



Etude

Réalisation d'une cartographie des établissements et des groupes dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à caractère commercial



Rapport complet

2017



Quadrat-Études

45 rue de Lyon, Paris 12^{ème}
Tél : 01 75 51 42 70
[contact@quadrat-](mailto:contact@quadrat-études.com)

Sommaire

Liminaire : Contexte et objectifs de l'étude	3
Partie I. Les établissements	5
À retenir.....	6
1. L'environnement	7
1.1 Une demande et une offre de soins en transformation rapide	7
1.2 Une gouvernance publique largement revisitée	8
2. Les entreprises	10
2.1 Les établissements sanitaires et médico-sociaux, entreprises atypiques	10
2.2 Des entreprises à la recherche de performance économique	11
3. Les capacités d'accueil	13
3.1 Héritées de l'histoire, des parts de marché hétérogènes selon la discipline	13
3.2 Une implantation dans les agglomérations.....	15
3.3 Des restructurations importantes des capacités	17
Partie II. Les groupements : stratégies de groupe et stratégies territoriales	21
À retenir.....	22
1. Les groupes de sociétés.....	25
1.1 Un phénomène majeur dans la vie économique et pourtant invisible juridiquement	25
1.2 Un phénomène prégnant dans l'hospitalisation privée	27
1.3 Les stratégies de groupe	30
2. Les coopérations territoriales	33
2.1 Présentation des structures de coopérations	33
2.2 Les coopérations dans l'hospitalisation privée	35
2.3 Les groupes de sociétés : vers des stratégies territoriales.....	39
3. Enseignements et perspectives.....	41
3.1 Le mode réseau, une nécessité pour les acteurs sanitaires et médico-sociaux.....	41
3.2 Impacts sur l'emploi et les ressources humaines.....	42
3.3 Perspectives	44
3.4 Conclusion	45
Annexe : Livret cartographique	47

Liminaire : Contexte et objectifs de l'étude

► Sujet d'étude : les établissements et les groupes de l'hospitalisation privée

Depuis le début des années 2000, les logiques de groupe de sociétés se sont renforcées chez les gestionnaires d'établissements privés commerciaux. Ce vaste mouvement de concentration juridique n'est toutefois pas le seul à l'œuvre dans cette recomposition sectorielle. En effet, l'activité sanitaire et médico-sociale tend à s'organiser dans des unités de plus grande taille, via des regroupements d'établissements, mais aussi par l'affiliation à différents types de structures coopératives. Les deux mouvements (concentrations juridiques et opérationnelles) semblent être intriqués, mais peu étudiés conjointement. Comme dans le reste de l'économie, la recomposition du secteur sanitaire et médico-social privé à statut commercial vient témoigner de changements de fond. En effet, les structures sanitaires et médico-sociales à statut commercial ont connu des évolutions rapides en termes d'organisation et d'activités, qui ont suscité, accompagné ou découlé du mouvement de concentration économique dans des groupes.

► Objectif : réaliser une cartographie des établissements et des groupes de l'hospitalisation privée

Au vu de l'ampleur des recompositions à l'œuvre dans ce secteur, les partenaires sociaux de la branche doivent pouvoir disposer d'une vision précise des conséquences pour les emplois, les métiers et les compétences des salariés de la branche, du phénomène de regroupement des établissements, que ce soit dans des groupes de sociétés, ou dans d'autres types de structures de coopération.

Commanditée par l'observatoire prospectif de l'hospitalisation privée, l'étude doit permettre d'étudier la structuration économique et juridique des établissements de la branche. Elle doit aboutir à une meilleure compréhension des stratégies d'adaptation des établissements adhérents de l'hospitalisation privée à leur environnement économique et juridique. Ce faisant, elle doit apporter des réponses à des questions fréquemment posées sur les modalités et les conséquences de la recomposition à l'œuvre dans le domaine d'activité : à quelle hauteur, et à quelle vitesse, ces recompositions sont-elles intervenues, et comment peut-on anticiper leur poursuite à l'avenir ? Quels sont les déterminants (économiques, juridiques, techniques, sectoriels, géographiques...) de ces évolutions ? Quelles sont les caractéristiques des territoires et des établissements concernés ? En quoi les phénomènes observés dans le secteur privé commercial se distinguent-ils des logiques à l'œuvre dans les secteurs publics et associatifs ?

► Méthodologie d'étude

Pour alimenter la réflexion, la démarche s'appuiera sur des matériaux complémentaires :

- la consultation de personnalités qualifiées dans les différentes thématiques investiguées (économique, juridique, organisationnelle, ressources humaines...), au niveau français mais aussi européen,
- une analyse documentaire approfondie sur les groupes dans la branche (composition et relations entre les entités, dynamique de concentration et de regroupement, projet et stratégie économique...),
- un pointage systématique de tous les établissements de la branche permettant de déterminer leurs liens avec des groupes (cette information étant indisponible dans les bases de données existantes),
- la constitution et l'exploitation d'une base de données permettant de décrire dans le temps et dans l'espace la structuration de la branche au niveau des établissements, des entreprises, et des groupes,
- des études de cas, réalisées sur des établissements et des territoires illustratifs de la diversité des configurations, permettant de recueillir des informations détaillées sur les recompositions à l'œuvre dans le secteur, tout en conservant la vision globale et transverse nécessaire.

Le rapport est accompagné d'un livret présentant des cartes des établissements sanitaires et médico-sociaux de la branche de l'hospitalisation privée, réalisées à plusieurs échelons et types de territoires en France.

Partie I.

Les établissements

À retenir

Une demande et une offre de soins en transformation rapide

L'accroissement et l'évolution des **besoins de prise en charge sanitaire et médico-sociale** de la population constitue une tendance lourde qui impacte profondément l'activité dans le domaine de la santé et de l'action médico-sociale : la demande de soins sanitaires et médico-sociaux augmente et se complexifie. **Des avancées médicotekniques continues** permettent et accompagnent la prise en charge de pathologies toujours plus lourdes et complexes. Associées à des obligations réglementaires croissantes et des modifications des principes de financements des activités, ces évolutions conduisent à des coûts d'exploitation grandissants et modifient sensiblement les **conditions de rentabilité** des établissements.

Des entreprises atypiques à la recherche de performance économique

Les établissements sanitaires et médico-sociaux présentent des spécificités marquées : intensives à la fois en **main d'œuvre** et en **capital**, elles sont organisées comme un **assemblage d'ateliers** juridiquement distincts mais fonctionnellement intégrés (sociétés d'exploitation de l'établissement et des différents plateaux techniques, société d'exercice libéral des médecins, société immobilière...). Les établissements font l'objet d'une très forte régulation par les autorités publiques, qui autorisent et financent l'activité.

A côté de ces spécificités, les entreprises de l'hospitalisation privée partagent avec l'ensemble du secteur tertiaire des impératifs de plus en plus forts de **performance économique**, qui les poussent à améliorer leurs processus productifs. Les leviers concernent l'optimisation des activités cœur de métier (pilotage des taux d'occupation, prises en charge alternatives...) comme la rationalisation des fonctions supports (externalisation vers des prestataires spécialisés...).

Héritées de l'histoire, des parts de marché hétérogènes selon la discipline

L'offre sanitaire et médico-sociale se partage en trois segments : **public, privé non lucratif, privé commercial**. Ces statuts juridiques ont connu des constructions historiques spécifiques (et interdépendantes). Reflet de cette construction historique, les trois secteurs juridiques occupent des **positions très différentes** selon les différentes disciplines sanitaires et médico-sociales.

Dans le sanitaire, le secteur privé commercial a hérité d'une spécialisation forte sur le **court séjour**, en premier lieu dans la **chirurgie** et l'**obstétrique**, ainsi que dans la **psychiatrie**. L'offre médico-sociale privée commerciale est spécialisée dans l'accueil des **personnes âgées**, avec une légère surreprésentation dans les capacités d'accueil des personnes âgées **autonomes** ainsi que des personnes âgées avec **neurodégénérescences**.

Des restructurations offensives

Depuis une quinzaine d'années, l'**ampleur des recompositions** qui sont intervenues dans les établissements à statut privé commercial laisse penser que les leviers de transformation dans le secteur sanitaire et médico-social sont **de nature économique** plus qu'institutionnelle. Dans le sanitaire, les restructurations ont été offensives dans le privé commercial, car elles se sont souvent traduites par une augmentation des capacités, tandis qu'elles apparaissent défensives dans le public (elles ont eu pour effet de réduire les capacités). Dans le médico-social, la dynamique **d'ouverture de places** permise par les grands plans d'investissement a largement été portée par des gestionnaires à statut privé commercial.

1. L'environnement

1.1 Une demande et une offre de soins en transformation rapide

► La population vit une transition épidémiologique qui bouleverse la demande de soins.

L'accroissement et l'évolution des besoins de prise en charge sanitaire et médico-sociale de la population transforment la demande de soins. En effet, les besoins de santé suivent une tendance extrêmement dynamique du fait de l'allongement de l'espérance de vie, et, en lien avec le vieillissement démographique et le mode de vie de la population, de l'augmentation des maladies chroniques (diabète, cancers...) et des poly-pathologies (pathologies du vieillissement : neurologiques, cardiaques, respiratoires...). Il s'agit ici d'une tendance lourde qui impacte profondément l'activité dans le domaine de la santé et de l'action médico-sociale: la demande de soins sanitaires et médicosociaux augmente et se complexifie.

La durée et la complexité des prises en charge s'accroissent en conséquence, nécessitant une meilleure articulation et coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Parallèlement, les souhaits des patients et des résidents sont de plus en plus formalisés et pris en compte dans les prises en charge. En particulier, les personnes malades ou dépendantes expriment de plus en plus le souhait d'être maintenues le plus longtemps possible au domicile.

► Les techniques de soins deviennent de plus en plus sophistiquées et coûteuses.

Le domaine de la santé au sens large connaît des avancées médicotéchniques continues qui permettent et accompagnent la prise en charge de pathologies toujours plus lourdes et complexes. Parmi les innovations majeures figurent par exemple l'hybridation des techniques de diagnostic (imagerie/explorations fonctionnelles), ou encore la miniaturisation et l'assistance robotisée des opérations chirurgicales, qui viennent bouleverser les stratégies cliniques. Ces innovations conduisent à deux grandes tendances :

- Tendance au long cours, la mise en œuvre des technologies médicales implique l'augmentation des surfaces dédiées dans les établissements et le regroupement de ces activités dans des plateaux techniques (bloc opératoire, imagerie, biologie...) de plus en plus sophistiqués et polyvalents.
- Plus récente, la révolution de la connectique ouvre la voie à la diffusion de dispositifs miniaturisés et communicants, permettant notamment la relation à distance (télémédecine, télésurveillance...), redessinant les frontières des prises en charge des patients hors de l'établissement vers le domicile et le secteur de ville.

Par ailleurs, des obligations réglementaires toujours croissantes en termes de sécurité et de qualité encadrent l'activité des acteurs de la santé. En particulier, les obligations relatives aux bâtiments et équipements (risques incendie, économies d'énergie...) conduisent à des coûts de construction, de maintenance et de rénovation importants. La réglementation relative aux plateaux techniques est également très structurante pour l'activité (passage obligatoire en salle de soins post-interventionnelle après une anesthésie, normes de radioprotection...).

Les investissements technologiques et les démarches d'accréditation deviennent de plus en plus coûteux. Ces deux phénomènes conjugués (technologie et réglementation) génèrent des coûts d'exploitation grandissants pour les gestionnaires d'établissement. Les gestionnaires d'établissement doivent composer avec des techniques et des programmes de prise en charge de leurs patients ou résidents présentant une obsolescence rapide, et la conception et la gestion d'un patrimoine à forte inertie : les bâtiments présentent souvent des coûts de restructuration ou de démolition supérieurs à leurs coûts de construction.

1.2 Une gouvernance publique largement revisitée

Héritée de l'histoire et mobilisant des investissements lourds, l'offre d'établissements sanitaires et médico-sociaux doit répondre à des besoins fortement évolutifs de la population, ce qui rend nécessaires des adaptations constantes à leur environnement. C'est le sens de la gouvernance publique de l'offre sanitaire et médico-sociale.

► Dans le sanitaire : des politiques déjà anciennes de rationalisation de l'offre.

Si après 1945, les pouvoirs publics encouragent l'initiative privée en la régulant (procédures d'agrément, conventions avec la Sécurité sociale, contrôle des tarifs), à partir de 1970, ils cherchent à rénover le système hospitalier et le recentrer sur l'hôpital public : c'est le sens de la loi Boulin, qui est venue limiter la liberté de création d'établissements, désormais conditionnée à une carte sanitaire traduisant les besoins de la population, et qui a créé les groupements et syndicats inter-hospitaliers.

Les mesures d'encadrement des dépenses hospitalières apparaissent dans les années 1980 (fixation du taux d'augmentation des dépenses hospitalières par le gouvernement). Dans les années 1990, les opérations de recomposition de l'offre de soins sont vues comme un levier incontournable pour maîtriser la trajectoire financière des établissements et, au niveau macro, respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il s'agit de tirer les conséquences des progrès de la médecine et de la réduction des durées moyennes de séjour, en réorientant les capacités d'hospitalisation (réduction des lits d'hospitalisation complète en court séjour, développement des places d'hospitalisation partielle en court séjour et des lits en moyen séjour), et en encourageant les regroupements d'établissements et les mutualisations à travers, par exemple, l'octroi d'autorisation des plateaux techniques.

La loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, adoptée en 2009, apporte des réformes importantes. Elle crée les ARS, chargées notamment du pilotage des adaptations et des complémentarités entre les acteurs hospitaliers et ambulatoires, sanitaires et médico-sociaux. Les agences régionales sont chargées d'apprécier l'opportunité des opérations de recomposition et de coopération hospitalières (études préalables, scénarios...), de piloter ces opérations, d'accompagner leurs conséquences internes dans les établissements (organisation, patrimoine, équipements, moyens en personnel...), et d'évaluer leurs impacts sur le territoire en termes d'efficacité médico-économique, de qualité, de sécurité, d'accessibilité, d'équilibre territorial et sectoriel de l'offre de soins...

► Dans le médico-social : des plans d'investissement massifs, une structuration relativement récente.

Les politiques en faveur des personnes âgées n'émergent qu'à partir des années 1960 (rapport Laroque), qui voient l'apparition des premières maisons de retraite. En 1975, le secteur social et médico-social se voit reconnu par la loi ; les hospices publics sont réglementairement abrogés et doivent être transformés soit en maison de retraite avec section médicalisée, soit en unité de long séjour hospitalier.

Fin 1990-début 2000, les pouvoirs publics font le constat de besoins démographiques très dynamiques, un sous-équipement avéré et des contraintes budgétaires croissantes. Ils cherchent à structurer le secteur : loi de 1997 créant le statut d'EHPAD et rendant obligatoire leur médicalisation, loi de 2002 (planification, évaluation, formation...), loi HPST de 2009 instaurant notamment des appels à projets pilotés par les ARS pour toute création ou modification d'établissement...

Parallèlement, les tutelles lancent des plans d'investissement massifs : le plan solidarité grand âge et le plan Alzheimer. En conséquence, l'offre médico-sociale pour personnes âgées a fortement augmenté (+84% entre 2005 et 2014). A partir de 2012, ces plans nationaux arrivent progressivement à extinction. Si 11 000 places d'EHPAD étaient créées en moyenne chaque année entre 2008 et 2011, ce nombre est tombé à 6 000 places par

an entre 2012 et 2015, et ne devrait pas dépasser les 4 650 places en moyenne sur la période 2015-2020 d'après la CNSA¹. Ainsi, les appels à projets se raréfient et portent non plus sur les créations mais surtout sur la rénovation et la médicalisation de places existantes.

► **Les modes de financement des activités sanitaires et médico-sociales évoluent vers une meilleure maîtrise des dépenses.**

Les années 2000 ont vu intervenir une réforme importante de la tarification des établissements de court séjour. Depuis 2004-2005, la tarification à l'activité (T2A) est le mode de tarification unique pour les établissements MCO quel que soit leur statut. Le principe est que chaque séjour donne lieu à une rémunération forfaitaire. En renforçant la nécessité pour les établissements de suivre les activités et maîtriser les coûts, le passage à la T2A a agi comme un révélateur en cas d'activités insuffisantes pour supporter les coûts d'investissement voire de fonctionnement, croissants. Il a également conduit les établissements privés commerciaux, historiquement beaucoup plus spécialisés que les établissements publics, à élargir leur case-mix.

S'agissant des EHPAD, le passage à un financement forfaitaire des soins est mis en place à compter de janvier 2017. Comme la T2A, il vise à mettre en place un pilotage par les ressources, et non plus par les dépenses.

¹ CNSA, *Accompagnement des personnes âgées, bilan des réalisations au 31/12/2015 et programmation du développement de l'offre entre 2016 et 2020*, consultable en ligne : http://www.cnsa.fr/documentation/bilan_places_pour_personnes_agees_au_31122015.pdf

2. Les entreprises

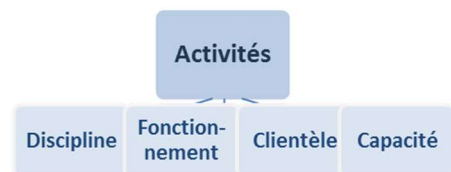
2.1 Les établissements sanitaires et médico-sociaux, entreprises atypiques

► Les établissements sont des entreprises intensives en main d'œuvre, en capital et en technologie, organisées comme un assemblage de sociétés, régulées par des financeurs publics.

Un établissement sanitaire ou médico-social privé à statut commercial constitue à plusieurs titres une entreprise atypique.

Il s'agit premièrement d'une entreprise de main d'œuvre, compte tenu du poids prépondérant des dépenses de personnel dans ses coûts. Avec des normes très importantes (normes relatives à la prise en charge des patients et résidents, impact énergétique du bâtiment, information...), la dimension patrimoniale est très structurante pour l'entreprise au vu des coûts de fonctionnement, de maintenance, de restructuration ou de démolition. Enfin, dans le cas des établissements de court séjour, il s'agit aussi d'entreprises de haute technologie.

