

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Les trajectoires des établissements privés
sanitaires et sociaux (1998-2003)**

**Les effets des changements
de l'environnement économique et social**

Michel PEPIN – Dominique TONNEAU

n° 56 – janvier 2006

Le présent rapport constitue la synthèse d'une vingtaine de monographies d'établissements, réalisées par les cabinets conseil suivants :

- **Appui-Consultants** : MM. Jean-Claude MONTBLANC et Francis LAVRIL,
- **IDEE-Consultants** : Mme Charlotte GOURCUFF, MM. Jean-Louis PEPIN et Alain CLAUDIN,
- **ITG Consultants** : MM. Dominique FAUCONNIER et François LAMBERT
- **MGA Conseil** : MM. Bertrand GAUME, Hugues MARTINO, et Bertrand PILLOT

Nous remercions toutes les personnes rencontrées dans les établissements pour leurs contributions au cours des différents entretiens réalisés par les consultants, et les différentes informations fournies.

Sommaire

Chapitre 1 – Méthodologie de l'étude.....	5
1. Les objectifs de l'étude	5
2. Le choix de l'échantillon.....	7
3. La méthode d'analyse.....	8
3.1 Calendrier.....	9
3.2 Structure des monographies	9
3.3 Conditions de réalisation des monographies	12
3.4 Déontologie	12
4. Les difficultés méthodologiques rencontrées	13
4.1 Les débats sur le contenu des monographies.....	13
4.2 Les difficultés d'accès aux données	14
5. Plan du rapport	15
Chapitre 2 - Les trajectoires des établissements MCO.....	17
Les caractéristiques de l'échantillon	17
2. L'évolution de l'activité	18
2.1 Les capacités	18
2.2 La structure de l'offre.....	20
2.3 Le contexte concurrentiel	22
3. L'évolution de l'environnement social.....	24
3.1 Les effets de la RTT	24
3.2 Les effets des Conventions Collectives	26
3.3 Les tensions sur le marché du travail des soignants et le contexte social interne.....	27
3.4 L'évolution des charges de personnel	28
4. L'évolution de l'environnement financier et réglementaire	30
4.1 La tarification	30
4.2 Les subventions et aides	32
4.3 Le développement des normes, l'accréditation et les politiques qualité.....	33
4.4 Les résultats économiques.....	34
5. Les choix d'organisation	35
5.1 La sous-traitance	36
5.2 L'organisation du travail et le management	36
6. Synthèse	37
Chapitre 3 - Les trajectoires des établissements pour soins de suite et réadaptation (SSR).....	38
Les caractéristiques de l'échantillon	38
2. L'évolution de l'activité	39
2.1 Les capacités	39
2.2 La structure de l'offre : un centrage sur des filières régionales.....	40
2.3 Le contexte concurrentiel : recentrage sur la région.....	41
3. L'évolution de l'environnement social.....	42
3.1 Les effets de la RTT	42
3.2 Les effets des conventions collectives.....	43
3.3 Le marché du travail et le dialogue social interne	43
3.4 L'évolution des charges de personnel	44
4. L'évolution de l'environnement financier et réglementaire	46
4.1 Les conditions de financement	46
4.2 L'accréditation et les politiques qualité.....	46
4.3 Les résultats économiques.....	47
5. Les choix d'organisation	48
5.1 La sous-traitance	48
5.2 L'organisation du travail	48
5.3 Le management	48
6. Synthèse	49
Chapitre 4 - Les trajectoires des unités de soins de longue durée (USLD).....	50
Les caractéristiques de l'échantillon	50
2. L'évolution de l'activité	51

2.1 Les capacités	51
2.2 La structure de l'offre : importance de la notion de filière gériatrique.....	51
2.3 Le contexte concurrentiel	53
3. L'évolution de l'environnement social.....	53
3.1 Les effets de la RTT	53
3.2 Les effets des Conventions Collectives	54
3.3 Les tensions sur le marché du travail des soignants et le contexte social interne.....	55
3.4 L'évolution des charges de personnel	55
4. L'évolution de l'environnement financier et réglementaire	55
4.1 Le passage à la convention tripartite	56
4.2 L'accréditation et les politiques qualité.....	57
4.3 Les résultats économiques.....	57
5. Les choix d'organisation	58
5.1 La sous-traitance	58
5.2 L'organisation du travail et le management	58
6. Synthèse	58
Chapitre 5 - Les trajectoires des maisons de retraite (MDR)	60
Les caractéristiques de l'échantillon	60
2. L'évolution de l'activité	60
2.1 Les capacités	60
2.2 La structure de l'offre : les difficultés de prise en charge de la dépendance	61
2.3 Le contexte concurrentiel	62
3. L'évolution de l'environnement social.....	63
3.1 Les effets de la RTT	63
3.2 Les effets des Conventions Collectives	64
3.3 Le marché du travail et le dialogue social interne	65
3.4 L'évolution des charges de personnel	65
4. L'évolution de l'environnement financier et réglementaire	67
4.1 Les conventions tripartites.....	67
4.2 L'accréditation et les politiques qualité.....	68
4.3 Les résultats économiques.....	69
5. Les choix d'organisation	70
5.1 La sous-traitance	70
5.2 Le management	70
6. Synthèse	71
Conclusion.....	72
1. Des trajectoires « précontraintes »	72
1.1 Du côté de la régulation de l'offre.....	72
1.2 Du côté des systèmes de financement	73
1.3 Entre objectivation et négociation	73
2. Deux facteurs d'évolution importants : la gériatrie et l'ambulatoire.....	74
2.1 L'intégration croissante de la dimension gériatrique.....	75
2.2 Le développement de l'ambulatoire	76
3. L'impact de l'environnement social.....	77
3.1 Des évolutions de Convention Collective plus préoccupantes que la RTT	77
3.2 Des politiques de GRH tirées par les questions d'attractivité	77
3.3 Des organisations à la recherche d'une rigueur gestionnaire	78
Annexe 1 - Les aides à la RTT.....	80
Annexe 2 - La rénovation des Conventions Collectives	81
Annexe 3 - Les conventions tripartites EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	82

Chapitre 1 – Méthodologie de l'étude

À la fin de l'année 2004, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé et des Solidarités a souhaité réaliser une étude qualitative sur les incidences des changements récents de l'environnement économique et social dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, ceux-ci devant notamment être mis en regard de l'évolution de la réglementation dans les cinq dernières années, de leur situation économique, et de l'évolution des organisations mises en place.

Cette étude devait se fonder sur l'observation de vingt établissements privés, à caractère lucratif ou non lucratif, et choisis pour couvrir au mieux l'ensemble des situations possibles, sans prétendre bien sûr à l'exhaustivité : il s'agissait essentiellement de connaître les stratégies d'adaptation mises en place dans ces établissements pour en dégager les grands types.

À partir de ces monographies, la présente synthèse a été rédigée par l'équipe de coordination de l'étude, les établissements y étant mentionnés de façon anonyme. Les monographies restent la propriété des établissements concernés.

Dans ce premier chapitre introductif, nous présenterons rapidement :

- Les objectifs de l'étude,
- Le choix de l'échantillon,
- La méthode d'analyse,
- Les difficultés rencontrées,
- Le plan du rapport

1. Les objectifs de l'étude

Une première étude avait eu lieu fin 2000 pour recenser les premiers effets de la RTT dans les cliniques privées et les établissements médico-sociaux et sociaux privés, en s'intéressant au processus de négociation et au début de la réorganisation qui en avait découlé¹. Par la suite le même travail avait été réalisé sur les hôpitaux publics².

À la demande de certains partenaires sociaux de ces secteurs, il a été décidé de faire un retour sur le secteur privé, mais dans un cadre élargi, car si la RTT a effectivement constitué un choc important pour ces établissements, d'autres événements sont intervenus dont il faut également prendre la mesure :

- fin des exonérations de charges sociales accordées dans le cadre des lois Aubry sur la RTT (*voir annexe 1*),

¹ « La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux », SEGRESTIN B. et TONNEAU D., *Études et Résultats*, n° 171, mai 2002

² « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation », par TONNEAU D., *Études et Résultats*, n° 302, avril 2004

- rénovation des conventions collectives (FHP et FEHAP) intégrant notamment des mesures sur les rémunérations (*voir annexe 2*),
- réformes des systèmes de financement, conventions tripartites pour les maisons de retraite et unités de long séjour (*voir annexe 3*), perspective de la tarification à l'activité T2A pour les cliniques,
- aides spécifiques (Fonds de modernisation des cliniques privées),
- difficultés de recrutement et concurrence entre établissements.

Ces éléments influent sur les décisions des établissements en matière d'organisation, de choix d'investissements, et de politiques de ressources humaines, avec des conséquences sur la situation économique et la rentabilité.

En ce qui concerne les cliniques privées, on dispose d'éléments d'informations réguliers sur leur situation économique³. Ils indiquent que celle-ci s'est améliorée depuis l'année 2001 (année de rentabilité moyenne négative pour les cliniques MCO), mais reste fragile (0,6 % en 2003). La mise en place de la tarification à l'activité va aussi modifier les conditions de rentabilité, sans qu'il soit aisé d'en discerner précisément les effets.

Par contre, une telle analyse n'est pas disponible pour les PSPH et les établissements médico-sociaux. Les conditions de financement de ces derniers ont également évolué ces dernières années, avec l'apparition de conventions tripartites.

L'étude visait donc à globaliser l'analyse en prenant en compte les liens entre les questions économiques, financières, les relations sociales, les problèmes de recrutement, et les réorganisations. Au-delà des statistiques disponibles et d'une approche quantifiée, il s'agissait de prendre la mesure qualitative des tendances à l'œuvre dans ces secteurs. De ce fait, l'approche par monographies d'établissements est apparue pertinente.

Afin de rester en prise avec les acteurs de ces secteurs, la Drees a constitué un comité de suivi de l'étude, avec des représentants de la DHOS, de la DGAS, de la FEHAP et de l'Uniopss. Ce comité de suivi s'est réuni au démarrage de l'étude, et à la fin, sur la base de la présente synthèse. Il a en particulier permis d'apporter des éclairages nécessaires sur les conditions de financement des établissements visés, mais aussi de préciser la composition de l'échantillon retenu pour l'étude.

Dès la première prise de contact, il a en effet semblé utile de fournir aux intervenants des connaissances sur les réformes de tarification déjà en place dans les établissements pour personnes âgées (conventions tripartites) ou à venir dans les cliniques privées (tarification à l'activité T2A), dans la mesure où les discours recueillis risquaient d'y faire une large place. La DHOS et la DGAS ont présenté des exposés sur chacun de ces thèmes et diffusé des documents de présentation de ces systèmes.

³ Voir « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003 », *Études et Résultats*, n°411, juillet 2005.

2. Le choix de l'échantillon

D'emblée, la Drees a souhaité un échantillon comprenant des cliniques et des établissements pour personnes âgées avec un équilibre à trouver en fonction des types d'activité, des régions, et de la taille ; en particulier, il lui a semblé plus profitable de centrer les établissements médico-sociaux sur une catégorie bien définie, en l'occurrence des établissements pour personnes âgées dépendantes plutôt que de vouloir, comme en 2000, balayer l'ensemble des établissements médico-sociaux, dont la diversité des activités aurait alors rendu problématique la comparaison des stratégies adoptées au cours des cinq dernières années.

Après la première réunion du comité de suivi de l'étude, il a été décidé de répartir l'échantillon comme suit :

- 7 cliniques de soins aigus (MCO), appelés ci-après MCO1 à MCO7,
- 5 établissements pour soins de suite et de réadaptation (SSR), appelés ci-après SSR1 à SSR5
- 3 unités de séjours de longue durée (USLD), appelées ci-après SLD1 à SLD3,
- 5 maisons de retraite (MDR), appelés ci-après MDR1 à MDR5.

Ces établissements sont de tailles et d'effectifs variables, avec de grandes unités (MCO en particulier ou SSR), et des petites (souvent le cas des MDR), comme on peut le voir sur le tableau ci-après.

Ils sont répartis dans 8 régions :

- Île-de-France : 4 établissements,
- Centre : 3 établissements,
- Picardie : 3 établissements,
- Rhône-Alpes : 3 établissements,
- Bourgogne : 2 établissements,
- Midi-Pyrénées : 2 établissements,
- Nord – Pas-de-Calais : 2 établissements,
- Franche-Comté : 1 établissement.

La répartition des établissements entre consultants constitue un compromis entre plusieurs critères d'équilibrage :

- par type d'établissements (autour d'une répartition de type 2 cliniques, 2 établissements pour personnes âgées et 1 établissement de soins de suite et réadaptation),
- par taille d'établissements,
- au regard de la difficulté d'accès (établissements éloignés, proches, ou intermédiaires, par rapport à la localisation des consultants).

Les équipes de consultants retenues ont pour point commun d'avoir une expérience importante d'accompagnement de changement dans le secteur de la santé, et d'avoir mobilisé

des compétences complémentaires portant notamment sur la gestion, l'organisation du travail et les ressources humaines.

L'échantillon retenu

	Capacité totale (places et lits)	Effectifs (équivalents temps plein)	Chiffre d'affaires (millions d'euros)
MCO	270	350	25
	160	210	17
	215	360	24
	115	140	94
	105	130	89
	175	280	26
	60	80	58
SSR	70	40	3
	160	140	7
	375	600	37
	100	100	8
	370	350	48
SLD	80	60	3,2
	110	non isolé	5,3
	130	non isolé	5,0
MDR	120	60	3,3
	80	30	1,4
	90	50	2,3
	130	50	2,9
	110	60	5,1

Remarque :

Dans ce tableau, comme dans tous les tableaux du rapport, les données chiffrées ont été arrondies pour préserver l'anonymat des établissements.

3. La méthode d'analyse

Pour assurer la nécessaire cohérence globale de l'étude et tirer tout le parti de la pluralité des compétences et approches des consultants, la Drees a souhaité un dispositif de conception et de coordination, qu'elle a confié à Essor consultants, assisté du Centre de gestion scientifique de l'École des mines de Paris.

Le rôle de l'équipe de coordination a été de :

- concevoir le cadre général d'analyse, qui s'est matérialisé par un plan-type commun des monographies à réaliser,
- coordonner l'avancée de l'étude en animant des réunions intermédiaires permettant de faire le point des travaux et des difficultés rencontrées,
- apporter le cas échéant un appui aux consultants,
- rédiger la présente synthèse finale.

3.1 Calendrier

Compte tenu des indications du cahier des charges, et du délai imparti pour la réalisation de l'ensemble de l'étude, fixé primitivement à fin juin 2005, les travaux de terrain devaient être réalisés en trois mois, de façon à disposer de monographies fin avril, et de la synthèse fin juin.

Compte tenu des difficultés d'accès aux informations rencontrées dans certains établissements, la réalisation des monographies a finalement été plus longue que prévue.

Le calendrier a été le suivant :

- Réunion de lancement de l'étude : 10 janvier 2005
- Première réunion de coordination sur les travaux de terrain : 2 mars 2005
- Seconde réunion de coordination : 20 avril 2005
- Troisième réunion de coordination : 21 juin 2005

3.2 Structure des monographies

L'équipe de coordination a préparé un projet de plan des monographies, avec 2 impératifs :

- Constituer pour les consultants un outil de travail permettant de s'assurer au cours des travaux qu'aucun point ne serait laissé dans l'ombre, et que toutes les équipes pourraient recueillir les informations sur les mêmes points (le respect de cette trame permettant de repérer les cas où l'information est indisponible).
- Faciliter le travail de synthèse, en s'efforçant d'adopter le même ordre pour les différents points traités, de façon à retrouver rapidement une information dans une monographie donnée quand on la cherche.

Ce plan était très précis sur la restitution des données, tout en laissant une large place à l'analyse qualitative. En particulier, la valeur ajoutée des consultants était particulièrement attendue sur l'interprétation des constats chiffrés.

Nous reprenons en encadré ci-après la présentation de ce plan des monographies, afin que le lecteur puisse percevoir à partir de quel matériau la synthèse a été élaborée.

Plan des monographies réalisées

Un **premier chapitre** visait à assurer une présentation générale de l'établissement, en rassemblant les données descriptives essentielles, de façon à pouvoir caractériser l'échantillon et faire des comparaisons entre situations. On recensait ici les données les plus récentes disponibles (2004 si possible, ou 2003 le cas échéant si les rapports d'activité 2004 n'étaient pas disponibles).

- Structure : statut, indépendance ou appartenance à un groupe, structure de l'actionnariat (poids des médecins), partenariats ou coopérations institutionnelles, appartenance à des réseaux, ... composition du conseil d'administration ;
- Catégories d'activité présentes : MCO, Psychiatrie, SSR, soins de longue durée, EHPAD, disciplines présentes en MCO, activités d'accompagnement (ergothérapie, animation, sorties...)
- Indicateurs d'activité : indicateurs classiques selon la nature des activités présentes, en distinguant pour les cliniques les disciplines MCO, nombre de lits ou de places, d'entrées ou de venues, de journées, durée moyenne de séjour, taux moyen d'occupation, indicateurs de production médicale si possible (GHM et points ISA), et indicateurs spécifiques utilisés par l'établissement selon son activité, en actes ou consultations ;
- Positionnement concurrentiel : place dans le SROS, profils de patients, filières de recrutement, caractéristiques de la concurrence, parts de marchés sur la zone d'activité (en distinguant par discipline), stratégie de développement de l'établissement ;
- Données économiques générales : chiffre d'affaires et répartition par grandes catégories d'activité, structure des coûts : poids de la masse salariale, des achats, des autres coûts (notamment SCI), résultats et problèmes actuels ;
- Effectifs, en prenant comme base les effectifs inscrits en ETP en moyenne sur l'année (au sens du bilan social) ;
- Données sociales : salaires moyens, indicateurs comme absentéisme, accidents du travail, turn-over, emploi non permanent (CDD, intérim), volumes d'heures supplémentaires, formation ;
- Dialogue social : convention collective de rattachement, accords locaux et signataires, représentation du personnel, fonctionnement des institutions représentatives (CE, CHSCT, DP) ;
- Problèmes rencontrés : attractivité de l'emploi, relations sociales, particularités de la zone d'activité ou du bassin d'emploi.

Un **deuxième chapitre** visait à retracer la dynamique de l'établissement sur une période longue : a minima 1998 à 2003, si possible 2004.

- Historique : événements et faits marquants de l'histoire de l'établissement, afin d'avoir une vision globale de la période.
- Évolution de l'activité : restructurations, abandon ou création d'activités, évolution des profils de clients, des filières de recrutement...
- Financement : mise en application de nouvelles règles budgétaires et tarifaires (dates et modalités).
- Éléments significatifs des relations avec les tutelles et financeurs : négociations avec l'ARH, la DDASS, le conseil Général ; participation financière des usagers.
- Investissements : évolution des locaux (extensions, restructurations), des équipements médicaux et médico-techniques, des moyens logistiques (modernisation, sous-traitance), du système d'information et des équipements informatiques.
- Effectifs : évolution quantitative par catégorie (en précisant les impacts de la RTT), et évolution des niveaux de qualification.
- Organisation générale : restructurations d'activités, réorganisations de fonctions transversales (pools, transports...), passages en sous-traitance (notamment pour les fonctions logistiques), mutualisations de moyens avec d'autres établissements, rôle des réseaux associatifs, du bénévolat.
- Organisation du travail : modalités de la RTT, données avant et après l'accord RTT, organisation du temps (modalités de programmation des JRTT, amplitudes horaires, organisation des plannings, modes de rotation), principes de répartition du travail (polyvalence, coopérations).
- Processus de prise en charge des patients (hospitalisation de jour, de semaine), systèmes d'information (dossier du patient, transmissions entre équipes, tableaux de bord d'activité), processus d'accréditation ou de certification qualité, missions de l'encadrement.
- Contexte social : évolution de l'accord RTT (avenants, évolution des pratiques), autres accords intervenus, évolution de la Convention Collective, modes de rémunération, évolution des indicateurs sociaux (absentéisme, accidents du travail, turn-over), et événements marquants (conflits sociaux...)
- Analyse économique : analyse détaillée de l'évolution de la situation économique de l'établissement à partir des rapports d'activité et des comptes annuels.
- Chiffre d'affaires : évolution du chiffre d'affaires et de sa structure, tendances par type d'activité, facteurs explicatifs : nature de l'activité, évolution tarifaire,

- Masse salariale : tendances générales, pourcentage des frais de personnel dans le CA, évolution des différents postes (rémunérations de base, primes, heures supplémentaires, charges sociales, subventions et aides), facteurs explicatifs (effectifs, augmentations salariales, charges sociales)...
- Investissements : volumes d'investissements, évolution des dotations aux amortissements.
- Autres coûts : logistiques (restauration, linge, entretien), achats de consommables.
- Gros plan sur les aides et subventions : exonérations et allègements de charges sociales (évolution des montants, dates), subventions d'exploitation, autres.
- Résultats : valeur ajoutée, rentabilité d'exploitation (ratio EBE / CA), rentabilité économique (résultat net / CA), capacité d'autofinancement.
- Analyse des réorganisations majeures (c'est-à-dire celles qui semblent avoir eu un effet significatif sur la situation économique de l'établissement), soit au niveau général, soit au niveau de l'organisation du travail, pour en analyser le contenu et les effets constatés. Pour chaque réorganisation retenue, motivations de la réorganisation et des objectifs poursuivis, processus de changement, bilan fait par les différents acteurs.

Le **troisième chapitre**, venant après l'approche analytique suivie dans le chapitre 2, répondait aux objectifs centraux de l'étude. Il s'agissait de proposer une interprétation plus systémique des facteurs explicatifs des évolutions observées, en cherchant en particulier à apprécier les liens entre les facteurs d'ordre externe, la stratégie interne d'action, et les indicateurs les plus représentatifs de la trajectoire de l'établissement.

- Facteurs externes : évolution du contexte concurrentiel, règles tarifaires et budgétaires, difficultés de recrutement, abaissement de la durée légale du travail, évolution de la convention collective de l'hospitalisation privée...
- Stratégie d'action de l'établissement : réorganisations, politique de GRH (recrutement, rémunérations, parcours professionnels, attractivité des conditions de travail...), développement ciblé de son activité...
- Bilan global, en distinguant si besoin les différents points de vue : les composantes de la Direction (Générale, Ressources Humaines, Soins...), le conseil d'administration, les médecins, l'encadrement, les financeurs.
- Scénarios d'évolution : Comment l'établissement anticipe-t-il l'avenir ? Quels sont les projets structurants ? Quels sont les facteurs de réussite à réunir ?

Attentes et suggestions par rapport au ministère de la Santé : points de vue des acteurs sur les pistes d'action les plus pertinentes.

Le plan a été examiné au cours de la première réunion de coordination, et diverses modifications y ont été apportées. Il était demandé aux consultants de bien respecter la trame, modifiée en conséquence, dans leur rédaction.

De plus, une certaine marge de manœuvre était laissée aux équipes, qui pouvaient s'apercevoir en cours de route qu'un aspect important dans leur étude ne figurait pas dans le plan. Dans ce cas, il était demandé de prévenir rapidement l'équipe de coordination, de façon à insérer cet aspect dans l'ensemble des monographies.

Dès le départ, il était bien rappelé que le but de l'étude n'était pas de se livrer à une nouvelle analyse de la RTT, mais de l'intégrer dans l'ensemble des événements survenus dans la vie des établissements. Ces changements sont intervenus dans un contexte global (réglementations RTT, concurrence, tarification), mais chaque établissement en a été impacté de façon spécifique, ce qui l'a amené à développer sa propre stratégie. De même, il était probable que la structure d'activité ait pu évoluer sous l'effet d'événements tels que l'ouverture ou la fermeture de services, la fusion d'unités, des restructurations... Il était donc intéressant d'analyser ces événements, sous l'angle des réorganisations qu'ils avaient induites.

C'est l'analyse de cette stratégie et de ses effets sur les 5 dernières années qui fait l'objet central de cette étude, et en constitue à nos yeux la principale originalité : il est rare en effet de disposer d'informations relatives aux trajectoires globales d'établissements sur une durée aussi longue (les études disponibles s'intéressent plus souvent aux effets d'un événement ou d'une mesure précise). C'est ce qui en a fait aussi la difficulté, comme on le verra plus loin.

3.3 Conditions de réalisation des monographies

Les établissements ont été contactés par la Drees et ont donné un accord de principe pour leur participation à l'étude. Cette étape a été réalisée non sans difficulté (refus et réticences nombreux). Puis l'analyse s'est déroulée en deux phases :

- une période d'entretiens et de recueil d'informations dans l'établissement, prenant en compte les disponibilités des personnes à rencontrer,
- à l'issue de cette période, la rédaction d'une monographie soumise à l'établissement, pour éventuels aménagements demandés par l'établissement à intégrer dans la version finale.

À l'issue de l'étude, l'établissement a été destinataire de la monographie le concernant.

En fonction de la nature et de la situation de l'établissement, les personnes rencontrées ont été le président ou des membres du conseil d'administration, les directions, les cadres des services administratifs, financiers ou de ressources humaines, le cas échéant les cadres des services de soins, le président ou des membres de la commission médicale d'établissement, des représentants du personnel (Comité d'entreprise ou délégués syndicaux) et, éventuellement à l'extérieur, des représentants de la tutelle.

Les documents exploités ont été en général les rapports d'activité, les comptes financiers, les bilans sociaux, les plaquettes de présentation et s'ils existaient, les rapports d'études réalisées dans cette période de cinq années.

Quelques difficultés ont été rencontrées ici ou là. L'emploi du temps des responsables, peut-être lié à la période où a eu lieu l'étude (premier semestre 2005) ne leur a pas toujours permis de recevoir les consultants aussi vite que prévu, ce qui a entraîné des reports des échéances, et en particulier a décalé les rédactions de monographies au point qu'il n'a pas été possible de tenir de réunion de synthèse sur leur base entre les consultants et l'équipe de coordination. Ce temps d'échange aurait pourtant été bienvenu pour profiter davantage encore de l'apport des consultants.

