateur en ligne avec la théorie.

Mots-clés : asymétries d'information, échec du contrat, comportement du consommateur, personnes âgées, réglementation publique, secteur sans but lucratif, soin.

ABSTRACT

Explaining mixed markets as a response to contract failure: the case of nursing homes in the United States

According to contract failure theory, non-profit organizations overcome a radical problem of information asymmetry affecting certain complex personal services ("trust goods"); the purpose of the non-profit sector would therefore lie in this function of solving a "market failure". Consumers of personal services must also

effectively prefer associative producers to commercial producers, as the theory implies. Is this really the case? The answer to this question remains ambiguous since most trusted goods markets are "mixed" (composed of both for-profit and not-for-profit producers). Through an analysis of the care market for dependent elderly people in the United States, this paper aims to delimit the scope of validity of the theory of contract failure. Our argument here is based on five hypotheses of consumer behaviour in line with the theory.

Keywords : asymmetrical information, consumer behaviour, contract failure, healthcare, nonprofit sector, nursing homes, public regulation.

JEL Codes : D01, D02, D11, D12, D18, D21, D22, D23, D40, D82, D86, I11, I12, I18, L14, L15, L31.

INTRODUCTION

La théorie de l'échec du contrat (*Contract Failure Theory*, ci-après CFT) avance qu'au sein des économies de marché, les organisations privées sans but lucratif (OSBL) remplissent une fonction de garantie apportée aux consommateurs de biens et services affectés d'asymétries informationnelles radicales constituant, pour les entreprises commerciales, autant de barrières à l'entrée. L'idée centrale est que la contrainte de non distribution du profit qui en constitue l'attribut statutaire discriminant rend les OSBL dignes de confiance : au contraire de leur *alter ego* à but lucratif, elles ne sont pas incitées à réduire les coûts d'exploitation de façon à maximiser le profit au détriment de la qualité produite. L'idée est antérieure à la CFT selon laquelle les caractéristiques informationnelles de certains services – notamment les services médicaux au sens large – contribuent à en expliquer les modalités d'offre (Arrow, 1963). L'originalité de la notion d'échec du contrat tient en son ambition positive : du fait de l'asymétrie d'information que connaissent et anticipent les consommateurs et qui affecte certains « biens de confiance » (*trust goods*) tels que soins, éducation et prise en charge, les OSBL constitueront l'essentiel (voire la totalité) de l'offre sur les marchés correspondants ; telle est leur raison d'être au sein des économies de marché (Hansmann, 1980).

On reconnaît dans cette trame argumentaire, l'arrière-plan néoclassique selon lequel, si l'asymétrie informationnelle ne faisait pas échec au marché de concurrence pure et parfaite, ce dernier constituerait le dispositif optimal de coordination entre offre et demande, les producteurs commerciaux étant alors réputés plus efficaces que leurs concurrents sans but lucratif (Ben-Ner et Gui, 2003). Cet ancrage doctrinal peut expliquer que la CFT se soit progressivement imposée en tant que cadre analytique

mainstream du secteur sans but lucratif, notamment dans la recherche américaine (Handy et al., 2010). A ce titre, elle est aussi, comme nous le rappellerons brièvement, une théorie vis-à-vis de laquelle la notion plus européenne d'économie sociale et solidaire s'est en partie construite. À condition de l'amender, la CFT peut enfin contribuer à éclairer l'existence de « marchés mixtes » c'est-à-dire composés de producteurs à et sans but lucratif.

C'est pourtant à l'examen de ces marchés que son bât conceptuel blesse. Car en toute rigueur, la CFT peine à expliquer que les producteurs commerciaux parviennent à « tirer leur épingle » du jeu concurrentiel, sur les marchés dont elle prédit le monopole (ou quasi-monopole) des OSBL⁶⁷. À cet égard et parce qu'il s'agit d'un service cité en tant qu'archétype de l'échec du contrat (Hansmann, 1980, p. 865), le marché américain des établissements de prise en charge des personnes âgées dépendantes (EHPAD, traduction de *nursing home*) confronte la théorie à une anomalie empirique : il est composé d'environ 70% d'établissements commerciaux et de 22% d'OSBL, le résidu étant constitué d'organisations publiques (CMS, 2015, p. 1)⁶⁸ ; plus surprenant encore, tandis que le nombre d'EHPAD exploités aux Etats-Unis passe de 16 032 à 15 640 établissements sur la période 2005-2014, l'essentiel de cette baisse impacte le secteur sans but lucratif tandis que le secteur commercial voit sa part de marché augmenter (CMS, 2015, p. 9 et 11). La théorie de l'échec du contrat peut-elle s'accommoder d'un tel constat ? La réponse à cette question est, en l'état, ambiguë.

En effet, soit les résidents d'EHPAD ne se comportent pas comme le prescrit la théorie et alors, quelles que soient les raisons de cette divergence, il faut renoncer à son ambition prédictive. Soit la théorie générale de l'échec du contrat autorise la formulation d'hypothèses (de comportement du consommateur) conformes à son cadre d'analyse comme à la structure des marchés de biens de confiance et alors, au prix de certains amendements, son argument demeure recevable (à défaut d'être forcément convaincant). Or, la recherche d'inspiration néoclassique

⁶⁷ Source d'ambiguïté non négligeable, il faut distinguer la CFT d'un côté, l'article séminal d'Hansmann de l'autre. Ce dernier est bel et bien consacré à l'exposé de la première. Mais la théorie de l'échec du contrat est énoncée sur deux pages (p. 843-845) d'un article qui en contient soixante-trois (hors annexes) et son auteur lui-même semble la concevoir en tant que cadre général d'analyse plutôt que théorie prédictive à part entière (l'article d'Akerlof, 1970, introduisant la notion d'asymétrie informationnelle, n'étant même pas cité). Hansmann s'attache ensuite à appliquer son cadre explicatif à divers services produits par les OSBL et au besoin, à l'amender voire lui préférer d'autres inspirations théoriques. Il reste qu'en tant que théorie au sens strict, les propositions de la CFT sont fortes –pour ne pas dire, catégoriques– ce qui rend sa relativisation malaisée (voir Queinnee, 2012).

⁶⁸ L'autre grand secteur de la prise en charge abordé par la CFT - la garde d'enfants en bas âge (*day care*) - exhibe une structure analogue (Lam et al., 2013).

n'a que très rarement consenti à ce travail de déclinaison hypothétique (Ortmann et Schlesinger, 2003).

Cet article vise à produire les hypothèses susmentionnées, en limitant leur portée au cas du marché américain de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cette restriction empirique n'est pas, en soi, de nature à inhiber l'ambition générale de la CFT. Il ne s'agit ici que de comprendre dans quelle mesure le cadre institutionnel d'un marché donné peut contribuer à réduire (ou parer aux conséquences de) l'asymétrie d'information entre producteur et consommateur de biens de confiance, amendant en cela l'idée que le statut sans but lucratif constituerait la seule voie pour ce faire. En somme - et peut-être paradoxalement - il est *envisageable* que le consommateur de services de prise en charge soit *l'homo oeconomicus* que postule la théorie de l'échec du contrat et que *dans certains cas*, cela puisse expliquer l'existence du secteur sans but lucratif. Mais la mise au jour de cette possibilité exige *a minima* de connaître l'infrastructure institutionnelle des marchés de biens de confiance et donc, de renoncer à une conception qui serait purement « naturaliste » du marché.

Dès lors, dans une première partie, nous bornerons le périmètre d'application de la CFT aux services de prise en charge, la littérature ayant parfois cultivé de la notion de « bien de confiance », une conception trop large. Cette discussion liminaire nous permettra, dans une deuxième partie, d'envisager en quoi la régulation du marché de la prise en charge des personnes âgées, aux Etats-Unis, pourrait atténuer l'échec présumé du contrat, au point de justifier que l'essentiel de ce marché soit peuplé d'organisations commerciales. Nous nous arrimerons à la littérature existante pour apporter quelques éléments de réponse à cette question, en arrêtant la réflexion au stade des hypothèses susceptibles d'être dérivées de notre argument. Celles-ci devront respecter le « cahier des charges » suivant : être compatibles avec le postulat du consommateur rationnel et la structure d'offre du marché analysé.