Autre spécificité, bien qu'à statut commercial, l'entreprise se trouve pourtant de fait co-gérée par les tutelles. Celles-ci autorisent administrativement l'activité via la délivrance d'autorisations, qui définissent les activités par une discipline, un mode de fonctionnement, une clientèle et une capacité (lits et places autorisés). De plus, ce sont les tutelles, qui, à travers les procédures de financement, négocient sa rentabilité avec son gestionnaire.



L'établissement sanitaire ou médico-social à statut privé commercial repose intrinsèquement sur un mode réseau : l'activité peut être décrite comme l'assemblage d'une multitude d'ateliers. En effet, autour de la société d'exploitation de l'établissement, gravitent une multitude de sociétés :

- Les sociétés civiles supports de l'activité libérale des praticiens libéraux : dans le cas des établissements sanitaires, l'activité productive est réalisée par des médecins libéraux, indépendants, assistés par les équipes (paramédicales, médicotechniques, logistiques, d'hôtellerie, administratives...) salariées de l'établissement,
- La société civile immobilière propriétaire des murs, souvent distincte de la société d'exploitation,
- Les sociétés d'exploitation des plateaux techniques (radiologie, biologie...) : le plateau technique est en effet rarement intégré dans la société de gestion de l'établissement.

A ces sociétés imbriquées les unes aux autres, qui composent l'établissement proprement dit, s'ajoutent de nombreuses sociétés prestataires :

- Les prestataires d'hôtellerie et de restauration,
- Les différents fournisseurs et les prestataires de maintenance (maintenance des dispositifs médicotechniques, maintenance générale)...

2.2 Des entreprises à la recherche de performance économique

► **Spécificité du secteur d'activité, les acteurs économiques cherchent à obtenir les autorisations administratives et les ressources médicales clés.**

Spécificité du fonctionnement, l'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux est soumise à la délivrance d'une autorisation par les administrations de tutelle. La rareté des autorisations constitue un levier important de transformation économique.

Dans les activités sanitaires, l'évolution de la démographie médicale et paramédicale agit comme un levier de transformation supplémentaire. En effet, les établissements doivent composer avec des pénuries locales importantes en personnels spécialisés : chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, IBODE... Ces personnels sont indispensables à l'activité des établissements. La recherche des ressources médicales et paramédicales clés sont intégrées dans les stratégies des établissements.

► **Comme toutes les entreprises tertiaires, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont engagés dans une recherche de performance économique.**

Les activités sanitaires et médico-sociales ont vu leurs schémas de gouvernance et leurs modalités de financement revus dans le sens d'une plus grande maîtrise de la dépense publique. Associées au renchérissement des coûts d'exploitation (investissements en technologies médicales, coûts des obligations réglementaires...), ces évolutions ont modifié sensiblement les conditions de rentabilité des établissements.

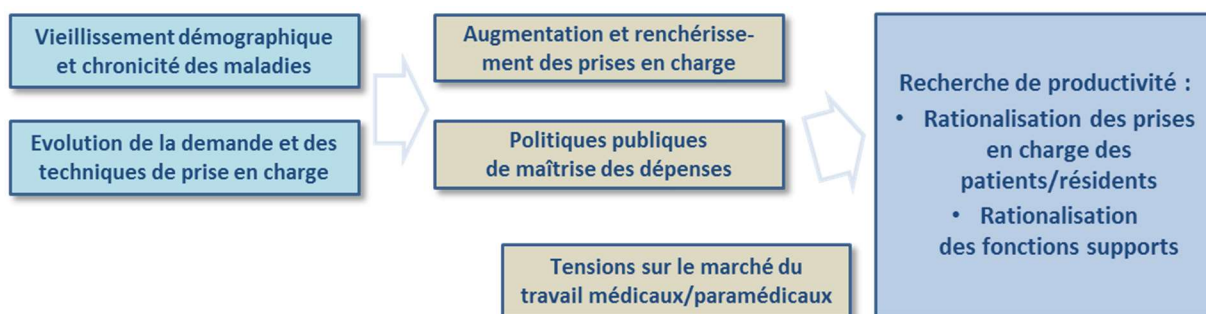
Les gestionnaires d'établissements sont donc en recherche de productivité – un phénomène qui traverse toutes les activités économiques du tertiaire, à la suite de l'industrie et de l'agriculture.

Dans l'hospitalisation privée, ce phénomène prend la forme en particulier d'opérations visant à :

- Rationaliser les processus de prise en charge des patients ou résidents : les établissements cherchent à raccourcir les durées de séjour et à optimiser les taux d'occupation des lits et des flux (développement des prises en charge ambulatoires ou séquentielles, régulation des flux...), optimiser les processus soignants (hyperspécialisation des personnels médicaux et paramédicaux, regroupement des plateaux techniques, diffusion des méthodes d'assurance qualité...),
- Rationaliser les fonctions support. Comme dans l'ensemble des secteurs économiques, les établissements tendent à externaliser les fonctions jugées périphériques pour se recentrer sur les activités cœur de métier, de sorte que chaque entreprise contribue à la chaîne de valeur dans les domaines où elle dispose d'un avantage comparatif lié à ses compétences (par exemple, spécialisation dans les activités de soins, dans la maintenance d'un certain type de dispositifs medicotechniques, dans les activités de blanchisserie, dans la comptabilité...). Dans l'hospitalisation privée, ce mouvement se traduit notamment par de nouvelles formes d'ingénierie visant à optimiser les coûts et à intégrer des technologies de plus en plus sophistiquées : groupements d'achats, groupements de maintenance, mise à disposition de personnels pour la maintenance, évolution des relations financières (leasing, location...). Ces pratiques modifient le caractère de la propriété des dispositifs (locaux, équipements et matériels...) et les relations avec les constructeurs et fournisseurs.

Synthèse sur l'environnement des établissements :

Facteurs d'évolution et leurs impacts sur les activités des établissements sanitaires et médico-sociaux



3. Les capacités d'accueil

3.1 Héritées de l'histoire, des parts de marché hétérogènes selon la discipline

L'offre sanitaire et médico-sociale se partage en trois segments : public, privé non lucratif, privé commercial. Ces statuts juridiques ont connu des constructions historiques spécifiques (et interdépendantes). Reflet de cette construction historique, les trois secteurs juridiques occupent des positions très différentes selon les différentes disciplines sanitaires et médico-sociales.

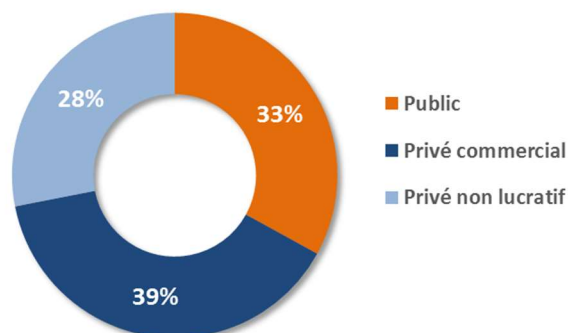
► L'offre sanitaire privée commerciale a hérité d'une spécialisation forte sur le court séjour.

Les médecins de ville ont vu leurs débouchés s'élargir à la fin du XIX^e siècle. Jusqu'alors, peu d'affections justifiaient d'une hospitalisation (surtout la psychiatrie et l'orthopédie). Des progrès médicaux majeurs (asepsie, antisepsie) ont permis techniquement à la chirurgie et à l'obstétrique de se développer. Parallèlement, la demande a été favorisée par le positionnement de l'hôpital public (qui a fait le choix de rester centré sur la prise en charge des plus pauvres) puis solvabilisée par l'instauration des assurances sociales.

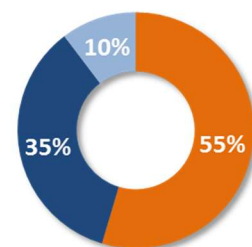
De cette construction historique, le secteur privé commercial a hérité d'une spécialisation forte sur le court séjour, en premier lieu la chirurgie ainsi que l'obstétrique, ainsi que dans la psychiatrie. Aujourd'hui, il poste 35% des capacités d'hospitalisation en MCO et 43% en psychiatrie.

Répartition par statut juridique des capacités dans les établissements sanitaires

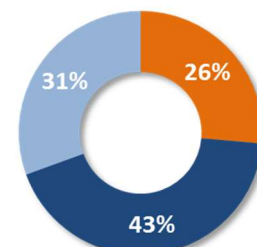
Ensemble des établissements sanitaires



- Etablissements MCO



- Etablissements psychiatriques



Source : Données SAE 2014

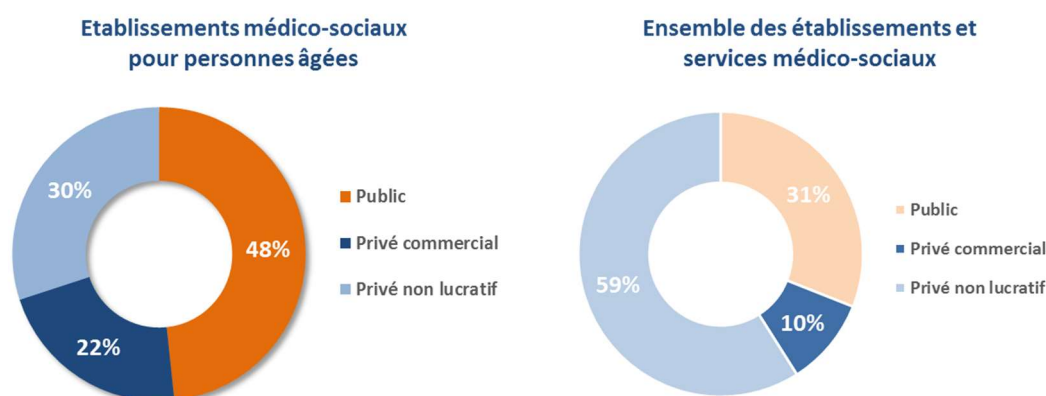
► L'offre médico-sociale privée commerciale est spécialisée dans l'accueil des personnes âgées.

Les politiques en faveur des personnes âgées n'émergent qu'à partir des années 1960 (rapport Laroque), qui voient l'apparition des premières maisons de retraite. Le secteur social et médico-social se trouve reconnu par la loi quinze ans plus tard². A partir de mi-1980, des promoteurs privés commerciaux se positionnent sur l'accueil des personnes âgées : des groupes hôteliers (établissements proches des pensions de famille) et des promoteurs immobiliers (résidences services), pour compléter l'offre de maisons de retraite (publiques et privées non lucratives) et de logements-foyers (publics).

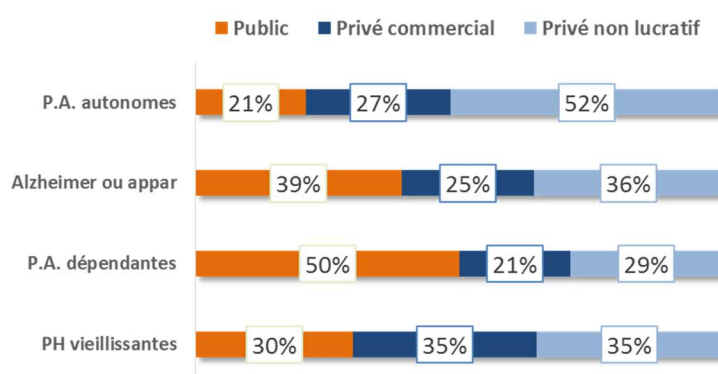
Les gestionnaires de l'hospitalisation privée totalisent aujourd'hui 22% des places d'accueil en établissement médico-social pour personnes âgées. Leur poids est légèrement surreprésenté dans les capacités d'accueil des personnes âgées autonomes ainsi que des personnes âgées avec neurodégénérescences et, plus marginalement, des personnes handicapées vieillissantes.

Les acteurs privés commerciaux restent absents des autres disciplines de l'action sociale. Le privé non lucratif est quant à lui historiquement prépondérant dans l'accompagnement du handicap et la protection de l'enfance.

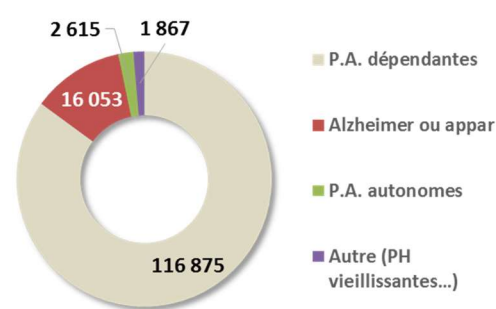
Répartition par statut juridique des capacités dans les établissements médico-sociaux



Répartition des parts de marché selon le type de clientèle de personnes âgées (en nombre de places autorisées)



Nombre de places autorisées selon le type de clientèle dans les établissements privés commerciaux



Source : Données Finess 2014

² Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, consultable sur le site Legifrance.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=20001222>

3.2 Une implantation dans les agglomérations

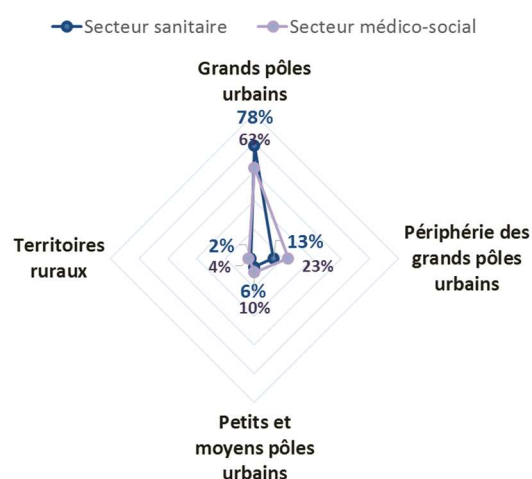
► Les établissements affichent une nette concentration dans les pôles urbains et leur périphérie.

Les activités sanitaires et médico-sociales sont implantées majoritairement dans les grandes villes françaises. En effet, les pôles urbains (définis par l'Insee comme les territoires comptant plus de 5 000 emplois) concentrent 69% des établissements de la branche, tandis que leur périphérie en accueille 19%. Les territoires ruraux totalisent 9% des établissements de la branche, le reste (3%) étant situés sur des pôles urbains moyens (territoires comptant entre 5 à 10 000 emplois).

La concentration urbaine apparaît plus marquée dans les activités sanitaires : 78% des établissements sanitaires privés commerciaux se situent dans un grand pôle urbain, contre 63% pour les établissements médico-sociaux.

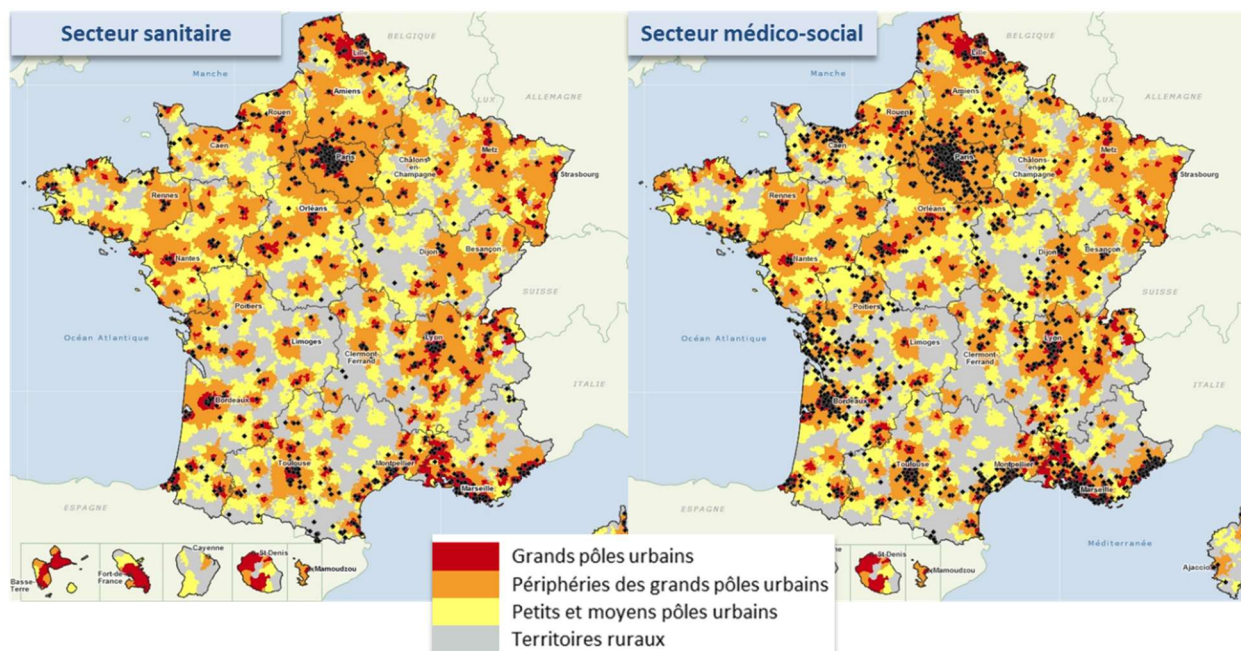
Les établissements médico-sociaux sont davantage présents en périphérie des grands pôles urbains (23% contre 13% dans le sanitaire) et en zone rurale (11% contre 5%).