Il en est résulté un retard certain dans le calendrier de l'étude, les consultants ayant du mal à pouvoir respecter les délais assez serrés de l'étude, par manque de contacts ou d'informations. Dans un cas, il a fallu changer d'établissement en cours de route. Mais au final, le matériau recueilli s'est révélé assez riche, et les contacts se sont très bien déroulés.

3.4 Déontologie

Les établissements ont été prévenus par un courrier de la Drees de l'équipe de consultants qui leur était affectée, courrier qui mentionnait une liste de documents à fournir, si possible avant le premier contact pour gagner du temps, ainsi qu'une liste des principaux interlocuteurs à rencontrer. De même, les tutelles, Ddass d'un côté, ARH de l'autre, étaient prévenues, de façon à pouvoir accueillir si besoin les consultants.

Il était bien précisé que les monographies qui seraient rédigées seraient soumises pour validation aux établissements analysés. Cela ne signifie pas que l'établissement avait droit de censure sur les observations effectuées, mais que le consultant s'engageait à incorporer le

point de vue de la direction en le signalant si nécessaire. Ces monographies restent la propriété de l'établissement qui est donc libre de leur diffusion. Les documents publiés par la Drees restent, eux, parfaitement anonymes (c'est le cas de la présente synthèse).

4. Les difficultés méthodologiques rencontrées

On peut distinguer deux grandes catégories de difficultés dans cette démarche :

- l'une relative au contenu des monographies,
- l'autre relative à l'accès aux informations.

4.1 Les débats sur le contenu des monographies

La trame proposée des monographies était assez détaillée, de façon à viser la meilleure homogénéité possible entre les informations recueillies. Mais ceci n'a pas empêché de devoir préciser un certain nombre de points au fil du déroulement.

La question principale a été de définir le niveau de précision et d'exhaustivité à retenir dans l'analyse des données financières, compte tenu des masses de données accessibles, mais aussi des lacunes rencontrées dans l'appareil gestionnaire des établissements. Fallait-il par exemple envisager de réaliser des exploitations statistiques de données non traitées par les établissements, pour respecter la trame des monographies ?

Il fut convenu qu'il ne saurait être question d'un audit spécialisé, et que le but était de bien cerner la réalité globale des trajectoires des établissements, en cherchant à repérer les facteurs explicatifs les plus structurants. De ce point de vue, le critère premier pour définir dans chaque situation particulière le niveau pertinent d'exploitation, était l'intérêt supposé de l'information par rapport à la compréhension des stratégies, tout en restant dans des volumes de temps raisonnables au regard du temps alloué.

Un autre critère retenu était de chercher à identifier et quantifier les écarts éventuels entre les discours tenus par les acteurs rencontrés et la réalité objectivée par des indicateurs. Cette étude, en effet, ne considère pas les données chiffrées comme seul matériau pour construire une thèse d'ensemble, mais elle voudrait éviter de collationner des discours sans les mettre en rapport avec les données chiffrées recueillies, afin de les éclairer.

Un ensemble d'autres questions plus ciblées ont surgi au fil des réunions de coordination.

- Comment connaître les parts de marché des différents établissements ? Un consultant familier du site Parhtage a transmis aux participants le mode d'emploi le plus rapide pour y trouver les informations nécessaires.
- Les fusions ou acquisitions intervenues au cours de la période étudiée rendent parfois difficile de rendre compte de la totalité des diverses histoires imbriquées ; dans ce cas, il était demandé de donner le sens de la dynamique engagée, en ne recensant que les données quantifiées propres à la structure de base étudiée.
- La façon de détailler la structure des coûts n'était pas totalement prédéterminée dans le plan des monographies. Des interrogations sont apparues à ce sujet, par exemple sur la

prise en compte des locations immobilières. Il a été décidé de recueillir systématiquement cette information, mais cela n'a pas été possible partout.

- Les effets, y compris différés, des modifications de convention collective, ont également constitué un sujet de difficultés, dans la mesure où il n'était pas évident de les isoler.
- Les effets de la RTT (créations d'emplois, suivi des allègements de charges...) ont été également, comme prévu, souvent difficiles à isoler.

Enfin, d'un point de vue général, la notion de stratégie ou de trajectoire a suscité des débats sur le sens précis à donner à ces termes. Il a été convenu d'essayer de distinguer et de mettre en valeur celles qui correspondent à un volontarisme et une saisie d'opportunités, par rapport à celles qui semblent seulement suivre des injonctions (parfois contradictoires) des tutelles.

4.2 Les difficultés d'accès aux données

Il faut par ailleurs insister sur les difficultés d'accès aux données. Dans beaucoup de cas, elles se sont avérées difficiles à collecter : données partielles, lacunaires, hétérogènes, ou inexistantes.

On a constaté souvent une grande difficulté à reconstituer les indicateurs pertinents sur l'ensemble de la période souhaitée, compte tenu des modifications de périmètre d'activité de l'établissement, ou des évolutions du système de gestion entraînant des ruptures de séries statistiques. Les intervenants se sont heurtés à un manque de lisibilité de la trajectoire parcourue.

Il ne restait alors comme source que les témoignages qualitatifs des acteurs, mais les responsables pouvaient également avoir changé pendant la période, et on s'est retrouvé dans certains cas dans l'impossibilité de reconstituer les informations.

Nous noterons également les difficultés à dépasser le stade du discours convenu pour l'étayer par des indications chiffrées. C'est ce qui explique qu'un certain nombre de questions qui étaient envisagées n'ont pu être traitées de façon aussi approfondie que souhaité, ou que des données pourtant existant dans quelques monographies n'ont pu être exploitées, compte tenu des manques dans les autres monographies.

Ainsi, contrairement à ce à quoi on pouvait s'attendre, les établissements du secteur privé ne disposent pas forcément d'un outillage de gestion plus élaboré, ou plus performant, que celui en vigueur chez leurs collègues du secteur public. En particulier, si on retrouve assez facilement les indicateurs financiers (mais avec toutes sortes de marges d'interprétation), les indicateurs concernant l'activité sont, de façon surprenante, peu faciles à reconstituer sur les quelques années de la période envisagée.

Au final, l'exercice de mise à plat des trajectoires de ces établissements, objectivée par des indicateurs communs, s'est donc révélé plus ardu et complexe que ce que nous avions anticipé. C'est donc à partir d'un matériau assez hétérogène et incomplet que la présente synthèse est proposée, en essayant de faire porter l'accent sur des points qui semblent bien étayés, ou qui reposent sur suffisamment d'observations.

5. Plan du rapport

Les monographies ont donc en principe été rédigées selon un plan homogène, sur lequel les participants s'étaient accordés lors de la réunion de démarrage de l'étude. Les informations recueillies ont d'abord été synthétisées par l'équipe de coordination dans une série de tableaux, qui ont été transmis aux différents consultants pour validation.

Ces tableaux ont été mobilisés pour illustrer les analyses thématiques de la synthèse ; l'étude doit s'appuyer au maximum sur les constats de terrain recueillis, mais pour donner de la consistance au propos, il faut pouvoir étayer la démonstration par des données quantitatives (en prenant l'exemple de l'aggravation de la dépendance, si l'on veut pouvoir avancer cette thèse, il faut pouvoir la prouver, faute de quoi on reste au niveau des intentions, certes louables, mais peu probantes).

La synthèse a été conçue à deux niveaux.

Synthèses partielles par catégorie d'établissements

Tout d'abord nous distinguerons l'analyse par catégorie d'établissements (chapitres 2 à 5), en distinguant, comme cela a été proposé en comité de suivi :

- les cliniques MCO (7),
- les soins de suite et de réadaptation SSR (5),
- les unités de soins de longue durée USLD (3),
- les maisons de retraite MDR (5).

Bien entendu, le clivage n'est pas toujours aussi net, car un établissement peut présenter un profil mixte d'activité, mais il permet d'analyser l'établissement à partir de son activité dominante, et il a suscité le consensus chez les consultants comme étant le plus pertinent.

Dans les chapitres qui suivent, nous proposons une lecture transversale synthétique des trajectoires observées dans les établissements de chaque catégorie. Cette lecture cherchera à caractériser les facteurs explicatifs, d'ordre externe ou interne, qui ont pu jouer un rôle significatif, et la stratégie globale adoptée par l'établissement pour s'adapter à ces différents facteurs.

Nous avons regroupé les facteurs explicatifs autour de quatre grandes catégories.

- L'évolution de l'activité : capacités en lits, structure de l'offre, contexte concurrentiel
- L'environnement social : RTT, Convention Collective, marché du travail, contexte social interne
- L'environnement financier et réglementaire : tarification, subventions et aides, normes (sécurité, hygiène, fonctionnement, ..), accréditation
- Les choix d'organisation faits par l'établissement : sous-traitance, organisation du travail et management

Pour chaque catégorie d'établissement, nous présenterons dans un premier temps les caractéristiques de l'échantillon. Puis nous analyserons séparément le rôle de chacun des 4

types de facteurs avant de proposer en synthèse une analyse globale des trajectoires des établissements.

Synthèse transversale

Le chapitre 6 constitue une tentative de lecture transversale de l'ensemble des trajectoires analysées. Trois grands thèmes se sont dégagés, sur lesquels nous proposerons nos réflexions :

- La nature des facteurs explicatifs des trajectoires d'établissements, compte tenu des caractéristiques du système dans lequel ils sont insérés. Nous évoquerons en particulier les rôles structurants des systèmes de financement et des modalités de structuration de l'offre de soins.
- Nous évoquerons les deux grands facteurs d'évolution de l'offre que sont le « facteur gériatrique » et le développement des activités ambulatoires.
- Enfin, nous reviendrons plus particulièrement sur les impacts de l'environnement social en matière de politique de ressources humaines, et d'approche de l'organisation.

Chapitre 2 - Les trajectoires des établissements MCO

1. Les caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon est composé de 7 établissements, dont un seul est à but non lucratif PSPH. Les tableaux ci-dessous permettent d'en situer quelques caractéristiques.

Activité et ressources (2003)

Lits et places	Journées	% journées ambulatoire	ETP (hors méd.)	% soignants	ETP / lit	Journées / ETP
270			350	73 %	1,28	
160	49900	15 %	210	75 %	1,30	239
215	88200	33 %	360	86 %	1,66	248
115	30100	16 %	140	77 %	1,19	218
105	31500	13 %	130	82 %	1,21	243
175	42300	6 %	280	60 %	1,59	151
60	18000	16 %	80	76 %	1,31	229

Les ETP incluent les paramédicaux, mais non les médecins salariés,

À titre de comparaison⁴, le nombre moyen de lits et places pour l'ensemble des cliniques MCO était de 105 en 2003. Dans notre échantillon, 5 établissements sur 7 se situent au-dessus de cette moyenne.

Le ratio ETP/lit se situe dans une fourchette assez étroite (1,2 à 1,3) sauf pour l'établissement à but non lucratif et un autre qui se caractérise par une forte activité de dialyse (le chiffre des journées inclut les séances de dialyse ce qui explique que le ratio journées/ETP y soit important).

Le % de soignants est également assez concentré autour de 75 à 80 %. Nous entendons ici par soignants les personnels directement affectés aux services de soins : infirmières, aides-soignantes, cadres de santé, ainsi qu'agents de service rattachés aux services de soins. N'y sont pas inclus les personnels médico-techniques, ni les personnels paramédicaux tels que kinés, diététiciens, psychologues....

⁴ Source : L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003, *Études et résultats*, n° 411, Drees, juillet 2005

Le tableau de la page suivante présente les principales données économiques.

Données économiques (2003)

CA (M)	CA / lit (k)	CA / journée (€)	Charges de personnel / CA	EBE / CA	RN / CA
25,3	92		54 %	- 2,1 %	- 3,4 %
17,3	108	346	43 %	- 2,2 %	4,5 %
24,4	113	277	48 %	2,1 %	0,5 %
9,4	81	312	51 %	5,9 %	4,1 %
8,9	83	283	47 %	2,7 %	2,3 %
25,6	145	606	70 %	3,6 %	0,4 %
5,8	97	322	49 %	3,3 %	2,0 %

CA = chiffre d'affaires

EBE = excédent brut d'exploitation

RN = résultat net

Précisons que les charges de personnel incluent les salaires, les charges sociales, les impôts sur salaire, mais n'intègrent pas les coûts de personnel externe (intérim).

Les données moyennes au plan national pour les cliniques MCO en 2003 sont les suivantes :

- 10747 k€de chiffre d'affaires,
- 102,4 k€de chiffre d'affaires par lit,
- 0,6 % de rentabilité économique (RN/CA)
- 50,5 % pour le ratio masse salariale sur CA⁵.

Ces données montrent que notre échantillon est bien diversifié par rapport à la moyenne nationale.

2. L'évolution de l'activité

2.1 Les capacités

Le tableau suivant résume les capacités comparées des établissements en lits autorisés (les chiffres sont des ordres de grandeur pour protéger l'anonymat des établissements).

⁵ Source : Observatoire économique des cliniques privées françaises édition 2004 (www.ctc-conseil.com).

Méd	Chir	Obst	Ambu	Total	Modifications sur la période
65	120	55	30	270	Fusion récente de cliniques. À l'entrée dans le site neuf : - 15 lits chirurgie et + 25 lits gériatrie L'établissement « retraduit » 25 lits de chirurgie ambulatoire en 40 lits de semaine et annonce 290 lits
45	80	20	15	160	Création de 10 places ambulatoire/Upatou – Rachat de 15 lits d'hospitalisation à une autre clinique (5 en chirurgie et 10 en médecine)
125	50	20	20	215	Reprise des lits d'obstétrique à une autre clinique – Création de 5 lits Upatou
20	85	-	10	115	Suppression de lits de chirurgie pour créer 3 places en ambulatoire
-	85	-	20	105	Résultat de la fusion avec une autre clinique Capacité inchangée depuis – attente de l'autorisation d'ouverture de 10 lits de surveillance continue
70	60	40	5	175	Baisse de 30 lits sur décision ARH (+ 14 médecine – 30 chirurgie – 15 obstétrique) 145 lits réellement ouverts d'après la clinique
-	50	-	10	60	Capacité inchangée depuis 1997 Ouverture récente de 35 lits SSR

N.B : le nombre de places ambulatoires agrège les places de chirurgie, médecine, et UPATOU le cas échéant. (Les nombres mentionnés dans la dernière colonne sont également arrondis.)

- Seules 2 cliniques n'ont pas connu d'évolution capacitaire sur la période étudiée. Et encore l'une d'elles vient-elle de le vivre avec la création de lits SSR.
- Les motifs d'évolution repérés sont de plusieurs ordres :
 - Restructurations de l'offre locale (fusions, reprises d'activité) dans 3 cas ;
 - Développement de l'activité ambulatoire dans 2 cas ;
 - Création d'une Upatou dans 2 cas.
- L'ampleur des évolutions quantitatives reste relativement limitée sauf dans le cas d'une fusion, qui constitue un projet très important.

Ces évolutions capacitaires apparaissent particulièrement structurantes lorsqu'elles sont associées à des projets immobiliers importants, soit par création de locaux neufs, soit par agrandissement, soit par modernisation. En effet, ces projets nécessitent alors de reconsidérer globalement des questions d'organisation et de répartition des moyens.

L'existence de tels projets est repérée dans 4 cas d'établissements :

- la construction d'un établissement neuf permettant de regrouper des cliniques,
- des travaux d'aménagement importants pour l'ouverture de l'Upatou, l'IRM, et la modernisation des blocs,
- une opération d'agrandissement récente (Upatou, scanner, plateau technique, hospitalisation à temps partiel...),
- des travaux d'agrandissement après la fusion avec une autre clinique.

2.2 La structure de l'offre

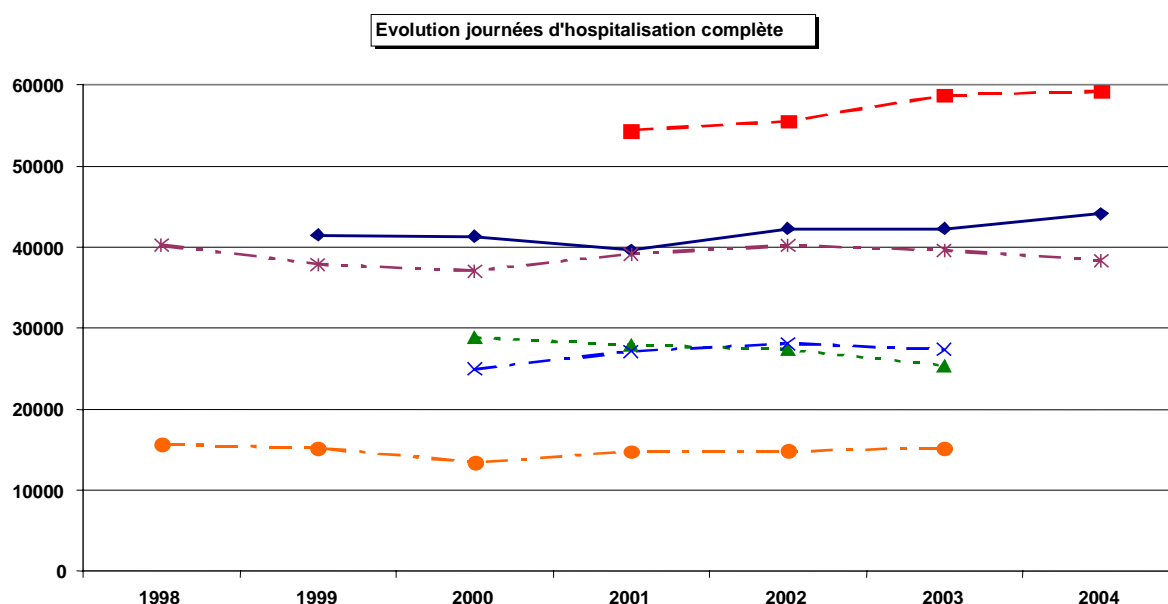
Le développement de l'ambulatoire

Au-delà de la capacité en lits, un premier élément notable réside dans l'augmentation progressive du poids de l'activité ambulatoire.

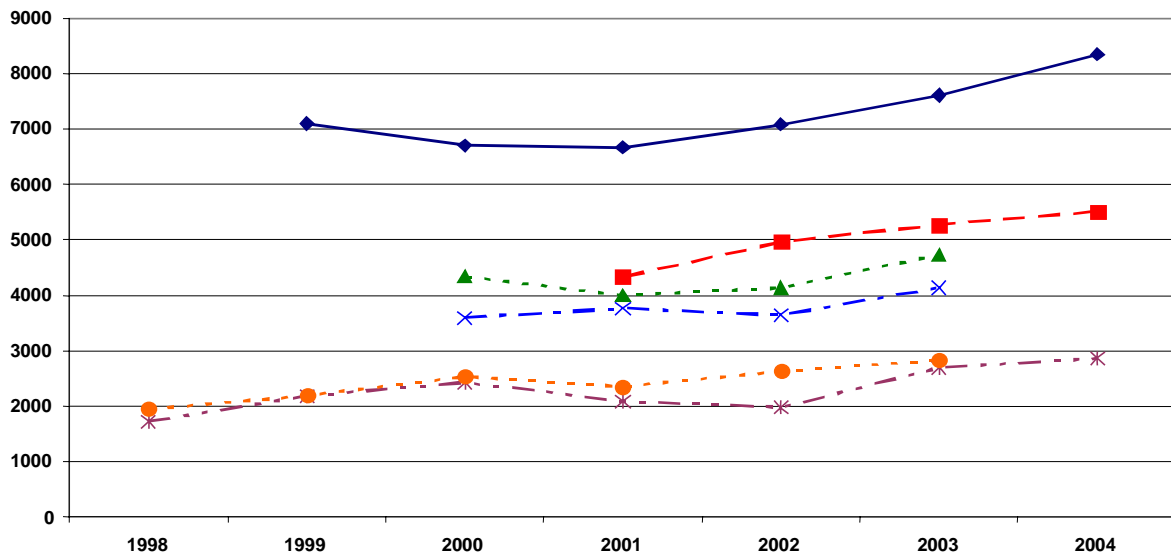
Même si ce poids reste encore modeste, tant en nombre de lits (un maximum étant observé avec 18 % du total des lits) qu'en volume d'activité (le maximum étant observé autour de 15 % du total des journées pour 3 établissements, si l'on isole l'activité de dialyse importante dans un autre), il existe indéniablement une tendance structurelle à augmenter cette activité. La comparaison des taux de progression sur l'hospitalisation et sur l'activité ambulatoire est très parlante à cet égard. Par exemple, les augmentations du volume de journées réalisées en ambulatoire observés sont de 57 % sur 6 ans, de 46 %, ou de 27 % sur 4 ans. Un établissement a la plus faible progression (9 % sur 4 ans), mais avec une part d'ambulatoire déjà élevée en 2000 (13 % du total de journées).

Dans le même temps, les volumes de journées d'hospitalisation sont souvent en régression (par exemple -12 % sur 4 ans) ou en faible augmentation (à contrario, un établissement a la croissance la plus élevée, avec +9 % entre 2001 et 2004), correspondant à un accroissement de capacité.

Les graphiques ci-après permettent de visualiser ces tendances respectives de l'ambulatoire et de l'hospitalisation complète.



Evolution des journées en ambulatoire



N.b. : chiffres hors séances de dialyse pour l'établissement à forte activité de dialyse

On observe en outre que cette activité ambulatoire est souvent assez concentrée sur quelques prestations ciblées (telles que les endoscopies, la chimiothérapie...) qui jouent un rôle clef dans la construction de la notoriété et de l'image de la clinique, et peuvent aussi être plus intéressantes financièrement en termes de valeur unitaire.

Il est clair qu'aujourd'hui, toutes les cliniques intègrent le positionnement en ambulatoire comme un élément important de leur stratégie d'offre. Le développement ciblé de ces activités est explicitement avancé par plusieurs comme une orientation pour leur développement. Par exemple, un établissement souhaite monter en puissance sa chirurgie ambulatoire (essentiellement en colo-gastro) et parvenir à 120 passages quotidiens en étendant et optimisant l'utilisation du temps dans ses 15 blocs opératoires (ceci passant par la mise en place d'un outil de suivi en temps réel de l'activité des blocs par caméra).

Ces constats semblent cohérents avec les données statistiques générales disponibles⁶. Par exemple, le nombre de lits de chirurgie ambulatoire des cliniques commerciales a augmenté de 6 % entre 1998 et 2002, tandis que le nombre de lits d'hospitalisation complète y baissait de 9 %. Ils représentent en 2002 12,8 % du total de lits contre 11,2 % en 1998. Le nombre d'endoscopies a augmenté de 28 % sur la même période.

L'évolution des spécialités

L'évolution des spécialités peut jouer un grand rôle dans l'évolution quantitative de l'activité. De ce point de vue, les évolutions démographiques (départ à la retraite de chirurgiens reconnus ou à l'inverse arrivée de nouveaux chirurgiens susceptibles de développer une clientèle) sont essentielles et peuvent induire des ruptures positives ou

⁶ Voir « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004 », Annexe au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, disponible sur www.sante.gouv.fr

négligentes au niveau d'une spécialité particulière. Mais ce sont des éléments qu'il est souvent difficile de maîtriser totalement puisqu'il s'agit de choix individuels qui tiennent à de nombreux critères.

Ce qui est structurant, au-delà des contextes propres à chaque établissement, est donc tout d'abord l'appréciation des priorités de développement sur telle ou telle spécialité. Ainsi, dans un établissement, la priorité affichée est de développer l'urologie, où un seul praticien, en fin de carrière, réalise 15 % de l'activité totale de la clinique. La préparation du passage de relais à un nouveau chirurgien est un enjeu fort.

Plus largement, on peut noter l'importance des politiques d'attractivité et d'implication développées par les directions vers les médecins. Par exemple, une clinique a conçu un ensemble de règles qui impliquent fortement l'ensemble des praticiens dans la gestion de l'établissement. Tous en sont actionnaires, lui réservent l'exclusivité de leur activité hospitalière et ont leur cabinet libéral dans son enceinte. Les bénéficiaires ne sont pas distribués mais réinvestis, ce qui évite que les enjeux de valorisation patrimoniale ne prennent le pas sur les enjeux de pérennisation de l'outil commun. Ceci a permis de développer un pôle de santé pluridisciplinaire dont la notoriété est forte.

2.3 Le contexte concurrentiel

La notion même de contexte concurrentiel demande à être explicitée. Au regard de la diversité des situations observées, nous pensons utile de distinguer deux types de situation.

Dans le premier cas, nous avons deux établissements situés dans le secteur d'attraction immédiate d'un CHU, situation qui s'accompagne d'une concurrence avec un nombre relativement élevé de cliniques.

Dans les autres cas, les établissements sont situés dans un secteur plus éloigné du CHU, de taille démographique moyenne, et l'on trouve alors une double problématique :

- d'une part une concurrence/coopération entre un petit nombre d'acteurs, dont fait partie le centre hospitalier public,
- d'autre part une logique de maintien et développement de l'attractivité territoriale de l'offre de soins par rapport à la zone du CHU.

Par ailleurs, on note l'influence des relations de l'établissement avec l'ARH, qui sont coopératives dans de nombreux cas, mais qui peuvent aussi être marquée par des tensions. Les orientations du SROS et les négociations régulières avec l'établissement (COM, autorisations de lits ou d'équipements...) jouent un rôle structurant dans la définition du positionnement de chaque établissement.

Le tableau ci-après résume la situation actuelle.