L'ambition du propos doit donc être circonscrite : en premier lieu, il ne s'agit pas de prétendre esquisser une théorie générale des marchés mixtes (sur ce point voir Rose-Ackerman, 1996 ; Marwell et McInnerney, 2005 ; Lakdawalla et Philipson, 2006) mais simplement d'en fournir une explication recevable à l'aune du concept d'asymétrie d'information ; il ne s'agit pas non plus d'aborder l'ensemble des problématiques relatives à l'efficacité du marché américain de la prise en charge des personnes âgées (sur ce point, voir par exemple Kim, 2016). En second lieu, ce papier ne prend pas position dans le débat qui, selon certains auteurs, opposerait approche « américaine » - dont la CFT est emblématique - et approche « européenne » du tiers-secteur (Van Til, 2009). Il fait peu de doute que de par son objet d'étude institutionnel (les associations) autant que sectoriel (ici, les biens de confiance), la CFT est « reconnaissable » par l'économie sociale et solidaire, laquelle a d'ailleurs inspiré des travaux dédiés à la mixité des marchés de prise en charge des personnes âgées (à propos du Japon,

voir Kanaya et al., 2015). Il est également intéressant de remarquer qu'Henry Hansmann dédie son ouvrage de 1996 (*The Ownership of Enterprise*) à la raison d'être des organisations du tiers-secteur (associations, mutuelles, coopératives de consommateurs et de producteurs, etc.), en s'étonnant que celles-ci soient négligées par l'économie *mainstream* (Hansmann, 1996, p. 2). Certains auteurs, enfin, considèrent que la CFT traite une problématique d'équité –le bien-être des personnes vulnérables– au moins autant que d'efficience allocative (Dollery et Wallis, 2002, p. 21). Dès lors, quand bien même est-on en droit de lui préférer d'autres explications de l'existence et de l'essor du tiers secteur, la CFT est candidate à l'examen des théories qui prétendent en expliquer ou comprendre l'existence. C'est à ce projet que se consacre l'argument de cet article, en espérant qu'il contribue (modestement) à nourrir le débat scientifique.

1. ECHEC DU CONTRAT ET BIENS DE CONFIANCE : UNE TENTATIVE DE DÉLIMITATION

1.1. Les biens de confiance en quête d'une identité

La CFT établit une relation bijective entre statut sans but lucratif et caractéristiques informationnelles du service offert. Les OSBL auraient ainsi vocation à produire des services qui, s'ils étaient laissés aux entreprises commerciales, livreraient le consommateur à l'opportunisme du producteur. Ces services peuvent affecter des caractéristiques de « bien public » (aide humanitaire). Ils peuvent aussi confronter le consommateur à un problème insurmontable d'évaluation de la qualité, à l'instar de l'éducation, du soin médical ou de la prise en charge de la vulnérabilité, qualifiés de « services personnels complexes » puis « biens de confiance » (*trust goods*) par la littérature *mainstream*. L'exemple classique de l'aléa moral inhérent à ces services est fourni par le cas du résident/patient atteint d'une maladie neuro-dégénérative. Un établissement gérontologique peut théoriquement facturer un protocole de prise en charge riche en soins et activités d'animation pour ne finalement produire qu'une surveillance *a minima* de la personne résidente, sans que celle-ci dispose de la moindre faculté de rétorsion ; il en découle naturellement un profit opportuniste. Le consommateur (ou son « moniteur », voir plus loin) étant postulé « rationnel », il anticipe cette situation d'asymétrie informationnelle et recourt à des entrepreneurs sans but lucratif pour lui fournir les services concernés car les OSBL ne sont pas incitées à réduire les coûts d'exploitation (donc, maximiser le profit) à ses dépens. La CFT est donc, fondamentalement, une théorie du choix du consommateur dont elle dérive un phénomène institutionnel particulier, celui de l'existence des OSBL dans les économies de marché, que ces organisations produisent des biens publics financés par des dons (« premier secteur sans but

lucratif») ou des services privés sur une base commerciale (« second secteur sans but lucratif ») (Hansmann, 1980, 1989).

La CFT fonctionne cependant mieux pour le « premier » que pour le « second » secteur sans but lucratif. En effet, les organisations collectant des dons ont toutes ou presque un statut associatif. Le cas des marchés mixtes de biens de confiance confronte en revanche la CFT à une énigme : il existe des universités, des hôpitaux, des établissements de prise en charge des personnes âgées, des crèches à et sans but lucratif. Ainsi, à même nomenclature de services répondent deux statuts d'organisation privée. Pourquoi une telle mixité, dès lors ?

Les recherches théoriques et empiriques s'arrimant à l'échec du contrat convoquent l'hétérogénéité de la demande et/ou de l'information du consommateur en tant qu'élément de réponse à cette dernière question. La première se traduit par une répartition du marché entre demandeurs de qualité standard (hypothétiquement contractualisable) et demandeurs de qualité haut de gamme (fréquemment qualifiée de « non contractualisable »), correspondant respectivement à l'offre des firmes et des OSBL (Glaeser et Shleifer, 2001) ; une version légèrement différente de cette segmentation dédie les firmes à un marché pour les inputs observables de l'offre (qualifiés de X1 : schématiquement, les actifs corporels voire incorporels du prestataire) et les OSBL à une demande pour ses inputs idiosyncrasiques (qualifiés de X2 : l'empathie du personnel) (Weisbrod et Schlesinger, 1986 ; Handy, 1997 ; Ben-Ner et al., 2012). L'hétérogénéité de l'information relâche quant à elle le postulat d'asymétrie informationnelle radicale de la CFT en scindant la demande en deux catégories de consommateurs : les « informés », censés pouvoir identifier *ex ante* les producteurs honnêtes indépendamment de leur statut juridique et les « naïfs » qui, vulnérables à l'asymétrie informationnelle, s'en remettent aux prestataires sans but lucratif (Ben-Ner et Van Hoomissen, 1991 ; Hirth, 1999).

Ces apports conceptuels permettent d'avancer dans la voie d'une articulation entre CFT et structure effective des marchés de prise en charge. Ils sont notamment propices aux travaux privilégiant modélisation et/ou protocole empirique. Leur réalisme est cependant sujet à caution car ces explications laissent en suspens les questions suivantes : que recouvre exactement la notion de « qualité standard » dans le cas d'un service de prise en charge ? Les inputs X1 et X2 entrant dans la fonction de production de ces derniers sont-ils substituables ou au contraire, complémentaires et dans ce dernier cas, est-il pertinent de postuler la séparabilité de la demande les concernant ? Que recouvre, enfin, la notion d'information hétérogène à propos de services donnant lieu à un problème d'expropriation *ex post* ?

De notre point de vue, la théorie néoclassique du secteur sans but lucratif a évolué en privilégiant la commodité formelle de son canevas théorique au détriment d'une analyse exhaustive de ses arguments

fondamentaux. Par exemple, la CFT n'a jamais précisément défini le périmètre de la notion de « bien de confiance » au point qu'il est difficile de dire si elle en cultive une vision déductive (tout service produit par des OSBL et donnant prise à asymétrie d'information) ou inductive (certains services associatifs seulement). Cette imprécision peut expliquer que certains auteurs aient attribué l'asymétrie informationnelle caractéristique des biens de confiance à la technologie du service considéré (par exemple, Elman, 1982), au type de consommateur servi (Billis et Glennerster, 1998) ou au mode de financement de la prestation (Glaeser et Shleifer, 2001), Hansmann (1980) ayant quant à lui retenu chacun des trois aspects comme étant taxonomiquement pertinent.