Répartition des établissements privés commerciaux selon le type de territoire



Source : traitements Quadrat-études sur données Actalians 2015 et Insee 2016

Localisation des établissements privés commerciaux en France



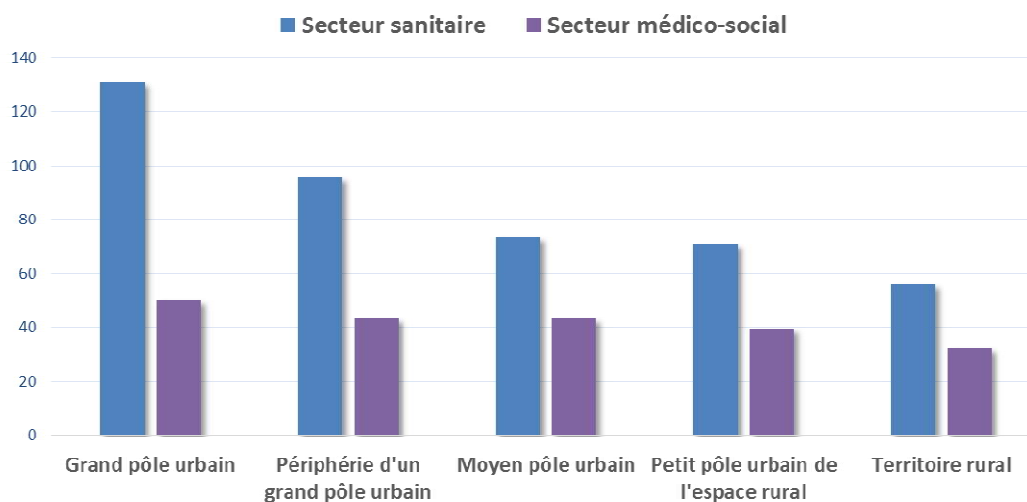
Source : traitements Quadrat-études sur données Actalians 2015 et Insee 2016

► La localisation géographique est fortement corrélée avec la taille de l'établissement.

On observe un lien entre la localisation géographique et la taille de l'établissement : plus la zone d'implantation est dense, plus les effectifs moyens de l'établissement sont importants. Les disparités de taille sont nettement

plus importantes dans les activités sanitaires, dans lesquelles la taille moyenne d'un établissement situé sur un territoire rural sera plus de deux fois inférieure à celle observée chez les établissements des grands pôles urbains.

Taille moyenne des établissements privés commerciaux en France selon le type de territoire d'implantation



Source : traitements Quadrat-études sur données Actalians 2015 et Insee 2016

3.3 Des restructurations importantes des capacités

► Dans le sanitaire : le privé commercial se distingue par un développement de ses capacités et une baisse moindre du nombre d'établissements.

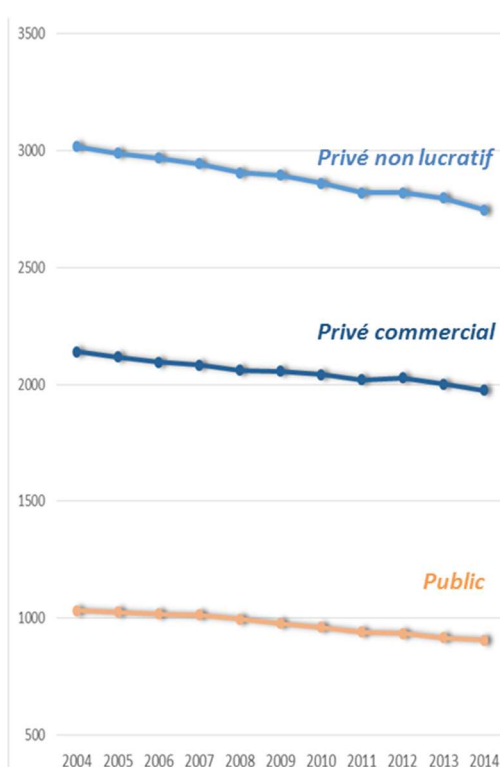
Sur la dernière décennie, la tendance générale est à la diminution du nombre d'établissements sanitaires, quel que soit le statut juridique des gestionnaires. Toutefois, le privé commercial a connu une moindre baisse du nombre d'établissements comparé au public et au privé non lucratif.

Le privé commercial se distingue également par le fait qu'il a accru ses capacités d'hospitalisation (+15 000 lits et places, soit +15%, entre 2004 et 2014), tirées par l'hospitalisation partielle (+10 000 places), tandis que le secteur public perdait 50 000 lits d'hospitalisation complète et gagnait 12 000 places d'hospitalisation partielle.

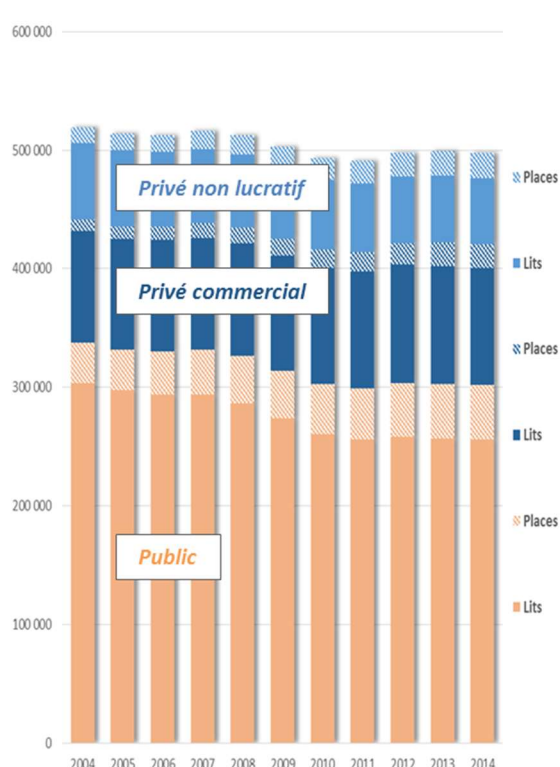
Cette évolution globale traduit différentes tendances selon la discipline : le nombre d'établissements MCO privés commerciaux a fortement baissé, mais les capacités se sont maintenues contrairement aux autres statuts ; le nombre de SSR a augmenté, et le nombre d'établissements psychiatriques s'est maintenu, alors qu'il diminuait dans le privé non lucratif.

Evolution du nombre d'établissements et des capacités selon le statut, 2004-2014

- Evolution du nombre d'établissements



- Evolution des capacités d'hospitalisation



Source : données Finess et SAE 2004-2014

► Le secteur médico-social a bénéficié d'une forte dynamique de création, porté par le privé.

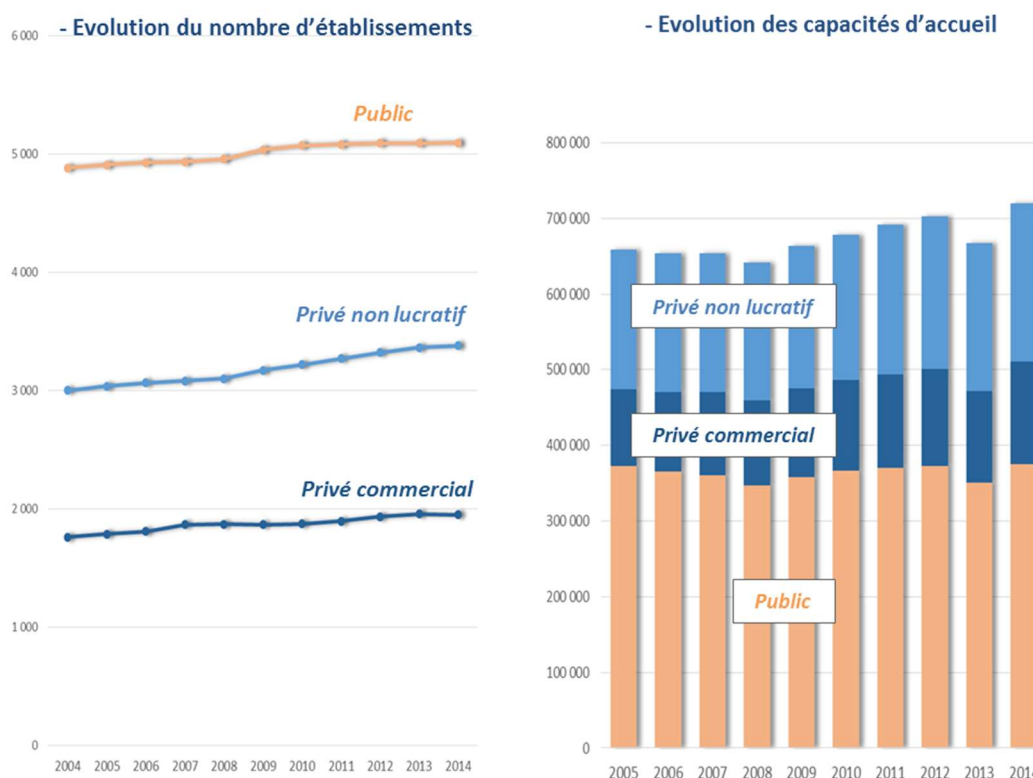
Sur la décennie 2004-2014, le secteur médico-social a bénéficié d'une forte dynamique de création (+800 établissements et +60 000 places).

Fait notable, le développement des capacités d'accueil a été porté principalement par des gestionnaires privés.

En termes d'augmentation du parc d'établissements gérés, le privé commercial se place en deuxième position (+190 établissements soit +10%) après le privé non lucratif (+380 établissements soit +13%), loin devant le public (+210 établissements soit +4%).

Si le privé commercial a créé moins d'établissements que le privé non lucratif (+190 contre +380), il a toutefois ouvert davantage de places. Avec 35 000 places supplémentaires (contre +25 000 dans le privé non lucratif), les gestionnaires privés commerciaux ont contribué à plus de la moitié des places d'EHPAD créées sur la décennie.

Evolution du nombre d'établissements et des capacités selon le statut, 2004-2014



Source : données Finess 2004-2014

Etude des recompositions de l'offre sanitaire et médico-sociale sur un département (Saône-et-Loire)

Secteur sanitaire

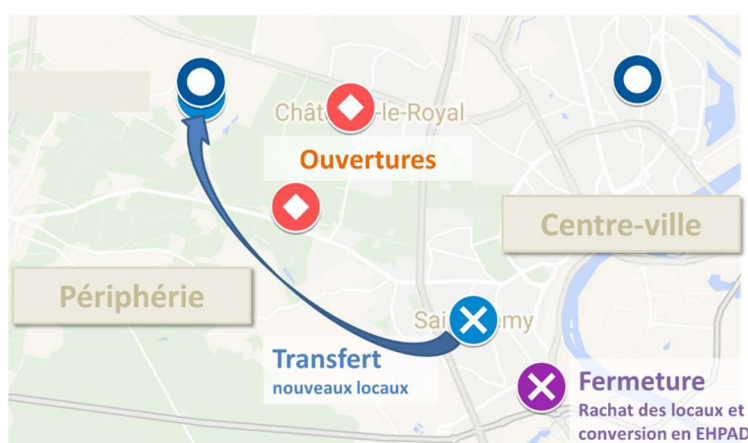
En 2000, le département comptait 10 établissements sanitaires à statut privé commercial, la plupart anciens (seulement 2 ont été créés après 1980). En 2015, le département compte 13 établissements sanitaires privés commerciaux, suite à 5 ouvertures (chirurgie, HAD, MCO, SSR, psychiatrie), 2 fermetures (MCO), 1 fusion/transfert dans de nouveaux locaux (chirurgie, MCO), 2 transferts dans de nouveaux locaux (psychiatrie, MCO). Une fermeture est envisagée (SSR). Ainsi, presque tous les établissements ont ainsi été concernés par au moins l'une des opérations suivantes : déménagement, reconversion, fermeture.

Restructuration par établissement dans le secteur sanitaire privé commercial du département

Discipline	Année ouverture	Année restruct.	Opération de restructuration	Affiliation à un groupe de sociétés
Psychiatrie	1945	2013	Transfert	Non
MCO	1945	2007	Fusion/transfert	Régional
MCO	1954	2005	Fermeture. Conversion Ehpad	Non
Chirurgie	1956	2006	Transfert	Local
Convalesc. Repos	1966	nd	Conversion SSR	National
MCO	1967	2007	Fusion/transfert	Régional
MCO	1970	so		National
MCO	1976	So		Local
Convalesc. Repos	1992	nd	Conversion SSR	National
Convalesc. Repos	1995	nd	Conversion SSR	National
Chirurgie	2002	2013	Fermeture	National
HAD	2008	2008	Ouverture	National
MCO	2007	2007	Ouverture (fusion)	Régional
SSR	2011	2011	Ouverture	National
Psychiatrie	2013	2013	Ouverture (transfert)	Non

Source : Base SAE 2000-2012, enquête SAE 2012-2015 et analyse documentaire

Du point de vue des implantations géographiques, les établissements ayant, ou susceptibles, de fermer se trouvent généralement sur des petites agglomérations en zone rurale. Dans les grandes agglomérations, les nouvelles implantations se situent en périphérie.



Secteur médico-social

En 2000, le territoire compte 95 établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Depuis 2000, l'offre s'est développée : 10 établissements fermés et 19 ouverts, soit 184 places fermées et 981 ouvertes.

La part de marché du privé commercial a légèrement augmenté au détriment du public.

L'offre s'est resserrée sur les EHPAD : toutes les fermetures concernent des EHPA ou autres structures non médicalisées, et toutes les ouvertures concernent des EHPAD (exception : deux petites unités de vie, à statut public et non lucratif).

Conséquence : aujourd'hui, le privé commercial ne gère que des EHPAD. Les EHPA et autres établissements sont quasi-exclusivement gérés par le privé non lucratif.

Les établissements créés sur la période ont une proportion importante de places destinées aux personnes âgées atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées : 18% dans le public, 23% dans le privé commercial, 28% dans le privé non lucratif. Deux établissements privés commerciaux sont spécialisés dans ce type de prise en charge.

Evolution de l'offre en établissements médico-sociaux pour personnes âgées du département

Nbre de places	En 2000	En 2015
Ehpad	6 964	7 897
Public	5 095	5 400
Privé commercial	1 144	1 616
Privé non lucratif	725	881
EHPA	218	242
Public	0	24
Privé commercial	0	0
Privé non lucratif	218	218
Autres établiss.	271	83
Public	42	0
Privé commercial	131	0
Privé non lucratif	98	83
Total général	7 453	8 222

Source : Répertoire Finess 2000-2015



Partie II.

Les groupements : stratégies de groupe et stratégies territoriales

À retenir

L'affiliation à un groupe de sociétés : un phénomène majeur et pourtant invisible juridiquement

La gestion d'établissement demande des **investissements** et génère des **coûts fixes** de plus en plus importants, aussi la viabilité de l'activité dépend-elle de plus en plus de la possibilité de réaliser des économies d'échelle. Ce phénomène favorise la **concentration** capitalistique, c'est-à-dire le rachat d'un établissement ou d'un groupe d'établissements par un groupe de plus grande taille. Toutefois, la structuration de l'hospitalisation privée en **groupes de sociétés** est un phénomène **difficile à appréhender** : le groupe possède une structure paradoxale (les sociétés membres sont unies par des liens capitalistiques et des échanges très denses, tout en conservant leur indépendance juridique), qui, en conciliant force de frappe et agilité, explique d'ailleurs le succès de cette forme entrepreneuriale dans l'ensemble de l'économie.

Aujourd'hui, d'après les analyses menées dans le cadre de la présente étude, les **deux-tiers au moins** des établissements de la branche sont rattachés à un groupe, ou du moins un groupe qui a pu être identifié (il est possible que dans le tiers restant, une forte proportion d'établissements soient rattachés à un groupe qui n'a pas pu être identifié).

Le croisement entre taille du réseau et stratégie de développement permet d'identifier **cinq types de groupes**, qui sont également cinq étapes différentes dans le processus de constitution d'un groupe : groupe **leader** (c'est-à-dire un groupe qui compte plusieurs centaines d'établissements affiliés), **challenger** (groupe ayant dépassé la dimension régionale grâce à un réseau d'une trentaine d'établissements), **spécialisé** à vocation nationale (groupe positionné sur un segment spécifique d'offre sanitaire ou médico-sociale), à vocation **régionale** (groupe comptant entre 10 et 30 établissements concentrés sur une à deux régions administratives), **petit** groupe (groupe qui possède moins de 10 établissements). Il apparaît que la **moitié** des établissements de l'hospitalisation privée appartiennent à un **groupe** qui compte au moins 30 établissements, et **un sur trois** à l'un des quatre groupes **leaders** (acteurs prédominants, ils comptent respectivement plusieurs centaines d'établissements).

Une dimension territoriale de plus en plus importante

Au sein du groupe, des organisations peuvent être trouvées entre entités pour optimiser la gouvernance, la fiscalité, le patrimoine, les financements, la production... Ainsi, les groupes capitalistiques rachètent des établissements et les **restructurent** : mutualisation des fonctions support (achats, gestion RH, paie...), rigueur de gestion, professionnalisation du management, stratégies commerciales... Le développement des groupes favorise le développement de filières de soins au sein des groupes. Dans le même temps, il complexifie les relations, en créant des montages juridiques complexes (holding, GIE...).

Dans la réalisation des restructurations entre établissements, la **pertinence territoriale** devient de plus en plus importante : la proximité géographique permet le regroupement des services et mutualisation de moyens (techniques, humains...), l'organisation de complémentarité d'activités sur le territoire et la mise en place de filières de prises en charge. C'est pourquoi les groupes de sociétés de l'hospitalisation privée cherchent de plus en plus, suite à une période d'acquisitions offensives, à exploiter les **synergies** de leur réseau en veillant à la proximité géographique entre établissements rachetés, et mettant en place des pôles géographiques atteignant une certaine taille critique.

Les coopérations territoriales, outils de longue date de la gouvernance publique de l'offre de soins

Afin d'apporter des réponses plus adaptées et efficaces aux besoins de la population, les **pouvoirs publics** cherchent à améliorer l'articulation des différents acteurs du système de santé. Dans ce contexte, les **outils de**

coopération entre établissements d'un même territoire sont mis en avant depuis longtemps (dès les années 1970) comme un moyen pertinent pour atteindre des masses critiques permettant des économies d'échelle, pour partager des ressources humaines médicales et paramédicales en pénurie, fluidifier les prises en charge en dépassant les logiques sectorielles – sanitaire versus médico-social – ou encore de statut – public, privé non lucratif ou privé commercial.