Synthèse des contextes concurrentiels des 7 établissements

Niveau local	Niveau territorial	Relations avec l'ARH
Appartenance au trio de tête des cliniques privées au côté du CHU Logique de développement local et de structuration de l'offre de soins (contrat Ville-Hôpital, Upatou)		Tensions autour de la tarification après ouverture du nouveau site, puis de la mise en place de la T2A
Proximité de la métropole régionale N°4 dans le secteur après le CHU et 2 cliniques Concurrence nombreuse (16 établissements)		Coopération suivie Impacts du SROS sur maternité, oncologie, urgences et périnatalité.
3 acteurs (2 cliniques et le CH)	Zone assez éloignée du CHU Taux de fuite limités (20 à 25%)	Coopératives
Complémentarité avec le CH	Taux de fuite limité (20 %)	Coopératives
3 acteurs (2 cliniques et le CH) l'autre clinique étant en difficulté	Taux de fuite chirurgie 28 %	Coopératives
4 acteurs (3 cliniques et le CH) SIH avec le CH signé mais non appliqué	Taux de fuite élevés (40 % en chirurgie)	Complexes et parfois conflictuelles
Coopération avec le CH (association 1901)	Taux de fuite chirurgie 33 %	Coopératives

N b : le nombre d'acteurs indiqué au niveau local inclut l'établissement étudié.

En termes d'évolutions sur la période, on peut mettre l'accent sur deux tendances.

Une concentration plus forte des établissements

Ce point apparaît clairement à partir de l'évolution des capacités que nous avons analysée plus haut. La tendance constatée est celle d'un accroissement de la taille des cliniques, par absorption d'établissements plus petits, ou par reprise de certaines activités telles que l'obstétrique. Hormis les deux cas situés en zone urbaine à proximité d'un CHU, la situation rencontrée est le plus souvent celle d'un contexte concurrentiel limité à un petit nombre d'acteurs (2 à 4) de tailles analogues.

Le développement de coopérations au niveau territorial

Par rapport au début de la période, il est clair que la mise en œuvre des logiques d'organisation de l'offre de soins (au niveau régional par les SROS, et au niveau local par les projets d'établissement et COM négociés avec l'ARH) définit un paysage général dans lequel doivent s'inscrire les établissements.

Dans chaque territoire, on se trouve en fait face à un dosage spécifique entre des logiques concurrentielles, et des logiques de coopération dont la finalité est, soit la défense commune de l'attractivité de l'offre de soins du territoire, soit l'optimisation économique (notamment la mutualisation d'équipements lourds).

On observe ainsi dans notre échantillon un éventail assez large de modalités de coopération. Le cas le plus significatif est celui d'un établissement où l'on trouve une véritable coopération globale entre la clinique et le CH, élaborée en partenariat avec l'ARH, et qui répond à une stratégie conjointe de renforcement de l'offre de soins du territoire. Mais dans pratiquement tous les autres cas se rencontrent des modalités de coopération plus ciblées, en général sous formes de conventions. La participation à des réseaux constitue également une forme de partenariat, davantage développée dans certaines régions.

3. L'évolution de l'environnement social

Trois grands facteurs exogènes se sont imposés aux établissements sur la période :

- la mise en oeuvre de la RTT, entre 1998 et 2000 selon les établissements,
- l'application des dispositifs de la Convention Collective,
- plus largement, les tensions du marché du travail pour les soignants.

Nous examinerons également dans quelle mesure la situation sociale interne a pu jouer dans certains cas.

3.1 Les effets de la RTT

Une approche anticipatrice

Comparons tout d'abord les caractéristiques des accords signés dans l'échantillon dans le tableau suivant.

Les accords RTT

Accord	Référence annuelle soignants	Effets sur l'organisation (blocs, hospitalisation)	Effets sur l'emploi prévus dans l'accord
Aubry 1 – fin 99	1645 h	Cycles avec JRTT intégrés et postes de 7,75 h (blocs) - 5 x 7h (hospitalisation)	Accord défensif
Aubry 1 - 12.99	1545 h	Cycles entre 2 et 6 semaines Amplitudes entre 7,33 et 12 h (de 140 à 221 jours travaillés par an)	+ 13 ETP (8 %)
Aubry 1 – 6.99		Cycle de 8 semaines avec postes de 12,25h d'amplitude (hospitalisation) Annualisation, postes d'amplitude 7,5h (blocs)	+ 15,5 ETP (6 %)
Aubry 1 – 12.99		Cycles de 2 semaines 4 jours / semaine avec durées variables (blocs) 3 jours/semaine avec amplitude 12h (hospit.)	+ 6 %
Aubry 2 – 12.00		Cycles de 8 ou 9 semaines Amplitude 12 h maximum	+ 2 ETP (2 %)
Aubry 1 – 6.99	1600 h	Cycles de 6, 8 ou 9 semaines Amplitudes 8 heures	+ 12 ETP (6 %)
Aubry 1 – 12.98	1579 h	Cycles de 2 à 4 semaines Amplitudes 8h sauf dimanche (12 h)	+ 3,8 ETP (6 %)

Nb : les % de créations d'emplois ont été estimés en fonction des effectifs fournis dans les monographies

On constate que dans l'ensemble, les cliniques ont eu une démarche d'anticipation de la RTT, puisque 6 sur 7 ont signé un accord Aubry 1 en 1999 (fin 1998 pour la plus précoce). Seule, l'une d'elles a attendu la loi Aubry 2 pour signer son accord en 2000, sachant que cet établissement ne dispose pas de délégué syndical (une autre est dans le même cas, mais a anticipé en recourant au mandatement). Cette démarche anticipatrice est un élément important à noter, dans la mesure où il n'existait pas encore d'accord de branche (les accords de branche de la FHP et de la FEHAP n'étant intervenus qu'après la loi Aubry 2, en 2000). Ceci signifie que la plupart de nos établissements ont voulu utiliser la RTT comme un levier d'action plutôt que d'en subir les effets.

On constate également que la majorité des établissements se situent au niveau de l'engagement minimum sur l'emploi fixé par la loi Aubry 1 pour pouvoir bénéficier des aides (6 %). Un établissement n'a créé que 2 % d'emploi environ, dans le cadre d'un accord Aubry 2, et l'on compte un accord défensif pour la principale clinique d'un établissement avant la fusion.

Des effets sur l'organisation du temps de travail

La démarche anticipatrice ne s'est pas limitée à la signature des accords. Plusieurs établissements ont développé une réflexion qualitative sur l'organisation du temps de travail, de façon à concilier les contraintes de l'activité et la prise en compte des souhaits des salariés.

Même si, dans le cadre de la présente étude, les analyses n'ont pas été très détaillées, il ressort des organisations évoquées quelques points clefs intéressants :

- une approche assez rigoureuse de la notion de cycles, avec la volonté de programmer la RTT sur un petit nombre de semaines selon des schémas répétitifs, et surtout de respecter au maximum cette programmation,
- une adaptation fine des organisations du temps en fonction de la nature des activités (blocs, hospitalisation, services logistiques, ...),
- des amplitudes très variables en ce qui concerne les postes quotidiens, entre 7 et 12 heures.

Certains établissements ont fait explicitement de la qualité de leur organisation du temps (en termes de stabilité, de régularité, d'adaptation aux personnes) un argument pour attirer et fidéliser du personnel. La stabilité des plannings programmés est de fait une pratique qui se distingue assez nettement de celles observées dans les hôpitaux publics où la variabilité caractérise souvent la gestion des plannings.

Certains établissements mentionnent également les gains de performance obtenus en termes d'utilisation des équipements (notamment aux blocs) et présentent la RTT comme une opportunité de ce point de vue.

Le sentiment qui prévaut finalement, malgré l'existence de surcoûts nets (une fois déduits les aides publiques), est que la RTT est aujourd'hui un changement relativement bien digéré, d'autant que pour presque tous les établissements, la croissance de l'activité nécessitait en tout état de cause des créations d'emplois (on constate d'ailleurs que les écarts d'effectifs avant et après RTT sont souvent supérieurs aux chiffres affichés dans les accords). En tout cas, à l'exception d'une clinique où la direction souhaiterait renégocier pour introduire l'annualisation, aucune n'envisage de faire évoluer son accord.

Le rôle des aides

Le choix de s'inscrire dans la loi Aubry 1 a permis aux établissements de bénéficier d'allègements de charges sociales, mais avec un principe de dégressivité dont il est intéressant de rechercher l'impact éventuel. On peut le faire en analysant, soit les taux de charges sociales, soit les montants d'aides eux-mêmes.

Prenons deux exemples sur l'évolution des taux de charges sociales sur les salaires.

1998	1999	2000	2001	2002	2003
41 %	39 %	34 %	35 %	36 %	36 %
39 %	32 %	31 %	33 %	36 %	39 %

On voit que dans les deux cas, la RTT a entraîné une baisse du taux de charges sociales de l'ordre de 5 à 6 % (en 2000 pour le premier et en 1999), à partir de niveaux différents au départ de 2 % environ. Par contre, l'évolution en fin de période diffère : le premier conserve un gain relatif de 5 % par rapport à la situation de 1998, tandis que le second revient au niveau de 1998. Nous n'avons pas d'hypothèse explicative de cette différence.

Prenons maintenant deux exemples d'évolution du volume total d'aides (Aubry, Fillon, bas salaires), exprimé en k€

	2000	2001	2002	2003	2004
k	670	700	620	600	460
% CA	3,7 %	3,8 %	3,0 %	2,5 %	1,7 %
k	60	210	170	150	160
% CA	0,8 %	3,1 %	2,1 %	1,7 %	1,8 %

On voit l'effet spécifique du dispositif anticipateur Aubry 1 par rapport au régime commun Aubry 2 :

- le premier établissement bénéficie, dès 2000, d'un allègement total de 3,7 % de son CA tandis que l'autre n'obtient qu'en 2001 un effet du même ordre (3,1 % du CA),
- la dégressivité est plus fortement ressentie par le premier avec une baisse de 25 % des aides en 2004, liée au retour au régime commun Fillon ; par contre le second, avec son accord Aubry 2, connaît une stabilisation des aides depuis 2001,
- au final, les 2 établissements convergent en 2004 vers un volume d'aide analogue, en % de leur CA.

Notons que ces données paraissent cohérentes en ordre de grandeur avec les règles d'aide fixées par les lois Aubry.

Dans l'ensemble, les établissements évoquent le retour au régime commun de la loi Fillon comme une source de surcoût, mais relativement modéré (par exemple 120 à 150 k€ pour un établissement, soit environ 1,5 % du CA et 50 à 60 k€ pour un autre, soit environ 1 %). Seul, un établissement évoque une inquiétude sérieuse à ce sujet compte tenu de sa fragilité financière, et craint de ne pouvoir pérenniser tous les emplois créés.

3.2 Les effets des Conventions Collectives

La signature en 2002 de la convention collective unique de l'hospitalisation privée concerne 6 des 7 cliniques étudiées, la septième appliquant la Convention FEHAP renouvelée également en 2002-2003.

Ces évolutions avaient en particulier pour objectif de rapprocher les niveaux de rémunération entre le privé et le public et se sont donc traduites par des augmentations de

rémunérations très significatives. Par exemple dans un cas, le salaire moyen par ETP a augmenté de 16,5 % entre 2001 et 2002.

Le sentiment dominant est que les effets salariaux induits par cette évolution des conventions collectives sont d'un ordre de grandeur très supérieur aux effets de la RTT. De plus, les directions soulignent le caractère permanent et progressivement croissant des effets salariaux, à structure d'effectifs constante, du fait des dispositions relatives à l'ancienneté.

Dans certains cas, le constat des augmentations de charges de personnel conduit l'établissement à envisager une politique de renouvellement du personnel de façon à réduire le surcoût. Encore faut-il que celle-ci ne se heurte pas à des difficultés de recrutement.

3.3 Les tensions sur le marché du travail des soignants et le contexte social interne

Les difficultés de recrutement de personnel soignant sont mentionnées par presque tous les établissements, en particulier après la généralisation de la RTT, vers 2001. Ces tensions, communes au secteur hospitalier, ont eu un effet sur les politiques de recrutement qui sont venues s'ajouter aux effets de l'application des nouvelles dispositions des Conventions Collectives. Ces efforts d'attractivité des salaires ont pris des formes variées telles que :

- l'instauration de primes liées aux résultats ou à la qualité,
- des augmentations anticipées,
- l'amélioration des accords d'intéressement.

De plus, comme signalé plus haut, la qualité de l'organisation du temps de travail a également été utilisée comme argument d'attractivité, ainsi que l'existence de services (crèche...).

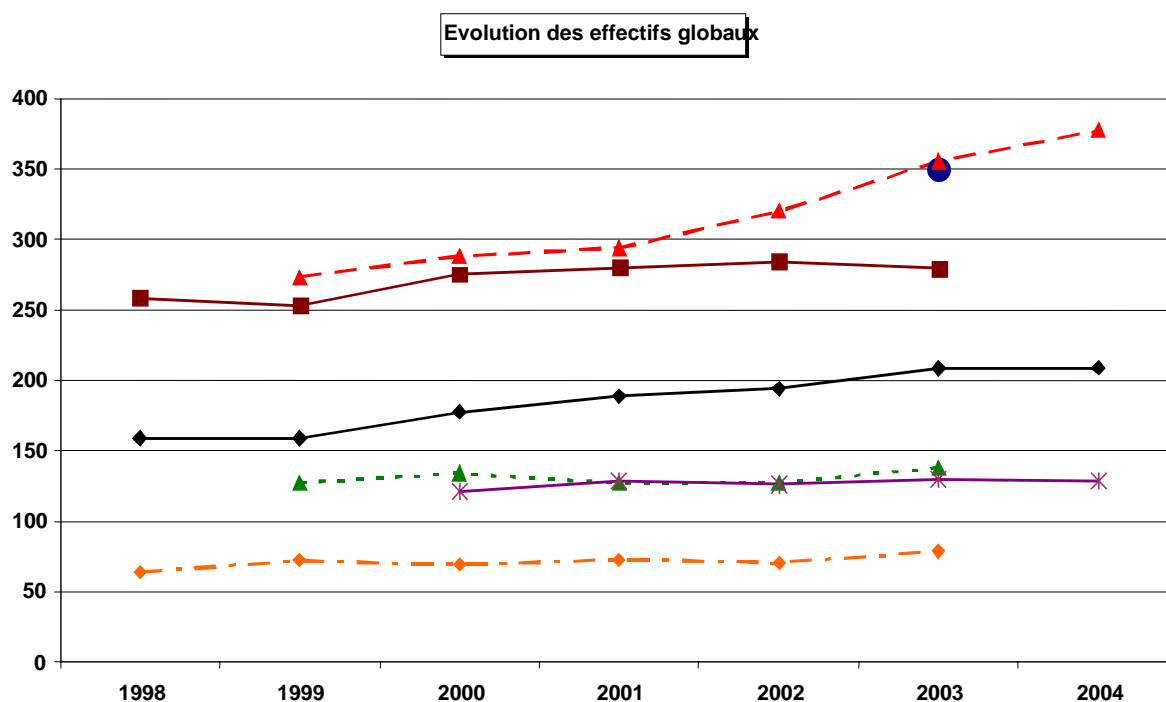
En ce qui concerne le contexte social interne, notons que le niveau élevé d'absentéisme est souvent évoqué comme une préoccupation. Ce n'est pas le cas général (certains établissements bénéficient de taux assez bas), mais lorsque le taux est élevé, ceci contribue à orienter la politique de gestion des ressources humaines de façon à limiter les coûts induits (intérim...) et à développer le rôle du management de proximité (implication des salariés, prise en compte des cas individuels...).

Ensuite, le dialogue social avec les représentants du personnel et les organisations syndicales semble assez productif dans l'ensemble et faciliter les évolutions. Dans un seul cas, on observe des conflits sociaux significatifs avec grève, sur la question des écarts de rémunération. Dans les autres cas, différents accords ont été signés. Les accords sur l'intéressement semblent en particulier participer d'une évolution des politiques de ressources humaines autour d'une recherche d'implication du personnel dans l'amélioration des performances. Cette implication se manifeste également dans les projets d'amélioration et dans les processus d'accréditation, elle est fréquemment mentionnée comme un facteur de réussite.

3.4 L'évolution des charges de personnel

Après avoir repéré les facteurs essentiels qui ont influé sur les niveaux d'effectifs et les systèmes de rémunération, nous proposons maintenant un gros plan sur l'évolution globale des charges de personnel, qui permettra d'analyser l'impact conjugué de la RTT, de l'application des conventions collectives, et des politiques sociales.

Examinons tout d'abord l'évolution des effectifs globaux dans le graphique ci-après.

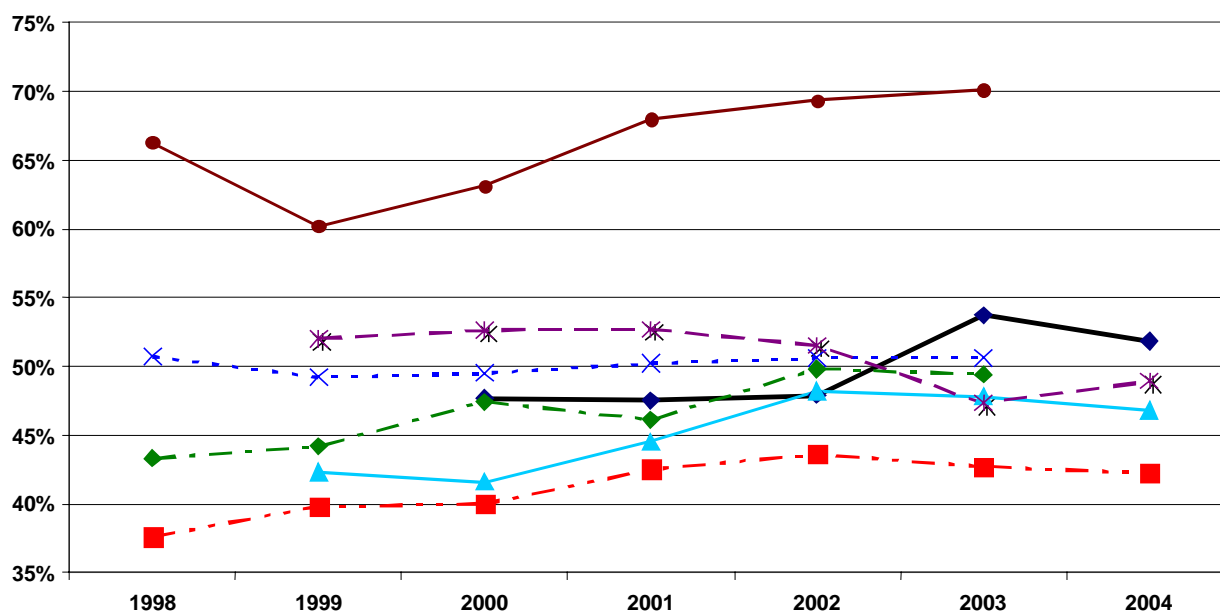


On voit que deux établissements connaissent des tendances assez marquées de croissance de leurs effectifs. Tous deux ont eu des augmentations de capacité sur la période 2001-2003.

Les autres établissements ont des tendances assez peu variables. Il faudrait pouvoir affiner cette analyse en faisant intervenir les variations d'utilisation de l'intérim, parfois non négligeables, mais nous manquons de données dans certains établissements.

Nous retiendrons ensuite comme indicateur synthétique de coût le ratio des charges de personnel sur le chiffre d'affaires, pour lequel nous disposons d'informations dans toutes les cliniques. Le graphique ci-après montre l'évolution de ce ratio de 1998 à 2004 (on ne dispose des données pour les 7 cliniques que de 2000 à 2004). Rappelons que cet indicateur n'inclut pas les coûts de personnel externe, qui peuvent être très variables selon l'établissement.

Evolution du ratio charge de personnel / chiffre d'affaires



Premier constat : la clinique à but non lucratif se situe à un ratio plus élevé que les 6 autres, qui se trouvent en 2003 dans une fourchette approximative de 43 à 54 % de frais de personnel. Cet écart s'explique en partie par un ratio ETP/lit nettement plus élevé (il est de 1,6 contre 1,2 à 1,3 pour les autres cliniques sauf un établissement en raison du poids de son activité de dialyse).

Cependant cet effet n'explique pas la totalité de la différence, l'écart résiduel renvoyant probablement au poids de coûts spécifiques aux cliniques à but lucratif (en particulier les coûts de location immobilière, qui peuvent aller de 5 à 11 % du chiffre d'affaires dans l'échantillon), ce qui contribue à faire baisser le ratio des coûts de personnel, en comparaison de la situation d'un PSPH.

Second constat : il semble que, pour les autres cliniques, sauf une, la variabilité de ce ratio ait eu tendance à se réduire en cours de période, puisqu'en 2000, la fourchette se situait approximativement entre 40 et 53 %. Pour celle dont ce n'est pas le cas, le bas niveau du ratio est probablement à relier à une utilisation élevée d'intérim (entre 5 et 15 % de la masse salariale).

Troisièmement, on observe une tendance globale à l'augmentation du ratio jusqu'en 2002 environ, mais avec des trajectoires individuelles qui peuvent être très différentes. Par exemple, les trois cas d'établissements suivants :

- l'un a plutôt tendance à voir diminuer son ratio qui passe de 52,7 % en 2001 à 47,3 % en 2003 (clinique qui a eu une politique de renouvellement de personnel),
- un autre a connu une forte augmentation en passant de 37,6 % en 1998 à 43,6 % en 2002,
- le dernier reste assez stable, avec un ratio qui reste dans la fourchette 49 à 51 %.

Enfin, plusieurs cliniques ont vu leur ratio baisser un peu à partir de 2002, mais il est sans doute prématuré d'y voir une tendance générale (ces constats partiels convergent néanmoins avec le résultat de l'Observatoire économique des cliniques privées françaises 2004, qui fait état d'une baisse du ratio masse salariale / CA de 51,7 % en 2002 à 50,5 % en 2003). Un établissement connaît une assez forte diminution de son ratio en 2004, suite à un réorganisation importante et à une politique de non-remplacement des absences de courte durée.

Ces données montrent donc que, même sur ce ratio très global, il n'existe pas nécessairement de tendance commune à tout le secteur des établissements privés. Nos analyses permettent de situer le rôle et l'importance relative des différents facteurs, mais ensuite c'est leur combinaison au cours du temps, appliquée à des contextes initialement très variés, qui explique cette diversité de trajectoires :

- date d'application de la RTT,
- ampleur de l'écart à combler en matière de remise à niveau des rémunérations vis-à-vis de l'application de la CCN,
- acuité des tensions sur le marché du travail au regard de la localisation de l'établissement.

4. L'évolution de l'environnement financier et réglementaire

Trois points appellent des analyses :

- le principal est évidemment constitué de l'évolution des tarifications appliquées aux établissements,
- le second est ciblé sur le rôle des subventions d'exploitation ou aides exceptionnelles,
- le troisième concerne l'impact général des normes applicables à l'activité, ainsi que l'accréditation et les politiques qualité.

4.1 La tarification

Les décisions prises par la tutelle en matière de tarification sont analysées par les établissements en lien avec trois grands facteurs imbriqués :

- l'évolution de l'activité (création d'activité ou reprise d'activité d'une autre clinique, développement ciblé sur les activités ambulatoires), qui modifie la structure des coûts,
- l'existence d'investissements importants qui sont à prendre en compte en termes d'amortissements,
- l'alourdissement des coûts salariaux résultant de l'application des dispositions de la convention collective nationale, qui s'impose aux établissements.

Les raisonnements tenus par les interlocuteurs rencontrés ne sont pas homogènes, se centrant parfois sur l'évolution des ressources tarifées globales et parfois sur les tarifs unitaires. Il est souvent difficile de séparer l'effet-prix et l'effet volume. On observe donc des tendances variables des augmentations tarifaires selon les périodes et les activités. Par exemples :

- un établissement mentionne une augmentation moyenne de ses ressources de 26 % sur 6 ans (1998 – 2004), mais avec 15 % sur 2 ans (2002-2003), en lien avec l'ouverture de l'Upatou, une extension de capacités de 15 lits, et une forte augmentation de la masse salariale (18 % en 2002 et 8 % en 2003),
- dans un autre cas, les revalorisations se concentrent également sur 2002-2004, avec des croissances de tarifs unitaires de 8 à 11 %, s'expliquant surtout par la prise en compte des fortes augmentations de salaires,
- pour le dernier exemple, il est noté que les activités ambulatoires sont la source principale de l'augmentation des ressources (de l'ordre de 15 % par an) tandis que les soins d'hospitalisation font l'objet d'une revalorisation limitée de l'ordre de 2,5 % par an.

Ces différents facteurs semblent d'autant mieux pris en compte que les évolutions résultent d'une approche concertée entre l'établissement et l'ARH, en cohérence avec le SROS et les orientations générales de l'offre de soins. Cependant, plusieurs établissements font état de difficultés ou signalent les limites inhérentes à l'approche de la tarification qu'ils ont vécue.

On note tout d'abord deux cas de divergences nettes entre les établissements et la tutelle.

Un établissement estime être pénalisé par la décision finalement prise par l'ARH au moment de l'ouverture du nouveau site (après une décision initiale plus favorable remise en cause par le niveau national). De son point de vue, l'effort d'investissement n'est pas pris en compte par les tarifications adoptées, ce qui met en péril l'équilibre structurel de l'établissement (la direction a depuis demandé aux médecins un doublement de leur redevance). Il est vrai que le contexte de cette décision était particulièrement complexe, avec la conjonction de plusieurs facteurs :

- le projet de la clinique résultait de la fusion de cliniques fonctionnant antérieurement dans des locaux éclatés,
- l'impossibilité d'harmoniser les systèmes de gestion préexistants empêchait de disposer d'une vision consolidée claire de l'activité et des coûts dans la nouvelle structure,
- l'ouverture s'est faite récemment, très peu de temps avant l'application de la T2A aux cliniques, mais sans que les décisions tarifaires puissent s'exprimer d'emblée dans le cadre réglementaire de la T2A.

Cet exemple illustre la difficulté de l'exercice de la tarification dans un contexte où l'on ne peut pas vraiment s'appuyer sur un cadre de référence issu des tendances antérieures, mais où l'on doit prendre en compte simultanément plusieurs changements importants.