Il est donc utile de circonscrire le périmètre conceptuel des « biens de confiance ». Pour ce faire, on peut rapprocher cette notion de celle, très voisine, de « bien d'expertise » (*credence goods*) dont la littérature théorique et empirique a abondamment traité depuis l'article fondateur de Darby et Karni (1973). L'offre de bien d'expertise réside en le diagnostic et le traitement d'un problème (de santé, par exemple) qu'un consommateur fréquemment profane entend résoudre, ce dont un expert opportuniste peut abuser en sous-dimensionnant ou sur-tarifant son offre. Il en découle trois conséquences préjudiciables au bien-être du consommateur, l'une impactant négativement la qualité du service rendu (« sous-traitement »), les deux autres se traduisant par un prix excessif (« surtraitement » et « surfacturation »)⁶⁹. Or, la notion de « sous-traitement » est très proche de l'asymétrie informationnelle radicale convoquée par la CFT pour justifier l'existence du secteur sans but lucratif. Prosaïquement, Hansmann considère en effet que lorsque l'asymétrie d'information n'entraîne pas d'autre désagrément que celui d'une prestation (modérément) trop chère, le consommateur peut l'accepter ; c'est notamment pourquoi les services de réparation (typiques des biens d'expertise) sont laissés au secteur commercial, quand bien même celui-ci serait tenté de surtraiter ou surfacturer ses prestations ; les conséquences d'une faible qualité d'un service de soin, d'éducation ou de prise en charge sont autrement moins tolérables et c'est pourquoi les OSBL sont appelées à produire de tels services (1980, p. 869). La théorie des biens d'expertise valide, elle aussi, la nécessité d'une garantie quasi-contractuelle parant à l'éventualité d'un sous-traitement ; mais au lieu du statut sans but lucratif, elle s'en remet,

⁶⁹ Le sous-traitement (*undertreatment*) se traduit par une solution inadéquate à un problème que veut résoudre le consommateur (pour forcer le trait, un traitement homéopathique prescrit pour guérir une maladie grave). Le surtraitement (*overtreatment*) se traduit par la mise en œuvre d'une solution excessivement sophistiquée au regard du problème à résoudre (une hospitalisation pour une angine bénigne). La surfacturation (*overcharging*) se traduit par le prix d'une solution sophistiquée (par exemple, un protocole kinésithérapeutique) en contrepartie d'un traitement simple (une pommade antalgique), toutefois approprié au besoin du consommateur.

pour ce faire, à une clause de responsabilité (*liability rule*) dissuadant le producteur d'abuser de sa rente informationnelle (Dulleck et Kerschbamer, 2006). Par ailleurs, corroborant l'intuition d'Hansmann à propos des biens de confiance, la recherche expérimentale confirme que les consommateurs de biens d'expertise sont plus sensibles au sous-traitement qu'aux conséquences strictement tarifaires (surtraitement et surfacturation) de l'asymétrie d'information (Dulleck et al., 2011).

Deux courants théoriques ayant évolué en parallèle - car n'ayant, à notre connaissance, jamais dialogué - identifient donc un problème de bien-être fondamentalement identique (le sous-traitement) et y répondent de manière différente, la théorie des biens d'expertise et celle des biens de confiance convoquant respectivement clause de responsabilité et statut sans but lucratif au secours du consommateur non informé. Il y a là matière à dresser une ligne de démarcation entre ces deux catégories de biens.

Pour la théorie des biens d'expertise, en effet, l'efficacité de la clause de responsabilité vient de ce que, si le consommateur est ignorant du bien-fondé de la technologie qu'utilise l'expert pour résoudre son problème, il est capable d'en apprécier le résultat et de poursuivre (ou discréditer) son fournisseur en cas de déception⁷⁰. Pourquoi, dès lors, cela ne fonctionnerait-il pas pour les biens de confiance ? Sans doute parce que, plutôt qu'à l'enseignement ou au soin médical, ceux-ci font écho aux services de prise en charge de la vulnérabilité. À leur propos, il est en effet douteux qu'une clause de responsabilité soit efficace à protéger le consommateur contre l'opportunisme du producteur. De deux choses l'une en effet : si le consommateur de prise en charge est lucide, il n'a pas besoin d'une telle clause. Cela vient de ce que la prise en charge ne répond pas aux mêmes attentes que le soin (ou l'éducation), ces derniers poursuivant un objectif de réhabilitation ou de développement personnels, dont le terme peut être lointain et la technologie, complexe. La prise en charge de la vulnérabilité, quant à elle, poursuit plutôt un objectif de bien-être quotidien (même si elle peut comporter des aspects éducatifs ou médicaux) dont la technologie, bien qu'elle requière une compétence professionnelle, ne saurait être assimilée à une expertise⁷¹. Il s'ensuit que le service de prise en charge *per se* ne donne pas lieu à asymétrie d'information (au contraire des biens d'expertise) : il s'agit plutôt d'un « bien d'expérience » (*experience good* ; Nelson, 1970) revêtant comme tel

⁷⁰ La judiciarisation croissante de la relation médecin-patient peut s'interpréter à l'aune de cette clause de responsabilité (parfois implicite), le soin médical étant en cela typique des biens d'expertise.

⁷¹ Par exemple, aux États-Unis, « les aides-soignants (...) prodiguent de 80% à 90% des soins aux (résidents en EHPAD) » selon Cawley et al. (2006, p. 235, notre traduction) s'appuyant sur des données de l'Institut américain de Médecine. Or, les aides-soignants sont relativement peu qualifiés.

une forte dimension idiosyncrasique mais n'appelant pas de garantie spécifique dès lors qu'adressé à un consommateur « standard » (c'est-à-dire capable de jugement et de décision). En cas de manquement au contrat ou d'insatisfaction liée aux aspects non contractualisables de la prestation, le client peut se plaindre (voire poursuivre son fournisseur en justice) et/ou quitter l'établissement (*voice* ou *exit* au sens d'Hirschmann, 1970) et ce plus commodément que ne pourrait le faire, notamment, un patient engagé dans un protocole de soins.

Le problème informationnel que posent spécifiquement les services de prise en charge vient donc de la vulnérabilité des personnes auxquelles ils s'adressent. Celle-ci peut en effet altérer la capacité de jugement du consommateur et, en conséquence, ses facultés de rétorsion en cas de sous-traitement. Une clause de responsabilité semble alors impuissante à résoudre ce problème (pour peu qu'elle supplémente le droit existant) dans la mesure où les personnes susceptibles d'en bénéficier seraient en peine de l'utiliser. Le statut sans but lucratif remplit, dans ce cas, une fonction discriminante de garantie. En somme, tandis que la clause de responsabilité protège le consommateur contre le producteur opportuniste, le statut sans but lucratif l'immunise, chacune de ces garanties répondant à un problème informationnel différent.

On admettra donc ici que biens d'expertise et de confiance renvoient respectivement à deux formes spécifiques d'asymétrie informationnelle, justifiant leur distinction taxinomique : une asymétrie de connaissance (liée à l'observabilité de la technologie mise en oeuvre) et une asymétrie de cognition (liée à l'observabilité du résultat produit)⁷². Cette dernière étant typique du service de prise en charge de la vulnérabilité, on circonscrit la trame théorique de l'échec du contrat à son cas (le soin médical étant rendu à sa typologie de bien d'expertise)⁷³.

Comment, dès lors, le consommateur de prise en charge est-il censé se comporter, à la lumière de l'échec du contrat ? C'est l'objet de la sous-section suivante.

⁷² Cette dualité renvoie d'ailleurs à deux concepts fondamentaux de l'économie néoclassique de l'information : la notion d'asymétrie au sens strict pour ce qui concerne les biens d'expertise et celle de « contrat incomplet » pour ce qui concerne les biens de confiance (le contrat incomplet postulant l'inobservabilité, par un tiers, du résultat d'une transaction). Il est d'ailleurs intéressant que Glaeser et Shleifer (2001) aient interprété le problème informationnel posé par les biens de confiance à l'aune de cette notion de contrat incomplet, sans d'ailleurs que cette précision ne leur apparaisse essentielle.

⁷³ L'éducation est, ici, plus difficile à caractériser. Elle ressemble par certains aspects aux biens d'expertise (l'enseignant étant un professionnel qualifié) et par d'autres aux biens de confiance (notamment lorsqu'elle s'adresse à des enfants). On laisse ici ce problème de classification en l'état (pour une discussion, voir Queinnec, 2011).

1.2. Les services de prise en charge : des biens d'expérience « spéciaux »

Tous les consommateurs de prise en charge sont-ils vulnérables à « l'asymétrie de cognition » susmentionnée ? Éventuellement s'il s'agit d'enfants en bas âge. Moins vraisemblablement s'il s'agit de personnes âgées.

La théorie *mainstream* de la prise en charge des personnes âgées tend cependant à considérer qu'une fois admis dans un EHPAD, le résident est captif d'une offre donnant lieu à *lock-in* institutionnel (Hirth, 1999). Combiné à un état de grande fragilité personnelle, ce *lock-in* est propice à un abus récurrent de faiblesse voire une maltraitance liée à la négligence du personnel (cette dernière représentant une forme particulièrement grave du « sous-traitement » discuté en partie 1.1). Pareil argument accrédite le caractère redoutable d'une offre à but lucratif.