Les coopérations **fonctionnelles** (conventionnement entre les parties, mode le plus souple ne conduisant pas à la création d'une structure juridique ad hoc) sont les plus répandues. Comme leurs formes juridiques, l'objet des coopérations couvre des **thèmes** diversifiés : élaboration d'un projet de territoire, mise en place d'une filière, dispositif de gestion mutualisée des ressources humaines, partage de moyens tels que plateaux techniques, biologie, pharmacie, logistique, systèmes d'information, immobilier...

Des coopérations justifiées surtout par les politiques d'octroi des autorisations des financeurs, les autres besoins de mutualisation étant souvent pris en charge par les groupes de sociétés

Les coopérations mises en œuvre par les établissements privés commerciaux apparaissent souvent justifiées dans le secteur sanitaire par des politiques **d'incitation au regroupement** des tutelles (mutualisation des plateaux techniques...) et dans le médico-social, par le souhait de **fluidifier les prises en charge** en amont et en aval. Les établissements à statut public et privé non lucratif passent par des structures de coopération territoriale pour mutualiser des fonctions (logistique, informatique) mises en commun par les **groupes de sociétés** dans les cas des établissements privés commerciaux.

Les stratégies territoriales mises en place par les groupes de sociétés de l'hospitalisation privée s'inscrivent dans les **orientations des pouvoirs publics** visant à rationaliser l'offre de soins à travers la création de structures de coopération et la mise en place de filières de prise en charge.

Les phénomènes de regroupements sont très dépendants des **contextes locaux**. Les logiques de statut juridique (public, privé commercial, privé non lucratif) n'apparaissent pas déterminantes pour expliquer l'état du contexte coopératif entre les établissements sanitaires et médico-sociaux d'un même territoire.

Le regroupement, une nécessité pour les établissements sanitaires et médico-sociaux

Dans un environnement marqué par les évolutions très dynamiques de la technique médicale et des besoins de santé, par la raréfaction des ressources médicales, par les impératifs de maîtrise de la dépense publique de santé, l'optimisation de l'offre sanitaire et médico-sociale devient un **enjeu stratégique** majeur pour les établissements comme pour leurs organismes de tutelle.

Le phénomène de mise en réseau des établissements, à travers le notable mouvement de concentration capitalistique, mais aussi, localement, de coopérations territoriales, montre que l'adoption de stratégies concertées, le partage de moyens matériels ou financiers, le développement de synergies, est devenue une nécessité. En ce sens, ce phénomène **révèle et suscite des évolutions drastiques** des conditions d'exercice des activités sanitaires et médico-sociales privées à caractère commercial.

Des économies d'échelle découlant d'un effet taille plus que d'un effet groupe

Du point de vue de la GHR, le fonctionnement en réseau donne des possibilités accrues aux établissements affiliés : consolider des temps partiels, mutualiser des compétences pointues, organiser des mobilités... De plus, les groupes cherchent généralement à professionnaliser le management et à proposer des services d'appui susceptibles d'améliorer la gestion des ressources humaines en établissement. Dans le même temps, le rattachement à un groupe peut limiter les établissements, en leur apportant des rigidités et des règles de gestion. Le fait d'appartenir à un groupe n'impacte pas non plus la composition de l'emploi. Les différences observées entre établissements sont davantage liées à l'effet taille : plus l'établissement est de grande taille,

plus le poids des fonctions support dans l'emploi est réduit – et ceci indépendamment du fait d'être ou non rattaché à un groupe de sociétés

1. Les groupes de sociétés

1.1 Un phénomène majeur dans la vie économique et pourtant invisible juridiquement

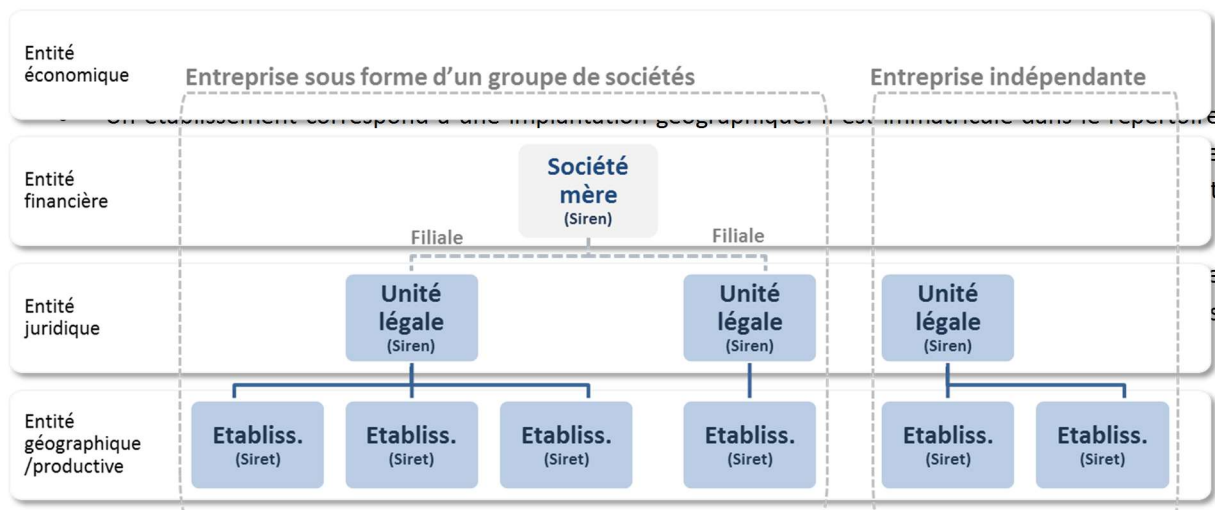
► En l'absence d'existence juridique de la forme groupe, les unités d'observation de la vie économique d'un secteur sont l'établissement et l'entreprise.

La vie économique d'un secteur peut être observée à plusieurs niveaux emboîtés les uns dans les autres : l'établissement, l'unité légale, l'entreprise et le groupe.

- L'établissement est une unité de production (de biens ou de services) géographiquement individualisée (identifiée par son adresse), juridiquement dépendante d'une unité légale.
- L'unité légale est une entité dotée d'une personnalité juridique – il peut s'agir d'une personne morale (une société) ou personne physique (un travailleur indépendant). L'unité légale se compose d'un ou de plusieurs établissements, unités de production géographiquement localisées.
- L'entreprise est la plus petite combinaison d'unités légales qui constitue une unité organisationnelle de production de biens et/ou de services jouissant d'une certaine autonomie de décision, notamment pour l'affectation de ses ressources. Au sein d'une même entreprise, les différentes unités légales servent un objectif global mais assument des fonctions variées.
- Un groupe est un ensemble de sociétés liées par des participations au capital et contrôlées par une même société, c'est-à-dire l'ensemble des sociétés détenues directement ou indirectement à plus de 50% par une société mère, la tête de groupe, qui n'est pas elle-même détenue majoritairement par une autre société. On parle de groupe français lorsque la tête de groupe est située en France, et de groupe étranger lorsqu'elle se situe à l'étranger. Un groupe de sociétés n'a pas de personnalité juridique, les sociétés affiliées au groupe conservant chacune une existence juridique propre.

Si l'entreprise est indépendante, elle correspond à l'unité légale. Sinon, elle correspond à l'ensemble des unités légales composant un groupe autonome – autrement dit, un ensemble de sociétés (unités légales) détenues par une société mère (tête de groupe).

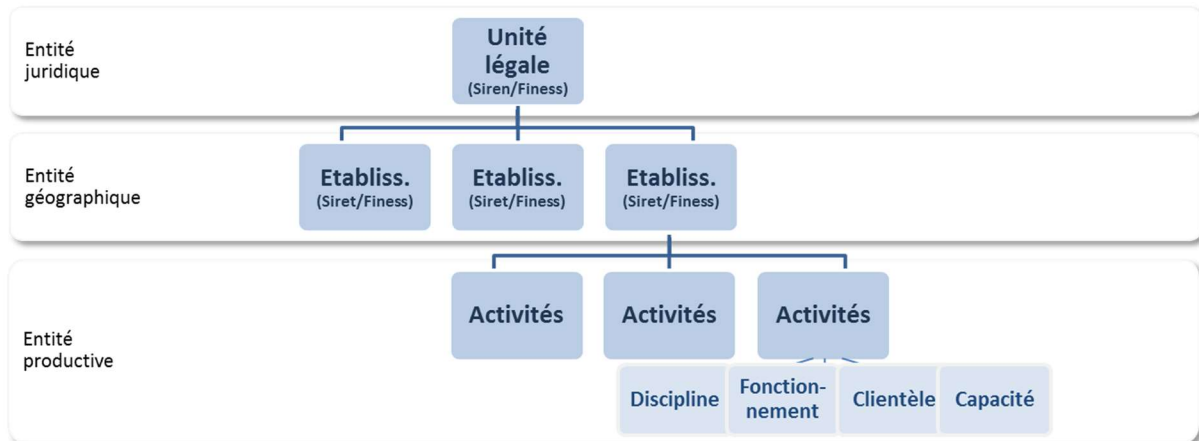
Les concepts généraux relatifs à la vie économique



activités dans un ou des établissements. A chaque entité juridique est associé un statut juridique (public, privé à statut non lucratif, privé à statut commercial).

Les établissements sanitaires et sociaux passent par la procédure d'autorisation pour toute création ainsi que pour toute transformation ou extension importantes de leurs activités.

Les concepts relatifs aux établissements sanitaires et sociaux



► Bien que sans existence juridique, l'entreprise et le groupe sont les entités les plus pertinentes pour observer la vie économique.

Pour un acteur économique, la dimension organisation est l'un des déterminants de la création de valeur et la maîtrise d'avantages concurrentiels. Plus précisément, il apparaît que la structure adoptée par une entreprise conditionne la vitesse et l'efficacité des réponses apportées à son environnement.

Marginale dans les années 1980, la forme de groupes de sociétés a connu un essor remarquable à partir de la fin de la décennie précisément parce qu'elle permet la meilleure adaptation des acteurs à l'économie mondialisée. En effet, les groupes sont caractérisés par une structure paradoxale : des liens capitalistiques ainsi que des échanges très denses unissent les entreprises membres du groupe, mais celles-ci conservent leur indépendance juridique. Alliant stabilité et flexibilité, leur constitution peut répondre à des logiques productives, financières ou fiscales :

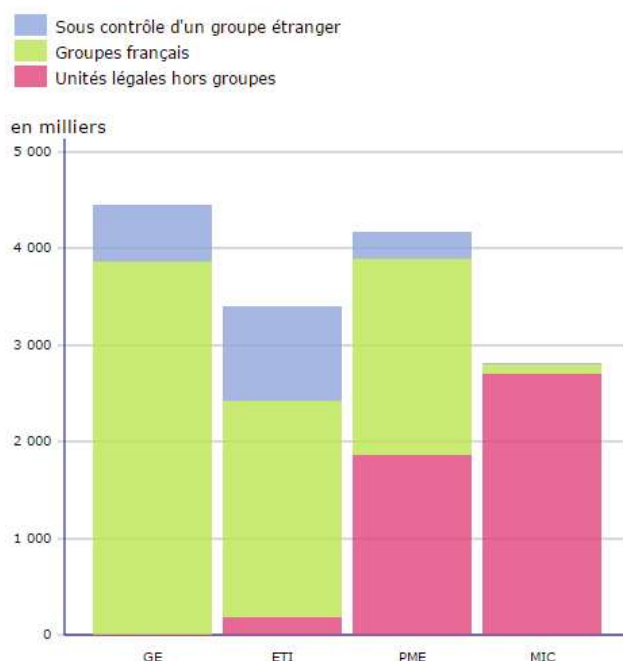
- Leur gouvernance articule une société exerçant une fonction de production, avec une holding portant les intérêts des associés de l'entreprise,
- La forme groupe permet des montages fiscaux conduisant à des réductions d'impôt,
- Elle facilite l'accès aux financements bancaires,
- Elle permet des réorganisations stratégiques entre entités qui constituent le groupe, par exemple en vue d'économies d'échelle, de spécialisation par métier ou encore d'un développement à l'international ainsi que des stratégies patrimoniales, notamment en prévision de cession d'activité.

Ces possibilités d'optimisation offertes par les groupes expliquent l'essor remarquable qu'a connu la forme groupe depuis la fin des années 1980, désormais généralisée chez les entreprises de plus de 250 salariés, et qui touche près de la moitié des PME en France.

La création d'un groupe correspond souvent à l'adoption d'une stratégie concertée, la mise en commun de moyens matériels ou financiers, le développement de synergies avec une finalité économique commune. L'affiliation à un groupe est susceptible d'apporter des changements de fond dans le fonctionnement d'un établissement et en particulier dans ses choix d'organisation et d'emploi.

Ce concept apparaît donc incontournable pour pouvoir rendre compte de la vie économique. Toutefois, en l'absence d'existence juridique, et en raison des montages parfois très complexes qui constituent la forme groupe (avec la constitution d'un grand nombre de sociétés qui répondent à des besoins de pure gestion comptable, fiscale, patrimoniale, juridique...), il existe une réelle difficulté technique à appréhender sa réalité.

**Effectifs salariés selon la taille d'entreprises
et le type de contrôle en 2012**



Champ : hors agriculture, activités financières, industrie du tabac et administration. Source : Insee, Ésane et Lifi.

Tableau de l'économie française, édition 2016

1.2 Un phénomène prégnant dans l'hospitalisation privée

► Dans l'hospitalisation privée, près de deux établissements sur trois appartiennent à un groupe, et un sur trois à l'un des quatre groupes leaders.

Le secteur des établissements sanitaires et médico-sociaux, à l'instar de l'ensemble de l'économie française, est fortement concerné par la forme groupe. Aujourd'hui, d'après les analyses menées à partir des fichiers d'adhérents d'Actaliens, l'Opc de branche de l'hospitalisation privée, complétée par une analyse documentaire, on recenserait une soixantaine de groupes de sociétés gérant des établissements sanitaires ou médico-sociaux à statut privé commercial.

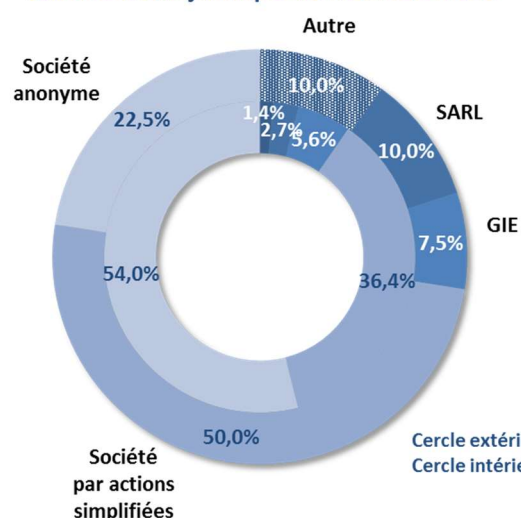
Ces groupes qui ont pu être identifiés concentrent les deux-tiers au moins des établissements de la branche (il est possible que dans le tiers restant d'établissements, une proportion importante soient rattachés à un groupe qui n'a pas pu être identifié).

Le médico-social a atteint un degré de concentration plus important : sept établissements sur dix appartiennent à un groupe de sociétés identifié, contre cinq sur dix dans le sanitaire. De plus, il possède des groupes leaders beaucoup de plus grande taille : trois groupes du médico-social ont un parc d'établissements compris entre 200 et 400 établissements, contre un maximum de 124 établissements côté sanitaire.

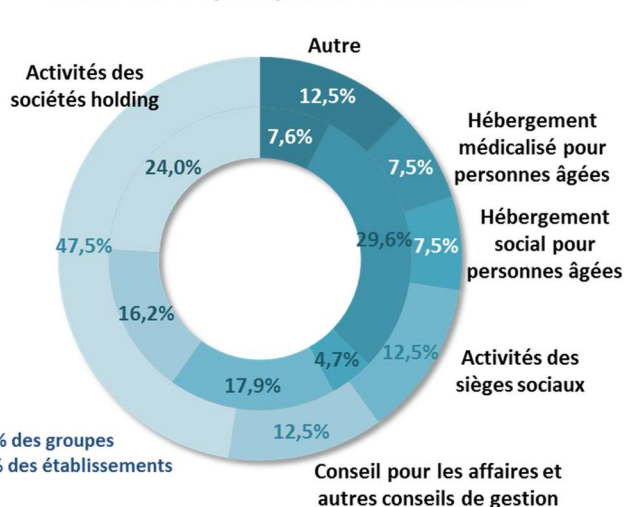
La plupart des groupes ont un statut de société anonyme ou de société par actions simplifiées. La société-mère relève rarement de l'activité de gestion d'établissements sanitaires ou médico-sociaux : en général, il s'agit de sociétés holding, de sièges sociaux ou de sociétés de conseil pour les affaires ou autres conseils de gestion.

Statuts juridiques et activités des sociétés-mères des groupes de sociétés dans l'hospitalisation privée

Répartition des groupes et des établissements
selon le statut juridique de la société-mère



Répartition des groupes et des établissements
selon l'activité principale de la société-mère



Source : échantillon de 40 groupes de l'hospitalisation privée

► La moitié des établissements appartiennent à un groupe de plus de 30 établissements.

Derrière la notion de groupe d'établissements se cache une grande diversité de taille de réseau et de stratégie de développement. Schématiquement, deux types de stratégies de développement peuvent être identifiés :

- Construire une offre cohérente sur un périmètre couvrant une ou quelques aires géographiques, au maximum une à deux régions administratives. On peut parler alors d'un groupe d'établissements à vocation régionale, dans la mesure où le maillage d'une ou de quelques régions prend une dimension stratégique et structurante pour le groupe.
- Versus viser une couverture nationale sur un segment d'offre parfois très ciblé. Ces groupes visent à atteindre une visibilité nationale voire pour les groupes leaders, internationale.