Un autre cas de relations tendues entre l'établissement et la tutelle, mais cette fois dans le cadre du régime de la dotation globale d'un PSPH. Ici, ce sont les divergences d'analyse sur les marges de manœuvre en matière d'optimisation de l'activité (projet de syndicat interhospitalier avec le CH) et de maîtrise des coûts qui prennent le pas. La stratégie de l'établissement, axée sur la pérennisation de l'activité dans ses spécialités actuelles, induit des décisions qui dans une certaine mesure placent ensuite l'ARH devant le fait accompli, faute d'avoir explicitement tranché sur la mise en oeuvre ou l'abandon du projet initial.

Citons enfin le cas d'un établissement, où les augmentations tarifaires sont assez régulières et limitées (4 % par an en moyenne sur la période), dans la mesure où la clinique offre « un encéphalogramme régulier ». Le problème soulevé est plutôt la non-couverture structurelle des charges nettes d'exploitation par les produits tarifés, avec un écart qui tend à s'accroître. Ceci oblige la clinique à rechercher des prestations complémentaires (suppléments hôteliers...) et à augmenter l'importance de l'activité ambulatoire, considérée comme plus rentable en terme de produit unitaire.

Dans cette même clinique, la chirurgie viscérale exprime son inquiétude en ayant le sentiment d'avoir été quelque peu oubliée du fait de son poids relatif plus faible et de sa moindre capacité de « lobbying » par rapport à d'autres spécialités.

En d'autres termes, nos cas montrent que, si le processus de tarification relève toujours d'un mélange indissociable d'objectivation des données économiques d'une part, et de jeux de négociation d'autre part, le dosage entre les deux peut être fort variable selon le contexte, et poser problème lorsque les stratégies d'acteurs ne peuvent s'appuyer sur un noyau dur commun partagé quant à l'analyse objective des activités, des coûts et des contraintes de l'établissement.

Pour terminer sur ce chapitre de la tarification, nous évoquerons succinctement comment les établissements visités envisagent le démarrage de la T2A. Ce sujet n'était pas dans le champ de l'étude compte tenu de la date de démarrage (mars 2005), mais il est bien évident qu'au moment des analyses, il était à l'ordre du jour et préoccupait les directions.

En fait, seules deux cliniques ont procédé à des simulations précises de ce que pourra donner la T2A sur leur chiffre d'affaires, avec des résultats peu différents de leurs chiffres d'affaires actuels. Mais globalement, c'est un sentiment diffus d'inquiétude qui dominait au moment des analyses début 2005 :

- d'une part en raison des difficultés connues au démarrage (en particulier pour l'adaptation des systèmes de gestion, les retards de versement et les problèmes induits de trésorerie), mais on peut penser que ces problèmes seront transitoires,
- d'autre part, de façon plus profonde, en raison du sentiment selon lequel les résultats « objectifs » de la T2A risqueront toujours d'être remis en question, sous une forme ou sous une autre, par la tutelle, dès lors qu'ils aboutiraient à une augmentation jugée trop importante de la tarification.

4.2 Les subventions et aides

Outre les aides à l'investissement qui concernent les établissements où ont eu lieu des opérations importantes, on note essentiellement l'existence en 2002 de subventions exceptionnelles d'exploitation du Fonds de modernisation dans 4 établissements. Ces subventions représentent de l'ordre de 2,5 à 3,5 % du chiffre d'affaires. On peut en voir dans certains cas l'effet sur le ratio de l'excédent brut d'exploitation rapporté au chiffre d'affaires (EBE/CA), mais ce n'est pas systématique :

Subvention d'exploitation 2002 (en % CA)	Quatre établissements			
	3,4 %	2,3 %	2,7 %	2,8 %
<i>EBE/CA 2001</i>	- 4,5 %	2,6 %	8,2 %	6,5 %
<i>EBE/CA 2002</i>	1,5 %	2,8 %	4,6 %	3,0 %
<i>EBE/CA 2003</i>	- 2,2 %	2,1 %	2,7 %	3,3 %

Dans un cas, la subvention d'exploitation exceptionnelle semble avoir temporairement fait revenir à une exploitation positive, l'impact est beaucoup moins clair sur les 3 autres cas.

Globalement, il ne semble donc pas que ces subventions d'exploitation aient eu un effet structurant, mais elles ont certainement facilité le passage d'une période qui, on l'a vu, s'est avérée délicate pour les établissements sur le plan de l'augmentation des charges de personnel, compte tenu de l'application de la CCN et des politiques salariales.

4.3 Le développement des normes, l'accréditation et les politiques qualité

Le contexte normatif est cité par plusieurs établissements comme un facteur important, dont l'impact financier n'est pas négligeable.

Ces normes sont de natures diverses :

- Un établissement cite le décret de 2002 fixant le nombre minimum d'IDE par lit pour les activités de réanimation, sans réévaluation des tarifications,
- Un autre anticipe l'obligation future de ne plus avoir que des IBODE pour faire fonctionner les blocs, ce qui risque de poser des difficultés de recrutement et donc d'induire des politiques salariales plus attractives et coûteuses,
- Un troisième évoque un ensemble d'effets à la fois sur le plan de l'hygiène et sécurité (avec des effets sur les coûts de maintenance ou sur les coûts d'achats de petit matériel) et sur le plan juridique (coûts d'assurance).

À titre d'exemple, on peut citer quelques taux de variation moyenne de coûts rencontrés chez le troisième sur la période 1998 à 2003 : +11 % par an pour les produits à usage unique, +10,8 % par an pour les coûts de maintenance. Dans un autre site, on note des primes d'assurance multipliées par 4,4 de 2001 à 2004, passant de 0,3 % à 1,0 % du chiffre d'affaires, soit environ 200.000 € d'écart.

Au-delà des normes qui viennent d'être évoquées, l'accréditation concerne tous les établissements sans exception. Cinq établissements l'ont obtenue en 2003 ou 2004 et les deux autres sont en cours de processus avec une accréditation attendue en 2005.

Dans l'ensemble, ce passage par l'accréditation est plutôt vécu positivement dans la mesure où il nécessite une formalisation des procédures et induit davantage de rigueur de gestion.

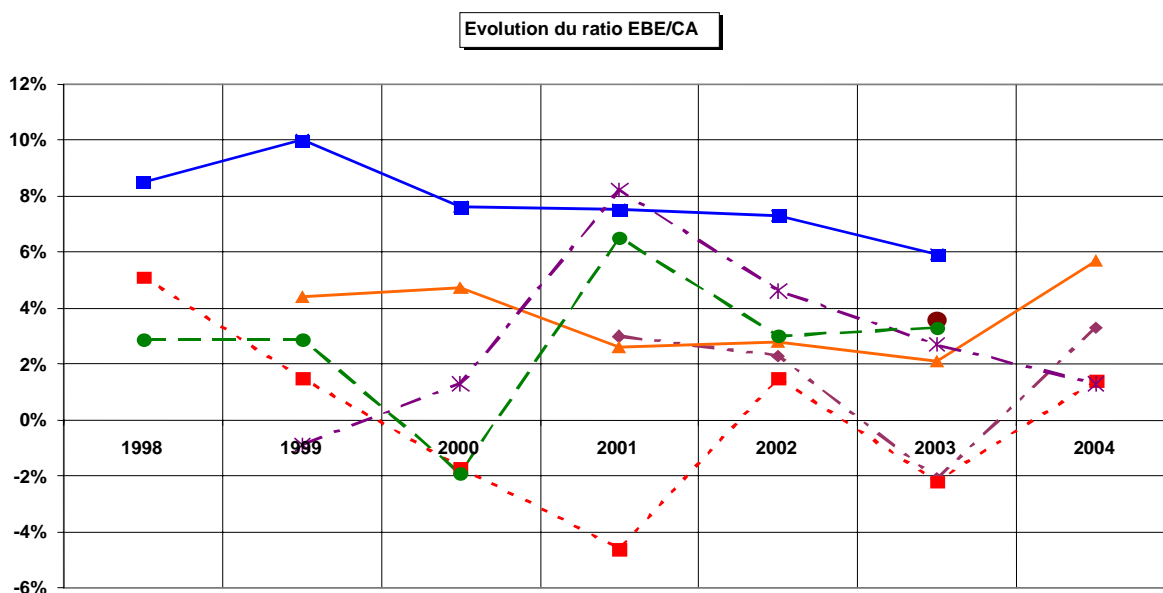
Ces démarches sont cependant jugées dans quelques cas comme assez consommatrices en temps et en implication des personnels, avec parfois des coûts induits non négligeables. Ainsi, dans un établissement, l'augmentation d'intérim enregistrée en 2003-2004 (environ 5 % de la masse salariale contre 2 % deux ans auparavant) est reliée en partie au projet d'accréditation

et à la nécessité de remplacer les personnels mobilisés dans les groupes de travail. À l'inverse, un autre relève que son accréditation sans réserve lui a permis de diminuer ses primes d'assurance.

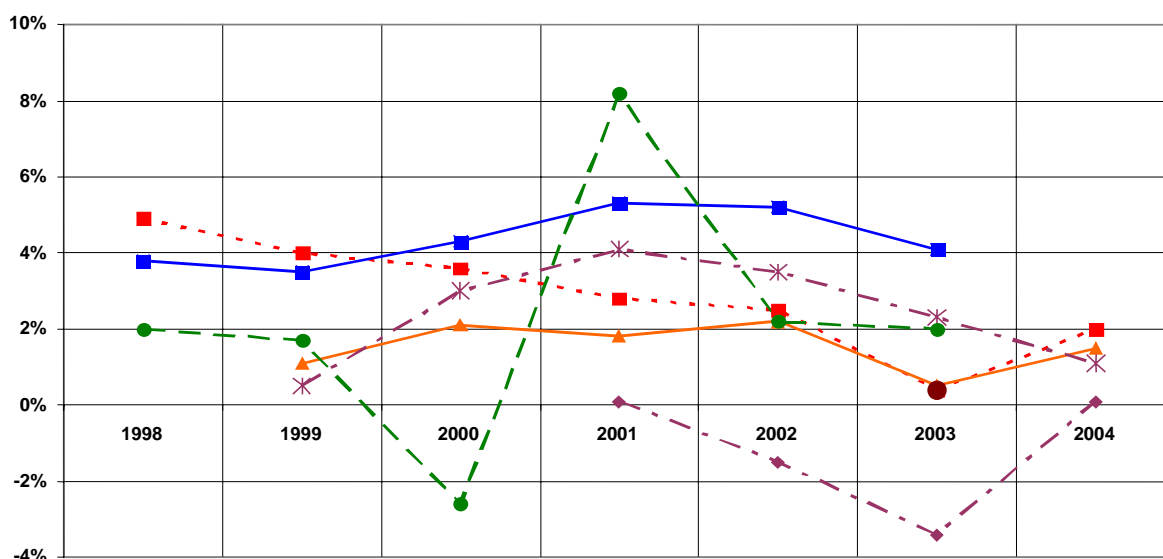
Mais la différence principale est plutôt d'ordre stratégique, entre les établissements qui ont abordé l'accréditation comme une obligation, et ceux qui ont eu une démarche davantage « proactive », en en faisant un levier d'action sur l'organisation et une composante intrinsèque de la politique qualité. C'est le cas en particulier de l'un des sites de l'échantillon, où la qualité est partie prenante de la stratégie vis-à-vis de la clientèle (l'accréditation étant prise comme un axe de communication pour asseoir la notoriété) et permet la mobilisation du management et l'implication des salariés. On est alors à l'articulation avec les facteurs d'ordre organisationnel et de management que nous abordons plus loin.

4.4 Les résultats économiques

Quels sont finalement les impacts de ces facteurs sur les indicateurs de synthèse que constituent l'excédent brut d'exploitation et le résultat net (tous deux rapportés au chiffre d'affaires) ? Nous avons cherché à le savoir à travers l'analyse des deux graphiques suivants.



Evolution du ratio RN/CA



On voit qu'il est très difficile de discerner une tendance nette :

- EBE/CA se situe la plupart du temps dans la fourchette de 2 à 8 %, et un seul établissement connaît sur la période plusieurs années (non successives) d'exploitation négative,
- RN/CA se situe le plus souvent entre 0 et 4 %, avec un établissement qui semble en difficulté structurelle depuis 2001, mais dans un contexte de transition lié à la fusion de 3 cliniques.

À titre de comparaison, citons les chiffres moyens résultant des études de la Drees⁷ :

- EBE/CA entre 3,6 % et 6,6 % sur la période 1998-2003 (4,8 % en 2003), pour l'ensemble (MCO + SSR),
- RN/CA entre - 1,1 % et 0,9 % sur la période pour les cliniques MCO uniquement (0,6 % en 2003).

5. Les choix d'organisation

L'objectif de l'étude n'était pas d'évaluer les organisations et nous ne disposons que d'informations générales en la matière. La question que nous cherchons à éclairer est seulement de savoir si des choix importants de changement d'organisation ont pu jouer un rôle significatif sur les trajectoires des établissements. Nous nous pencherons en particulier sur :

⁷ Source : « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003 » *Études et résultats*, n°411, juillet 2005.

- les choix de sous-traitance,
- les principes d'organisation du travail et de management.

Nous ne reviendrons pas ici sur les choix faits en matière d'organisation du temps de travail, qui ont déjà été traités dans le paragraphe 2.1.

5.1 La sous-traitance

Dans la plupart des cas, les fonctions restauration et blanchisserie sont sous-traitées, mais l'étaient déjà avant la période étudiée. Il n'y a pas eu d'impact spécifique sur la trajectoire.

Un seul établissement est dans une situation d'évolution en cours de période, où la décision d'externaliser la restauration a été prise en 2003, mais sous une forme partielle dans un premier temps. En effet le personnel de restauration reste dans les effectifs de l'établissement, et seule la gestion est transférée. Progressivement, les départs en retraite ne seront pas remplacés et le personnel du prestataire s'y substituera. On constate donc une chute du budget d'achat d'alimentation, et un coût de sous-traitance en augmentation, mais il n'est pas possible d'isoler l'impact spécifique sur les coûts de personnel.

Par ailleurs, il est intéressant de noter la démarche « atypique » d'un établissement qui a fait le choix de ne pas sous-traiter la restauration afin de maîtriser la qualité de la prestation et d'en faire un argument commercial de qualité. La direction estime s'y retrouver économiquement.

5.2 L'organisation du travail et le management

Si les préoccupations d'organisation du travail et de management sont systématiquement présentes, il reste rare qu'elles apparaissent au premier plan dans les stratégies des établissements. Nous pouvons cependant citer deux cas où l'approche de l'organisation et du management présente des finalités particulières et peut être considérée comme en partie structurante des trajectoires observées.

Tout d'abord, celui où la fusion d'entités dans un site neuf a entraîné une conception conjointe de la taille des unités d'hospitalisation et du schéma de répartition des personnels soignants (schéma de matinée dit en « 4-2-1 », soit 4 AS, 2 IDE et 1 surveillante pour 40 lits, complété par un schéma « 2-2-1 » d'après-midi et des ressources complémentaires en chevauchement d'équipe). On note aussi dans cet établissement une approche assez poussée de l'organisation nécessaire pour optimiser le temps d'utilisation des blocs.

Ensuite, le cas dont nous avons mentionné plus haut que la qualité y était abordée comme un axe stratégique. À l'appui de cette logique, l'établissement développe une approche organisationnelle et managériale globale, avec un rôle renforcé du management de proximité, un accord d'intéressement qui repose sur la satisfaction des patients, et une stabilité des organisations par secteur. Cette stabilité est utilisée comme un argument d'attractivité vers le personnel.

6. Synthèse

Si nous cherchons à caractériser globalement les trajectoires des sept établissements, il nous semble possible de distinguer trois grands cas de figure.

Le premier concerne uniquement l'établissement à but non lucratif, qui est dans l'incertitude sur son positionnement et son devenir dans l'offre de soins. On peut dire que sa stratégie pendant la période écoulée a été une stratégie de pérennisation de son activité en tant que clinique MCO et de « résistance » face à des orientations que cherche à lui imposer la tutelle. Les stratégies d'acteur et les rapports de force prennent le pas, faute d'une vision objective partagée d'un diagnostic et d'un projet. Dans ces conditions, il est difficile d'établir un pronostic sur le sens de cette trajectoire et sur quoi elle débouchera.

Le second type de trajectoire concerne des cliniques qui ont vécu sur la période des restructurations significatives :

- celle qui a ouvert un site neuf regroupant des cliniques, avec un processus de fusion entamé auparavant sur le plan de la gestion,
- celle qui a récemment vécu une étape importante de développement quantitatif et qualitatif (reprise de lits de gynécologie, Upatou, nouveaux équipements),
- la dernière, de façon plus ancienne, avec une absorption de clinique, entraînant des travaux de modernisation, et avec une demande en cours pour la création de lits de surveillance continue.

Dans ces trois cas, on se trouve face à une logique dynamique autour des différents projets (évolution de l'offre, équipements, réorganisations, recherche d'économies d'échelle et de synergie...) qui structure fondamentalement l'approche des différents facteurs évoqués plus haut. Dans ce cadre, la qualité de coopération avec l'ARH est un élément facilitant.

Il n'est pas exclu que cette dynamique se prolonge dans certains cas, puisque deux d'entre elles évoquent l'hypothèse d'aller plus loin dans un processus de rapprochement avec une autre clinique.

Enfin dans le troisième cas de figure, qui regroupe les trois autres établissements de l'échantillon, on se trouve plutôt dans une logique de consolidation d'une position jugée globalement satisfaisante. Il n'y a pas de perspective de reconfiguration importante de l'offre compte tenu du contexte territorial (lorsque la situation se réduit à un jeu à 2 acteurs avec le CH pour 2 sites), ou d'une certaine stabilité du jeu concurrentiel qui limite les marges de progression à partir d'une position déjà forte pour le dernier.

La stratégie d'action dominante semble alors être marquée par les notions de vigilance et d'optimisation permanente. L'enjeu est moins de gérer un développement que de garantir la pérennisation de l'établissement dans des conditions économiques optimales. La sensibilité aux facteurs exogènes tels que la RTT et la CCN a peut-être alors été plus significative, ce qui peut expliquer la présence de politiques de gestion des ressources humaines, d'organisation du temps et de management plus élaborées.

Chapitre 3 - Les trajectoires des établissements pour soins de suite et réadaptation (SSR)

1. Les caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon se compose de cinq établissements dont les activités sont assez diversifiées. Schématiquement, on peut distinguer :

- Deux centres de convalescence,
- Deux instituts de rééducation fonctionnelle,
- Une structure multicentrique de soins extrahospitaliers,

Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Lits et places	Journées	Taux occupation	DMS (j)	Effectif (ETP)	% soignants	ETP/lit
SSR	70	24400	96 %	36	40	75 %	0,58
	160	50300	86 %	33	135	45 %	0,84
	375	134200	96 %	36	600	54 %	1,44
	100	30000	84 %	45	105	45 %	1,04
	370	138000	102 %		350	62 %	0,96

Nb : dans le cas du dépassement de 100 % de taux d'occupation, les lits et places correspondent en majorité à la dialyse (350 postes), les journées correspondent essentiellement à des séances de dialyse (131000), et le taux d'occupation au nombre moyen de séances par lit ou poste, sachant qu'il est possible qu'un poste accueille plus d'une séance de dialyse par jour.

On a affaire à des structures de taille différente et une, multicentrique, doit plutôt s'appréhender comme la réunion de petites unités décentralisées. On est également frappé par l'éventail des ratios de personnel (en ETP par lit) qui varient du simple à plus du double, et semblent donc indiquer des prises en charge de nature fortement différentes.

En ce qui concerne les données économiques, on retrouve la même disparité, qui renvoie vraisemblablement à la lourdeur des différentes prises en charge. On est d'ailleurs frappé de retrouver des ratios similaires pour le CA par lit ou par jour en ce qui concerne les deux premiers d'une part, les derniers d'autre part, ce qui semble indiquer des similitudes de prise en charge.

CA (M)	CA/lit (k)	CA/jour (€)	Charge sal / CA	EBE/CA (%)	RN/CA (%)
2,7	39	107	39 %	5	1
7,2	45	144	76 %	6	2
37,2	89	278	76 %	3	2
7,6	74	254	68 %	7	3
48,1	131	380	40 %	4	- 1

Quatre des établissements sont des associations loi de 1901, dont deux sont liées à des organismes d'assurance maladie, et deux sont dues à des initiatives privées. Le cinquième est une petite société commerciale, appartenant à son directeur et à son épouse.

Ajoutons qu'il est assez difficile de classer exactement les établissements en cause, compte tenu de la diversité de leurs activités. Le terme générique SSR semble recouvrir plusieurs

classements auxquels les établissements ont fait référence, sans que les correspondances apparaissent clairement. Ainsi :

- L'un utilise le terme de catégorie (déclassé en catégorie B, il est à nouveau classé en A)
- Un autre se réfère à une cotation en niveau (classé au niveau 170, il voudrait se voir reconnaître le niveau 172)
- Un autre parle de profil (il a le profil 6)
- Un autre a une gamme de 14 tarifs différents selon le type de prestation, tarifs eux-mêmes corrigés par des coefficients géographiques.

Les monographies ne permettent pas de savoir clairement à quels outils ou typologies ces notions renvoient. Ce constat met en lumière la complexité de représentation de ces activités.

2. L'évolution de l'activité

2.1 Les capacités

Sur l'ensemble de la période, les capacités sont restées stables dans 4 des 5 établissements de l'échantillon, le seul ayant connu une légère baisse a échangé des lits de MCO contre la reconnaissance de son activité SSR.

Cela dit, dans un cas, on retrouve le même phénomène que dans la partie concernant les maisons de retraite : pour l'ARH, l'établissement dispose de 160 lits, mais il considère lui qu'il ne peut en ouvrir que 140 compte tenu des moyens dont il dispose. On a donc alors deux séries d'indicateurs qui sont construits selon la capacité retenue. Pour cette présente étude, c'est la capacité officielle de 160 lits qui a été prise en considération.

Enfin, il faut noter des fortes disparités dans les concepts mêmes de lits et places ; ainsi :

- pour les deux premiers, il s'agit de lits accueillant des patients,
- pour le troisième, il y a des lits de MCO (30 restants), et des lits de SSR (367), et enfin 8 lits d'hôpital de jour,
- pour le quatrième il s'agit de 90 lits d'hospitalisation complète et de 10 lits d'hôpital de jour,
- pour le dernier enfin, il s'agit de 25 lits et de 350 postes de dialyse, répartis en 2 implantations avec lits, et une vingtaine de centres à postes de dialyse.

À titre de comparaison⁸, au niveau national, la moyenne était de 85 lits par SSR en 2003.

⁸ Source : L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003, *Études et résultats*, n° 411, Drees, juillet 2005.

2.2 La structure de l'offre : un centrage sur des filières régionales

Un penchant vers le troisième âge

On n'est évidemment pas ici dans le cas de figure des maisons de retraite, mais il semble bien que ces établissements s'orientent de façon naturelle vers la prise en charge de personnes âgées. Pour les trois établissements où la moyenne d'âge des patients est connue, on a des valeurs supérieures à 65 ans, respectivement 66, 67 et 78 ans.

Nous verrons également que les projets des différents établissements vont tous dans le sens d'une prise en charge plus adaptée de patients âgés, en restructurant l'offre qu'ils proposent autour de ces créneaux d'activité. Ainsi un site a renoncé à une grande partie de son activité MCO, en réalisant un partenariat avec l'hôpital public voisin, pour faire reconnaître sa légitimité à s'occuper des soins de suite et réadaptation qu'il assure dans sa région. Un autre cherche à faire reconnaître par les tutelles la grande dépendance de ses patients. Un autre envisage de s'adjoindre d'autres structures pour créer une filière intégrée de prise en charge jusqu'au retour à domicile. Un établissement est incité par le SROS de sa région à se tourner vers la prise en charge de personnes âgées.

Mais la diversité des activités reste importante ; pour chacun des sites :

- suites opératoires (digestives, orthopédiques, gynécologiques), inter-cures de chimiothérapie antimitotiques, affections métaboliques et neurologiques, prestations diététiques et éducation nutritionnelle.
- gériatrie médicalisée, polyopathologies (cardio, pneumo, rhumato, diabéto), rééducation post-AVC, soins palliatifs
- vasculaire et diabétologie, cardio-pneumo, appareillage, et médecine physique et de réadaptation, soins de suite gériatriques
- incapacités physiques récentes d'origine traumatique ou neurologique, rééducations cognitive, de la marche, motrice et sphinctérienne, et hospitalisation de jour
- trois types de patients pris en charge : les plus lourds en centre lourd, les intermédiaires en centres médicalisés proches de leur domicile, et les plus légers peuvent s'auto-dialyser à domicile, après une période d'entraînement dans un centre ad hoc.

Les coopérations et réseaux

On ne peut pourtant pas dire que la notion de filière gériatrique soit clairement présente dans les différents cas étudiés. Les coopérations évoquées font état de relations avec les hôpitaux du voisinage, et avec le CHU de la région, mais aucun établissement ne présente de filière bien construite, sauf l'un d'eux, et encore dans ce cas s'agit-il autant d'une volonté de bien clarifier les rôles, qui passe par une organisation de la complémentarité, que d'un partenariat, avec équipes mixtes, et activités partagées.

On trouve aussi des relations avec des structures plus médicalisées, soit pour assurer la prise en charge de patients qui auraient des épisodes aigus, soit pour leur servir de structures aval : avec le CHU régional pour un site, avec un hôpital public et/ou des cliniques pour les autres, avec l'insertion dans des réseaux locaux (prise en charge des AVC, réseaux de la dialyse), ce qui témoigne de coopérations actives (avec noms des médecins impliqués, flux

prévisionnels, etc. ; mais nulle part n'est évoqué un protocole de prise en charge d'aval d'un établissement d'aigus, du genre « engagement à prendre x% des patients dans un délai inférieur à y jours »).

2.3 Le contexte concurrentiel : recentrage sur la région

Ici, le positionnement concurrentiel est clairement évoqué. En tant que structures d'aval, les établissements de cette catégorie sont dans une certaine mesure dépendant des adresses que leur font les hôpitaux et cliniques MCO.