L'assimilation du *lock-in* à une situation de quasi-captivité est cependant ambiguë. Conformément au prisme analytique de la théorie des coûts de transaction (Williamson, 1985), le *lock-in* est une solution rationnelle d'organisation d'une transaction récurrente (fréquence très élevée). Le séjour en institution se prête volontiers à cette interprétation : il signifie que des parties en interaction continue ont intérêt à signer un contrat à long terme relevant d'une intégration verticale producteur-consommateur (Krashinsky, 1986). Ce contrat long n'est cependant optimal que sous condition d'un comportement loyal du producteur ; aussi élevé que soit le coût d'un changement de fournisseur, un résident d'EHPAD capable de défection préférera par hypothèse l'encourir plutôt que d'être chroniquement maltraité. Les études empiriques sur la question montrent certes que les résidents américains changent rarement d'institution d'accueil (Hirth et al., 2003) mais cela n'implique pas qu'ils en soient systématiquement incapables. Il est plus pertinent de se demander si les résidents en EHPAD ont *a priori* les ressources (notamment cognitives) leur permettant de se comporter en consommateur vigilant. S'il s'agit d'une investigation difficile, le *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS) produit chaque année un volume d'informations monographiques permettant de la rendre opérationnelle. Ainsi, en 2014, « *les handicaps cognitifs et moteurs sont fréquents parmi les résidents des EHPAD. Toutefois, un résident sur cinq (...) n'avait pas besoin d'assistance pour ses activités quotidiennes et plus d'un tiers des résidents (...) n'avait qu'un handicap cognitif léger* » (CMS, 2015, p. 2, notre traduction).

On peut donc considérer que le « mix résidents » d'un EHPAD se compose d'une minorité de consommateurs « standard » (S) et d'une majorité de consommateurs vulnérables, ces derniers requérant une garantie spécifique. Avant que de l'être par le statut sans but lucratif, celle-ci peut d'abord leur être procurée par un monitoring d'origine familiale ou institutionnelle, à condition de ne pas buter sur un obstacle

communicationnel. On peut dès lors subdiviser les consommateurs vulnérables en trois catégories : les résidents monitorés capables de communiquer leur insatisfaction à leurs proches (M1), les résidents monitorés incapables de communiquer (M2) et les résidents « fragiles », non ou pauvrement monitorés (F).

Il vient de cette typologie que les résidents S et M1 sont présumés capables de se comporter en consommateurs vigilants, c'est-à-dire de discipliner leur fournisseur (en le menaçant de plainte ou déménagement). Les rares études empiriques sur la question tendent d'ailleurs à valider cette conjecture (Chou, 2002). Ces consommateurs « lucides » ou efficacement monitorés (S et M1) auront donc tendance à préférer les producteurs commerciaux aux OSBL, les premiers étant supposés plus efficaces (c'est-à-dire moins coûteux) que les secondes en l'absence d'asymétrie d'information⁷⁴. Les consommateurs fragiles (M2 et F) s'adresseront quant à eux aux OSBL, conformément à la prédiction de la CFT. Cette segmentation fait écho aux travaux qui attribuent la raison d'être des marchés mixtes de prise en charge à l'hétérogénéité de l'information des consommateurs (Hirth, 1999) mais elle donne à cette idée un contenu plus explicite.

Doit-on pour autant s'en tenir à la segmentation susmentionnée ? En vertu de la CFT, même aménagée dans le sens d'une tolérance conceptuelle à l'endroit du consommateur vigilant, cela ne fait guère de doute. Pourtant, la théorie économique a depuis longtemps mis au jour qu'en présence d'asymétries informationnelles, les firmes pouvaient signaler leur probité au marché via, en particulier, la réglementation (Leland, 1979) ou la mise en œuvre de stratégies réputationnelles (Heal, 1976 ; Klein et Leffler, 1981).

Il reste donc à discuter de l'éventualité, de la pertinence et de l'efficacité de telles stratégies à propos des services de prise en charge, ce qui implique d'analyser schématiquement l'infrastructure institutionnelle d'un marché

⁷⁴ Dans le cadre de ce papier, nous entérinons complaisamment ce postulat typiquement néoclassique d'efficacité, en dépit de son imprécision. L'idée sous-jacente est qu'en situation de concurrence loyale, les firmes facturent leur offre au coût marginal, réputé optimal. Au contraire, du fait d'un défaut de gouvernance lié à l'absence de droits de propriété sur leurs actifs, les OSBL auront tendance à surtarifier leur offre (Santerre et Vernon, 2007). Pour la littérature relative à l'échec du contrat, ce surprix supposé de l'offre des OSBL est économiquement justifiable ; il s'agirait d'une prime rémunérant leur fonction d'assurance-qualité (par exemple, Glaeser et Shleifer, 2001). Mais certains travaux l'estiment excessif, de manière au demeurant normative (Gulley et Santerre, 2007). En l'état, il est difficile de trancher le débat car il existe trop peu de travaux comparant la politique tarifaire des deux statuts d'établissement et/ou analysant la relation existant entre prix, coût et qualité (voir toutefois Clement, 2016 ; Huang et Hirth, 2016 ; Dulal, 2017). Si surtarification il y a de la part des OSBL, sa raison d'être est donc indéterminée.

réel. Le marché américain des EHPAD fournira à cette fin, le matériau exploratoire requis.

2. ÉCHEC DU CONTRAT, INFORMATION ET CHOIX DU CONSOMMATEUR : LE CAS DU MARCHÉ AMÉRICAIN DES EHPAD

La CFT envisage le statut sans but lucratif en tant que signal de probité donné au marché, ce dernier étant présumé accessible (il ne pose pas de problème d'identification) et relativement fiable. Or, ces deux postulats sont sujets à caution. Les travaux empiriques ou expérimentaux sur la question laissent en effet à penser que le signal sans but lucratif est moins facilement accessible que ne le postule la CFT (Malani et David, 2008 ; Handy et *al.*, 2010). En outre, le statut sans but lucratif peut être travesti par des entreprises « déguisées » en OSBL, dès lors que la contrainte de non distribution du profit est conçue ou appliquée de manière trop lâche (Weisbrod, 1988 ; Hirth, 1999). Dans cette perspective, l'identité religieuse de nombreuses OSBL pourrait être interprétée au moyen de la théorie du signal, dans la mesure où elle apparaît plus facilement communicable (et moins facilement corruptible) que le seul statut sans but lucratif (Weisbrod et Schlesinger, 1986 ; Handy, 1997 ; Ucar et Nisanci, 2015).

C'est donc en termes comparatifs qu'il faut interpréter l'avantage signalétique supposé des OSBL sur les firmes, dans les cas visés par la CFT (Ben-Ner et Van Hoomissen, 1991 ; Glaeser et Shleifer, 2001). Celle-ci sous-estime cependant les stratégies de signalisation ouvertes aux firmes, prenant appui sur la réglementation ou la construction d'une réputation. On discutera de cette possibilité dans le cas d'espèce (le marché américain des EHPAD). On ajoutera un mot plus original sur le rôle de signal que pourrait aussi jouer l'intégration verticale.

2.1. Réglementation (et réputation)

Les EHPAD américains rendent schématiquement deux types de service : une prestation médicale relevant des soins de suite post hospitalisation en court séjour (*skilled nursing facility*) et une prise en charge au long cours pour personnes chroniquement dépendantes consistant notamment en l'aide à la vie quotidienne : hygiène, habillement, repas, toilettes, mobilité (*nursing home* au sens strict). À condition que l'établissement prestataire soit certifié, les soins en court séjour sont éligibles à l'assurance publique *Medicare* (financement intégral des soins durant les vingt premiers jours de prise en charge et financement partiel entre le vingtième et le centième jour) tandis que la prise en charge à long

terme est éligible à l'assurance publique *Medicaid*⁷⁵ ; plus de 92% des EHPAD américains ont la double-certification *Medicare* et *Medicaid* (CMS, 2015, p. 12), leur permettant d'offrir chacun des services susmentionnés.

Les EHPAD américains sont l'objet d'une réglementation et d'une information publiques depuis le début des années 1960. Leur certification par les assurances publiques leur impose de respecter un certain nombre de normes minimales de qualité et de dotation en personnel. À cette fin, les établissements font l'objet de visites d'inspection inopinées et relativement fréquentes, de la part d'agents mandatés par les administrations sanitaires de l'état de résidence (mais évaluant la qualité des établissements en fonction des standards fédéraux) ; tout manquement au respect des normes, quels qu'en soient le domaine et la sévérité, donne lieu à « mention de déficience » (*deficiency citation*) appelant correction dans de brefs délais. Depuis 1998, ces mentions de déficience sont accessibles au public sur le site internet du *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS), administration en charge de la gestion de *Medicare* et *Medicaid*. A partir de 2001, le CMS a enrichi cette information en y ajoutant des mesures de qualité et de composition du personnel. Depuis 2008, toutes ces données sont compilées au travers d'un système individualisé de notation (sous forme de *star rating* allant de 1 à 5 étoiles) en accès libre sur Internet (site *Nursing Home Compare*, <https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html>). Les EHPAD sont également tenus de faciliter le dépôt de plainte de leurs résidents. Le marché de la prise en charge des personnes âgées est donc réglementé voire intermédié (du fait de l'information produite par le CMS). Il est également largement socialisé puisque *Medicaid* couvre environ 60% des dépenses annuelles des EHPAD tandis que *Medicare* et d'autres programmes publics contribuent à hauteur de 16% du total environ, le solde étant acquitté par l'assurance privée ou (plus fréquemment) les résidents (Amirkhanyan et al., 2018). On est ici assez loin de l'arrière-plan institutionnellement épuré de la CFT.