Les groupes de plus grande taille peuvent adopter simultanément ces deux stratégies : viser une couverture nationale tout en proposant une offre d'établissements diversifiée.

Les stratégies de groupes d'établissements dans l'hospitalisation privée

Le choix d'une offre locale...

Acquérir une dizaine d'établissements situés dans une ou deux régions, sur un segment d'offre plus ou moins large



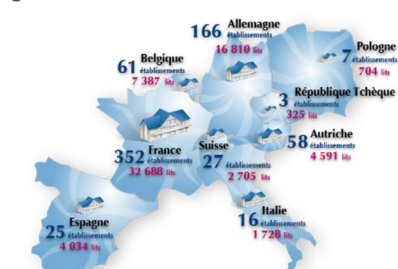
...nationale et ciblée...

Viser une couverture nationale sur un segment très ciblé d'offre reposant sur une dizaine d'établissements



...ou internationale et diversifiée

Posséder une couverture nationale voire internationale, et une offre diversifiée, grâce à un réseau de centaines d'établissements.



Source : sites internet des groupes (OC Santé, B. Braun Avitum France et Orpéa-Clinéa), 2016

On peut distinguer schématiquement plusieurs tailles de groupe d'établissements, qui sont aussi quatre stades de développement d'un groupe : petit (moins d'une dizaine d'établissements), moyen (entre 10 et 30 établissements), intermédiaire (30 à 100), groupe leader (100 à 300 établissements).

Le croisement entre taille du réseau et stratégie de développement permet d'identifier cinq types de groupes :

- Le groupe leader : acteur prédominant dans son domaine d'activité, il compte plusieurs centaines d'établissements. L'importance de son réseau lui permet d'atteindre à la fois une couverture nationale et une offre diversifiée, s'étendant dans la plupart des cas sur les deux secteurs de la branche (sanitaire et médico-social) : établissements d'hébergement médicalisés pour personnes âgées, cliniques de soins de suite et de réadaptation, résidences service, soins à domicile... Aujourd'hui, un établissement sur trois dans la branche de l'hospitalisation privée appartient à l'un des quatre groupes leaders du domaine d'activité.
- Le groupe intermédiaire ou challenger : ayant dépassé la dimension régionale grâce à un réseau conséquent (d'une trentaine à une centaine d'établissements), ce type de groupe cherche à étoffer son réseau, étendre son périmètre et/ou diversifier son offre dans le but d'atteindre la catégorie des acteurs leaders.
- Le groupe spécialisé à vocation nationale : dans ce type de stratégie, le groupe recherche une visibilité nationale, avec un réseau assez restreint (une dizaine) d'établissements, sur un segment ciblé d'offre – par exemple la dialyse, la psychiatrie, l'accueil des personnels âgés avec neurodégénérescences...
- Le groupe à vocation régionale : ce type de groupe cherche à acquérir un réseau conséquent (entre 10 et 30) établissements situés dans une ou deux régions, sur un segment d'offre plus ou moins large. Dans ce type de groupe, la dimension régionale est affichée explicitement dans la stratégie de développement.
- Le petit groupe (en-deçà de dix établissements affiliés) : l'objectif poursuivi pourra être de créer et/ou mettre en réseau des établissements auparavant indépendants, de mutualiser des moyens, ou encore de mettre en place une marque.

Types de groupes d'établissements dans l'hospitalisation privée



Source : traitements Quadrat-études sur données Actalians 2015

1.3 Les stratégies de groupe

► Les besoins importants en capitaux expliquent la concentration du secteur dans des groupes de plus en plus importants, soutenus par des fonds d'investissement.

Les activités sanitaires et médico-sociales exigent des montants d'investissement de plus en plus importants du fait de l'alourdissement de la charge en soins sanitaires et médico-sociaux, du renchérissement des technologies medicotechniques, ainsi que des contraintes réglementaires croissantes. En outre, la fin des plans publics dans le secteur sanitaire puis dans le médico-social a eu pour effet de renchérir le coût des autorisations administratives d'exercer.

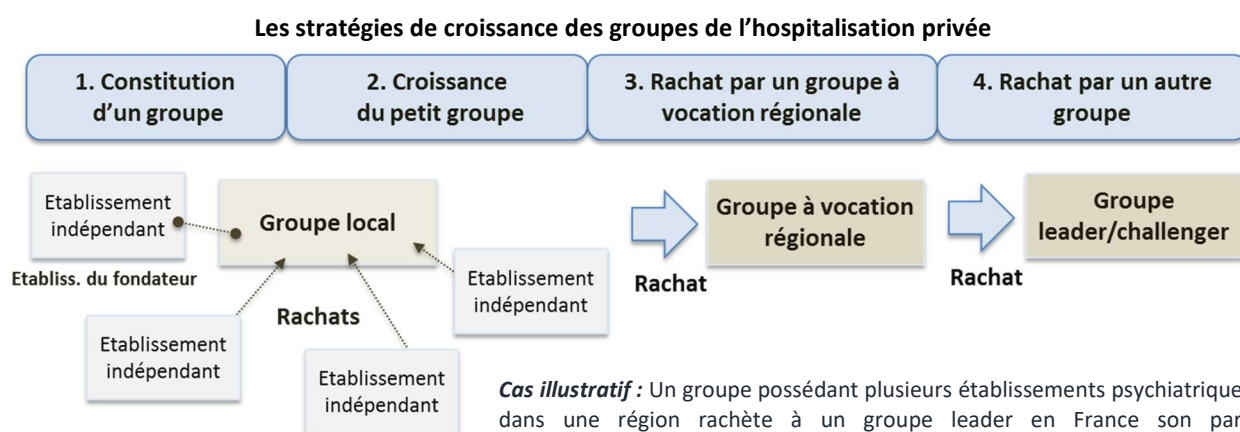
Seuls les groupes ayant atteint une taille critique peuvent porter les investissements nécessaires à la réalisation des opérations de rachats et de restructuration lourde d'établissements sanitaires et médico-sociaux. Mécaniquement, ces besoins importants en capitaux expliquent l'essor capitalistique rapide qu'ont connu les promoteurs privés dans la décennie 2000.

Leur arrivée dans le secteur d'activité a été soutenue par l'intervention de fonds d'investissement, souvent à travers le montage en LBO (de l'acronyme en anglais « Leverage Buy-Out », rachat par effet de levier) qui suit le principe suivant : une société holding s'endette pour acquérir une ou des sociétés cibles, puis fait remonter les excédents de trésorerie de la/des sociétés achetées pour rembourser sa dette. Ce type de montage peut être un moyen d'éviter une cotation en bourse.

Les fonds d'investissement ont mobilisé des expertises en restructuration que n'avaient pas nécessairement les gestionnaires d'établissements indépendants. Ces expertises leur ont permis d'actionner différents leviers d'optimisation. Globalement, la stratégie des groupes consiste à rechercher des économies d'échelle. Pour cela, plusieurs types d'actions peuvent être mises en œuvre.

► Les groupes mettent en place des stratégies de croissance externe.

La première stratégie vise à augmenter le nombre d'établissements appartenant au groupe : on parle dans ce cas d'acquisition stratégique créatrice de valeur. Du fait de gel des autorisations d'ouverture décidées par les financeurs, cela signifie pour les groupes soit de racheter des établissements ou des groupes d'établissements (en France), voire, pour certains groupes, ouvrir des établissements dans d'autres pays en Europe ou sur d'autres continents (Chine...) dans lesquels les activités sanitaires ou médico-sociales présentent de meilleures perspectives de croissance. La mise en œuvre de cette stratégie de croissance externe conduit, à partir du rapprochement de quelques établissements indépendants, à une succession rapide d'opérations de rachat et de fusion, jusqu'à constituer des entités internationales.



Cas illustratif : Un groupe possédant plusieurs établissements psychiatriques dans une région rachète à un groupe leader en France son parc d'établissements psychiatriques. Suite à ce rachat, le groupe passe d'une présence régionale à une présence nationale. Il vise à doubler sa capacité d'accueil à horizon de deux ans.

► L'effet groupe permet de centraliser et de professionnaliser les fonctions supports.

La seconde stratégie consiste à restructurer les établissements appartenant au groupe. Les restructurations opérées peuvent être à dimension interne ou bien concerner plusieurs établissements.

En interne, les groupes cherchent premièrement à rationaliser l'organisation du travail et à structurer le management. Cela passe par le recrutement de nouveaux profils de dirigeants (culture en gestion) et la réorganisation des process de travail.

« [Suite à l'entrée dans le groupe et au changement de direction] On est passé à un fonctionnement en management de projet : on a mis en place une réunion d'équipe régulière, et on a fait évoluer l'organisation à vitesse grand V » (directeur d'établissement)

Le deuxième levier d'optimisation lors de l'acquisition d'un établissement consiste à rationaliser les fonctions support aux activités de soins :

- Les fonctions administratives et d'encadrement (personnel de direction, comptabilité et gestion, informatique) constituent le noyau dur des restructurations et mutualisations.
- Les fonctions logistiques générales : entretien et maintenance des bâtiments...
- Les activités liées à l'hôtellerie : blanchisserie, restauration...
- Les fonctions logistiques aux activités de soins : stérilisations, approvisionnements, transports, informations biomédicales...
- La qualité et la sécurité : démarche qualité...

« Une des premières mesures prises par le groupe dès sa création a été de mettre en place des services partagés efficaces. Les services fonctionnels existants dans nos différentes cliniques sont donc regroupés en pôles. Les pôles existants sont les suivants : pôle biomédical, maintenance et travaux, pôle direction des ressources humaines, pôle systèmes d'information, pôle direction des soins, pôle achats, pôle information médicale PMSI, pôle statistique et tableau de bord, pôle comptabilité finance, pôle hygiène »

Extrait du site internet d'un groupe

Au sein des groupes de sociétés, le degré de centralisation des fonctions supports est très variable en fonction de la politique propre à chaque groupe – même parmi les groupes leaders, des choix très différents sont opérés.

Extrait des études de cas

- **Les pratiques de mutualisation dans les groupes : exemple d'organisations décentralisées**

Groupe local (trois établissements)

La constitution du groupe, suite au rapprochement de trois établissements, a entraîné la mutualisation du responsable administratif et la création d'un poste de responsable qualité. Les autres fonctions sont restées autonomes (achats, informatique, prestataires de services...).

Groupe leader (centaine d'établissements)

L'organisation est décentralisée selon un principe de subsidiarité. Lors de l'affiliation d'un établissement au groupe, certaines fonctions se trouvent mutualisées au sein des services supports, à deux niveaux : les achats et les services informatiques sont centralisés au niveau national, tandis qu'un certain nombre de fonctions sont rattachées aux pôles régionaux : DAF, DRH, information médicale, qualité. Les autres fonctions support de

l'établissement restent localisées dans l'établissement. Les salariés de l'établissement sont rattachés fonctionnellement à des interlocuteurs au siège.

« Le fait d'être rattaché à un groupe a donc peu d'incidences, sauf sur certains métier (achats, informatique). Au moment de l'acquisition d'un établissement par le groupe, les différentes fonctions sont déjà dimensionnées au plus juste » (DRH siège)

- **Les pratiques de mutualisation dans les groupes : organisation centralisée**

Groupe leader (centaine d'établissements)

De nombreuses fonctions sont mutualisées : achats, comptabilité, RH, informatique... Le groupe définit notamment les protocoles à appliquer, ainsi que les plans de formation (l'établissement doit suivre toutes les formations obligatoires avant de pouvoir accéder à d'autres formations). Les contacts avec les institutionnels sont centralisés au niveau du siège.

► **Le rattachement à un groupe permet de réorganiser les prises en charge.**

Sur le plan de l'activité de délivrance des soins sanitaires ou médico-sociaux, les groupes conduisent les établissements de leurs réseaux à développer les prises en charge ambulatoires ou séquentielles, optimiser des flux de patients/résidents et raccourcir des durées de séjours, à spécialiser des personnels médicaux et paramédicaux, à diffuser des méthodes qualité. Les solutions d'optimisation externes consistent à organiser des regroupements et mutualisations fonctionnelles entre établissements affiliés au groupe : services d'hospitalisation, plateaux techniques et biologie, cellules d'achat, systèmes informatiques...

Autre levier, la diversification des activités sur le territoire pour permettre des filières de prises en charge complètes au sein des établissements du groupe, des soins de court séjour à l'accueil médico-social, de l'établissement aux soins de ville.

« D'un groupe spécialiste des maisons de retraite et expert, en particulier, Alzheimer, il est devenu un acteur global de santé : soins de suite et de réadaptation, hôpitaux de jour, clinique psychiatrique, HAD, des pôles et centres de santé... Il propose également une grande diversité de formules d'accueil et des offres de services très innovantes comme la télémedecine, les plateformes de services mutualisés, ou encore des offres de proximité, prémices de l'EHPAD à domicile... »

Extrait du site internet d'un groupe

2. Les coopérations territoriales

2.1 Présentation des structures de coopérations

► Depuis longtemps, les établissements sont incités à participer à des actions de coopération pour contribuer à la recomposition de l'offre de soins.

Afin d'apporter des réponses plus adaptées et efficaces aux besoins de la population, les pouvoirs publics cherchent à améliorer l'articulation entre les acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-sociale. Dans ce contexte, les pratiques de coopération entre établissements d'un même territoire sont depuis longtemps mises en avant dans le débat public comme un moyen pertinent pour :

- atteindre des masses critiques permettant des économies d'échelle,
- partager des ressources humaines médicales et paramédicales en pénurie,
- fluidifier les prises en charge en dépassant les logiques sectorielles – sanitaire versus médico-social – ou encore de statut – public, privé non lucratif ou privé commercial.

Des outils juridiques de coopération sont apparus en 1970, dans la loi dite Boulin portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970, qui crée les syndicats et les groupements inter-hospitaliers. La décennie 1990 voit la multiplication des formes possibles de coopération : la loi hospitalière de 1991 a notamment reconnu les conventions de coopération, les groupements d'intérêt économique (GIE) et les groupements d'intérêt public (GIP) qui s'étaient développés en dehors de cadre réglementaire ; une loi de 1996 y ajoute la communauté d'établissements et le groupement de coopération sanitaire.

Les années 2000 ont vu s'accroître les politiques visant à modifier significativement l'offre de soins en favorisant davantage les regroupements et les coopérations. Les lois de 2002, tant celle relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, que celle sur la modernisation sociale et celle rénovant l'action sociale et médico-sociale, renforcent le groupement de coopération sanitaire et le réseau de santé. En 2009, la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a procédé à une importante refonte des nombreux outils de coopération entre établissements, par suppression, révision ou création. Publié en 2011, un guide de l'ANAP³ recense pas moins de 17 formes juridiques possibles.

Récemment, la loi de modernisation de notre système de santé adoptée début 2016 prévoit la création des groupements hospitaliers de territoire, à adhésion obligatoire pour les hôpitaux publics, qui sont également ouverts aux Ehpad.

► Les coopérations peuvent être très diverses dans leur forme et dans leur objet.

Juridiquement, il existe deux types de coopérations entre structures sanitaires et médico-sociales.

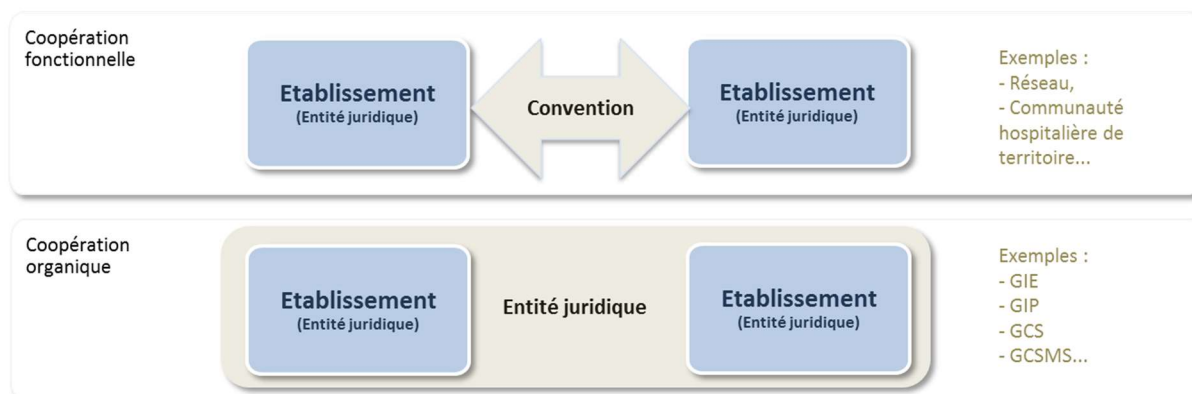
Le mode de coopération le plus souple consiste en un conventionnement entre les parties. Il ne conduit pas à la création d'une nouvelle personne morale – ce type de coopération est qualifié de fonctionnelle. Les outils les plus courants sont la convention, le réseau, la communauté hospitalière de territoire.

Mode le plus contraignant, les coopérations peuvent passer par la constitution d'une nouvelle structure juridique dotée de la personnalité morale – on parle de coopération organique. Différents supports juridiques peuvent être mobilisés, dont le groupement d'intérêt public (GIP), le groupement d'intérêt économique (GIE), le

³ ANAP et DGOS, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, 2011, consultable sur le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/guide-methodologique-des-cooperations-territoriales/>

groupement de coopération de santé (GCS) de moyens ou « établissement de santé », le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), l'association de type loi 1901, la fondation ou encore la société d'économie mixte locale (SEML).

Présentation des formes de coopérations sanitaires et médico-sociales



Sans entité juridique propre, la portée des coopérations fonctionnelles est limitée. Elles ne permettent pas aux membres de recruter du personnel en commun, d'avoir un budget autonome ou de détenir un patrimoine propre. À la différence d'une simple convention (coopération fonctionnelle), une structure organique de coopération dispose, selon la forme juridique retenue, d'un budget propre, d'un patrimoine, de la possibilité de recruter son personnel, le cas échéant d'être titulaire en propre d'une autorisation de soins ou d'équipements.