Or 3 de ces établissements sont situés dans 2 régions limitrophes de la région parisienne, et ont donc longtemps accueilli des patients en provenance des hôpitaux d'Île-de-France, soucieux de trouver des débouchés. La politique des ARH semble avoir connu un infléchissement en matière d'orientation dans les dernières années, tendant à limiter les transferts entre régions. Les établissements SSR sentent donc qu'il leur faut augmenter leur part de recrutement local, d'autant que l'Île-de-France développe elle-même ses propres structures de prise en charge des soins de suite et de réadaptation. C'est aussi ce qui explique la nécessité pour eux de prendre en charge une part plus grande de patients plus âgés, et d'amorcer en quelque sorte un virage vers la gériatrie, virage qu'ils prennent peut-être à regret, mais néanmoins de façon volontaire pour s'assurer un taux d'occupation qui leur permette de garder leurs moyens.

Par sa position de leader dans son département un des établissements de l'échantillon, à proximité d'un CHU éloigné de Paris n'a pas ce genre de problème. Il semble que dans ce cas, le virage vers la gériatrie ne soit pas amorcé, mais, en l'absence de données sur la moyenne d'âge des patients accueillis, il n'est guère possible de vérifier l'hypothèse.

Ajoutons qu'en général le poids des SSR analysés dans le concert régional des établissements de santé est important, et que des relations suivies sont entretenues entre les dirigeants des établissements (directions, mais aussi administrateurs) avec les instances régionales de concertation et de tutelle. Sinon, le danger existe de se voir attribuer les cas les plus lourds, évités par les autres, faute d'une bonne insertion locale.

Enfin, un cas est intéressant, car c'est cette structure qui évoque le plus la concurrence. Pionnière dans sa démarche, elle a inventé le concept de dialyse hors milieu hospitalier, dans des centres ambulatoires, puis même à domicile après apprentissage. Elle est située sur un créneau d'activité en plein essor (croissance de 5% par an environ). Or, même si son activité augmente légèrement, elle est loin de profiter de cette tendance, car elle est concurrencée par des structures commerciales (elle-même étant une association) réputées moins chères. Elle conçoit maintenant des centres allégés, mais cette prise en charge étant innovante ne peut parvenir à se faire financer de manière adéquate, et les économies qu'elle pourrait engendrer pour la sécurité sociale restent donc virtuelles.

3. L'évolution de l'environnement social

3.1 Les effets de la RTT

Sur les cinq cas analysés, la RTT a été partout mise en œuvre :

- de façon anticipée dans deux cas par des accords Aubry1 signés en 1999 ;
- de façon classique en 2000 dans deux autres cas, mais il faut signaler que dans l'un des deux sites, les infirmières étaient déjà à 35 heures, dans le but de rendre leurs conditions de travail plus attractives ;
- Par application directe de l'accord de branche, dans le dernier établissement de l'échantillon.

Les effets sur l'emploi

Ces opérations de RTT ont bien donné lieu à embauches, et à aides Aubry (Aubry 1 dans deux cas, et Aubry 2 pour tous) et Fillon, pour 4 cas (associations), mais pas pour la seule entreprise à but lucratif de l'échantillon, où l'accord a été présenté comme défensif, susceptible de préserver 30 emplois (sur plus de 40).

Dans les quatre cas connus où il y a eu création d'emplois, l'écart entre institutions est faible, l'augmentation d'effectifs allant de 6 % à 7 %, soit à peu près la moyenne générale (environ 6 % dans l'accord de branche).

Les effets sur l'organisation

L'organisation du travail n'a pas toujours été repensée à cette occasion, et les établissements ne font pas état de réorganisations profondes, comme si le passage à 35 heures avait juste nécessité quelques ajustements.

- Trois établissements sur cinq ont procédé à des réductions sous forme de jours de RTT (23 pour les agents et 18 pour les cadres sur un site ; 6 ou 12 selon les catégories sur un autre ; 18 pour les médecins et 23 pour les administratifs sur le troisième).
- Deux autres ont mis en place des postes de 7 heures, et donc des semaines de 35 heures ne nécessitant pas de jours de RTT.
- Enfin, certains ont instauré des journées de 11 ou 12 heures, et sont passés pour ces catégories à la semaine de 3 jours de 12 heures (les infirmières dans un cas, certains services dans un autre). Cette solution, en période de pénurie de personnel, peut se révéler attractive pour les agents, dans la mesure où elle leur permet d'utiliser le temps disponible pour acquérir des rémunérations complémentaires.
- Des plannings en cycles sont en place, avec des amplitudes allant de 2 à 22 semaines.

La question du financement

Les aides ont atteint des montants appréciables (615k€ en 2003 par exemple dans un cas), mais leur décade avec la fin des aides Aubry, et le seul solde des aides Fillon, moins généreuses, pose problème aux établissements, jusqu'à faire se poser la question dans un établissement de la pérennisation des emplois ainsi créés. La masse salariale a en effet été

augmentée (au total in fine, +1,57 % sur un site par exemple), et il reste à voir si les financements à venir permettront d'y faire face, nous y revenons ci-après, dans la partie sur les financements.

3.2 Les effets des conventions collectives

Dans les 5 cas, l'impact des dispositions de la convention collective renouvelée de la FEHAP est mentionné comme beaucoup plus significatif que celui de la RTT. Ces aménagements conduisent à un renchérissement certain de la main-d'œuvre, avec par exemple le cas d'un surcoût de 7,5 % pour les aides soignantes et de 14 % pour les infirmières ; d'un surcoût de 5,1 % compte tenu du Glissement vieillesse technicité (GVT) dans un autre cas.

Surtout, les dispositions concernant les départs en retraite constituent des facteurs de surcoût à venir, et certains établissements parlent de passif social.

3.3 Le marché du travail et le dialogue social interne

En ce qui concerne la motivation des personnels, la situation dépend un peu semble-t-il de la nature de l'activité et du projet de l'établissement.

Ainsi, deux établissements qui semblent un peu subir les événements et ne pas être soutenus financièrement pour pouvoir mettre en œuvre un projet fort structurant leur activité, mentionnent aussi des difficultés à attirer des infirmières et même des médecins. Ils renvoient alors cette difficulté au manque d'attractivité de la discipline gériatrique vers laquelle ils se tournent, et vers les différentiels de rémunérations qui existent pour ces personnels par rapport à d'autres structures (cas des hôpitaux publics notamment). L'un des deux en arrive à employer des retraités de la fonction publique hospitalière.

En revanche les 3 autres, structurés par un projet peut-être plus clairement défini, et par une activité aussi un peu plus technique, affirment ne pas avoir ce genre de problème.

Cela dit, l'absentéisme ne corrobore pas cette interprétation de la motivation. Ainsi l'un des deux premiers cités a un taux global d'absentéisme faible, de 3,4 %, alors que pour les trois derniers cités, l'un affiche 8,6 % (dont 6,2 pour la maladie), le second 8,3 %, et le troisième 15 % (dont 5,4 % pour la maladie).

Les heures supplémentaires restent en général faibles (moins de 1 % dans deux cas renseignés sur trois), mais atteignent des volumes non négligeables dans un établissement (3,4 %). Le recours à l'intérim est également faible, mais il concerne tout de même 5, 4,9, 2,5 et 3,5 ETP dans 4 établissements. Les CDD sont fréquents, y compris pour des emplois permanents, compris entre 9 et 19 % des effectifs totaux (19 % dans l'un d'eux).

Effectifs (ETP)	Heures supp.	% heures supp.	Heures formation	% heures formation	CDD (ETP)	% CDD
40			600	1,0 %	4	10,5 %
135	1100	0,5 %	5800	2,7 %	20	14,9 %
600				2,1 %		
105	5600	3,4 %	3800	2,3 %	20	19,0 %
350	4900	0,9 %		nc	30	8,6 %

Enfin, les taux de formation (exprimés en heures, ou en masse salariale) restent compris en général entre 2 et 3 %, mais on remarque qu'ils sont nettement plus faibles dans un cas (structure à but lucratif).

Le dialogue social ne semble poser de problème nulle part (sauf sous forme de question de personnes, dans un cas). Les instances représentatives existent partout (comité d'entreprise, CHSCT et délégués du personnel), et de surcroît quatre des établissements de l'échantillon ont des sections syndicales d'entreprise (CGT dans 4 sites ; CDFT dans 3 sites ; CGC et FO dans 2 sites).

3.4 L'évolution des charges de personnel

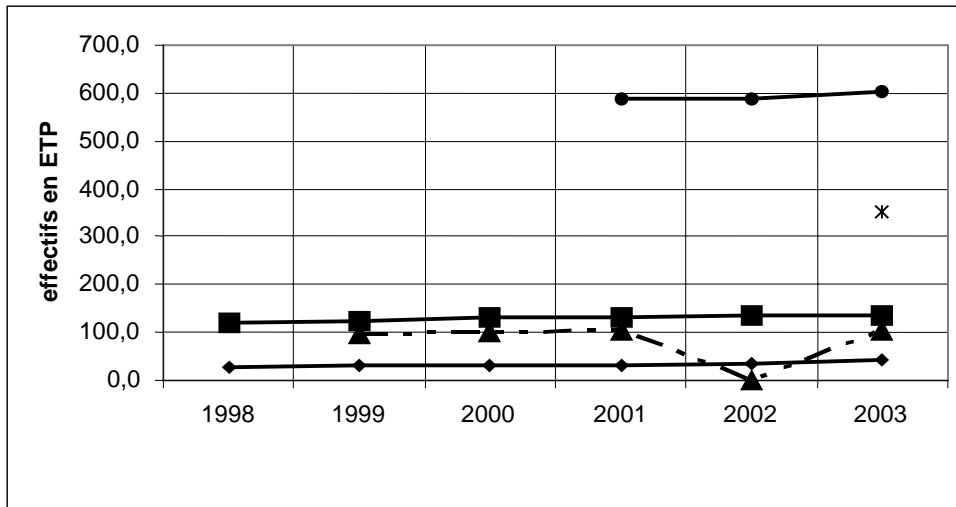
Les situations en matière de personnel sont assez contrastées, d'une part en raison de la différence de taille entre les différents établissements, et d'autre part en raison de la diversité de leurs activités. Les principales caractéristiques figurent sur le tableau suivant :

Effectifs (ETP)	ETP / lit	IDE / lit	Masse salariale / charges totales
40	0,58	0,10	39 %
135	0,84	0,09	76 %
600	1,44	0,38	76 %
105	1,04	0,13	68 %
350	0,96	0,36	40 %

- Les effectifs sont faibles dans les deux premiers où ils n'atteignent pas 1 ETP par lit ; les derniers sont juste à 1 ETP par lit ou place (rappelons qu'en ce qui concerne SSR5, il s'agit de postes de dialyse et non de lits hospitaliers) ; enfin, un site affiche un taux de personnel voisin d'un hôpital d'aigus, à 1,44.
- Les infirmières sont en nombre faible, elles aussi, aux environs de 0,1 par lit dans 3 établissements. À l'opposé 2 sont mieux dotés, (ce qui renvoie probablement à la spécificité des normes en matière de dialyse, pour l'un des deux).

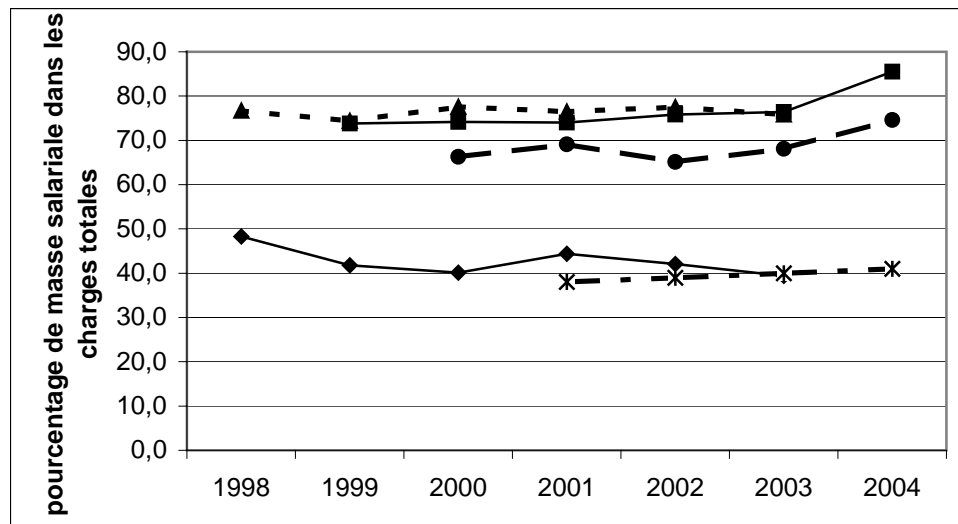
Il est vrai que la lecture des monographies détaillées semble indiquer des établissements plutôt moins bien dotés que d'autres, mais il faudrait probablement chercher aussi une caractérisation plus fine de leur activité pour comprendre ces disparités. Remarquons au passage que la typologie actuelle (avec de nombreux tarifs différents) reste assez inopérante de ce point de vue, tellement le spectre des activités est diversifié.

Pendant la période étudiée, les effectifs sont restés stables, à nombre de places constant, comme le montre le graphique de la page suivante.



NB : le creux apparent en 2002 est dû à une donnée manquante.

Quant à la part que représentent les dépenses de personnel dans le total des charges, le graphique suivant montre qu'elle aurait plutôt tendance à rester stable, (on note toutefois une remontée en 2004 pour deux établissements, mais les données n'étaient pas encore disponibles pour les autres), alors même que les charges de personnel augmentent sous le double effet de la revalorisation de la convention collective et de l'augmentation des effectifs. Cela signifie que les autres charges augmentent davantage encore, et notamment toutes celles qui ont trait à l'orientation gériatrique (fournitures pour l'incontinence notamment), ou à l'utilisation de produits coûteux (EPO dans un cas).



4. L'évolution de l'environnement financier et réglementaire

4.1 Les conditions de financement

On est ici dans un cas un peu particulier, puisque les séjours des patients dans les unités SSR ne relèvent pas du MCO, et à ce titre, ne bénéficient pas encore de la tarification à l'activité. Mais la dépendance des patients n'est pas un facteur suffisamment important pour que l'on ait les conventions tripartites comme dans les EHPAD. De ce fait on trouve ici des financements divers.

Le cas le plus fréquent est le prix de journée, quand les établissements sont sous OQN, et ne participent pas au service public hospitalier. C'est le cas de 4 établissements pour ce qui concerne les postes ambulatoires (et il y a 11 tarifs différents, avec coefficients régionaux de surcroît). En revanche, le cinquième est actuellement sous dotation globale, qu'il estime insuffisante, mais elle se demande s'il ne vaudrait pas mieux quitter cette modalité pour se mettre sous OQN, dans l'espoir d'une revalorisation plus facile de son prix de journée.

C'est en effet une constante dans les établissements rencontrés de signaler que les efforts déployés pour adapter la structure aux nécessités des soins, ou même pour répondre aux souhaits des ARH et aux orientations des SROS ne sont pas suffisamment pris en compte par les ARH, ou plutôt ne le sont qu'avec retard, ce qui oblige les établissements à faire l'avance d'investissements lourds, en ponctionnant leurs associations supports, ou en recourant à l'emprunt. On retrouve donc ici l'importance du rôle du conseil d'administration dans ses rapports avec l'ARH et les institutionnels locaux, pour faire reconnaître l'activité de l'établissement et obtenir une traduction financière de cette reconnaissance.

En fait, les prix de journée restent très encadrés, et les marges dont peuvent disposer les établissements consistent en quelques recettes complémentaires : facturation des repas aux accompagnants et familles, suppléments pour chambre seule...

En dehors des aides Aubry et Fillon déjà évoquées pour la politique sociale, les établissements de l'échantillon ont peu de subventions : aides à l'informatisation (15 k€ dans un établissement), plan canicule (12 k€ dans le même établissement). Pourtant, on est frappé de remarquer que lorsque son poids politique et sa connaissance du réseau le lui permettent, un établissement peut parvenir à en cumuler de nombreuses, à des titres divers, pour compléter sa dotation. C'est le cas d'un autre établissement de l'échantillon : aide au logement (23 k€), plan formation (200 k€ sur 3 ans), plan canicule (31 k€ sur 5 ans), plan de modernisation sociale (76 k€ sur 3 ans), plan régional (116 k€ sur 2 ans), aides ciblées au remplacement de l'absentéisme (180 k€), et même subventions de la DRAC (16,5 k€ sur 3 ans).

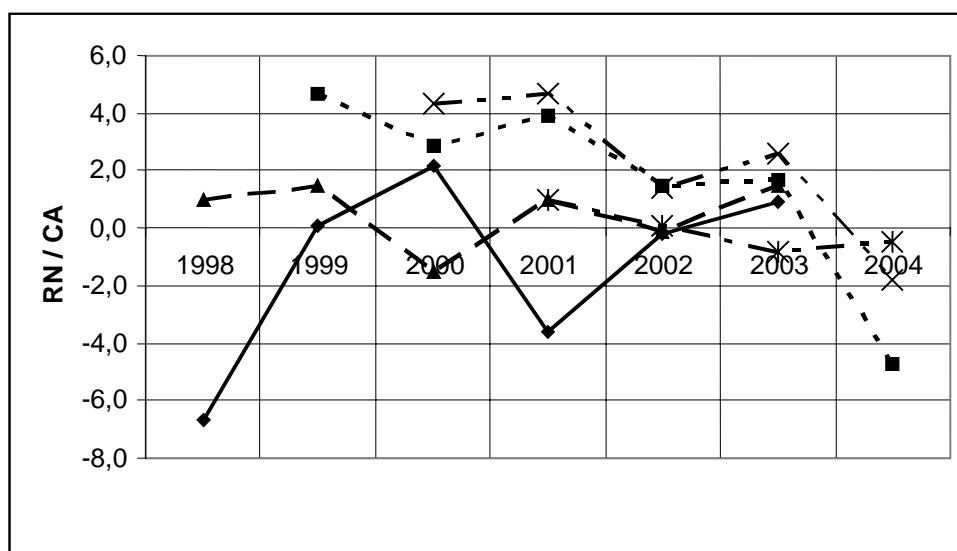
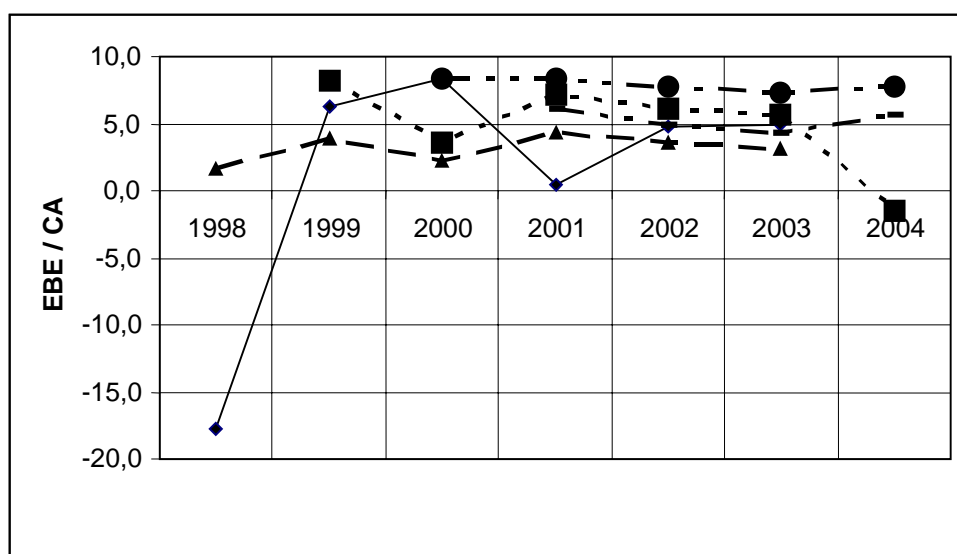
4.2 L'accréditation et les politiques qualité

Ces démarches font leur apparition, mais parfois à l'initiative des tutelles. Si un site a initié spontanément une démarche qualité, en y consacrant l'ensemble de ses crédits de formation, afin d'obtenir l'accréditation, en revanche, un autre attend le résultat d'un diagnostic lancé par son ARH sur l'ensemble des structures de SSR du département. Un troisième a été accrédité en 2003.

Les établissements soulignent le poids croissant des normes de sécurité, d'hygiène et de fonctionnement, qui contribuent à alourdir leurs charges financières, sans toutefois être suffisamment prises en compte par les tutelles dans les équilibres financiers : sécurité incendie, réseaux des fluides médicaux, réseaux de distribution d'eau sont notamment cités. Certains s'en plaignent vraiment.

4.3 Les résultats économiques

Les indicateurs économiques mesurés habituellement montrent une situation tendue, voire difficile, avec très peu de marge de manœuvre. On trouvera ci-dessous l'évolution des ratios EBE (excédent brut d'exploitation) et RN (résultat net) sur CA (chiffre d'affaires).



On voit sur ces graphiques que les ratios EBE / CA sont assez tendus, mais surtout que les ratios RN / CA plongent tous vers la fin de période, ce qui correspond aux discours alarmistes recueillis.

5. Les choix d'organisation

Les monographies donnent peu de détails sur les questions d'organisation, comme si ce thème ne constituait pas pour les établissements un enjeu majeur en ce moment, ou que les établissements estimaient qu'ils ne pouvaient pas se lancer dans des réorganisations sans disposer de soutiens financiers qui leur font défaut.

5.1 La sous-traitance

On retrouve classiquement la cuisine et la lingerie comme services mis parfois en sous-traitance (Un cas de façon totale, au autre partiellement) ; mais les autres structures semblent tout assurer par elles-mêmes. Notons toutefois qu'un établissement qui envisageait de passer la restauration en sous-traitance hésite finalement à le faire.

5.2 L'organisation du travail

Bien entendu, les réformes touchant à la durée du travail ont impacté les établissements, et tous sont passés aux 35 heures, avec des organisations éventuellement différentes les unes des autres (cf §3.1 plus haut).

Un établissement reconnaît n'avoir engagé aucune réflexion de fond sur l'organisation du travail, et estime qu'il va devoir commencer par l'organisation du temps médical. Un autre organise une tendance à la qualification des personnels, les services logistiques étant progressivement redéployés au profit des services cliniques, les gardes-malades étant requalifiés en ASH, et des postes nouveaux, avec augmentation de compétences pour améliorer le service, étant créés pour accompagner la prise en charge de la dépendance lourde (ergothérapeute, kiné, psychologue, diététicienne, etc.).

5.3 Le management

La fonction management semble encore peu développée dans ces structures, mais commence à prendre de l'importance, notamment sous l'effet des contraintes financières. Ainsi dans l'établissement à but lucratif, le directeur et sa femme, actionnaires uniques de la structure, s'occupent de toute la gestion. Dans un autre cas, la direction insiste sur le poids insuffisant du conseil d'administration dans le concert local pour appuyer de ses relations les demandes posées par la direction auprès des tutelles ; l'établissement a par ailleurs investi en recrutant une surveillante et un médecin-chef. Dans un troisième exemple, l'équipe de direction ne comprend ni infirmière générale, ni cadre, malgré la grande taille de l'établissement.

Le déficit de cadres est peut-être aussi une raison à l'absence de réflexion sur l'organisation du travail. On pourrait imaginer à ce sujet une mutualisation des moyens à l'ARH, avec un partage de cadres entre plusieurs établissements de petite taille. De plus, le manque d'outil de gestion se fait sentir : les comptes sont bien suivis, et les données afférentes à la comptabilité ont été faciles à recueillir ; mais les données relatives à l'activité restent lacunaires ou peu précises, par manque d'outil fiable de recueil, ou par trop plein de classifications concurrentes, qui empêchent d'avoir une vision d'ensemble.

6. Synthèse

L'impression générale qui ressort est la suivante.

Les établissements à activité SSR ont du mal à faire reconnaître la spécificité de leur activité, et, partant, à obtenir les budgets qu'ils estiment nécessaires pour bien fonctionner. Ayant à traiter des patients en suite de soins aigus, mais présentant certains niveaux de dépendance, ils sont pourtant exclus de la classification en GHM des MCO, et ne bénéficient pas non plus des prises en charge de la dépendance comme les EHPAD. Ils ne disposent pas d'un système unique de représentation chiffrée de leurs dépendances, ce qui correspond à la diversité de leurs activités, si bien que les tutelles ont probablement du mal à pouvoir les comparer, entre eux ou à d'autres structures. Les établissements mentionnent également une tendance à l'augmentation de l'âge moyen et de la dépendance moyenne des patients.

Leurs financements peuvent relever de la dotation globale, ou du prix de journée, selon les cas, avec de grandes difficultés à obtenir des tutelles les ajustements budgétaires jugés nécessaires. Certains ont même l'impression que les SSR servent en quelque sorte de variable d'ajustement à l'ARH dans sa politique budgétaire régionale.

Le recrutement se régionalise de plus en plus (rapatriement des patients sur leur région d'origine, et diminution de l'accueil de patients venus d'autres régions), si bien que les établissements ont dû par endroits renoncer à certains types de spécialisations, et se reconverter en fonction des besoins locaux.

D'où l'importance des positionnements institutionnels, et des liens que les conseils d'administration peuvent tisser avec les instances locales et professionnelles, afin de faire reconnaître leur activité, et la qualité de leur service.

Les établissements restent de droit privé, mais les effets de la convention collective nationale d'une part, les négociations avec les tutelles sur les aspects de financement d'autre part, leur laissent une marge de manœuvre très faible pour développer une stratégie qui soit complètement autonome, les incitant à se positionner le mieux possible dans le respect du SROS régional.

Chapitre 4 - Les trajectoires des unités de soins de longue durée (USLD)

1. Les caractéristiques de l'échantillon

Les trois unités analysées sont intégrées dans un établissement aux activités plus larges :

- L'une d'elles fait partie d'une polyclinique généraliste,
- Les deux autres sont intégrées dans des établissements à vocation gériatrique comprenant des services de médecine de court séjour et des services de soins de suite et réadaptation.