Réglementation et information publiques sont-elles de nature à discipliner le marché de la prise en charge des personnes âgées ? Il semble globalement que les EHPAD fassent l'effort de se conformer aux standards réglementaires. Les déficiences sévères signalant une mise en

⁷⁵ *Medicare* prend financièrement en charge les soins médicaux des personnes âgées de plus de 65 ans, résidant sur le sol américain (sous certaines conditions de cotisation et d'affiliation). *Medicaid* est une assurance sociale plus composite, venant en aide aux personnes sans ressources. Dans le cas d'une personne âgée, *Medicaid* peut donc financer la prise en charge au long cours, que l'admission soit réalisée à cette fin ou qu'elle succède à une prise en charge post-hospitalisation. Cela suppose que le bénéficiaire soit *effectivement* sans ressource, c'est-à-dire que ni son revenu, ni la liquidation de son patrimoine ne lui permettent d'assumer le coût de la prise en charge, cette situation économique étant appréciée à l'admission ou en cours de séjour.

danger du résident sont en effet relativement rares (CMS, 2015, p. 48) et sur ce critère, la recherche empirique ne conclut pas à une différence significative de performance entre entreprises et OSBL (Comondore et al., 2009). Les études portant sur les normes de dotation en personnel vont également dans ce sens (Matsudaira, 2012 ; Bowblis et Ghattas, 2017). Il est dès lors possible que les organisations prises en défaut sur les standards soient moins coupables d'opportunisme que confrontées à un problème général de management, n'épargnant d'ailleurs aucun des deux statuts de droit privé.

On peut donc considérer que la réglementation fournit une garantie minimale de qualité aux consommateurs. L'information publique, quant à elle, est censée rapprocher le marché de l'idéal de concurrence pure et parfaite : correctement informé des rapports qualité/prix offerts sur le marché, le futur résident est censé choisir ses prestataires aussi rationnellement que possible. Cet idéal bute cependant sur un triple obstacle : en premier lieu, l'accès à l'information suppose de pouvoir consulter les bases de données du CMS ; or, comme le remarquent certains travaux, les personnes âgées ne sont pas nécessairement familières d'Internet (Stevenson, 2006)⁷⁶. En second lieu, une partie de l'information fondant la notation en étoiles des EHPAD américains est produite par les établissements eux-mêmes, de manière volontairement complaisante (Han, 2017), ce qui pose plus généralement la question de la conception de l'information qualité produite. Enfin, ni les normes réglementaires, ni l'information qualité recueillie annuellement par le CMS ne peuvent surmonter le problème d'agence multi-tâches (Holmstrom et Milgrom, 1991) auquel s'assimile la relation contractuelle entre producteur et résident fragile en EHPAD. En effet, par construction, les normes réglementaires sont axées sur la sécurité du résident plutôt que sa qualité de vie ; elles privilégient la dimension médicale du séjour. Un comportement en ligne avec la théorie des asymétries d'information pourrait donc « montrer patte blanche » sur les aspects réglementés de la qualité tout en minimisant d'autres prestations, moins contrôlées. La prégnance de ces comportements de compensation (*offsetting behavior*) est confirmée par la recherche empirique (Bowblis et Lucas, 2012 ; Lu, 2012).

L'information publique peut-elle cependant constituer un vecteur de réputation, pour les EHPAD ? On peut l'envisager mais il s'agit d'un challenge difficile, la littérature convenant que les flux informationnels générés par la prise en charge des personnes âgées dépendantes sont

⁷⁶ L'auteur s'appuie ici sur une étude conduite en 2003, montrant que seuls 22% des individus âgés de plus de 65 ans sont utilisateurs d'Internet (voir p. 783, note 2). On peut cependant considérer qu'il s'agit d'un phénomène générationnel plutôt que substantiel, le vieillissement de la population touchant progressivement des personnes familières de la prise d'information en ligne. Par ailleurs, la question du monitoring est ici centrale : l'aide apportée par la famille à un résident peut notamment porter sur l'utilisation d'Internet.

relativement pauvres (Ortmann et Schlesinger, 2003) ; l'information publique renseigne d'ailleurs moins sur l'attractivité d'un établissement que sur son absence de défaut majeur. En l'état actuel des travaux sur la question, l'impact de l'information qualité sur le choix des consommateurs de prise en charge est encore incertain. Les travaux corrélant information qualité et taux de remplissage des établissements ont d'abord conclu à une relation faible (Stevenson, 2006) mais une étude plus récente suggère un rapport de cause à effet plus concluant entre les deux variables (Lu, 2012). À l'aune de la CFT, compte tenu de l'orientation principalement médicale des standards réglementaires et de l'information qualité, on peut supposer que ces dispositifs protègent/informent convenablement les résidents en soins de suite lesquels, sauf complication pathologique ou besoin chronique d'assistance (se traduisant par une prolongation du séjour), ont vocation à retourner chez eux au terme d'une période relativement courte de post-hospitalisation. L'information réglementaire semble moins adaptée à la protection des résidents en long séjour, le *lock-in* caractéristique des services de prise en charge au long cours étant propice à altération du signal réputationnel.

Réglementation de l'offre et socialisation du financement permettent enfin de jauger la pertinence du postulat d'opportunisme des firmes. Il est en effet intéressant de remarquer que le taux d'occupation moyen des EHPAD américains n'a cessé de décroître ces dernières années : il était de 85,5% en 2005 et seulement de 82,4% en 2014 (CMS, 2015, p. 13). Un taux aussi bas pose naturellement un problème d'amortissement des coûts fixes, préjudiciable à la rentabilité des entreprises. Bien que la plupart des États américains soient en mesure de protéger les *insiders* en restreignant l'offre de nouvelles capacités (via l'émission de *certificates of need* relevant d'une forme de planification sanitaire), la plupart ont, dans les années 1990, encouragé le développement de structures alternatives de prise en charge, moins coûteuses que l'hébergement en institution (Mukamel et al., 2005)⁷⁷. En outre, tandis que les forfaits *Medicare* sont traditionnellement avantageux pour les EHPAD, il n'en va pas de même des forfaits *Medicaid* (Eljay LLC, 2016, p. 5). Or, les entreprises commerciales accueillent proportionnellement plus de résidents *Medicaid* que le secteur sans but

⁷⁷ Le système américain de prise en charge des personnes âgées comprend cinq types d'institution, correspondant schématiquement à un degré de dépendance croissant des personnes accueillies : *home health agency* (prise en charge à domicile), *adult day services center* (services communautaires), *assisted living community* (service en résidence), *nursing home* (EHPAD) et *hospice*, cette dernière structure étant dédiée aux soins palliatifs. Or, la prise en charge institutionnelle au sens strict (EHPAD et hospices) est nettement plus coûteuse que les services produits dans un cadre résidentiel et/ou communautaire (<https://www.genworth.com/aging-and-you/finances/cost-of-care.html>). C'est pourquoi les États américains ont pu être tentés d'en décourager l'usage. Dans les années 2000, cette orientation de politique publique semble moins systématique (Harris-Kojetin et al., 2013, p. 38).

lucratif (voir Christensen et Arnould, 2005). L'incitation des établissements commerciaux à servir une qualité bas de gamme n'en est bien entendu que plus forte sauf à considérer que l'accueil de résidents privés permet de subventionner la prise en charge des résidents *Medicaid*, élevant corrélativement le niveau global de qualité servie. Il y a là une question de recherche peu explorée (Grabowski et al., 2008).