2.2 Les coopérations dans l'hospitalisation privée

Les outils de coopération territoriale concernent un grand nombre d'établissements de l'hospitalisation privée. La plupart des coopérations sont utilisées pour des actions ciblées.

► Des coopérations ciblées et justifiées par les politiques d'octroi des autorisations des tutelles, les autres besoins de mutualisation étant souvent pris en charge par les groupes de sociétés.

Dans l'hospitalisation privée, les établissements du secteur sanitaire ont surtout recours aux groupements de coopération sanitaire « de moyens » et dans une moindre mesure groupement de coopération sanitaire « établissements de santé », ainsi qu'aux GIE et aux coopératives. Dans l'enquête SAE pour l'année 2015, environ 255 établissements sanitaires à statut privé commercial ont déclaré appartenir à un GCS.

D'après le bilan de la DGOS⁴, les GCS mis en œuvre entre établissements sanitaires à statut privé commercial sont fortement orientés dans la gestion partagée d'activités soumises à autorisation autres que les soins : les pharmacies à usage intérieur (qui représentent la moitié des GCS) ou les équipements matériels lourds. Les GCS constitués dans les établissements sous un autre statut juridique (public et privé non lucratif) sont quant à eux plus souvent orientés sur les activités support : la logistique et l'informatique. Les GCS mixtes portent plus fréquemment sur les activités concourant directement aux soins : les prestations médicales croisées et la constitution d'équipes médicales communes, la gestion de plateaux techniques.

En principe, la coopération est volontaire, mais dans les faits, elle peut être fortement suggérée par les financeurs. En particulier, les coopérations territoriales conditionnent l'octroi d'autorisations. C'est le cas en particulier des plateaux techniques (bloc opératoire, laboratoire, imagerie, exploration fonctionnelle...), au cœur de l'organisation et de l'activité de soins des établissements. En effet, l'existence d'un lien supposé entre volume d'activité, qualité des soins et coûts, justifie chez les financeurs une politique de concentration des plateaux techniques (notamment le plan périnatalité 1995-2000 qui définit plusieurs niveaux de maternités, les plans cancer depuis 2003 qui fixent des seuils d'activité), qui ont questionné la pertinence de nombreux sites.

Ainsi, les coopérations mises en œuvre par les établissements sanitaires privés commerciaux apparaissent en grande partie justifiées par des politiques de regroupement des financeurs (mutualisation des plateaux techniques...). Les établissements à statut public et privé non lucratif passent par des structures de coopération territoriale pour mutualiser des fonctions (logistique, informatique) mises en commun par les groupes de sociétés dans les cas des établissements privés commerciaux.

Les établissements du secteur médico-social ont quant à eux recours à des GCSMS de moyens / de gestion d'activité, les autres formes (GIE, GIP, groupement d'employeur) étant marginales. Ces coopérations ont principalement pour objet la mise en place de filières de prise en charge en amont et en aval, avec trois enjeux principaux : organiser l'admission en EHPAD de personnes âgées hospitalisées, limiter les passages par les urgences hospitalières et privilégier les hospitalisations programmées pour les résidents en EHPAD, bénéficier d'avis de professionnels hospitaliers spécialisés (équipe mobile gériatrique de l'établissement sanitaire le cas échéant...) s'agissant par exemple des soins palliatifs, de la gestion de la douleur, ou encore des pathologies neurodégénératives pour les résidents.

Les coopérations mises en place impliquent surtout des établissements et services sanitaires et gériatriques (Ehpad, Ehpa, SSR, SSIAD, HAD, hôpital, équipes mobiles, soins palliatifs, télémedecine...), plus rarement les acteurs de la prise en charge à domicile.

⁴ DGOS, Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014, 2016.

► Les phénomènes de regroupements sont très dépendants des contextes locaux.

Les logiques de statut juridique (public, privé commercial, privé non lucratif) n'apparaissent pas déterminantes pour expliquer l'état du contexte coopératif entre les établissements sanitaires et médico-sociaux d'un même territoire. En effet, il peut exister des coopérations très poussées entre des établissements publics et des établissements privés d'un même territoire. Inversement, les coopérations peuvent être entravées par des logiques concurrentielles entre établissements, quel que soit leur statut juridique. En particulier, l'affiliation à des groupes de sociétés différents peut entraver les possibilités de coopération entre établissements privés commerciaux.

Extrait de l'étude de cas

Secteur sanitaire

Sur le département étudié, un partenariat mis en place par un établissement MCO privé commercial et un centre hospitalier permet aux activités des deux établissements respectifs de se maintenir.

« Quand l'hôpital va mal, la clinique tousse... 20% de nos patients en chirurgie proviennent du service des urgences de l'hôpital » (dirigeant du groupe). « On peut garantir une offre sur ce territoire à condition que le secteur public et le secteur privé travaillent ensemble » (ARS)

La clinique met à disposition auprès du CH une salle de bloc opératoire pour les césariennes et partage sa salle d'endoscopie ; elle adresse des patients vers les urgences du CH. Inversement, le CH met à disposition auprès de la clinique son plateau technique interventionnel, l'anesthésie et la cardioversion. La clinique, le CH et le secteur de ville du territoire ont un projet de GIE pour l'achat d'une IRM et un projet d'ouverture d'un SSR.

Inversement, sur une autre agglomération du département, la clinique et le CH ne sont jamais parvenus à une entente (partage du bloc opératoire du CH avec la clinique). L'ARS souhaitant la mise en place d'un seul plateau de chirurgie, la clinique s'est vue son autorisation non renouvelée par l'ARS (fermeture de l'établissement et rachat de ses locaux par le CH).

Secteur médico-social

Les EHPAD mettent en place des coopérations dans le but de mobiliser l'offre sanitaire et médico-sociale de leur territoire, les complémentarités étant indispensables aux parcours de leurs résidents.

C'est pourquoi ils participent souvent à des instances de coordination et/ou des groupes de travail sur leur territoire (CLIC, réseau de santé...) pour fluidifier les parcours entre domicile et établissement.

« Un EHPAD ne peut pas fonctionner s'il n'est pas au courant de ce qu'il se passe sur son territoire (...) : être bien ancré dans le réseau, savoir ce qui s'y passe, comparer les pratiques, anticiper, voir ce qui se fait ailleurs » (directeur d'établissement)

Ils conventionnent généralement avec les établissements sanitaires de leur territoire : éviter le passage aux urgences des résidents ou organiser la sortie d'hospitalisation, prévoir les prises en charge des résidents par les HAD ou les équipes mobiles...

« Les ARS nous demandent de plus en plus d'éviter le passage aux urgences, donc pour ça il faut être en lien avec le monde hospitalier (...). De ce fait, les coopérations deviennent incontournables avec les établissements sanitaires » (chargé de mission siège)

« L'hôpital met la pression pour libérer des lits mais si on a de bons rapport avec les cadres de santé, on peut temporiser et éviter que le résident ne revienne trop médicalisé » « On est très favorable à l'HAD car on a une forte problématique de personnel ; on est bien content que l'HAD vienne nous soulager sur des soins lourds » (directeur d'établissement)

Les EHPAD partagent souvent avec les hôpitaux des temps d'infirmier hygiéniste (obligation de l'ARS), pour la mise en place de formations, d'audits, de protocoles. D'autres types de postes donnent lieu à des démarches de mutualisation entre établissements : IDE et aides-soignants de nuit, rééducateurs (ergothérapeutes, psychomotriciens...), personnel d'animation...

L'ANAP anime une démarche concertée sur le territoire dans un contexte de désert médical. Le projet doit aboutir notamment à la mise en place dans les EHPAD de consultations de télémédecine avec l'unité de gériatrie du centre hospitalier.

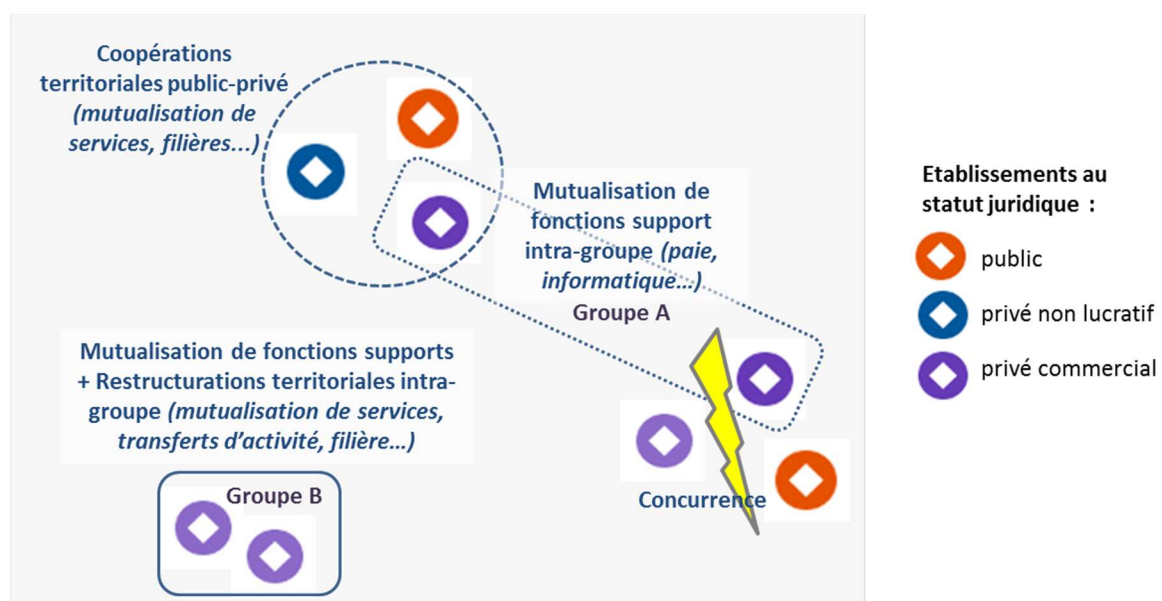
Ainsi, différentes configurations sont observées en termes de contexte coopératif sur les territoires :

- Des établissements relevant de divers statuts juridiques qui organisent localement des coopérations territoriales poussées afin de répondre aux incitations des financeurs (politique de regroupement des plateaux techniques et respect des seuils d'activité, octroi d'autorisation partagée par exemple pour créer un établissement d'hospitalisation privée...) et d'organiser localement la réponse aux besoins de santé de la population (complémentarité d'activités, filières...).
- Inversement, des établissements de divers statuts juridiques qui ne parviennent pas à s'organiser entre eux en raison de positionnements concurrentiels.
- Des établissements qui s'organisent parce qu'ils sont affiliés au même groupe de sociétés gestionnaire : mutualisation des fonctions support (paie, informatique, achats...) et, si la proximité territoriale le permet, restructuration de l'activité respective (mutualisation de services, transfert d'activités, organisation de filière de prise en charge...).

« Les coopérations mises en place dépendent beaucoup des acteurs en place, des circonstances et des besoins » (responsable d'établissement)

« Il est plus compliqué de mettre en place des coopérations avec les grands groupes qu'avec les petites cliniques privées qui ont les mêmes problématiques que nous » (responsable d'établissement privé commercial indépendant)

Différentes configurations de contexte coopératif territorial



Source : étude de cas sur un département, Quadrat-études

En définitive, les pratiques de coopération reposent souvent sur des démarches personnelles. Chronophages, elles nécessitent que les acteurs impliqués s'inscrivent dans la durée. Aussi la principale limite au développement des pratiques coopératives se trouve-t-elle dans les volontés et les disponibilités parmi les équipes des établissements (directeurs d'établissement, médecins et infirmiers coordonnateurs, cadres de santé, soignants...) pour mettre en place les partenariats puis les faire vivre auprès des partenaires mais aussi en interne dans l'établissement.

« Le temps qu'il faudrait pour rencontrer les partenaires, travailler sur les sujets est difficile à dégager. On a du mal à trouver la bonne personne qui aura un peu de temps dans son organisation pour faire vivre un partenariat. C'est le principal frein aux coopérations aujourd'hui » (chargé de mission partenariats siège)

« Tout dépend des établissements (...), le profil des personnes compte beaucoup. Quand on a des profils très ouverts sur l'extérieur, par exemple des profils dans le commercial, ils vont trouver important de travailler avec autres structures, mais il faut que derrière ils réussissent à entraîner leurs équipes » (chargé de mission partenariats siège)

« En EHPAD, le médecin coordonnateur est la personne clé d'un partenariat. Mais les médecins coo sont souvent à temps partagé, avec une activité libérale à côté, ce qui les rend encore moins disponible pour ce type de démarche » (directeur d'établissement)

2.3 Les groupes de sociétés : vers des stratégies territoriales

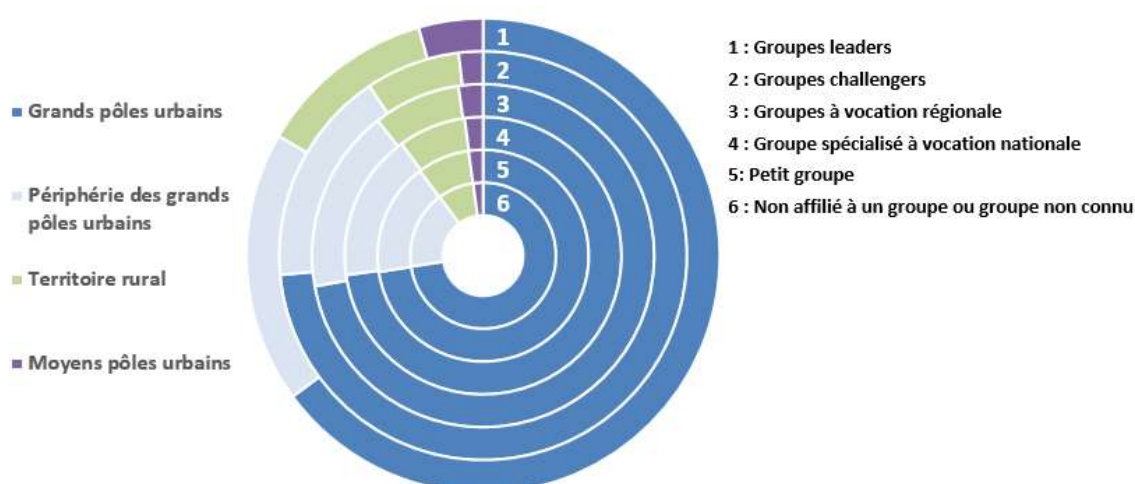
► Tous les groupes de sociétés n'ont pas retenu des stratégies locales dans leur politique d'ouverture ou de rachat d'établissements.

Parmi les groupes de sociétés de l'hospitalisation privée, certains ont adapté des stratégies territoriales fines, consistant à acquérir des établissements géographiquement proches, rationaliser leurs activités (transfert de services entre établissements...), intégrer les activités hospitalières, médico-sociales voire du domicile.

Inversement, d'autres groupes ont acquis des établissements éloignés les uns des autres. Dans ce cas, les mutualisations sont limitées aux fonctions support (paie, informatique...). L'affiliation à un groupe n'aide pas nécessairement à mener des opérations de recomposition territoriale.

On remarque ainsi que la localisation de l'établissement apparaît, en revanche, peu corrélée par le type de groupe d'affiliation. Seuls les groupes leaders se démarquent par une implantation plus fréquente en périphérie des grands pôles urbains et en zone rurale.

Localisation des établissements privés commerciaux en France



Source : traitements Quadrat-études sur données Actalians 2015 et Insee 2016

► La pertinence territoriale des acquisitions se renforce.

Comme on l'a vu, les acteurs du secteur sanitaire et médico-social sont à la recherche de nouveaux leviers d'optimisation. Pour pouvoir mener des restructurations entre établissements du groupe, la pertinence territoriale devient de plus en plus importante : la proximité géographique permet le regroupement des services et mutualisation de moyens (techniques, humains...), l'organisation de complémentarité d'activités sur le territoire et la mise en place de filières de prises en charge.

Pour cette raison, la pertinence territoriale des acquisitions se renforce. Les grands acteurs du secteur notamment, après avoir suivi des politiques offensives de rachats, cherchent aujourd'hui à rationaliser leur réseau en recherchant des proximités géographiques entre établissements.

Exemples de stratégies

Group leader : Acquisition à l'unité d'établissements privés en France. Depuis 2011, recentrage autour du court et moyen séjour, qui se manifeste par la cession des prestations médicotéchniques (perfusions,

nutrition...), de biologie puis de services à domicile. Depuis 2013, réorganisation du groupe autour de parcours de soins régionaux. Depuis 2015, diversification vers les maisons pluridisciplinaires de santé.

« Ces pôles géographiques sont les lieux d'expression et de mise en œuvre de la stratégie du Groupe. Ils permettent de répondre aux enjeux médicaux de ses différents territoires d'implantation. Chaque pôle formalise des projets spécifiques, adaptés aux besoins des patients et des agences régionales de santé. Le Groupe (...) propose une prise en charge globale, coordonnée et personnalisée, du diagnostic au retour à domicile. »

Extrait du site Internet d'un groupe, 2016

Groupe challenger : Acquisition à l'unité d'établissements privés en France. Stratégie de développement dans quelques régions françaises. Développement à l'international.

« Nous n'allons pas chercher à grossir trop fort en France, mais plutôt densifier nos quatre plaques de présences régionales. Par contre, nous voulons exporter notre modèle de gestion et d'organisation à l'étranger. »

Extrait du site Internet d'un groupe, 2016

► Les rapprochements géographiques : des opérations de long terme, de plus en plus fréquentes.

Les opérations de restructuration sont nécessairement menées entre établissements proches géographiquement, qui présentent en général des activités complémentaires. Elles s'inscrivent dans une dynamique de long terme, de l'ordre d'une dizaine d'années.