Même si ces trois USLD sont traitées de façon autonome du point de vue des financements et du système de gestion, en particulier après la signature de conventions tripartites, il reste que du point de vue de l'organisation, de la gestion des ressources humaines, ou de la stratégie globale (la structure de direction est commune à l'USLD et aux autres services), elles peuvent difficilement être isolées de leur établissement de rattachement. Les analyses qui suivent mélangent donc des éléments spécifiques aux USLD, lorsqu'il était possible de les isoler, et des données générales de l'établissement. Le passage récent aux conventions tripartites explique aussi que nous ne disposons de certaines informations que depuis 2002 ou 2003.

Les caractéristiques des trois unités en 2003 sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Lits et places	GMP	Âge moyen	Occupation	CA 2003 (M)	CA / lit (k)
80	860	84 ans	98 %	3,2	40
110	825	86 ans	104 %	5,3	47
130	840	87 ans	98 %	5,0	39

GMP = GIR moyen pondéré

Nous n'avons pas fait figurer les effectifs, car pour USLD2 et USLD3 ils ne sont pas ventilés entre l'USLD et les services d'hospitalisation.

Le CA indiqué ne comprend que les recettes issues de la convention tripartite, car les recettes annexes ne sont pas traitées de façon identique dans les 3 cas.

À titre de comparaison⁹, au niveau national, la moyenne était de 76 lits par USLD en 2003. Nos trois établissements sont donc plutôt de grosses unités. On notera deux points communs importants :

- leur statut à but non lucratif, participant au service public hospitalier (PSPH),
- le fait qu'ils ont tous les trois signé une convention tripartite, alors qu'à fin 2003, seulement 18 % des USLD étaient dans ce cas.

⁹ Source : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003, activité et personnel, *Études et résultats*, n° 379, Drees, février 2005.

2. L'évolution de l'activité

2.1 Les capacités

Les trois établissements n'ont pas connu d'évolution de leur capacité en lits et ce facteur n'a donc pas joué sur la période étudiée.

Cette situation va évoluer prochainement pour un établissement, qui a obtenu l'autorisation d'ouvrir 40 lits de SSR, ce qui va lui ouvrir des marges de manœuvre dans la gestion des parcours des patients. Dans les 2 autres cas, les perspectives sont plus incertaines, mais s'inscrivent dans des hypothèses d'augmentation du nombre de lits à vocation gériatrique, compte tenu de l'évolution démographique générale.

2.2 La structure de l'offre : importance de la notion de filière gériatrique

Un élément essentiel qui différencie les trois trajectoires est la notion de filière gériatrique, clairement présente dans deux cas, et plus diffuse dans le troisième.

La complémentarité des services à orientation gériatrique au sein de l'établissement

Pour deux sites, un premier élément important est la complémentarité entre les 3 catégories de services à orientation gériatrique qui coexistent dans l'établissement : le court séjour de médecine, les soins de suite et de réadaptation, et les soins de longue durée, auxquels s'ajoutent quelques places de jour.

Cette situation permet en effet le développement d'une stratégie globale sur la prise en charge des personnes âgées. La cohérence de l'offre entre ces services, l'approche des processus de recrutement, et la conception des parcours des patients deviennent dès lors des éléments structurants de la démarche de l'établissement. Nous noterons par exemple la démarche de l'un de ces deux sites qui a restructuré en 2003 son organisation interne autour des 3 pôles sanitaire, médico-social et soins de longue durée, avec la volonté d'anticiper sur la mise en oeuvre de la T2A et de développer une approche gestionnaire fiable de chacun de ces pôles.

L'optimisation des parcours entre les différents services prend une importance accrue au regard des nouvelles conditions de financement introduites par la T2A et les conventions tripartites. Dans le contexte actuel, on voit coexister trois formes différentes de financement (la T2A vient d'être mise en place pour le court séjour, les SSR restent soumis à dotation globale, et l'USLD est financée par la convention tripartite), avec des effets différents sur les recettes en fonction des décisions prises quant aux parcours des malades. Le second de ces deux sites a poussé cette réflexion sur la question des mutations entre médecine et SSR et s'est aperçu d'un impact potentiel fort sur les recettes T2A si le délai avant mutation en SSR est trop élevé. De ce point de vue, l'ouverture de ses 40 lits SSR devrait fluidifier ces parcours et lui permettre d'optimiser son fonctionnement.

Le troisième se situe par contre dans une clinique à vocation généraliste. Même si 60 % des entrées proviennent des services de la clinique, la continuité d'approche dans la prise en charge semble moins développée, et l'unité a plutôt tendance à vivre sa situation comme un

service d'aval, relativement isolé du reste de la structure. Cette situation pourrait cependant évoluer si le projet médical gériatrique, conçu en 2004, était mis en œuvre. Il se présente en effet sous une logique assez voisine des deux cas précédents, en termes de complémentarité de l'offre et de filière gériatrique : création de lits de médecine polyvalente à orientation gériatrique, de lits de soins de suite et réadaptation, lits dédiés par pathologie en long séjour, équipe mobile de gériatrie... Cependant, la concrétisation de ce projet reste incertaine aujourd'hui.

Les coopérations amont et aval

Ces coopérations sont importantes pour maîtriser les processus de recrutement d'une part, et l'orientation des malades, d'autre part.

Un établissement a développé une stratégie poussée en la matière. En particulier, sa coopération privilégiée avec un PSPH disposant d'un service d'urgences lui permet de réguler ses entrées (50 % proviennent de cet établissement). Le partage d'une équipe mobile gériatrique facilite cette approche conjointe. En aval, des conventions de coopération avec des EHPAD permettent également de mieux maîtriser les sorties et d'élargir l'éventail des modalités de sortie disponibles en fonction des profils de patients. L'établissement est également fortement impliqué dans le CLIC de son secteur.

Un autre s'inscrit également dans un ensemble de coopérations avec les acteurs de son secteur (CLIC, SSIAD...). Il affiche sa volonté d'être l'acteur central d'un réseau gériatrique intégrant la dimension sociale de la prise en charge des personnes âgées, et axé sur l'objectif du maintien ou du retour à domicile.

Vers des offres plus ciblées

On peut enfin évoquer le sentiment d'une certaine évolution de l'offre vers des cibles plus précises. C'est frappant en ce qui concerne la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : dans les trois cas, des places de jour ou des lits dédiés à cette pathologie existent déjà ou vont probablement se développer, ainsi que des consultations mémoire. Mais on évoque aussi plus largement (notamment dans le projet d'un site) une spécialisation relative du long séjour par grand type de pathologie (pneumologie, neurologie, soins palliatifs...). Un autre insiste sur la complexification du métier gériatrique, en lien avec la pluralité des pathologies. Et le dernier cherche à valoriser la spécificité du long séjour en matière de soins, compte tenu de la lourdeur de ses patients. Cet établissement souligne en particulier l'importance de ne pas se limiter dans l'analyse à la notion de dépendance des patients (à travers les indicateurs GIR), mais de croiser ce paramètre avec la lourdeur des pathologies (approchée par la grille PATHOS).

Ces approches se heurtent cependant à la question de leur reconnaissance en termes de financement. La logique tripartite du conventionnement risque alors de trouver ses limites, et un établissement notamment s'interroge sur la viabilité future de son positionnement actuel, intermédiaire entre l'approche générale de type EHPAD et une approche sanitaire pure.

2.3 Le contexte concurrentiel

Il semble peu pertinent d'utiliser le terme de concurrence dans les contextes analysés. Dans un cas, l'établissement est l'acteur dominant sur sa zone géographique, et dans les deux autres cas, le déséquilibre entre offre et demande conduit à des taux d'occupation élevés (vrai pour tous les établissements). Il existe plutôt une complémentarité en fonction de la situation géographique, des modes de recrutement et de la structure de l'offre (médecine, SSR, long séjour).

On se trouve alors ramené aux considérations précédentes sur l'approche qualitative de l'offre. De ce point de vue, l'existence d'une offre « complète » peut être utilisée comme un facteur de notoriété et d'attractivité de l'établissement.

3. L'évolution de l'environnement social

3.1 Les effets de la RTT

Dans les trois cas analysés, la RTT a été mise en œuvre de façon anticipée par des accords Aubry1 signés en 1999. Si les effets sur l'emploi sont quantitativement analogues, les impacts sur l'organisation semblent assez variables.

Les effets sur l'emploi

Dans les trois cas, on observe un effet emploi de l'ordre de 6 à 7 % de l'effectif de référence.

Pour un établissement, aucune création de postes n'a eu lieu, les nouveaux emplois ayant été concentrés sur les services d'hospitalisation de la clinique.

Pour les deux autres, on note une priorité globale donnée aux personnels de soins dans l'établissement, sans précision sur la façon dont ceci s'est répercuté sur les USLD.

Les effets sur l'organisation

Dans 2 cas, on observe des schémas de type 7h30 + 15 jours RTT. L'un a défini des règles assez précises pour la prise de ces jours RTT (répartition par trimestre, pour partie au choix du salarié et pour partie au choix de l'employeur). L'autre a défini des modalités service par service (par exemple pour les AS et ASH, principe d'un jour RTT par mois).

Dans le troisième, on n'a pas retenu la notion de jours RTT. Chaque service a défini un cycle de 4 semaines sur la base de 140 heures, avec possibilité de postes quotidiens entre 6 et 12 heures selon les contraintes. Ce cycle a vocation à se répéter sur chaque période de 4 semaines.

Dans un site, les difficultés de gestion du temps sont englobées dans des problèmes de gestion des effectifs (difficultés de recrutement, absentéisme...) avec un fort recours aux CDD.

Un autre met en avant les tensions organisationnelles introduites par cette RTT, qui ne semblent pas encore totalement surmontées. L'établissement reconnaît qu'il n'y a pas eu de réflexion organisationnelle très poussée, au-delà de la priorité donnée aux services de soins pour la création de postes, ce qui pose problème aux services logistiques et administratifs. On note cependant un effort sur l'organisation des transmissions ciblées.

Enfin, le troisième a plutôt mis l'accent sur la rigueur dans la gestion du temps. Le respect des cycles préétablis est un facteur de satisfaction, favorisé par un absentéisme assez faible. Les dysfonctionnements induits par la RTT ne sont pas aujourd'hui une préoccupation majeure.

La question du financement

Un établissement estime le surcoût net après la fin des allègements de charges Aubry à environ 250 k€ (soit plus de 4 % de son CA), alors qu'il n'était que de 110 k€ en 2000. Il manifeste une certaine inquiétude quant à l'absorption de ce surcoût, compte tenu des tensions organisationnelles perceptibles. Il indique qu'il serait souhaitable de retravailler les organisations.

À noter dans ce cas un impact direct de la RTT sur l'évolution de l'offre : pour financer le surcoût, l'établissement a cherché à accélérer le remplacement des chambres à 2 lits par des chambres individuelles, de façon à augmenter ses recettes de suppléments hôteliers. Mais nous n'avons pas d'estimation de l'effet spécifique de cette mesure.

Un autre présente un surcoût estimé à 500 k€ par an (6 % du CA) dont 100 k€ du fait de la fin des aides Aubry. La direction estime cependant que cet effet est aujourd'hui digéré et manifeste plutôt son inquiétude sur les effets durables de la CCN.

3.2 Les effets des Conventions Collectives

Dans les 3 cas, l'impact des dispositions de la convention collective rénovée de la FEHAP est mentionné comme significatif, même si les chiffres sont variables.

Pour l'un, on constate une forte augmentation des coûts salariaux de l'USLD (+ 42 % en valeur absolue, et passage de 55 à 67 % du CA entre 2002 et 2004). Cette évolution s'explique pour partie par la prise en compte, dans le cadre des nouvelles règles de la convention tripartite, de coûts qui n'étaient pas inclus au départ (en particulier les interventions de personnels de la clinique, et un certain nombre de CDD). La Convention tripartite fait également état de créations de postes. Mais il semble aussi que la CCN puisse expliquer une partie de cette tendance.

L'autre chiffre à 110 k€ (0,6 % du CA) l'effet de la rénovation de la CCN et estime que ce surcoût n'a été compensé qu'à moitié par les pouvoirs publics. On note une augmentation des coûts salariaux par rapport au CA entre 2002 et 2003 (de 60,1 à 61,7 %).

Enfin, le troisième estime le surcoût, lié surtout à la valorisation de l'ancienneté, à 300 k€ en 2004 (2,2 % du CA), et pense qu'il sera conduit à une politique de rajeunissement du personnel pour influencer à la baisse le GVT.

3.3 Les tensions sur le marché du travail des soignants et le contexte social interne

Comme dans l'ensemble du monde hospitalier, les établissements ont connu des difficultés de recrutement temporaire après la mise en œuvre de la RTT.

Aujourd'hui, la question reste sensible essentiellement pour l'établissement intégré à la polyclinique en ce qui concerne les infirmières. Aux difficultés d'attractivité spécifiques de la région s'ajoutent les effets induits par la pénibilité du travail en long séjour, le vieillissement des salariés et un absentéisme élevé. L'USLD connaît une forme de cercle vicieux car le recours massif aux CDD contribue à la déstabilisation de l'organisation, à une rotation accélérée des effectifs et au manque d'attractivité. La direction envisage d'ailleurs de faire de l'USLD une première étape obligatoire pour les nouveaux embauchés.

3.4 L'évolution des charges de personnel

L'évolution des effectifs n'est disponible que globalement, sauf pour un site et il n'est donc pas possible d'analyser séparément l'évolution des USLD. Pour ce site, on note une augmentation importante de 25 % entre 1998 et 2004 (mais il n'est pas certain que le mode de décompte soit constant car en 2004, les ressources humaines issues des autres services sont mieux identifiées), amenant à un ratio de 0,74 ETP par lit, dont 0,64 soignants.

Pour des raisons analogues, nous ne pouvons proposer une interprétation globale de l'évolution des charges de personnel, car nous ne disposons d'une vision d'ensemble que pour un autre site, mais sur l'ensemble de l'établissement. On distingue dans ce dernier cas 2 périodes :

- un ratio charges de personnel / CA inférieur à 70 % de 1998 à 2000,
- une augmentation de 1,4 % en 2001 suivie d'une stabilisation.

Par ailleurs, pour le premier site indiqué dans ce paragraphe, comme nous l'avons déjà évoqué, la structure des coûts pris en compte dans les chiffres disponibles a évolué sous l'effet de la convention tripartite. Pour l'établissement non mentionné ici, nous n'avons des données que pour 2002 et 2003. En tout état de cause, dans le contexte des USLD, il est fondamental de restituer cette analyse des charges de personnel dans l'évolution de l'approche gestionnaire impulsée par les conventions tripartites.

4. L'évolution de l'environnement financier et réglementaire

Deux points appellent des analyses :

- tout d'abord, il est indéniable que le processus de conventionnement tripartite a joué un rôle structurant pour les trois établissements,
- ensuite, l'accréditation a pu dans certains cas avoir également un rôle significatif.

4.1 Le passage à la convention tripartite

Les 3 établissements ont signé une convention tripartite en 2003 ou 2004. On observe que leur chiffre d'affaires se traduit alors par une augmentation significative en € constants (+9,5 % et +4,0 % en 2003 pour deux établissements, +14,2 % en 2004 pour le dernier).

La structure de ces financements (exprimée en pourcentage du total de la dotation conventionnelle, hors recettes annexes), était la suivante en 2003. Nous avons rappelé à titre indicatif le GIR moyen pondéré de chaque établissement (donnée 2004 pour le dernier du tableau).

	Les trois établissements		
Soins	42 %	34 %	40 %
Dépendance	14 %	10 %	12 %
Hébergement	44 %	56 %	48 %
GMP	850	825	840

On voit que l'un des sites se caractérise par un budget soins proportionnellement inférieur à celui des deux autres établissements, qui ont une structure de recettes assez proche. Cet établissement estime précisément que sa spécificité en soins, compte tenu de la lourdeur des pathologies présentes, n'est pas reconnue à son juste niveau par ce financement, et met en avant un déficit sur ce poste dans sa comptabilité analytique, alors qu'il constate un excédent sur les sections dépendance et hébergement.

On note par ailleurs que le budget dépendance semble corrélé avec les niveaux de GMP (coefficient GIR moyen pondéré).

Au delà des effets strictement financiers, l'effet majeur est en fait un changement d'optique gestionnaire, avec ses apports et ses limites. Ceci se traduit en particulier par une autonomisation de l'approche de l'USLD, et par une transparence accrue (une « vérité des coûts ») à travers la comptabilité analytique.

Pour un établissement, tout d'abord, la convention tripartite nécessite de sortir d'une approche globale qui insérait l'USLD dans le fonctionnement général de la clinique, et d'identifier la réalité des ressources mobilisées. En particulier, les ressources en personnel en provenance d'autres services, les CDD, ou bien l'estimation des coûts logistiques consommés par l'USLD au sein de l'ensemble ont été (progressivement) identifiées et intégrées dans le calcul. Ceci explique les fortes augmentations observées ainsi que des résultats peu réalistes en début de processus (résultat d'exploitation de 34 % du chiffre d'affaires en 2002 !).

La nécessité d'établir cette transparence est certainement un atout pour améliorer la rigueur de gestion en identifiant mieux la structure des coûts et les marges de manœuvre. Mais en même temps, l'établissement en pointe les limites, dans la mesure où la négociation des moyens n'est pas déconnectée de l'approche globale au niveau de la polyclinique, voire même au niveau du groupe, et où d'autres enjeux sont présents dans les relations avec la tutelle. Par suite, le changement de logique gestionnaire pose avec beaucoup plus d'acuité la question de l'affirmation d'une stratégie d'action pour l'USLD, ce que l'établissement a bien compris puisqu'un projet médical gériatrique a été élaboré en 2004 pour étayer les discussions avec la tutelle.

Pour un autre établissement, nous avons déjà mentionné la démarche conduite en 2003 consistant à restructurer l'organisation en trois pôles distincts (sanitaire, médicosocial et longue durée) et à se doter des systèmes de gestion nécessaires. Il est clair ici que la conjonction de la T2A et de la convention tripartite a joué pleinement pour mobiliser l'établissement sur un changement de logique. Mais ici aussi, des interrogations se font jour sur les limites de l'exercice face aux positions prises par la tutelle, en particulier autour de la reconnaissance du volet sanitaire de l'activité dans une logique de financement conçue plutôt pour des EHPAD.

Enfin, la dernière USLD de l'échantillon a signé sa convention tripartite un peu plus tard que les deux autres, mais a aussi développé une réflexion approfondie sur le plan gestionnaire, en lien également avec la perspective de la T2A. Nous l'avons évoqué plus haut en parlant de l'effet des parcours sur l'optimisation des recettes, qui entraîne un suivi fin des durées moyennes de séjour, une vigilance sur la fiabilité de la cotation des actes, et une réflexion fine sur les critères de mutation d'un service à un autre.

En ce qui concerne la convention tripartite, celle-ci est considérée comme un moteur d'amélioration dans la mesure où elle éclaire sur les coûts réels et favorise donc leur maîtrise, ainsi que la recherche des progrès dans la qualité de prise en charge.

4.2 L'accréditation et les politiques qualité

Les trois établissements se sont engagés dans des démarches d'accréditation : deux en 2003, un dès 2000, avec une seconde démarche en 2004.

Ces démarches sont vécues comme moins porteuses d'évolutions lourdes que les changements des systèmes de financement. Néanmoins, elles sont abordées comme élément nécessaire d'une recherche de rigueur dans l'organisation. Par exemple dans un site, l'accréditation a été conduite de concert avec le projet de dossier informatisé du patient. Celui-ci a impliqué un investissement de l'ordre de 250 k€ en matériel, logiciel et formation. L'ensemble de ces démarches participe aussi de la stratégie de management suivie par l'établissement, qui cherche à maintenir un état d'esprit de remise en cause et de progrès permanent dans une activité où les risques de « routine » sont sans doute plus élevés que dans d'autres activités de soins.

Un autre site retient surtout de la démarche d'accréditation le développement de nouvelles pratiques de travail en commun entre des gens qui n'en avaient pas l'habitude.

4.3 Les résultats économiques

Pour le seul cas de l'échantillon où nous pouvons avoir un regard d'ensemble sur la période, on observe une érosion continue du ratio EBE/CA entre 1998 et 2003, de 8 % à 3 %, avec une reprise nette en 2004 (7,7 %) dont il est prématuré de dire s'il s'agit d'un retournement de tendance. Par contre, le ratio RN/CA est constamment négatif ou nul, ce qui correspond au statut de l'établissement.

5. Les choix d'organisation

5.1 La sous-traitance

Il est noté dans l'échantillon un seul cas d'établissement ayant évolué sur ce plan, la restauration étant sous-traitée depuis 2001. Ceci a entraîné la diminution de 7 postes d'agents techniques sur un total de 10. Le bilan économique de cette décision semble montrer une légère augmentation de coût sur la période, mais peu significative.

5.2 L'organisation du travail et le management

Les approches en la matière découlent largement des orientations évoquées plus haut en ce qui concerne la rigueur de gestion induite par les systèmes de financement et la conduite des projets d'amélioration liés à l'accréditation. Nous avons déjà noté par exemple les effets sur les méthodes de transmission.

En revanche, nous n'avons pas noté d'évolutions fondamentales en matière de répartition du travail entre catégories ou en matière de coopérations.

6. Synthèse

L'impression générale qui ressort est la suivante.

Deux unités paraissent se situer dans une logique assez voisine, dans la mesure où elles sont toutes deux adossées à un établissement à spécialisation gériatrique, disposant d'une offre complémentaire en court séjour, soins de suite et réadaptation, et places de jour, ce qui permet de positionner l'activité USLD dans une véritable stratégie globale de filière gériatrique. De plus ces établissements sont des acteurs importants dans leur secteur, avec un certain pouvoir de structuration de leur environnement, en termes de coopération avec les acteurs amont et aval.

De ce fait, les deux établissements ont eu une démarche anticipatrice vis-à-vis des transformations des systèmes de financement afin d'en tirer le meilleur parti. Ceci a nécessité des efforts conséquents au niveau de systèmes de gestion et du développement d'un état d'esprit de rigueur, pour lequel l'accréditation s'est révélée être un levier.

La troisième unité a d'une certaine façon été handicapée par le fait d'être intégrée dans une polyclinique. On peut dire que la première étape de sa trajectoire a consisté, pour s'adapter au nouveau contexte de la convention tripartite, à se constituer en acteur autonome (relativement) et en tout cas à construire une représentation gestionnaire propre qui lui faisait défaut jusqu'alors. On peut penser que la logique de cette évolution pourrait la conduire vers un positionnement voisin des deux premières USLD, dès lors que le projet gériatrique global qui a été élaboré serait reconnu et mis en œuvre.

Les contraintes exogènes de l'application de la RTT et des dispositions salariales de la CCN rénovée ont en quelque sorte été « dominées » par l'importance de cette dynamique d'évolution gestionnaire. On ne note pas de changements majeurs au niveau des organisations

du travail qui pourraient être explicitement reliés à la RTT (certains semblent aujourd'hui le regretter). Aussi, même si des surcoûts parfois non négligeables sont avancés, il semble qu'ils soient aujourd'hui intégrés dans les processus gestionnaires comme des données de fait. Par contre, comme dans les cliniques MCO, on retrouve une inquiétude relative aux effets à retardement des dispositions sur l'ancienneté, et il est probable que cela influe sur les politiques de recrutement.

Chapitre 5 - Les trajectoires des maisons de retraite (MDR)

1. Les caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon se compose de cinq établissements dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Lits et places	Dont cure médicale	GMP	Taux occupation	Effectif (ETP)	CA (M)	CA / lit (k)
120	60	720	99 %	60	3,3	27
80	0	440	97 %	30	1,4	15
90	50	620	99 %	45	2,3	25
130	45	530	82 %	45	2,9	22
110	60	560	96 %	65	5,1	43

GMP = coefficient GIR moyen pondéré

Trois établissements sont des associations loi de 1901, porteuses de valeurs clairement affichées d'humanisme et de prise en charge compassionnelle des personnes âgées.

Les deux autres sont des sociétés commerciales, appartenant l'une à un groupe multi établissements, l'autre à un groupement de caisses de retraite, affichant donc des cibles en termes de clientèle (les cadres pour l'un, les personnes aisées pour l'autre), mais aussi des objectifs de qualité de la prise en charge. L'une s'est créée en 2000, et est donc nouvelle venue dans le paysage, tandis que l'autre existe depuis longtemps mais sous la forme d'un foyer logement, et ne s'est transformée en maison de retraite que récemment.

Toutes ont signé (l'une des sociétés, dernièrement) une convention tripartite pour passer en EHPAD, et cette transformation se révèle extrêmement structurante et favorable aux établissements.

2. L'évolution de l'activité

2.1 Les capacités

Sur l'ensemble de la période, les capacités sont restées à peu près stables, mais il faut noter que cette stabilité est plutôt orientée à la baisse. Ainsi, pour chacun des sites :

- 90 lits, avec prévision d'une diminution de 10 lits en 2008 et 5 lits en 2012 ;
- 130 lits affichés, mais la vétusté de certains locaux conduit à diminuer la capacité utile (125 lits en 2003, puis 110 en 2004) ;
- le site de 110 lits garde trois places en réserve pour le cas où des couples se présenteraient.
- Seul l'établissement de 80 lits voudrait augmenter de taille de 5 lits, mais s'interroge sur le financement correspondant.

On peut s'étonner que, dans une période où le nombre de personnes âgées dépendantes augmente, les EHPAD rencontrés envisagent une diminution de capacités. Or les explications

avancées font référence aux difficultés de financement : c'est pour assurer des prises en charge de qualité que les établissements envisagent de réduire leur nombre de places, en négociant avec leurs tutelles des moyens constants.

À titre de comparaison¹⁰, au niveau national, la moyenne était de 68 lits par MDR en 2003.