2.2. Intégration

A notre connaissance, l'intégration verticale n'a jamais été envisagée comme dispositif de signalisation de la fiabilité des firmes. Or, puisque les consommateurs de biens de confiance sont censés redouter une minimisation *ex post* des coûts de leur prise en charge, une entreprise pouvant *ex ante* montrer le nœud de contrats l'unissant à ses salariés ou ses fournisseurs couperait court à toute tentation d'opportunisme. L'efficacité de ce signal suppose toutefois (1) que les coûts de rupture contractuelle soient suffisamment dissuasifs et (2) que les consommateurs –ou plus vraisemblablement, leurs moniteurs– puissent accéder à l'information idoine et soient capables de la traiter. Pour le consommateur, cela implique de transformer le bien d'expérience « prise en charge » en un bien de recherche, le critère d'appréciation ici proposé étant vraisemblablement plus fiable que celui des attributs « observables » de l'offre, qu'il s'agisse de ses actifs (accessibles à une visite) ou de son *rating* qualité⁷⁸.

Les consommateurs de prise en charge valorisent-ils l'organisation intégrée de leurs fournisseurs ? À notre connaissance, il n'existe pas de travaux documentant spécifiquement cette question. En revanche, la propension du secteur de la prise en charge à l'intégration horizontale a été mise au jour. L'acquisition de nombreux établissements indépendants par des chaînes commerciales répondrait ainsi à une volonté de rationalisation de leur management, suscitée par la réglementation (Banaszak-Holl et al., 2002). Une autre tendance lourde du marché américain des EHPAD réside en le rachat d'établissements par les fonds de *private equity*. Ces acquisitions se traduisent fréquemment par l'externalisation du parc immobilier et des services de management ; il

⁷⁸ Accéder au profil contractuel d'un prestataire de services, de manière à savoir s'il internalise (contrats longs) ou externalise (contrats courts) son exploitation, est plus difficile que de constater sa dotation en actifs à l'instant *t*. Le traitement de cette information semble en revanche plus concluant. On peut en effet imaginer qu'un établissement accueillant le jour d'une visite le soit beaucoup moins le jour de l'admission, dès lors que certains équipements (télévision, salle de bains, etc.) en seraient retirés ou mis hors d'état de fonctionner. Un diagnostic du degré d'internalisation de l'entreprise (contrats de travail à durée indéterminée, contrats de propriété, de leasing et/ou de maintenance au long cours des actifs) semble à cet égard plus rassurant. Car à l'aune de l'échec du contrat, la flexibilité d'une entreprise (l'externalisation de sa chaîne de valeur) est un signal dissuasif.

s'agirait, pour les propriétaires, de brouiller l'identification de l'organisation prestataire (afin de compliquer les actions judiciaires) voire de diversifier le risque réglementaire (Stevenson et Grabowski, 2008). Le prisme de la CFT invite donc à considérer que les consommateurs devraient valoriser les organisations verticalement intégrées tout en redoutant le signal informationnel envoyé par les structures complexes.

Notons qu'il est ici possible que la réglementation publique rende un service signalétique analogue à celui de l'intégration verticale (et, en conséquence, s'y substitue). Les normes prescrivant un nombre d'heures minimum de travail soignant par résident/jour sont de plus en plus fréquemment adoptées par les États américains (Bowblis et Ghattas, 2017). Bien que posant des problèmes d'effectivité, leur fonction de garantie est analogue à celle que constituerait une relation d'emploi à durée indéterminée entre un prestataire et son personnel, caractéristique d'une internalisation du processus de production.

2.3. Hypothèses de recherche

La CFT postule que les consommateurs de prise en charge anticipent correctement les conséquences de l'asymétrie informationnelle dont ils sont potentiellement victimes. On peut alors se figurer leur décision de manière séquentielle : en premier lieu, choisir un prestataire en fonction de sa fiabilité (conformément à la CFT) ; en second lieu, choisir un prestataire en fonction de son prix (conformément à l'analyse microéconomique *mainstream*), cette seconde condition étant atténuée en cas de recours à l'assurance. On admettra enfin que le marché des EHPAD est essentiellement local (Grabowski et al., 2013). Dès lors, dans le cas des Etats-Unis, on devrait pouvoir vérifier les appariements consommateur-producteur suivants :

Hypothèse 1 : les résidents en court séjour achètent principalement du soin médical. Ils s'adressent indifféremment aux entreprises commerciales ou aux OSBL pour ce faire, en fonction de l'offre locale. En effet, les standards réglementaires, axés sur la qualité strictement médicale de la prestation, suffisent à protéger le consommateur contre l'opportunisme du producteur. En outre, si le résident est éligible à l'assurance publique *Medicare*, il est indifférent au prix de facturation (en cas de non assurance ou d'assurance restrictive, il privilégiera alors les producteurs lucratifs, réputés plus efficaces). Notons que cette hypothèse est proche de celle d'une demande « standard » adressée par certains consommateurs aux EHPAD (Holtmann et Ullmann, 1991).

Hypothèse 2 : sous réserve qu'il existe une offre locale correspondante, les consommateurs standards de long séjour (type S) s'adressent aux entreprises lorsqu'ils acquittent le prix sur leurs deniers personnels (du fait du postulat d'efficacité des firmes). Ils sont en revanche indifférents au

statut du prestataire lorsqu'ils sont pris en charge par *Medicaid* (voir Christensen et Arnould, 2005).

Hypothèse 3 : les consommateurs type M1 (vulnérables mais monitorés et capables de communication) se comportent comme les consommateurs standards. On peut toutefois supposer que leur capacité à changer de prestataire en cas d'insatisfaction est moindre et ajouter ici la spécification suivante : la propension des résidents M1 à choisir une entreprise commerciale sera d'autant plus élevée que la concurrence locale est forte (environnement urbain, notamment). En effet, la concurrence réduit le coût d'opportunité d'un changement de fournisseur pour le consommateur (l'élève pour le producteur).

Hypothèse 4 : les consommateurs type M2 (monitorés mais entravés dans leur aptitude à communiquer) s'adressent aux entreprises verticalement intégrées dès lors que leurs moniteurs encourent les coûts de recherche correspondants. Sinon, ils s'adressent aux OSBL.

Hypothèse 5 : les consommateurs type F (fragiles et non monitorés) s'adressent aux OSBL (notamment religieuses, du fait de l'accessibilité de leur signal).

D'un strict point de vue conceptuel, ce jeu d'hypothèses permet de réconcilier la CFT avec la structure mixte du marché américain des EHPAD. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant segmenté la demande de services de prise en charge de manière aussi détaillée que ce que suggère notre typologie. Celle-ci peut d'ailleurs être affinée et à certains égards, modifiée notamment pour ce qui concerne le comportement du consommateur « standard » (en vertu de ce que, par exemple, les courts séjours à vocation médicale s'apparentent à un bien d'expertise). La CFT n'est en effet rigoureusement prédictive qu'en ce qui concerne le comportement des consommateurs les plus vulnérables (M2 et F), notamment en long séjour ; elle ne peut en effet envisager que ces derniers recourent à des prestataires commerciaux. C'est évidemment peu réaliste : dans un certain nombre de cas, par exemple, l'admission en long séjour succède à une post-hospitalisation dans le même établissement, dès lors que le résident souffre d'une perte chronique d'autonomie. Plutôt que d'un « choix de consommation », la situation du résident résulte alors d'une décision prise, à l'origine, par un planificateur hospitalier (*discharge planner*), dans une perspective de soins de suite plutôt que de prise en charge au long cours.

Quoi qu'il en soit, force est de constater que si quelques travaux mettent au jour l'appétence des consommateurs pour les EHPAD sans but lucratif (Ballou, 2005), dans l'ensemble, la recherche économique d'inspiration néoclassique fait un usage plus conceptuel qu'empirique du postulat de rationalité ; peut-être s'agit-il là d'un trait méthodologique laissant à l'économie comportementale voire au marketing, le soin d'ouvrir la boîte noire que constitue, dans de nombreux cas, le choix du consommateur. La CFT invite manifestement à de tels travaux.

CONCLUSION

La théorie de l'échec du contrat prédit que les consommateurs de biens de confiance adressent leur demande aux OSBL parce que ces dernières surmontent un problème radical d'asymétrie d'information, mieux que tout autre dispositif. Dès lors, la notion de « bien de confiance » englobant notamment les services de prise en charge, il faut pouvoir expliquer la structure mixte des marchés correspondants, composés de prestataires à et sans but lucratif. La théorie s'en remet, pour ce faire, à divers postulats d'hétérogénéité de la demande ; il existerait notamment des consommateurs vulnérables à l'asymétrie d'information et d'autres non, cette segmentation informationnelle –ou plus précisément, cognitive– permettant d'envisager la fiabilité de l'offre commerciale sur les marchés considérés.