- Dans un premier temps, les établissements opèrent une phase de rapprochement : partenariats économiques, mutualisation fonctionnelles de certaines activités (fonctions logistiques, personnel de direction et d'encadrement...).
- La deuxième étape consiste en la fusion juridique entre les établissements.
- Jusqu'au rapprochement géographique, c'est-à-dire le déménagement dans un nouveau bâtiment qui rassemble les différentes spécialités des établissements précédents.

Il semble qu'on assiste à une accélération des opérations de restructuration : entre 2012 et 2014 dans le champ MCO, une quinzaine d'établissements privés commerciaux actent un rapprochement géographique avec une autre structure. Entre 2014 et 2016, une trentaine de rapprochements géographiques sont intervenus, soit deux fois plus que sur la période précédente.

3. Enseignements et perspectives

3.1 Le mode réseau, une nécessité pour les acteurs sanitaires et médico-sociaux

► Dans l'hospitalisation privée, les démarches coopératives entre établissements ont été largement prises en charge dans le cadre d'affiliation à des groupes de sociétés.

Dans un environnement marqué par les évolutions très dynamiques de la technique médicale et des besoins de santé, par la raréfaction des ressources médicales, par les impératifs de maîtrise de la dépense publique de santé, l'organisation de l'offre de soins sanitaires et médico-sociaux à l'échelle d'un territoire devient un enjeu stratégique majeur pour les établissements comme pour leurs organismes de tutelle.

C'est le sens des incitations, initiées d'ailleurs de longue date (dès les années 1970) par les pouvoirs publics, qui prennent aujourd'hui la forme de nombreuses formes juridiques de coopération entre structures, et qui visent à transcender les logiques de statut (public, privé non lucratif et privé commercial) et les logiques de secteur (sanitaire versus médico-social) et de type de prise en charge (établissement versus services à domicile et ville).

Dans les établissements à statut privé commercial, les logiques économiques ont conduit à partir des années 1990 puis de manière drastique à compter des années 2000, à une restructuration de l'offre sanitaire et médico-sociale à travers l'affiliation à des groupes de sociétés. Ces groupes ont eux-mêmes suivi un mouvement de concentration, conduisant à la création d'entités de très grande taille gérant jusqu'à plusieurs centaines d'établissements, couvrant toutes les disciplines sanitaires et médico-sociales, maillant le territoire national et se développant à l'international.

Fait notable, les stratégies mises en place par les groupes de sociétés de l'hospitalisation privée s'inscrivent dans les orientations des pouvoirs publics visant, à travers la création de structures de coopération, à rationaliser l'offre de soins à travers la mutualisation d'activités (systèmes informatiques, plateaux techniques...) et la mise en place de filières de prise en charge.

En effet, les groupes de sociétés ont cherché à rationaliser l'activité des établissements membres. Au niveau intra-établissement, les groupes de sociétés mettent en place un management professionnalisé et des services supports étoffés. Au niveau inter-établissement, les groupes se sont engagés dans des opérations de restructuration rendues possibles par le soutien de fonds d'investissements. Celles-ci se manifestent notamment par des fusions d'établissements suivies de déménagements dans des locaux communs repensés en fonction des contraintes et des pratiques actuelles de prises en charge : dans le cas des MCO par exemple, circulations conçues pour les prises en charges ambulatoires ; dans le cas des établissements médico-sociaux, accompagnement des personnes âgées atteintes de neurodégénérescences...

Le rattachement à un groupe, quelle qu'en soit la nature (capitalistique, territoriale...) apporte à l'établissement jusqu'alors indépendant :

- une capacité d'investissement en immobilier et en équipements lourds nécessaires à l'adaptation de l'outil de travail,
- une meilleure rigueur de gestion et une professionnalisation du management,
- une stratégie commerciale (enseigne, marketing, communication...),
- des fonctions support étoffées : achats, informatique, gestion RH, conseils juridiques...
- une possibilité de mettre en place des stratégies de regroupement et de restructuration des établissements isolés.

► Les établissements privés commerciaux non rattachés à des groupes de sociétés s'organisent dans des groupes alternatifs.

Face à la nécessité de se regrouper, les gestionnaires d'établissements sanitaires ou médico-sociaux souhaitant conserver leur indépendance capitalistique cherchent des alternatives du côté de réseaux non capitalistiques :

- Adhésion à un réseau à statut non lucratif comme les structures de coopération territoriales,
- Ou bien les réseaux non capitalistiques proposant des services analogues à ceux délivrés par les sièges des groupes de sociétés : centralisation des achats, conseils juridiques, démarches vis-à-vis des tutelles, aide au développement...

3.2 Impacts sur l'emploi et les ressources humaines

► Le regroupement d'établissements accroît les possibilités de gestion des ressources humaines.

Du point de vue de la gestion des ressources humaines, la mise en réseau des établissements offre des possibilités accrues par rapport à un établissement isolé.

En effet, les établissements regroupés peuvent mettre en place des politiques de recrutement plus attractives qu'isolément : consolider des temps partiels pour atteindre des contrats de travail à temps plein (notamment pour les postes de rééducateurs financés sur des temps partiels par établissement), proposer des conditions d'emploi plus intéressantes sur des compétences pointues difficiles à recruter (par exemple sur les fonctions liées aux démarches qualité...). Via l'effet de réseau, les établissements seront également davantage en mesure de proposer des mobilités à leurs salariés. Pour bénéficier de cet effet réseau, les établissements doivent toutefois être suffisamment proches géographiquement – par exemple pour organiser des temps partagés entre établissements, ou encore pour faciliter les mobilités professionnelles entre établissements.

De plus, les groupes cherchent généralement à professionnaliser le management et à proposer des services d'appui susceptibles d'améliorer la gestion des ressources humaines en établissement :

- Outillage : fiches de poste, référentiels, outils d'évaluation...
- Accès à la formation professionnelle : construction de plans de formation, ingénierie et organisation de formations mutualisées entre les établissements, actions de formation prioritaires au sein du groupe, voire mise en place d'organismes de formation interne...

Dans le même temps, le rattachement à un groupe peut limiter les établissements, en apportant des rigidités et des règles de gestion (par exemple, les salariés de l'établissement doivent suivre toutes les formations obligatoires définies par le groupe, avant de pouvoir accéder à d'autres formations).

Deux directeurs du même groupe :

« Le groupe nous impose de nombreux protocoles, faits par des gens au siège qui n'ont jamais mis les pieds dans une maison de retraite, ce n'est pas adapté (...).

On n'a plus d'autonomie sur le plan de formation (...).

Tout est verrouillé. Je pense qu'au siège, ça leur donne une impression de sécurité, mais ils ne se rendent pas compte que derrière ça démotive les équipes »

(directeur d'établissement)

« Le groupe nous propose une batterie de protocoles qui permettent d'avancer plus rapidement, c'est nécessaire dans notre univers économique contraint (...).

Suite à la réforme de la formation, le groupe abonde notre budget, sinon on se serait retrouvé sans rien (...).

Les personnes du siège sont là en support, ils posent un cadre et donnent des outils. C'est une sécurité en cas de problème »

(directeur d'établissement)

Le taux d'accès à la formation continue (sur financements de l'Opca de branche) en établissement n'apparaît pas corrélé avec l'affiliation à un groupe.

► Les groupes proposent des métiers spécialisés dans les fonctions d'encadrement et de support.

Comme on l'a vu, le rattachement à un groupe de sociétés a pour effet de professionnaliser les fonctions d'encadrement et de support aux activités de soins. Par rapport à des établissements indépendants, les groupes tendent sur ce type de postes à proposer des emplois davantage spécialisés, par exemple :

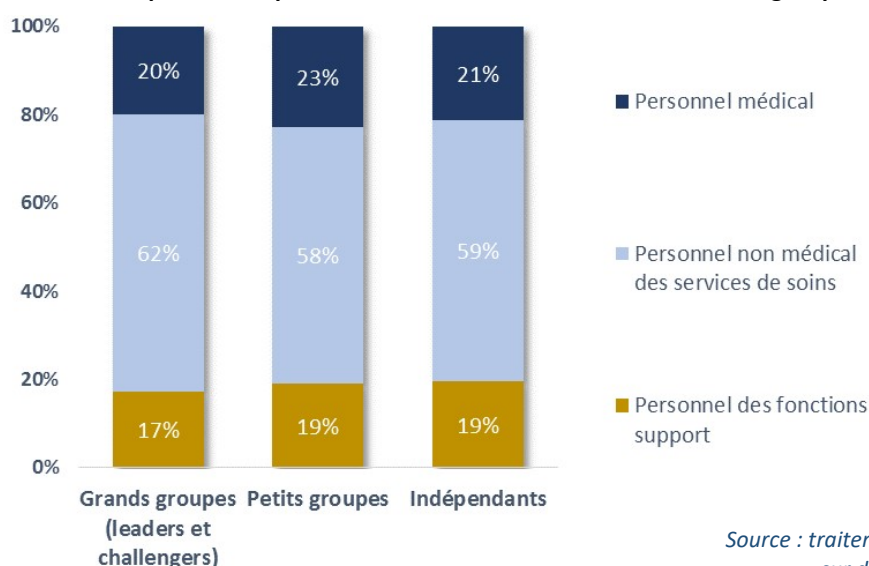
- Comptabilité, finances, achats : trésoriers, facturiers, acheteurs...
- Commercial, communication et marketing : responsables commerciaux, chargés de projet marketing, chargé de la communication financière...
- Juridique : juriste...
- Ressources humaines : chargé de recrutement, de gestion des carrières, de relations école...
- Informatique : développeur, administrateur...
- Qualité : responsable qualité...

Les compétences en développement sur ce type de postes sont des compétences en gestion (gestion de projet, gestion financière...), en management (management en organisation sanitaire et sociale...) et des compétences spécifiques (par exemple, informatique, droit...).

► Les économies d'échelle réalisées sur les personnels supports apparaissent imputables à l'effet taille plus qu'à l'effet groupe.

Comparé aux établissements indépendants ou affiliés à des petits groupes (c'est-à-dire dont le parc compte moins d'une dizaine d'établissements), les établissements appartenant à des grands groupes de l'hospitalisation privée possèdent des équipes salariées légèrement plus spécialisées sur les activités directement productives, à savoir les services des soins. Leur part dans l'emploi salarié total s'élève en moyenne à 62%, soit 3 à 4 points de plus que chez les établissements dans des petits groupes ou indépendants. Cela signifie corrélativement que les emplois dédiés aux fonctions support (personnels administratifs, médicotechniques, de maintenance, d'hôtellerie et de restauration...) localisés en établissement sont proportionnellement moins nombreux.

Composition de l'emploi salarié par famille de métiers selon l'affiliation à un groupe de sociétés



Source : traitements Quadrat-études
sur données Hospidiag 201

Ce résultat pourrait s'interpréter comme un transfert d'emplois de l'établissement vers le siège de son groupe d'affiliation, concernant les personnels des fonctions support.

Toutefois, la part plus faible occupée par les fonctions support parmi les salariés s'explique moins par l'appartenance à un groupe et le type de groupe, que par la taille de l'établissement. En effet, si on considère deux établissements ayant une taille identique, l'un indépendant et l'autre appartenant à un grand groupe, la structure de l'emploi serait très proche. Ainsi, l'écart constaté dans la composition de l'emploi entre les établissements des grands groupes et les établissements dans des petits groupes ou indépendants est imputable au fait que les grands groupes tendent à gérer des établissements de plus grande taille. En définitive, les économies d'échelle réalisées sur les emplois des fonctions support (administratifs, médicotechniques, hôtellerie-restauration...) sont opérées au sein de l'établissement plus qu'au niveau du groupe.

L'effet taille dans les économies d'échelle s'observe à l'occasion des restructurations. D'après la base Hospidiag couvrant le champ MCO, les restructurations menées par les établissements privés commerciaux se soldent souvent par une extension de capacités. Elles s'accompagnent également d'une légère inflexion de l'emploi salarié. Ainsi, entre 2012 et 2014, une baisse des effectifs totaux de l'ordre de 5% fait suite aux rapprochements géographiques entre établissements MCO privés commerciaux. Toutes les familles de métiers sont concernées par cette inflexion.

3.3 Perspectives

► Le groupement d'établissements, aboutissement du mode réseau

Le phénomène de mise en réseau des établissements, à travers le vaste mouvement de concentration capitalistique, mais aussi, localement, de coopérations territoriales, montre que l'adoption de stratégies concertées, le partage de moyens matériels ou financiers, l'organisation de synergies, est devenue une nécessité. En ce sens, ce phénomène révèle et suscite des évolutions drastiques des conditions d'exercice des activités sanitaires et médico-sociales privées à caractère commercial.

Comme on l'a vu, les établissements sanitaires et médico-sociaux fonctionnent comme un assemblage d'ateliers. En effet, ils font intervenir une multitude de sociétés imbriquées les unes aux autres, en charge de l'exercice médical, de l'immobilier, de l'hôtellerie, des actes médicotechniques, de la maintenance... Dans la plupart des établissements de l'hospitalisation privée aujourd'hui, suite à un vaste mouvement de concentration capitalistique, l'affiliation à un groupe de sociétés ajoute désormais des assemblages supplémentaires : les holdings (sociétés-mères à la tête du groupe) ainsi que les structures, souvent GIE, prestataires des fonctions support au sein du groupe, en charge des budgets, des achats, de l'appui aux démarches auprès des tutelles (conventionnement, accréditations...).

► Avec la médecine connectée, la stratégie de concentration physique pose question pour l'avenir.

L'activité sanitaire et médico-sociale se concentre dans des établissements de plus grande taille afin de réaliser des économies d'échelle sur les coûts de fonctionnement, d'entretien, de maintenance et de mise aux normes. Cette concentration s'effectue au prix d'une grande lourdeur et complexité et, par conséquent, d'un cycle de vie très long. Or, en parallèle, les besoins et les profils des patients et résidents, comme les techniques et les programmes de prises en charge sanitaires et médico-sociales, évoluent très rapidement : le cycle de vie des équipements médicotechniques est de l'ordre de quelques années.

Dans ce contexte, les établissements sont conduits à mettre en place un grand nombre de réseaux dans tous les domaines d'activité : organisation des prises en charge (liens avec l'amont et l'aval...), gestion et maintenance des bâtiments, des équipements, des matériels, blanchisserie et restauration, systèmes informatiques... Ces

organisations réticulaires leur permettent de combiner à cette forte inertie des bâtiments une souplesse de fonctionnement.

En outre, les progrès attendus de la connectique, c'est-à-dire les objets connectés permettant un suivi médical à distance, vont sans doute contribuer à redistribuer et à affaiblir encore davantage les frontières des établissements avec leur environnement : entre les EHPAD et les établissements sanitaires, et entre ces deux types d'établissements avec les autres établissements du territoire et les acteurs du secteur de ville. L'activité réalisée jusqu'à présent en établissement se trouverait donc projetée au-delà des murs (par exemple, l'interprétation de l'imagerie médicale, ou encore les consultations médicales).

Ainsi, alors que l'on observe des opérations de fusion géographique de plus en plus fréquentes, la stratégie actuelle de regroupement physique des établissements dans des infrastructures de grande taille se trouve à moyen terme interrogée par les évolutions attendues de la médecine connectée.

3.4 Conclusion

L'accroissement et l'évolution des besoins de soins de la population constitue une tendance lourde qui impacte profondément les activités de la santé et de l'action médico-sociale dans son ensemble. Des avancées médicotechniques continues permettent et accompagnent la prise en charge de pathologies toujours plus lourdes et complexes. Associées à des obligations réglementaires croissantes et des modifications des principes de financements des activités, ces évolutions viennent modifier sensiblement les conditions de rentabilité des acteurs de la branche. Dans ce contexte, les entreprises de l'hospitalisation privée, à l'instar de l'ensemble du secteur tertiaire, sont soumises à des impératifs de plus en plus forts de performance économique, qui les poussent à améliorer leurs processus productifs.

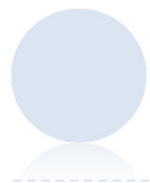
Les groupes de sociétés jouent un rôle important dans la transformation de l'offre. En effet, le cadre institutionnel de plus en plus contraignant et les coûts d'exploitation grandissants ont favorisé l'essor des promoteurs privés capitalistiques, qui ont mobilisé des expertises en restructuration. L'affiliation à un groupe apporte à l'établissement jusqu'alors indépendant une capacité d'investissement en immobilier et en équipements lourds nécessaires à l'adaptation de l'outil de travail, une meilleure rigueur de gestion et une professionnalisation du management, une stratégie commerciale (enseigne, marketing, communication...), des fonctions support étoffées (achats, informatique, gestion RH, conseils juridiques...), ainsi qu'une possibilité de mettre en place des stratégies de regroupement et de restructuration des établissements isolés. Suite à une période d'acquisitions offensives, les groupes de sociétés de l'hospitalisation privée cherchent de plus en plus à exploiter les synergies de leur réseau, en veillant à la proximité géographique entre établissements rachetés, et mettant en place des pôles géographiques atteignant une certaine taille critique.

Fait notable, les stratégies mises en place par les groupes de sociétés de l'hospitalisation privée, bien que répondant à des logiques économiques, s'inscrivent dans les orientations des pouvoirs publics visant à mutualiser les activités (logistiques, systèmes informatiques, plateaux techniques...) et à rationaliser l'offre de soins (organisation de filières de prise en charge...). Ainsi, ce type de restructurations sont effectuées bien souvent par les groupes de sociétés dans les établissements à statut privé commercial, là où elles sont prises en charge dans le cadre de structures de coopération dans les établissements gérés sous un autre statut. A l'avenir, l'optimisation territoriale de l'offre sanitaire et médico-sociale est appelée à devenir toujours plus stratégique pour les établissements comme pour leurs organismes de tutelle. Les politiques de rationalisation de l'offre mises en œuvre par les tutelles devraient se poursuivre et pousser aux regroupements transcendant les logiques de statut (public-privé).