2.2 La structure de l'offre : les difficultés de prise en charge de la dépendance

Un contexte marqué par l'accroissement de la dépendance

Partout est répété l'argumentaire sur l'accroissement de la dépendance des personnes résidentes, avec la nécessité de disposer de moyens plus importants pour y faire face. Notons d'ailleurs que toutes (sauf une exception parmi les associations) ont des sections de cure médicale, ce qui semble confirmer que la lourdeur des dépendances est importante. Or, ceci ne se retrouve pas forcément dans les éléments chiffrés qui ont été recueillis. Ainsi, on voit sur le tableau de tête que les coefficients GIR (censés représenter la lourdeur de la dépendance) varient d'un établissement à l'autre. Peut-être faut-il aussi s'interroger sur la fiabilité du coefficient, et sur la façon dont il est calculé selon les établissements, ce qui pourrait expliquer les disparités rencontrées, alors que le sentiment de lourdeur est le même partout. Enfin, il semble que les établissements à caractère commercial ne souhaitent pas garder les personnes trop lourdes (malgré leurs promesses à l'inscription), ce qui contribue à baisser leur coefficient moyen.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du coefficient GMP. Son augmentation dans le temps est certes avérée dans deux cas, mais pas évidente pour deux autres, (données absentes dans un dernier cas) : dès lors, comment étayer un argumentaire sur ce point face aux tutelles ? Or, depuis leur passage en EHPAD, les maisons de retraite doivent maintenant rendre des comptes à leurs deux principaux financeurs institutionnels : la sécurité sociale, pour les soins, et le conseil général pour la dépendance.

Évolution des GMP

MDR	2000	2001	2002	2003	2004
	586	673	697	722	766
				444	
	578		640	622	
	520	490	500	527	488
		399	454	562	591

Nous verrons également que les projets des différents établissements vont tous dans le sens d'une prise en charge plus adaptée de la grande dépendance, soit en essayant de faire financer des augmentations de moyens (en personnel, ou en investissements, via notamment une rénovation ou un aménagement des locaux), soit en mettant en place des sections spécialisées pour la prise en charge d'affections spécifiques (maladie d'Alzheimer, et troubles

¹⁰ Source : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, activité et personnel en 2003: *Études et résultats*, n° 379, Drees, février 2005, et n° 380, Drees, mars 2005,

neurologiques). Enfin, dans plusieurs cas, il est fait état de la participation de bénévoles pour assurer des tâches d'animation.

Les coopérations et réseaux

On ne peut pas dire que la notion de filière gériatrique soit clairement présente dans les différents cas étudiés.

Seul un établissement sur les 5 affiche une insertion dans un réseau clairement constitué : l'association appartient à la fédération de gérontologie de son département, qui dispose par ailleurs d'un CLIC (cellule locale d'information et liaison, capable d'orienter les demandeurs vers les institutions les plus adaptées à leur problème).

Les coopérations rencontrées ailleurs sont ponctuelles et visent à assurer aux établissements la possibilité de faire prendre en charge leurs résidents en cas de maladie aiguë. Ils passent donc des conventions avec l'hôpital public local ou des cliniques privées pour les urgences (2 sites), pour des soins palliatifs (1 site), ou des épisodes aigus (ophtalmologie dans un cas, orthopédie dans un autre cas, gériatrie dans un dernier cas).

Un seul établissement n'a apparemment pour l'instant aucun lien privilégié.

Enfin, notons une initiative intéressante : une association des directeurs de maisons de retraite du département existe pour grouper les achats de produits pharmaceutiques, et aurait abouti à des gains de 20 % sur ces achats.

2.3 Le contexte concurrentiel

Compte tenu de la demande d'une part, et des possibilités de prise en charge offertes de l'autre, toutes les maisons affichent une liste d'attente importante (mais en l'absence de centralisation départementale, il y a vraisemblablement des redondances).

Les associations ne se posent pas de question concernant leur taux d'occupation, et ne se vivent aucunement en situation concurrentielle.

L'une des sociétés se sent victime de ses locaux vétustes, et du manque de publicité réalisée à une certaine époque, ce qui lui fait subir fortement la concurrence d'autres établissements voisins ; de ce fait elle a dû organiser une journée portes ouvertes, afin de susciter des recrutements.

L'autre société tient à maintenir son attractivité par rapport à la cible visée, ce qui explique qu'elle ait créé un poste de responsable clientèle ; par ailleurs, en acceptant des résidents pour des séjours temporaires (périodes de vacances notamment), elle leur permet de se rendre compte par eux-mêmes des conditions de séjour. Elle s'attire ainsi leur clientèle pour un séjour permanent.

Les établissements se présentent d'abord selon les valeurs qu'ils cherchent à promouvoir : la compassion dans le cas des associations à caractère religieux, le service à la portée des

faibles revenus pour l'association civile, la qualité de service offert pour la société commerciale.

3. L'évolution de l'environnement social

3.1 Les effets de la RTT

Sur les cinq cas analysés, la RTT a été mise en œuvre de façon anticipée dans 4 cas :

- par des accords Aubry1 signés en 1999 dans trois sites ;
- pour l'autre, de façon tardive mais volontaire, car l'effectif inférieur au seuil de 20 salariés aurait permis de garder la situation antérieure, du moins jusqu'en 2002.

En matière d'aides :

- deux ont bénéficié d'aides liées aux créations d'emplois,
- et deux non, soit par manque de création d'emplois (cas du précédent site mentionné), soit parce que la création de l'établissement intervenant *ex nihilo* après la loi, il n'y avait pas de situation de référence antérieure.

Seul un établissement a signé un accord (tardif en avril 2002) et n'a pas eu d'aide car il n'avait pas créé les emplois promis (ce qui semble étrange, dans la mesure où les accords Aubry 2 n'exigeaient pas strictement d'embauches supplémentaires).

Les effets sur l'emploi

Dans les deux cas où il y a eu création d'emplois, 7,1 et 7,7 %, soit un peu plus que la moyenne générale (environ 6 % dans l'accord de branche). Les chiffres restent néanmoins très faibles en valeur absolue, et les calculs se font à la deuxième décimale. Mais le fait que les établissements déjà en convention tripartite avaient face à eux deux interlocuteurs a peut-être permis de jouer d'un côté sur la dépendance, de l'autre sur les soins.

Dans un cas, la RTT s'est couplée avec une mise en sous-traitance, qui a fait sortir du personnel du périmètre institutionnel, si bien que l'effet est quasi-nul.

Les effets sur l'organisation

L'organisation du travail reste la grosse difficulté pour ces établissements : les effectifs réduits dont ils disposent (voir dans le tableau de tête les effectifs par lit), alors même que les résidents demandent souvent une présence continue, ne permettent pas beaucoup de latitude dans ce domaine. La RTT n'a pas été l'occasion d'une remise en cause des organisations dans les établissements visités, sauf à mettre certains services en sous-traitance (cas de figure de la restauration dans trois sites, de la lingerie partiellement dans un autre, et à l'étude dans l'un de ces trois sites).

- Dans un cas étudié au moins, les plannings sont modifiés très souvent, en fonction des besoins, et des présences.

- Un autre a gardé strictement la même organisation sur la base de 39 heures par semaine, et accordé 23 jours de RTT au personnel, qui sont pris à raison de 1 jour par quinzaine.
- Les trois autres sont directement passés à 35 heures, sans jours de RTT.

On trouve souvent des organisations du temps différentes pour les AS et ASH d'une part, et pour les infirmières d'autre part. Le faible nombre de ces dernières, et leur responsabilité de soins les amènent à se structurer à part (dans un cas : 1 IDE par étage ; dans un autre, infirmières en journées de 12 heures). En revanche, deux autres établissements mettent en place des postes de 7 heures pour le personnel, les cycles sont souvent de 2 semaines (avec des alternances matin – soir sur un rythme 3.2.2 pour l'un d'eux). On note une fois la persistance d'horaires décalés ou coupés le week-end, et beaucoup de temps partiels.

La question du financement

Les allègements de charges liés aux accords de RTT ont été les bienvenus quand ils existent, et dans l'ensemble, l'opération ne s'est pas traduite par des difficultés particulières. Ainsi, pour chacun des établissements :

- allègements de 83k€ en 2003 et de 69 k€ en 2004,
- coût des embauches compensé par le gel des rémunérations qui l'a accompagné, et par la mise en sous-traitance de la restauration (avec sortie du périmètre des agents concernés),
- création de l'établissement sur la base d'une organisation à 35h, et donc sans référence par rapport à laquelle se comparer,
- ni embauches, ni aides dans deux cas.

3.2 Les effets des Conventions Collectives

Dans les 5 cas, l'impact des dispositions de la convention collective renouvelée de la FEHAP est mentionné comme beaucoup plus significatif que celui de la RTT.

Globalement, l'état très faible des financements de ces établissements les contraint à suivre les rémunérations prévues à la convention collective nationale, et souvent aux minima de celle-ci. On trouve d'ailleurs dans ces conditions des charges salariales moyennes par agent très voisines d'un établissement à l'autre :

Charge salariale moyenne par agent (k)
nc
34,8
34,5
39,1
33,4

On remarque un certain surcoût salarial dans le quatrième cas, probablement lié à l'ancienneté et la stabilité des effectifs, que la maison de retraite s'efforce de réduire en remplaçant les départs en retraite par des personnels plus jeunes. On remarque aussi que le cinquième, qui est la société la plus commerciale, a une politique salariale très serrée, en employant une population de femmes d'origine immigrée pour les AS, et des médecins

étrangers à diplômes non reconnus comme infirmiers, sur des contrats temporaires, toutes mesures qui lui permettent de réduire les coûts.

Pour ce qui est des aménagements de la convention collective nationale, ils conduisent à un renchérissement certain de la main d'œuvre, avec par exemple pour un site un surcoût de 3,8 % entre 2003 et 2004, ou pour un autre à un surcoût de 7 k€ Surtout, les dispositions concernant les départs en retraite constituent des facteurs de surcoût à venir.

3.3 Le marché du travail et le dialogue social interne

Globalement, les établissements n'ont pas connu de difficultés spécifiques de recrutement après la mise en œuvre de la RTT, sauf pour ceux situés en région parisienne. Leur recrutement de personnels, est, comme pour celui des résidents, assez local. En revanche, ils souffrent tous de la difficulté de mobiliser les agents autour de l'activité de gériatrie, mais les apports financiers liés au statut d'EHPAD ont permis de faire face.

Cela dit, la motivation reste faible ; l'absentéisme, sans atteindre des niveaux rencontrés à l'hôpital public, n'est pas faible, et certains se plaignent d'un fort turn-over. Les heures supplémentaires restent faibles (et mal mesurées), le recours à l'intérim est exceptionnel ; mais les CDD sont fréquents, y compris pour des emplois permanents.

Quant au dialogue social, il ne semble poser de problème nulle part, peut-être en raison de la faiblesse des effectifs. Les instances représentatives existent quand il le faut (à une exception où le CE connaît une carence partielle), et se réduisent parfois aux délégués du personnel quand les effectifs restent inférieurs à 50 salariés. Pour y suppléer, un établissement a mis en place un groupe de référents (un agent par catégorie professionnelle), avec qui elle discute de la politique sociale. Une seule structure a un représentant syndical, une autre a un mandaté.

Il faut néanmoins mentionner le cas particulier d'un établissement où une crise sévit depuis maintenant plusieurs années, où des conflits existent entre les responsables de la maison, dans une confusion des rôles (président du conseil d'administration et maire de la localité, administrateurs et salariés), qui a conduit aux remplacements successifs de plusieurs directeurs, et à un climat malsain entre les personnels. Les conditions financières de départ du dernier directeur ont engendré une démotivation des personnels, qui ont demandé des audits à la DDASS et au conseil général. Peut-être a-t-on là un effet de la petite taille d'une structure en milieu rural.

3.4 L'évolution des charges de personnel

Le tableau qui suit montre le faible niveau moyen d'effectif dans les maisons de retraite : moins de 0,5 par lit en général.

Les ressources en personnel

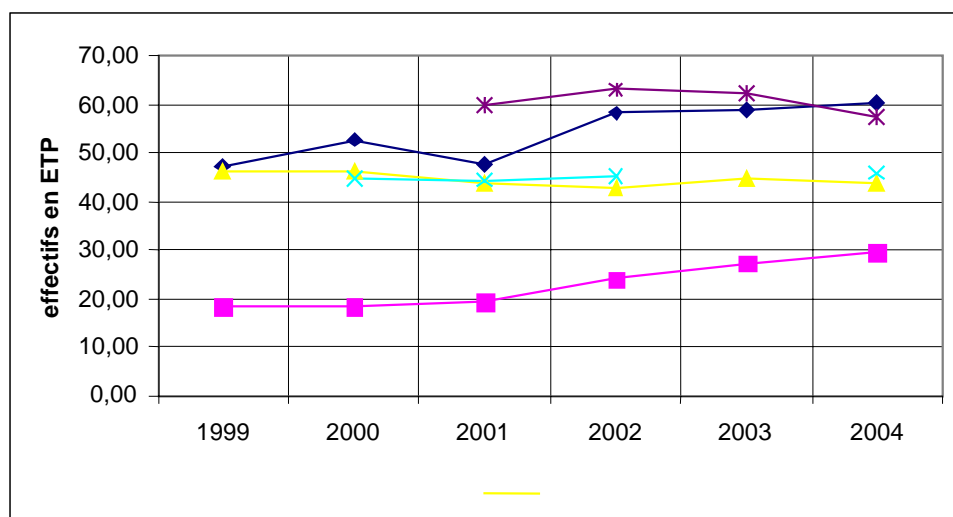
Effectif (ETP)	ETP / lit	IDE / lit	Masse salariale / charges totales (%)
60	0,48	0,08	73 %
30	0,34	0,08	68 %
45	0,48	0,04	65 %
45	0,35	0,03	68 %
60	0,58	0,09	72 %

Seul un établissement parvient à dépasser ce seuil, sans pour autant grever sa masse salariale, dans la mesure où elle parvient à maintenir un salaire moyen inférieur aux autres. Les infirmières sont en nombre extrêmement limité, elles aussi. Dans le personnel, l'essentiel est constitué d'aides soignantes, et d'agents de service, à raison d'environ 70 à 75 % (nous ne faisons pas ici figurer le tableau, car les dénominations varient d'une maison à l'autre).

On peut distinguer dans l'échantillon trois types de maisons :

- celles qui ont très peu d'effectifs et il est vrai que la lecture des monographies détaillées semble indiquer des établissements plutôt moins bien dotés que d'autres.
- celles qui ont un effectif moyen, en regrettent la faiblesse, mais donnent l'impression de réussir à conserver une prise en charge correcte.
- celle enfin qui manifestement a un ratio de personnel plus élevé, correspondant probablement à des fonctions d'accueil et d'hôtellerie plus développées.

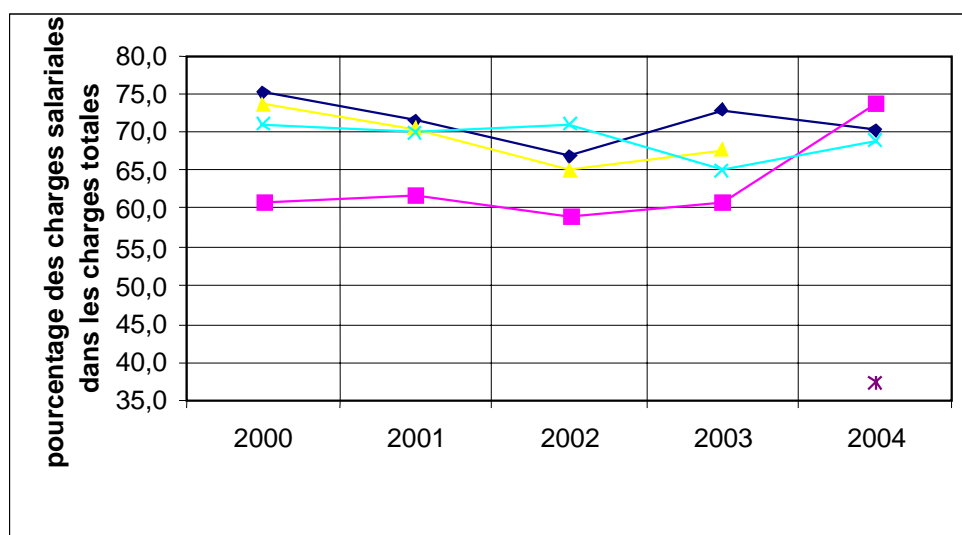
Pendant la période étudiée, les effectifs ont cru légèrement, à nombre de places constant, comme le montre le graphique suivant :



On voit sur ce graphique que globalement,

- deux maisons voient leurs effectifs s'accroître,
- deux restent stables,
- une diminue légèrement, peut-être pour se rapprocher des valeurs habituelles dans le secteur (il s'agit en effet d'une structure nouvellement créée, en provenance du monde de l'hôtellerie).

Quant à la part que représentent les dépenses de personnel dans le total des charges, le graphique suivant montre qu'elle aurait plutôt tendance à diminuer (sauf un cas pour commencer à combler un retard manifeste), alors même que les charges de personnel augmentent sous le double effet de la revalorisation de la convention collective et de l'augmentation des effectifs. Cela signifie que les autres charges augmentent davantage encore, et notamment toutes celles qui ont trait à la dépendance (couches notamment).



4. L'évolution de l'environnement financier et réglementaire

La principale réforme a été celle du financement des maisons de retraite. Le passage au statut d'EHPAD, avec convention tripartite a partout été perçu comme une opportunité, et une réelle simplification, permettant aux établissements d'assurer leur financement de façon pérenne. Cela a facilité par ailleurs la prise en compte des démarches d'accréditation, et renforcé la volonté d'aller de l'avant vers une prise en charge de qualité.

4.1 Les conventions tripartites

Les 5 établissements ont signé (ou vont le faire) une convention tripartite : en 2001, 2002, 2004 pour deux sites, et vraisemblablement en 2005 pour un dernier. Pour ceux ayant signé en 2001 et 2002, on observe que leur chiffre d'affaires se traduit alors par une augmentation significative en € constants (+ 25,5 % en 2002 pour l'un, + 23,6 % en 2003 pour l'autre). Il est trop tôt pour connaître l'impact des conventions signées en 2004, mais on peut penser qu'elles auront des effets également bénéfiques pour les institutions.

La structure de ces financements (exprimée en pourcentage du total de la dotation conventionnelle, hors recettes annexes), serait intéressante à considérer. Il faut en effet rappeler que :

- la part soins est financée par un forfait de la sécurité sociale,
- la dépendance par un forfait du conseil général,

- la part hébergement est financée par le résident lui-même, qui le cas échéant, peut faire appel à l'aide sociale de son département.

Cela explique la stratégie des maisons de retraite ; ainsi l'objectif d'un établissement est de limiter le plus possible la part individuelle, pour accueillir les personnes les plus démunies. À l'opposé, la part demandée aux résidents assure un recrutement de personnes aisées, et permet à la fois de proposer des services même payants, habituellement absents, mais participant au confort des personnes âgées, et d'assurer à la société une marge positive.

Malheureusement, nous n'avons pas le détail partout des chiffres correspondants, puisque cette différenciation est fonction de la date à laquelle a été signée la convention tripartite. Pour ce dont nous disposons, nous aboutissons au tableau suivant, en 2003. Nous avons rappelé à titre indicatif le GIR moyen pondéré de chaque établissement.

Part des dépenses de			Prix de journée hébergement ()	GMP
soins	dépendance	hébergement		
45 %		55 %	39	720
23 %	13 %	61 %	26	440
			43	620
			50	530
			132	560

Les entretiens avec les directions des maisons semblent montrer que les parties soins et dépendance sont maintenant nettement mieux prises en charge, ce qui apporte à la fois une aide financière pour la maison, mais aussi d'une certaine manière une reconnaissance de leur travail aux personnels en poste. On peut ajouter que les tutelles, mises devant l'état des institutions, et la nouveauté de leurs responsabilités, ont peut-être voulu faire preuve de responsabilité ; en revanche, cette attitude pourra-t-elle perdurer si la dépendance s'accroît, et si d'autres charges pèsent sur les collectivités locales ?

Il reste la question du prix de journée d'hébergement, qui demeure préoccupant. Les normes nouvelles en matière de sécurité bâtiment ou hébergement, l'accréditation, les bonnes pratiques de soins, amènent un surcroît de dépenses, et les directions voient mal comment elles pourront les répercuter en totalité sur les résidents. C'est ainsi que, par exemple, un site qui a des projets de mise en place d'une section pour Alzheimer commence à se demander si elle pourra les concrétiser, les tutelles refusant d'accroître leurs forfaits, et le conseil d'administration se refusant à augmenter le tarif journalier. Un autre a d'emblée affiché un tarif élevé, pour limiter par la suite les effets d'augmentation.

4.2 L'accréditation et les politiques qualité

Deux établissements se sont engagés explicitement dans des démarches d'accréditation :

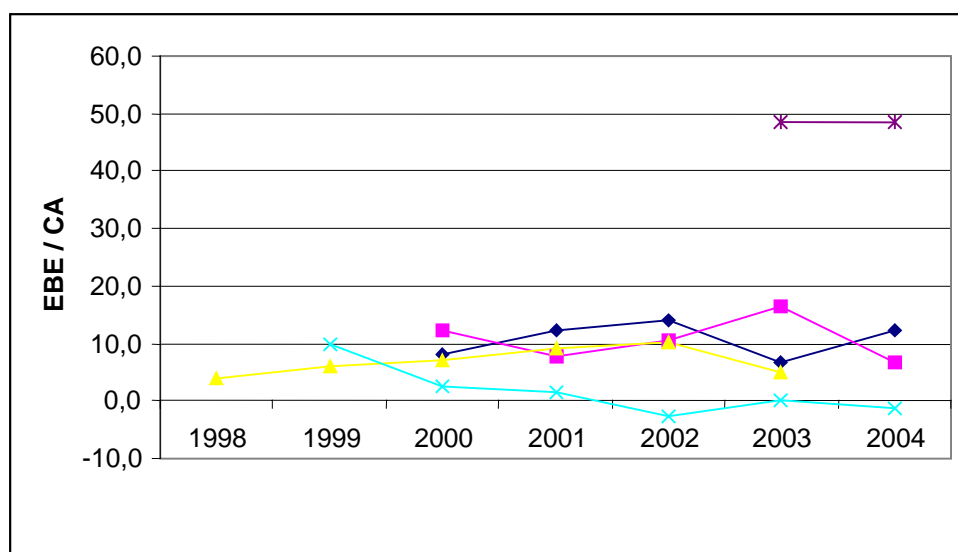
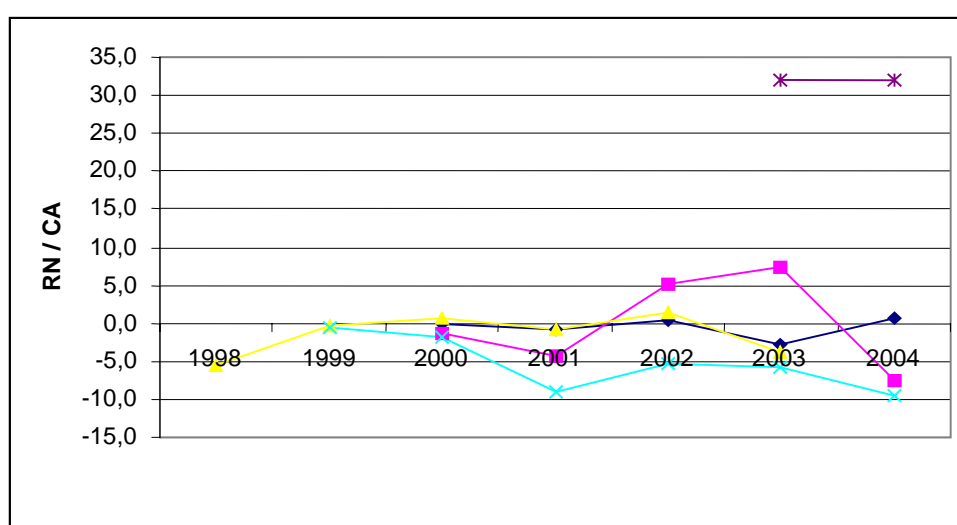
- l'un a lancé une démarche qualité, mais a dû la mettre en sommeil en 2004, devant le signalement pléthorique de dysfonctionnements par les salariés, et compte tenu de l'absence d'encadrement pour réguler les tensions et organiser le travail,
- l'autre s'est engagée dans une démarche de certification ISO 9001 en 2005, avec comme axe de formation l'activité hôtelière, sa référence d'origine ; mais son attachement à faire apparaître la qualité peut la conduire à adresser ailleurs des résidents qui nuiraient à l'image de la maison.

Pour les autres : rien n'est encore abordé dans un cas ; le second vit sur les acquis de ses valeurs éthiques d'ordre spirituel tandis que le troisième traverse la crise évoquée plus haut, qui nuit à une politique de qualité.

Ces démarches sont surtout vécues comme susceptibles de créer les conditions pour faire apparaître un vrai projet de soins ou de vie, qui fait défaut par endroits.

4.3 Les résultats économiques

Les indicateurs économiques mesurés habituellement montrent une situation tendue, voire difficile, avec très peu de marge de manœuvre. On trouvera ci-dessous l'évolution des ratios EBE (excédent brut d'exploitation) et RN (résultat net) sur CA (Chiffre d'affaires).



Deux grands constats s'imposent.

À l'évidence, l'un des établissements n'appartient pas à la même catégorie d'établissement. Il s'agit en effet de la seule maison de notre échantillon qui soit à but lucratif. Nous avons vu qu'elle avait les mêmes charges (en particulier en termes de personnel) que les autres ; mais elle peut se permettre de dégager une marge importante sur les prix d'hébergement que consentent les résidents. Elle fausse en quelque sorte la lecture de notre graphique, en imposant un changement d'échelle.

Les autres maisons ont des résultats voisins, autour de 10 % pour l'EBE, quasi tous négatifs pour le RN. On comprend les soucis des directions, et l'importance de leurs réseaux locaux vers le conseil général et vers la sécurité sociale.