Est-il pour autant convaincant de prétendre déduire la structure des marchés mixtes du choix rationnel du consommateur ? Il est tentant de répondre négativement à cette question. Notre discussion a par exemple suggéré que l'intégration verticale pourrait constituer un signal adressé par les entreprises commerciales aux consommateurs les plus fragiles. Or, ce mode d'organisation ne semble pas caractériser la chaîne d'offre des EHPAD américains. Au-delà de cette remarque, le principal paradoxe de la CFT n'est-il pas de postuler la rationalité de consommateurs dont la fragilité est par ailleurs posée comme source essentielle de « l'échec du contrat » ?

Ces remarques peuvent expliquer que la théorie positive de l'échec du contrat ait rarement été testée (à propos des EHPAD, voir Weisbrod et Schlesinger, 1986 ; Chou, 2002). Alors qu'il s'agit fondamentalement d'une théorie du comportement du consommateur, les travaux relatifs à l'offre et la demande de biens de confiance se sont plutôt intéressés à celui du producteur, comme pour valider l'existence d'une imperfection persistante du marché appelant correction par la politique publique.

En l'espèce, il est possible que la CFT pâtisse du hiatus existant entre son substrat néoclassique –largement idéal– et son ambition prédictive. Il est par exemple douteux que le prisme étroitement rationnel de l'échec du contrat explique le choix du consommateur mieux que ne le font les modèles comportementaux hétérodoxes (rationalité *a posteriori*, par exemple). Le postulat d'opportunisme exagère lui-même l'avidité des firmes : altruisme des dirigeants, éthique, allégeance à des normes sociales et professionnelles sont difficiles à signaler mais remplissent certainement une fonction sélective ; en outre, rien ne dit que le secteur sans but lucratif ne soit pas porteur d'une image dévalorisée par certains consommateurs. Enfin, la notion de « bien de confiance » elle-même est sujette à caution ; la théorie néoclassique inventorie les biens et services en fonction de caractéristiques informationnelles supposées, sans se départir d'une

démarcation stricte entre offre et demande. Comme nous l'avons vu, il s'agit d'une démarche conjecturale et d'autres modes de caractérisation des biens et services sont possibles, qui n'emportent pas les mêmes conséquences théoriques (Gadrey, 2000). Certains auteurs considèrent par exemple que le problème informationnel posé par un service de prise en charge aussi emblématique que celui de la garde d'enfants, procède moins de l'asymétrie que d'une incertitude partagée entre producteur et consommateur (Lupton, 2005).

Prétendre déduire un phénomène institutionnel d'une double-objectivation, celle de l'information contenue dans l'offre d'une part, de l'utilité attendue de la demande d'autre part, est épistémologiquement périlleux. Nous avons ici essayé de « jouer ce jeu » de manière à en inférer des hypothèses testables. Cet effort a rarement été produit, peut-être parce que la recherche a relativement peu confiance en sa fécondité ; l'une des premières objections à avoir été adressées à la CFT émane d'ailleurs d'un auteur spécialiste du comportement du consommateur (Permut, 1981).

La CFT n'en reste pas moins une théorie stimulante dont l'intuition fondamentale est corroborée par de nombreux travaux, sans parler de certains faits divers : il peut effectivement être « économiquement rationnel » de produire une prise en charge de piètre qualité, le préjudice en résultant étant potentiellement considérable. S'il y a loin de la coupe d'une intuition stimulante aux lèvres d'une théorie générale, la CFT mérite donc d'être considérée. Force est cependant de constater que, presque quarante ans après sa formulation initiale, elle a été plus souvent invoquée qu'elle n'a été éprouvée. Si ce dernier projet demeure recevable, qui passe par le test empirique des hypothèses pouvant être dérivées de la CFT, il est au moins aussi pertinent de le compléter par l'étude des facteurs sous-tendant l'offre d'organisations sans but lucratif, notamment en termes de sociabilité, de solidarité ou d'inclusion sociale, autant d'utilités « non standard » que l'analyse néoclassique des marchés et des organisations peine à appréhender.

BIBLIOGRAPHIE

AKERLOF, G. A., 1970, The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), pp. 488-500.

AMIRKHANYAN, A. A., MEIER, K. J., O'TOOLE, L., DAKHWE, M. A., JANZEN, S., 2018, Management and Performance in US Nursing Homes, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(1), pp. 33-49.

ARROW, K. J., 1963, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 5, pp. 941-973.

BALLOU, J. P., 2005, An Examination of the Presence of Ownership Effects in Mixed Markets, *Journal of Law, Economics & Organization*, 21(1), pp. 228-255.

- BANASZAK-HOLL, J., WHITNEY, B. B., BOWMAN, D. M., BAUM, J. A. C., MITCHELL, W., 2002, The Rise of Human Service Chains: Antecedents to Acquisitions and Their Effects on the Quality of Care in US Nursing Homes, *Managerial and Decision Economics*, 23, pp. 261-282.
- BEN-NER, A., VAN HOOMISSEN, T., 1991, Nonprofit Organizations in the Mixed Economy: A Demand and Supply Analysis, *Annals of Public and Cooperative Economics*, 62(4), pp. 519-550.
- BEN-NER, A., GUI, B., 2003, The Theory of Nonprofit Organizations Revisited, in Anheier, H. K., Ben-Ner, A., (eds), *The Study of the Nonprofit Enterprise: Theories and Approaches*, New-York, Kluwer/Plenum, pp. 3-26.
- BEN-NER, A., KARACA-MANDIC, P., REN, T., 2012, Ownership and Quality in Markets with Asymmetric Information: Evidence from Nursing Homes, *B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 12(1), pp. 1-31.
- BILLIS, D., GLENNERSTER, H., 1998, Human services and the voluntary sector: towards a theory of comparative advantage, *Journal of Social Policy*, 27(1), pp. 79-98.
- BOWBLIS, J. R., LUCAS, J. A., 2012, The impact of state regulations on nursing home care practices, *Journal of Regulatory Economics*, 42(1), pp. 52-72.
- BOWBLIS, J. R., GHATTAS, A., 2017, The Impact of Minimum Quality Standard Regulations on Nursing Home Staffing, Quality, and Exit Decisions, *Review of Industrial Organization*, 50(1), pp. 43-68.
- CAWLEY, J., GRABOWSKI, D. C., HIRTH, R.A., 2006, Factor substitution in nursing homes, *Journal of Health Economics*, 25, pp. 234-247.
- CENTER FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (CMS), 2015, *Nursing Home Data Compendium 2015 Edition*. https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium_508-2015.pdf.
- CHOU, S-Y., 2002, Asymmetric Information, Ownership and Quality of Care: an Empirical Analysis of Nursing Homes, *Journal of Health Economics*, 21, pp. 293-311.
- CHRISTENSEN, E. W., ARNOULD, R. J., 2005, The Impact of Asymmetric Information and Ownership on Nursing Home Access, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5(3), pp. 273-297.
- CLEMENT, J., 2016, Value and nursing home profitability, *Health services Management Research*, 29(3), pp. 62-69.
- COMONDORÉ, V. R. et al., 2009, Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis, *British Medical Journal*, 339p.
- DARBY, M. R., KARNI, E., 1973, Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, *Journal of Law and Economics*, 16(1), pp. 67-88.
- DOLLERY, B., WALLIS, J., 2002, Economic Theories of the Nonprofit Sector: a survey of Government Failure and Market Failure Approaches, *Economics Discussion papers*, University of Otago, 0208.