S'il est un moteur de transformations économiques en établissement, le phénomène des groupes de sociétés recouvre toutefois des réalités très disparates en termes de taille de réseau, de stratégie, et donc d'impacts sur la composition de l'emploi et le quotidien des professionnels : chaque groupe fait ses choix propres sur le degré

de mutualisation des fonctions supports, de standardisation des procédures, d'outillage de la politique RH... De plus, les groupes sont des entités constituées par rachat successif d'établissements ou de groupes, les établissements qui les constituent présentent donc des caractéristiques hétérogènes fruits de leur histoire propre.

Annexe : Livret cartographique

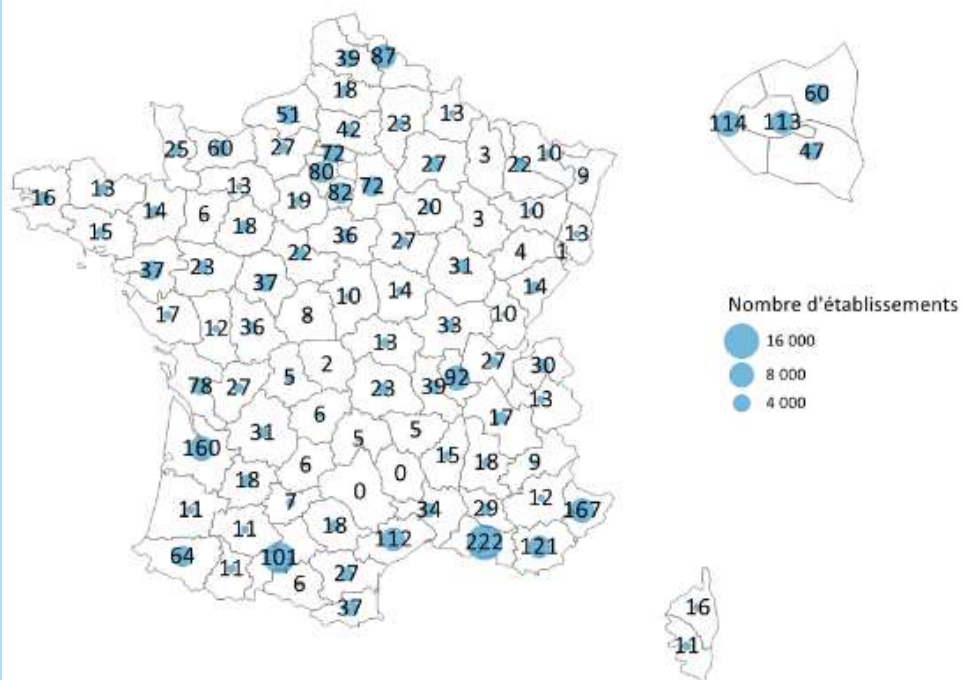


Cartographie des établissements et des groupes

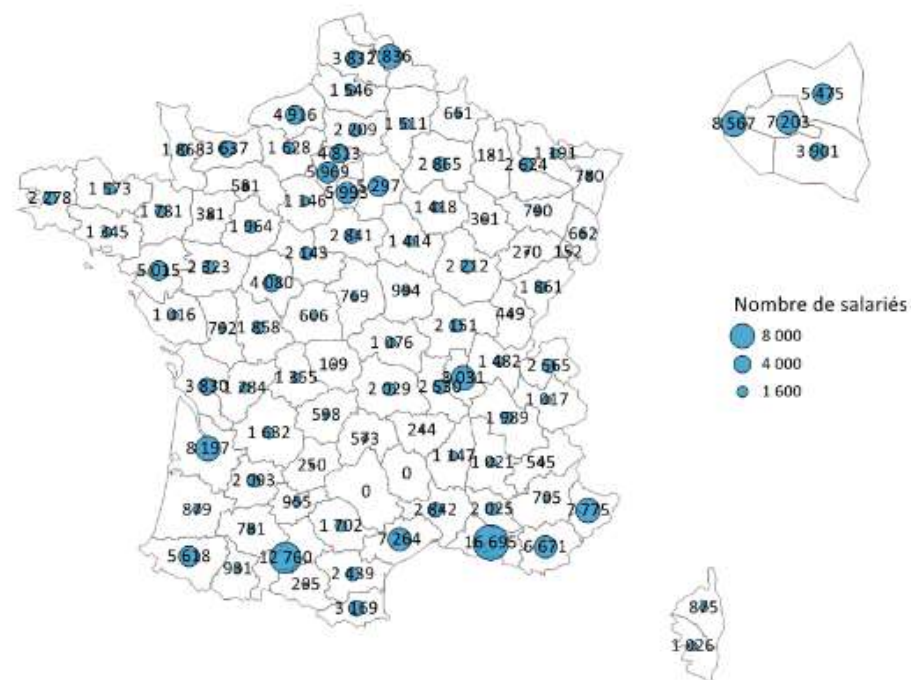
Livret

Etablissements et salariés par département

Nombre d'établissements



Effectifs salariés

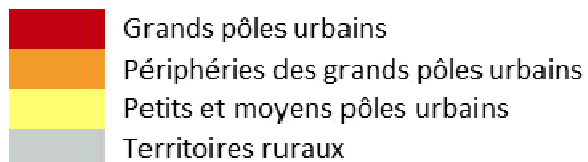


Sources : Quadrat-études sur données Actalians et INSEE, 2016

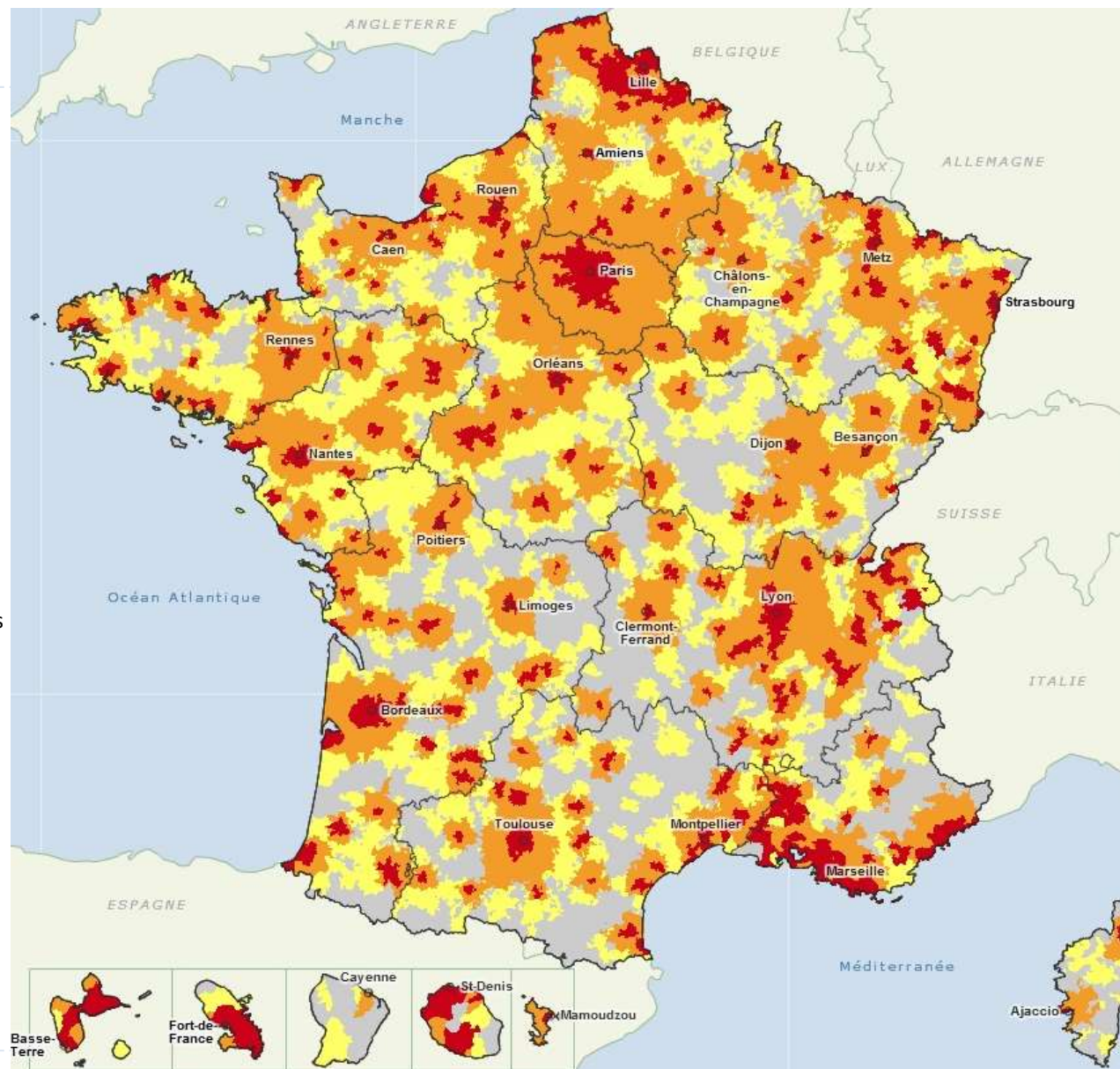
Cartographie des établissements et des groupes

Livret

Typologie des territoires en France



Pôle urbain: unité urbaine d'au moins 10 000 emplois
Périphérie des grands pôles urbains: unité urbaine dont au moins 40% des actifs résidents travaillent dans le pôle urbain
Petit et moyen pôle: unité urbaine de 1 500 à 10 000 emplois
Territoires ruraux: communes isolées (hors pôles urbains ou leur périphérie)

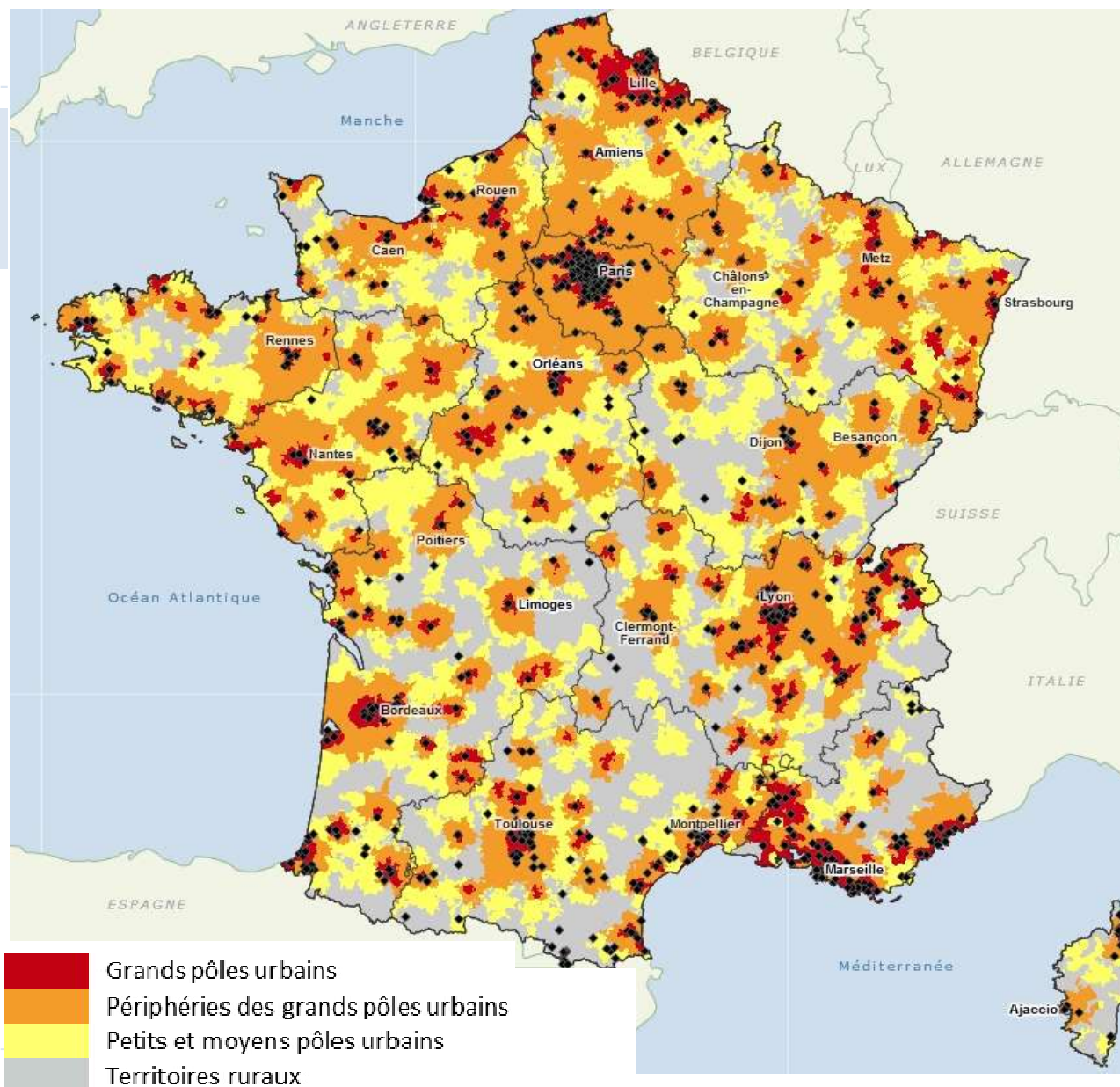


Cartographie des établissements et des groupes

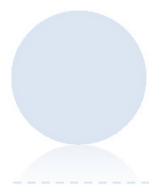
Livret

Localisation des établissements sanitaires privés commerciaux en France métropolitaine

Territoires	Etab.	%
Grands pôles urbains	1011	78%
Périphéries des grands pôles urbains	169	13%
Petits et moyens pôles urbains	78	6%
Territoires ruraux	32	2%



Sources : Quadrat-études sur données Actalians et INSEE, 2016 ; CGET

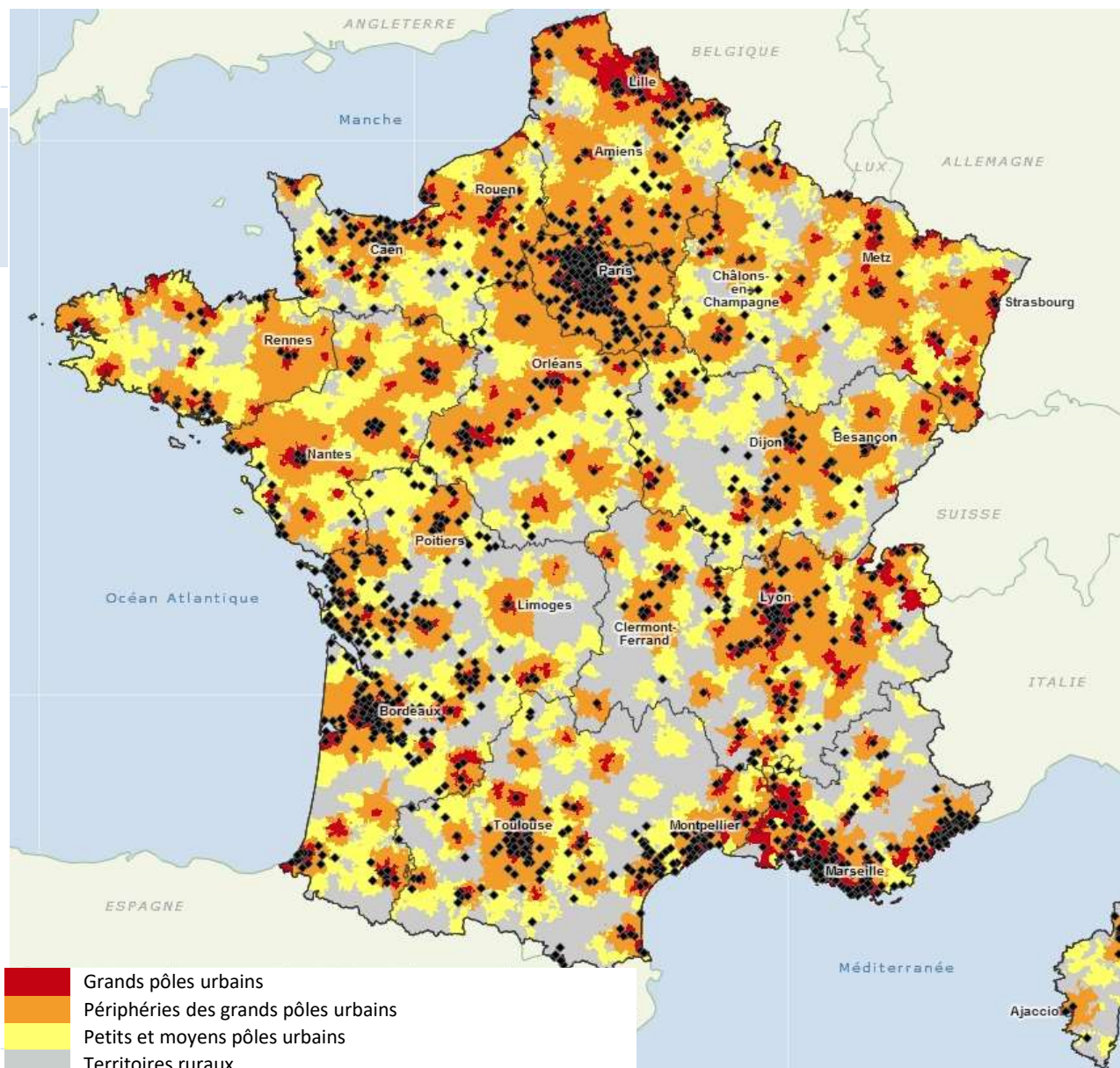


Cartographie des établissements et des groupes

Livret

Localisation des étab. médico-sociaux privés commerciaux en France métropolitaine

Territoires	Etab.	%
Grands pôles urbains	1254	63%
Périphéries des grands pôles urbains	468	23%
Petits et moyens pôles urbains	191	10%
Territoires ruraux	81	4%



Sources : Quadrat-études sur données Actalians et INSEE, 2016 ; CGET