5. Les choix d'organisation

5.1 La sous-traitance

Les deux seuls cas où est notée une évolution sur ce plan, la restauration y étant sous-traitée depuis 2001 pour la première et 2002 pour la seconde. Ceci n'a pas entraîné de bouleversement notable, les effectifs ainsi dégagés ayant été compensés par les recrutements liés à la RTT, plutôt en personnel soignant.

5.2 Le management

Les styles de management varient selon les statuts des institutions. Ainsi par exemple, une des sociétés a structuré son équipe de direction avec, autour du directeur, des responsables par activité : hôtellerie, soins, et clientèle. À l'inverse, la crise évoquée plus haut au sein de l'un des autres établissements montre que les définitions des rôles ne sont pas toujours aussi nettes qu'il le faudrait entre les différentes personnalités appelées à s'occuper d'une petite maison isolée.

Mais deux points communs semblent ressortir.

La direction a un rôle d'écoute fondamental, vis-à-vis des résidents, mais aussi vis-à-vis des personnels, d'autant que le manque d'instances représentatives rend nécessaire souvent un dialogue direct.

La direction manque souvent d'indicateurs et d'outils pour suivre sa gestion. Cette étude a montré les grandes difficultés qu'il y avait à retracer l'évolution sur les dernières années de paramètres pourtant classiquement repérés dans la gestion. Certaines données sont vraiment manquantes. Ceci est paradoxalement aussi vrai pour les petites structures isolées, où l'équipe de direction reste peu étoffée, que pour les structures plus grosses insérées dans un groupe, où finalement la gestion est centralisée au siège, si bien que les responsables locaux manquent des indicateurs les plus évidents.

6. Synthèse

L'impression générale qui ressort est la suivante.

Même de statut privé, les maisons de retraite ne maîtrisent pas vraiment leur devenir :

- Elles dépendent des tutelles pour les forfaits soins et dépendance qui leur sont accordés ; certes ces forfaits ont permis un assouplissement des contraintes financières au moment de la signature de la convention, mais les tutelles auront-elles les moyens d'accompagner ces maisons de retraite dans leur évolution à l'avenir ?
- Elles sont liées par une convention collective nationale renouvelée qui a rapproché les rémunérations de celles du public, et qui a conduit à un renchérissement des coûts salariaux actuels, et à venir (problème des indemnités de départ en retraite qui se profilent). Elles estiment n'avoir aucune marge de manœuvre sur ce point.
- Elles doivent respecter un certain nombre de règlements, normes, et bonnes pratiques, qui alourdissent leurs coûts, autant en investissements (nouveaux locaux, dispositifs anti-canicule), qu'en fonctionnement (fournitures pour incontinence).
- Elles veulent accompagner la dépendance croissante des personnes âgées à laquelle elles sont confrontées (coefficient GIR, maladies d'Alzheimer), et les demandes des familles en termes de confort et d'accueil (animations, salons de réception des familles, activités diverses).

Mais elles ne souhaitent pas augmenter le prix de journée d'hébergement, de façon à permettre aux personnes âgées de s'adresser à elles.

Seule une a opté pour une stratégie de prix élevés, ce qui lui assure un recrutement de résidents d'un certain type, mais on voit sur les chiffres de la monographie que les charges restent à peu près les mêmes que dans les autres établissements, la différence se situant au niveau des loyers perçus par le groupe pour l'immeuble, et de la marge retenue par le groupe.

Conclusion

Après ce parcours au sein des quatre catégories d'établissements, nous nous proposons de mettre en relief, au-delà de la grande hétérogénéité des situations analysées, quelques réflexions de portée plus transversale. Existe-t-il des caractéristiques communes à l'ensemble des trajectoires observées, que ce soit en termes de contenu, de stratégie ou d'effets de l'environnement ? Nous ne prétendons pas dégager ici des conclusions définitives à partir de 20 cas particuliers, mais ouvrir des pistes de réflexion.

1. Des trajectoires « précontraintes »

Un premier sentiment vient à l'esprit en observant les trajectoires des établissements : celui de l'ampleur des contraintes du système dans lequel ils se meuvent. On peut avancer que la stratégie d'un établissement est en quelque sorte « cadrée » par deux facteurs essentiels :

- la régulation de l'offre de soins,
- le (ou les) système(s) de financement applicable(s) à l'établissement selon la nature de ses activités.

1.1 Du côté de la régulation de l'offre

L'évolution de l'offre de soins au niveau des établissements apparaît comme très progressive en termes quantitatifs. Le nombre de lits évolue en général très peu, sauf au moment d'événements particuliers tels que restructurations, fusions, créations d'activités spécifiques telle que l'Upatou. Les évolutions de l'offre sont plutôt qualitatives, s'exprimant en termes de structure d'activité (hospitalisation / ambulatoire, accent porté sur telle ou telle spécialité en lien avec les ressources médicales).

Les processus de régulation de l'offre jouent pleinement leur rôle, en particulier au niveau régional à travers le SROS et la politique de l'ARH, mais aussi au niveau territorial, notamment lorsque le petit nombre d'acteurs en présence englobe le jeu « concurrentiel-coopératif » dans une finalité de défense commune de l'offre locale face à l'attractivité d'acteurs régionaux plus importants, mais plus éloignés.

La qualité des relations avec l'ARH (et les autres financeurs dans le cas des conventions tripartites), et plus largement la qualité de l'insertion des acteurs-clef (directions, membres de conseils d'administration...) dans les réseaux institutionnels pertinents, constituent des atouts essentiels dans la stratégie des établissements. *A contrario*, on voit dans quelques cas comment des tensions entre l'ARH et l'établissement peuvent être préjudiciables, non seulement en termes de financement, mais aussi en termes d'absence de visibilité sur le futur, ce qui handicape pour développer un projet mobilisateur. Être en phase avec l'ARH sur une même vision de son positionnement dans l'offre régionale constitue une base de travail fondamentale pour l'action en interne : la dimension concurrentielle caractéristique du secteur privé est en fait fortement articulée à un système de régulation public.

1.2 Du côté des systèmes de financement

La période étudiée se caractérise par des modifications importantes de ces systèmes :

- pour les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée, on a vu que le passage à la convention tripartite à partir de 2002 concernait tous les établissements analysés,
- pour les établissements MCO, la T2A n'était pas encore en application mais sa logique était déjà connue et partiellement intégrée dans la façon d'aborder l'évolution des activités.

Les SSR sont les seuls pour l'instant à ne pas avoir connu d'évolution. Ceci conduit d'ailleurs certains établissements comme les hôpitaux gériatriques, à la coexistence de trois systèmes de financement (T2A pour le court séjour, dotation globale pour le SSR et convention tripartite pour l'USLD).

Ces changements imposent de nouvelles grilles de représentation de l'activité et de ses liens avec les ressources mobilisées. Ceci nécessite la mise en œuvre de nouveaux systèmes de recueil d'informations, dont la fiabilité est un enjeu fondamental pour défendre les intérêts de l'établissement. Cette adaptation des systèmes gestionnaires se révèle dans certains cas très structurante pour l'évolution des organisations, en particulier lorsque coexistent des activités financées différemment, qui doivent alors faire l'objet d'approches spécifiques.

Par ailleurs, il est clair que les stratégies d'évolution de l'offre, et de profils de recrutement intègrent les impacts financiers prévisionnels qu'elles peuvent entraîner dans les nouveaux systèmes de financement, même si tous les établissements n'ont pas encore, loin de là, développé des approches très fines de cette question.

1.3 Entre objectivation et négociation

Dans le paysage qui vient d'être décrit, les établissements ont à prendre en compte deux tendances partiellement contradictoires.

D'un côté, la logique des nouveaux systèmes de financement tend à renforcer leurs marges de manœuvre dans la mesure où l'idée de fond est de mieux relier les financements, d'une part à la réalité de l'activité, et d'autre part aux efforts d'amélioration de l'efficacité des organisations. Si un établissement MCO développe une activité en investissant dans de nouveaux équipements, ou si un EHPAD accepte d'accueillir des malades plus dépendants, cela devrait normalement être pris en compte dans leur financement ultérieur. Cette logique s'appuie nécessairement sur une logique de transparence accrue sur les activités et les moyens : il s'agit de faire reconnaître une stratégie et un projet, dans un système de financement supposé beaucoup plus objectif et équitable en termes de répartition des moyens entre établissements,

D'un autre côté, compte tenu des contraintes financières globales du système, et des enjeux d'autres natures qui peuvent intervenir (enjeux sur l'emploi, aménagement du territoire...), beaucoup d'établissements pensent utopique que les moyens puissent être répartis seulement sur des critères objectifs. Selon eux, les logiques de négociation, voire de rapports de force dans certains cas, subsistent dans une certaine mesure, certes tempérées par les améliorations

apportées à la connaissance de la situation des établissements, mais inévitablement marquées par des historiques, des contextes politiques, etc.

Par ailleurs, les décalages et incertitudes (au niveau temporel de la prise de décision des tutelles, et en termes de moyens alloués) entre la définition des projets de développement et l'attribution de ressources constituent des risques (trésorerie, endettement, retards d'investissement...) particulièrement sensibles pour les petits et moyens établissements.

Aussi, dans le cadre de cette étude, certains établissements se sont ouvertement interrogés sur les limites de l'approche objective des situations et sur la persistance de logiques décisionnelles opaques, ou sur la prédominance, in fine, de régulations quantitatives globales sous la contrainte financière, qui viendraient biaiser de façon informelle la logique vertueuse de la T2A ou des conventions tripartites.

Derrière ces craintes, c'est bien la question de la pertinence des outils d'analyse des situations des établissements, et la possibilité d'aboutir à des diagnostics et des orientations partagées qui se trouve posée, comme une condition de développement de la confiance réciproque. De ce point de vue, les cas observés de tensions autour des financements laissent à penser qu'il existe encore des progrès importants possibles dans les outils d'analyse, pour que les discussions s'établissent sur une base de connaissances partagées. Si l'on transpose les difficultés que nous avons rencontrées dans cette étude pour rassembler des données comparables entre établissements de même nature, on peut imaginer que les ARH se trouvent dans le même type de difficultés pour accéder à une connaissance suffisante des réalités.

Néanmoins, on peut constater, dans le cas des EHPAD et USLD, que le conventionnement tripartite semble être effectivement pour le moment porteur d'une approche plus satisfaisante de l'activité de ces établissements. La reconnaissance explicite du facteur dépendance, associée à l'identification plus précise des ressources mobilisées, a permis dans l'ensemble une remise à niveau des financements (même si l'un des établissements estime sous-évaluée la partie soins). On peut également penser que cette nouvelle approche gestionnaire, en autonomisant davantage l'approche par rapport aux activités qui coexistent dans le même établissement, favorise l'élaboration d'une vision plus stratégique et constitue un élément de valorisation d'activités souvent jugées peu attractives. On peut toutefois s'interroger sur l'évolution du système, au-delà de la remise à plat effectuée au moment initial. On a vu dans un cas que des désaccords peuvent persister sur les équilibres entre les trois volets du budget, et ces différences pourraient s'accroître en fonction de l'évolution des profils de patient accueillis.

2. Deux facteurs d'évolution importants : la gériatrie et l'ambulatoire

Malgré les contraintes évoquées ci-dessus, les établissements conservent des marges de manœuvre pour se positionner. Deux éléments semblent jouer un rôle structurant dans de nombreuses situations : la prise en compte d'une « dimension gériatrique » croissante, et l'activité ambulatoire.

2.1 L'intégration croissante de la dimension gériatrique

Cet aspect semble a priori une évidence en ce qui concerne les EHPAD et les USLD. Mais il est intéressant de relever également sa présence, dans une moindre mesure, chez plusieurs établissements SSR.

L'accroissement de la dépendance et de la « lourdeur » des patients est une contrainte systématiquement mise en avant dans les EHPAD et USLD et l'on retrouve, dans les propos et réflexions des directions de ces établissements, l'écho des débats sociaux et politiques nationaux sur le vieillissement démographique de la population et les enjeux qu'il représente pour le système de soins¹¹.

Ces appréciations sont la plupart du temps étayées sur l'indicateur GMP (GIR moyen pondéré), mais celui-ci se révèle souvent insuffisant pour rendre compte de toute la complexité des tendances d'évolution des patients accueillis. La notion de dépendance mériterait fréquemment d'être complétée par une approche au niveau des pathologies associées. Seul un des établissements évoque explicitement l'utilisation d'un outil comme PATHOS, qui permet d'objectiver cette dimension. Un autre établissement insiste sur la complexité introduite par les pluripathologies.

Dans les SSR, même si la notion de dépendance n'est pas pertinente, on note tout de même dans plusieurs cas l'augmentation de l'âge moyen et une tendance à l'accroissement de la « lourdeur » des patients, partiellement corrélée semble-t-il au facteur d'âge. Un établissement se déclare spécialisé en « gériatrie médicalisée » même si cette appellation n'est pas validée par l'ARH. On constate que la grande diversité des activités pratiquées sous cette dénomination de « soins de suite et réadaptation » pose d'épineux problèmes de représentation et de suivi de l'activité à des fins de comparaison entre établissements et de répartition des moyens. L'accroissement de la dépendance n'est que l'un des aspects de la question.

Ce « facteur gériatrie » joue un rôle souvent ambivalent dans les stratégies développées.

D'un côté, se positionner dans son offre en affichant sa capacité à prendre en charge des profils de patients plus lourds ou plus dépendants est une façon d'affirmer sa place dans l'offre de soins, de pérenniser un certain niveau d'activité pour l'avenir ou de développer de nouveaux créneaux. Cela sera d'autant plus vrai que ce positionnement sera cohérent avec le SROS et répondra à des enjeux mis en avant par l'ARH, ou bien que la rareté de l'offre permettra aisément de développer l'activité.

D'un autre côté, la reconnaissance de ce positionnement par les financeurs en termes de moyens n'est pas nécessairement acquise, ou du moins pas au niveau jugé souhaitable par les directions (nous avons vu plus haut l'impact des systèmes de financement). De plus, ce positionnement tend à renforcer les difficultés de gestion des ressources humaines compte tenu de la pénibilité du travail dans ces activités et du déficit d'attractivité généralement enregistré.

¹¹ La littérature sur le sujet est abondante. Citons entre autres les travaux récents du Commissariat général du plan (séminaires du groupe de projet Geste) : « La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie », *Les Cahiers du Plan*, n°1, avril 2005

C'est pourquoi nous avons vu à la fois des établissements qui avaient fait de l'acceptation de profils « lourds » une façon de trouver leur place dans le paysage régional, et des établissements qui, après avoir fait cette démarche, s'interrogent aujourd'hui sur l'opportunité de changer de stratégie pour retourner, soit vers du sanitaire pur, soit vers une logique EHPAD traditionnelle. La coexistence dans un même établissement de plusieurs formes de prises en charge (court séjour, SSR et USLD) est un facteur qui peut également permettre des stratégies d'offre « à géométrie variable » au fil du temps.

Au final, constatons que cette spécificité gériatrique est très présente dans les raisonnements et les stratégies d'offre, sous de multiples formes, croisant les dimensions sanitaires et sociales. Certaines directions s'interrogent sur les évolutions éventuelles des financements compte tenu du vieillissement de la population, notamment en ce qui concerne la part assurée par les conseils généraux.

La façon de prendre en compte cette dualité sanitaire et sociale (renvoyant aux notions complémentaires mais différentes de dépendance et de lourdeur des pathologies) reste une question assez floue dans un certain nombre de situations. Si elle est relativement claire dans les EHPAD de type maison de retraite depuis les conventions tripartites, elle reste un point d'interrogation pour certaines USLD ou certains établissements SSR. On touche ici aux limites inhérentes au découpage des établissements selon des catégories d'activité, face au continuum des situations de prise en charge des patients âgés.

2.2 Le développement de l'ambulatoire

Cette tendance concerne prioritairement les cliniques MCO et un certain nombre de SSR. Mais on note aussi, en gériatrie, le développement de places d'accueil de jour, notamment pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Ce développement est un volet important des stratégies dans plusieurs établissements. La première raison est bien sûr la nécessité de rester en phase avec l'évolution des techniques médicales et des attentes des patients autour d'une prise en charge courte. En termes d'image de l'établissement et d'étendue de l'offre, c'est un point important.

Cette orientation impose souvent une modernisation des équipements du plateau technique, et une attention plus soutenue à ses conditions d'utilisation (par exemple en termes de temps ou de taux d'utilisation). On peut constater que ce développement de l'ambulatoire s'accompagne dans plusieurs cas d'investissements lourds (construction de nouveaux sites ou modernisation des blocs).

Du point de vue tarifaire, les activités ambulatoires sont présentées souvent comme plus intéressantes sur le plan économique. Il s'agit bien alors d'optimiser le financement de l'établissement au regard de son « mix produit », et dans plusieurs établissements, cette stratégie nous a été présentée comme quasi-incontournable sur le plan financier (avec en complément le développement de recettes annexes de type suppléments hôteliers).

Il est probable cependant que, sauf exception, cette activité ambulatoire soit vouée à rester minoritaire dans la plupart des établissements, au moins dans les années à venir. Une des raisons en est notamment la nécessité de conserver dans l'établissement l'éventail complet des

interventions réalisables dans une spécialité chirurgicale donnée pour conserver une image de compétence et pour maintenir l'attractivité vis-à-vis des médecins.

Mentionnons aussi, dans certains cas, le rôle joué par la fonction d'Upatou, qui constitue une forme de « sas d'entrée », et contribue au recrutement et à l'image de l'établissement.

3. L'impact de l'environnement social

3.1 Des évolutions de Convention Collective plus préoccupantes que la RTT

Le point majeur à retenir en ce domaine est la différence d'échelle entre les effets de la RTT et les effets de la rénovation des Conventions Collectives de Branche.

Certes, quelques établissements font part d'une inquiétude liée à la perte des aides Aubry, qui va entraîner un accroissement de leurs charges sociales et risque d'avoir un impact négatif sur l'emploi. Mais globalement, le sentiment majoritaire est qu'aujourd'hui la RTT est en quelque sorte « digérée », les surcoûts ayant été partiellement pris en compte par une adaptation des financements, et partiellement par une adaptation des organisations et des gains d'efficacité.

Par contre, beaucoup de directions estiment que la rénovation des Conventions Collectives n'a pas encore, loin de là, produit tous ses effets, et que le risque est important de voir dans les années qui viennent des surcoûts permanents lourds à supporter (soit du fait des règles sur l'ancienneté, soit sur les coûts de départ en retraite). Plusieurs ont évoqué la possibilité d'un inflexionnement des politiques de recrutement en conséquence (rajeunissement et renouvellement des populations), mais ces politiques sont encore virtuelles. Il conviendra cependant à l'avenir de rester vigilant sur cet aspect.

Il faut rappeler que ces rénovations avaient pour objet notamment de rapprocher les niveaux de rémunération entre le privé et le public, et qu'il faut mettre en face de ces surcoûts évoqués par les établissements, des effets induits très probablement positifs en termes d'attractivité des emplois du secteur privé. On note en effet que le thème des difficultés de recrutement est beaucoup moins évoqué aujourd'hui qu'au moment de la RTT, sauf pour des catégories bien particulières, ou dans des contextes géographiques peu favorables.

Il reste que certains établissements estiment que les effets de moyen et long terme de ces mesures n'ont pas été assez anticipés au moment de leur définition, et que les financeurs n'ont pas pris toute la mesure de leurs impacts financiers, ce qui conduit finalement à les pénaliser.

3.2 Des politiques de GRH tirées par les questions d'attractivité

Nous constatons que dans l'ensemble, les politiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre pendant la période ont été fortement marquées par des questions d'attractivité des emplois, en lien avec des politiques d'attractivité vers les médecins et vers les clients. Cette tendance a eu des impacts sensibles sur l'accroissement des coûts de personnel.

Les tensions du marché du travail induites par les effets de la RTT au début des années 2000 ont bien sûr été un élément important de cette problématique. Les écarts de salaires, avant que la rénovation des conventions collectives n'intervienne, ont également joué un rôle important dans certains établissements.

Cependant, cette problématique perdure au-delà de ces deux aspects. D'une part, du fait de l'influence du « facteur gériatrique » évoqué plus haut, les questions de pénibilité du travail sont à prendre en compte, alors que la population salariée vieillit et que les phénomènes d'absentéisme risquent d'être plus difficiles à gérer. D'autre part, les particularités locales restent importantes, notamment lorsque le marché du travail est assez étroit compte tenu de l'éloignement d'une métropole. Il est alors important de fidéliser les salariés.

Il est intéressant de noter que ces politiques ont su jouer de leviers autres que la rémunération, même si celle-ci reste un argument important (niveau salarial mais aussi accords d'intéressement ou primes) : la qualité de l'organisation du temps de travail, la qualité des relations sociales, l'attention portée au management de proximité, parfois l'existence de services sociaux (crèches), ainsi que des perspectives de parcours professionnels, ont également été mobilisés en divers endroits pour favoriser le recrutement et la fidélisation.

Le dialogue social interne, lorsqu'il est suffisamment présent (car dans un certain nombre de cas, il semble réduit au minimum de base), semble aussi participer de cette tendance. Globalement, sauf quelques exceptions, il semble assez constructif (par exemple autour d'accords d'intéressement) et permettre une certaine mobilisation des soignants autour des projets lourds.

3.3 Des organisations à la recherche d'une rigueur gestionnaire

Les nouveaux systèmes de financement induisent nous semble-t-il des effets significatifs : le développement au sein des organisations dans leur ensemble d'un état d'esprit davantage orienté vers la rigueur.

La T2A ou la convention tripartite ne sont pas seuls à l'origine de cette tendance. L'accréditation, ainsi que la nécessité de prendre en compte les normes de fonctionnement imposées par les textes, qui touchent de plus en plus de domaines de l'activité, y contribuent largement. Plusieurs établissements rencontrés soulignent d'ailleurs le coût induit de ces démarches d'accréditation et du respect des normes, soit en temps investi, soit en coûts matériels. Nombreux sont les établissements à avoir développé des procédures et à avoir amélioré leurs outils de recueil d'informations (dossier informatisé du patient, PMSI...),

Notre sentiment est même que les fonctionnements ont évolué beaucoup plus sous l'effet de ces contraintes gestionnaires et normatives que sous l'effet de projets organisationnels au sens habituel du terme (c'est-à-dire portant sur la répartition des tâches, sur les processus de travail, sur les modes de coordination de l'activité entre services...). Nous constatons en effet la faible fréquence de projets de cette nature, sauf lorsque des projets architecturaux importants (reconstruction ou modernisation) imposent de revoir dans leur ensemble certaines organisations : on voit par exemple que la modernisation de blocs peut induire une réflexion organisationnelle de fond sur l'optimisation des temps d'utilisation. Mais la RTT n'a pas eu la

plupart du temps d'effet marqué sur les organisations du travail, à l'exception de quelques aménagements ciblés (transmissions).

On peut donc avancer l'idée que, dans l'approche des établissements, « la gestion domine l'organisation ».

Annexe 1

Les aides à la RTT

Les allègements de charges sociales destinés à aider les entreprises à mettre en oeuvre la RTT ont pris deux formes successives.

Dans la loi incitative « Aubry » de juin 1998, l'aide prenait la forme d'un abattement forfaitaire dégressif des cotisations sociales employeur pour chaque salarié concerné par la RTT :

- 9 000 F par an la première année (accords signés avant le second semestre 1999)
- Dégressivité de 1 000 F par an jusqu'à la cinquième année (5 000 F)

L'accès à cette aide était subordonné à une RTT de 10 % au moins, et à une embauche de 6 % au moins, avec un engagement de maintien de l'emploi sur deux ans.

Dans la loi de généralisation « Aubry 2 », l'aide prenait la forme de :

- une aide structurelle de 4 000 F par salarié et par an,
- un allègement complémentaire pour les bas salaires jusqu'à 1,8 fois le SMIC

L'aide maximale au niveau du SMIC se montait à 21 500 F par an et par salarié.

L'aide supposait la réduction effective à 35 h/semaine ou 1600 heures par an, mais n'était plus conditionnée par un engagement quantitatif sur l'emploi.

La loi Fillon de janvier 2003 a introduit un nouveau mécanisme d'aide, déconnecté du niveau de durée du travail, qui fusionne les ristournes sur les bas salaires et les allègements de charges de la loi Aubry. Le montant de l'allègement dépend d'un coefficient de réduction fonction du salaire horaire. Le maximum est de 26 % du salaire brut horaire. La réduction est dégressive et s'annule au-delà de 1,7 SMIC.

Annexe 2

La rénovation des Conventions Collectives

Les établissements analysés relèvent de deux Conventions Collectives.

Celle de l'Hospitalisation Privée à but lucratif a été signée en avril 2002 et étendue en novembre 2003.

Celle de l'Hospitalisation Privée à but non lucratif est issue de la Convention Collective dite « de 1951 », et a été rénovée en 2002-2003 par de nombreux avenants.

Les organisations patronales principales sont :

- La FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée) qui représente environ 1300 établissements, soit la quasi-totalité du secteur à but lucratif (www.fhp.fr)
- La FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif), qui regroupe 2850 établissements (www.fehap.fr)
- Le SYNERPA (Syndicat nationale des établissements et résidences privées pour personnes âgées), qui regroupe 1500 établissements (www.synerpa.fr)

Annexe 3

Les conventions tripartites EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Mis en œuvre progressivement depuis 2001, ce nouveau mode de financement distingue trois volets dans le budget d'un établissement :

- un volet soins pris en charge par l'assurance maladie,
- un volet dépendance pris en charge par le département via l'Allocation personnalisée dépendance (APA),
- et un volet hébergement restant à la charge du résident (ou pris en charge par l'aide sociale).

Les montants de ces trois volets sont négociés dans une convention signée entre l'établissement, la Ddass et le conseil général, en fonction notamment du degré de dépendance des patients accueillis (quantifié par l'indicateur GMP).

La réforme concerne les établissements ayant un GMP supérieur à 300 et plus de 25 lits. Tous les EHPAD doivent normalement avoir signé une convention avant fin 2005.

Voir par exemple « Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées », par P. LOUIS, Éditions Seli Arslan (2004) ou www.personnes-agees.gouv.fr