- DULAL, R., 2017, Cost efficiency of nursing homes: do five-star quality rating matter?, *Health Care Management Science*, 20, pp. 316-325.
- DULLECK, U., KERSCHBAMER, R., 2006, On Doctors, Mechanics and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods, *Journal of Economic Literature*, XLIV, pp. 5-42.
- DULLECK, U., KERSCHBAMER, R., SUTTER, M., 2011, The Economics of Credence Goods: an Experiment on the Role of Liability, Verifiability, Reputation and Competition, *American Economic Review*, 101, pp. 526-555.
- ELJAY, LLC, 2016, *A Report on Shortfalls on Medicaid Funding for Nursing Center Care*, American Health Care Association.
- ELLMAN, I. M., 1982, Another Theory of Nonprofit Corporations, *Michigan Law Review*, 80(5), pp. 999-1050.
- GADREY, J., 2000, The Characterization of Goods and Services : an Alternative Approach, *Review of Income and Wealth*, 46(3), pp. 369-387.
- GLAESER, E., SCHLEIFER, A., 2001, Not-for-profit entrepreneurs, *Journal of Public Economics*, 81(1), pp. 99-115.
- GRABOWSKI, D. C., GRUBER, J., ANGELELLI, J. J., 2008, Nursing Home Quality as a Common Good, *Review of Economics and Statistics*, 90(4), pp. 754-764.
- GRABOWSKI, D. C., FENG, Z., HIRTH, R., RAHMAN, M., MOR, V., 2013, Effect of nursing home ownership on the quality of post-acute care: an instrumental variables approach, *Journal of Health Economics*, 32, pp. 12-21.
- GULLEY, O. D., SANTERRE, R. E., 2007, Market Structure Elements: The Case of California Nursing Homes, *Journal of Health Care Finance*, 33(4), pp. 1-16.
- HAN, X., 2017, Rating Game – Inflation Detection, Audit Design, and Technology Adoption on the Nursing Home Compare System, *Doctoral dissertations*, 1605, University of Connecticut, <http://opencommons.uconn.edu/dissertations>
- HANDY, F., 1997, Coexistence of Non-Profit, For Profit and Public Sector Institutions, *Annals of Public and Cooperative Economics*, 68(2), pp. 201-223.
- HANDY, F., SETO, S., WAKARUK, A., MERSEY, B., MEJIA, A., COPELAND, L., 2010, The Discerning Consumer: Is Nonprofit Status a Factor?, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 39(5), pp. 866-883.
- HANSMANN, H., 1980, The Role of Nonprofit Enterprise, *Yale Law Journal*, 89(5), pp. 835-901.
- HANSMANN, H., 1989, The Two Nonprofit Sectors: Fee For Service Versus Donative Organizations, In Hodgkinson, V. A., Lyman, R. W. (eds), *The Future of the Nonprofit Sector: Challenges, Changes, and Policy Considerations*, San Francisco, Jossey-Bass, pp. 91-102.
- HANSMANN, H., 1996, *The Ownership of Enterprise*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Mass.

- HARRIS-KOJETIN, L., SENGUPTA, M., PARK-LEE, E., VALVERDE, R., 2013, *Long-term care Services in the United States: 2013 Overview*, National Center for Health Statistics, Hyatsville, Maryland.
- HEAL, G., 1976, Do Bad Products Drive Out Good?, *Quarterly Journal of Economics*, 90(3), pp. 499-502.
- HIRSCHMANN, A. O., 1970, *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- HIRTH, R. A., 1999, Consumer Information and Competition between Non-Profit and For-Profit Nursing Homes, *Journal of Health Economics*, 18(2), pp. 219-240.
- HIRTH, R. A., BANASZAK-HOLL, J. C., FRIES, B. E., TURENNE, M. N., 2003, Does quality influence consumer choice of nursing homes? Evidence from nursing home to nursing home transfers, *Inquiry*. 40(4), pp. 343-361.
- HOLMGROM, B., MILGROM, P., 1991, Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design, *Journal of Law, Economics & Organization*, 7, pp. 24-52.
- HOLTMANN, A. G., ULLMANN, S. G., 1991, Transaction Costs, Uncertainty and Not-for-Profit Organizations: the case of nursing homes, *Annals of Public and Cooperative Economics*, 62(4), pp. 641-654.
- HUANG, S. S., HIRTH, R. A., 2016, Quality rating and private-prices: Evidence from the nursing home industry, *Journal of Health Economics*, 50, pp. 59-70.
- KANAYA, N., TAKAHASHI, H., SHEN, J., 2015, The Market Share of Nonprofit and For-Profit Organizations in the Quasi-Market: Japan's Long-Term Care Services Market, *Annals of Public and Cooperative Economics*, 86(2), pp. 245-266.
- KIM, A-S., 2016, Market Conditions and Performance in the Nursing Home Compare Five-Star Rating, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(5), pp. 939-968.
- KLEIN, B., LEFFLER, K., 1981, The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance, *Journal of Political Economy*, 89(4), pp. 615-641.
- KRASHINSKY, M., 1986, Transaction Costs and a Theory of Nonprofit Organization, in Rose-Ackerman, S. (ed), *The Economics of Nonprofit Institutions*, New York, Oxford University Press, pp. 114-132.
- LAKDAWALLA, D., PHILIPSON, T., 2006, The nonprofit sector and industry performance, *Journal of Public Economics*, 90, pp. 1681-1698
- LAM, M., KLEIN, S., FREISTHLER, B., WEISS, R. E., 2013, Child Center Closures: Does nonprofit status provide a comparative advantage?, *Child Youth Services Review*, 36(3), pp. 525-534.
- LELAND, H. E., 1979, Quacks, Lemons, and Licensing: A Theory of Minimum Quality Standards, *Journal of Political Economy*, 87(6), pp. 1328-1346.

- LU, S. F., 2012, Multitasking, Information Disclosure, and Product Quality: Information from Nursing Homes, *Journal of Economics & Management Strategy*, 21(3), pp. 673-705.
- LUPTON, S., 2005, Shared quality uncertainty and the introduction of indeterminate goods, *Cambridge Journal of Economics*, 29, pp. 399-421.
- MALANI, A., DAVID, G., 2008, Does Nonprofit Status Signal Quality?, *Journal of Legal Studies*, 37(2), pp. 551-576.
- MARWELL, N. P., MCINERNEY, P-B., 2005, The Nonprofit/For-Profit Continuum: Theorizing the Dynamics of Mix-Form Markets, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 34(1), pp. 7-28.
- MATSUDAIRA, J. D., 2012, Government Regulation and the Quality of Health Care: Evidence from Minimum Staffing Legislation for Nursing Homes, *Journal of Human Resources*, 49(1), pp. 32-72.
- MUKAMEL, D. B., SPECTOR W. D., BAJORSKA, A., 2005, Nursing Home Spending Patterns in the 1990s: the Role of Nursing Home Competition and Excess Demand, *Health Services Research*, 40(4), pp. 1040-1055.
- NELSON, P., 1970, Information and Consumer Behavior, *Journal of Political Economy*, 78(2), pp. 311-329.
- ORTMANN, A., SCHLESINGER, M., 2003, Trust, Repute, and the Role of Nonprofit Enterprise, in Anheier, H., Ben-Ner, A. (eds), *The Study of Nonprofit Enterprise: Theories and Approaches*, New York, Kluwer/Plenum, pp. 77-114.
- PERMUT, S. E., 1981, Consumer Perception of Nonprofit Enterprise: A Comment on Hansmann, *Yale Law Journal*, 90(7), pp. 1623-1632.
- QUEINNEC, E., 2011, Résoudre un problème d'asymétrie d'information en s'abstenant de faire du profit : les organisations sans but lucratif répondent-elles à une demande de biens de confiance ?, *Cahier de Recherche n° 2011-21*, Centre d'Économie Paris Nord, Université Paris 13.
- QUEINNEC, E., 2012, Les organisations sans but lucratif répondent-elles à une demande de biens de confiance ? Le cas des services de prise en charge, *Revue d'Économie Politique*, 122(1), pp. 67-87.
- ROSE-ACKERMAN, S., 1996, Altruism, Nonprofits, and Economic Theory, *Journal of Economic Literature*, XXXIV, pp. 701-728.
- SANTERRE, R. E., VERNON, J. A., 2007, Ownership Form and Consumer Welfare: Evidence from the Nursing Home Industry, *Inquiry*, 44(4), pp. 381-399.
- STEVENSON, D. G., 2006, Is a Public Reporting Approach Appropriate for Nursing Home Care?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(4), pp. 773-810.
- STEVENSON, D. G., GRABOWSKI, D.C., 2008, Private equity investment and nursing home care: is it a big deal?, *Health Affairs*, 27(5), pp. 1399-1408.

- UCAR, B., NISANCI, Z., 2015, Are Faith-Based, Long-term Care Nonprofit Organisations More Effective? A Survey Study of Nursing Homes in Virginia, *Journal of Religion and Business Ethics*, 3(22), pp. 1-33.
- VAN TIL, J., 2009, A Paradigm Shift in Third Sector, Theory and Practice. Refreshing the Wellsprings of Democratic Capacity, *American Behavioral Scientist*, 52(7), pp. 1069-1081.
- WEISBROD, B.A., 1988, *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- WEISBROD, B.A., SCHLESINGER, M., 1986, Public, Private, Nonprofit Ownership and the Response to Asymmetric Information: The Case of Nursing Homes, in Rose-Ackerman S. (ed), *The Economics of Nonprofit institutions*, New York, Oxford University Press, pp. 133-158.
- WILLIAMSON, O. E., 1985, *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York.