



*Un ensemble de monographies portant sur 20 établissements de santé et médico-sociaux du secteur privé permet de dégager certains traits de l'évolution de leurs conditions d'activité sur la période 1998 à 2003. Les établissements de santé sélectionnés sont soit des cliniques, soit des établissements de soins de suite et de réadaptation, soit des unités de soins de longue durée, soit des maisons de retraite. Les premières sont confrontées à des problématiques d'optimisation ou de développement, dans un contexte à la fois coopératif et concurrentiel. Les secondes connaissent des incertitudes relativement prononcées en matière d'activité et de financement, tandis que les troisièmes se caractérisent par des stratégies de positionnement spécifique dans les filières gériatriques. Les maisons de retraite semblent quant à elles se situer à mi-chemin dans leur adaptation aux enjeux de la dépendance, avec des questionnements sur l'évolution future des prix d'hébergement. En tout état de cause, les réformes intervenues en matière de régulation de l'offre et de tarification ont joué un rôle important sur la situation des établissements, de même que la révision des conventions collectives, qui influe désormais davantage que la réduction du temps de travail sur le contexte économique et social auquel ils sont confrontés.*

**Michel PEPIN\*** et **Dominique TONNEAU\*\***  
\* Essor consultants  
\*\* École des Mines

## Environnement et trajectoires des établissements sanitaires et sociaux privés entre 1998 et 2003 les enseignements d'une étude monographique

À la fin de l'année 2004, une étude qualitative a été lancée à l'initiative de la Drees sur les incidences des changements récents de l'environnement économique et social des établissements sanitaires et médico-sociaux, en les mettant en regard de l'évolution de la réglementation, de leur situation économique, et de l'évolution des organisations (encadré 1).

Si la réduction du temps de travail a constitué un changement important dans la période 1998-2000, d'autres facteurs sont intervenus dans l'environnement de ces établissements :

- la fin des exonérations de charges sociales liées à la réduction du temps de travail (RTT), prévues par les lois Aubry (encadré 2) ;
- la rénovation des conventions collectives (FHP et FEHAP), intégrant notamment des mesures sur les rémunérations (encadré 4) ;
- les réformes des systèmes de financement : conventions tripartites pour les maisons de retraite et unités de long séjour, perspective de la tarification à l'activité (T2A) pour les cliniques ;
- la mise en place d'aides spécifiques telles que le Fonds de modernisation des cliniques privées.

Ces modifications institutionnelles sont intervenues dans un contexte où les établissements étaient confrontés à des difficultés de recrutement et, dans certains cas, à des phénomènes de concurrence entre eux.

L'étude visait donc à proposer une lecture des trajectoires globales des établissements, en prenant en compte les liens entre les questions économiques et financières, les relations sociales, les problèmes de recrutement, et les réorganisations. Au-delà des statis-

tiques disponibles, il s'agissait d'obtenir une appréhension qualitative des tendances à l'œuvre dans ces secteurs. De ce fait, l'approche par monographies d'établissements est apparue pertinente. Sans viser en aucun cas la représentativité, elle permet, en effet, de caractériser les principaux changements que les établissements ont eu à conduire pendant la période et la diversité des façons de les mettre en œuvre.

Il est rare de disposer d'informations relatives aux trajectoires globales d'établissements sur une durée aussi longue. En effet, dans beaucoup de cas, les données se sont avérées difficiles à collecter car partielles, lacunaires et hétérogènes. On a aussi éprouvé une grande difficulté à reconstituer les indicateurs pertinents sur l'ensemble de la période, compte tenu des modifications de périmètre d'activité, ou des évolutions du système de gestion. En particulier, si on trouve assez facilement les indicateurs financiers, les indicateurs concernant l'activité sont, de façon surprenante, peu faciles à reconstituer sur la période envisagée.

Le matériau recueilli a permis de caractériser les principaux facteurs structurants des trajectoires observées, que nous avons regroupé en quatre catégories :

- l'évolution de l'activité, en capacité et en nature de l'offre ;
- l'environnement social (RTT, conventions collectives, marché du travail,...) ;
- l'environnement financier et réglementaire (tarification, subventions, normes, accréditation, ...)
- les choix d'organisation (sous-traitance, processus de travail, management,...).

Cette étude qui ne vise en aucun cas la représentativité dans la mesure où elle s'est limitée à 20 établissements aussi divers que possible, dont au plus 7 dans la même catégorie, permet toutefois de dégager un certain nombre de constats qui se retrouvent de façon transversale, en particulier en ce qui concerne l'environnement social et l'organisation des établissements. Dans une première étape, et en tenant compte une nouvelle fois du caractère qualitatif des résultats obtenus sur la base de monographies en nombre limité, une vision particulière sera donnée pour chaque catégorie, en insistant sur les éléments spécifiques à son activité et à son système de financement.

### **Les cliniques MCO : de l'optimisation au développement**

Sept établissements, dont un participant au service public hospitalier (PSPH)

ont donné lieu à une monographie détaillée.

### **■ Un contexte de concentration et de restructuration**

La moitié de ces cliniques a connu des augmentations de capacité en lits, liées à des fusions ou à des reprises d'activités lors de la fermeture d'autres établissements. On note également l'impact du développement des activités ambulatoires dont les volumes présentent des taux de croissance beaucoup plus importants que les journées d'hospitalisation complète, qui tendent plutôt à stagner ou à régresser. La création d'Upatou<sup>1</sup> est à noter dans 2 cas. Cependant, l'ampleur quantitative de ces évolutions reste limitée, sauf dans un cas de fusion d'établissements.

Tendanciellement, on observe donc une concentration accrue au sein du tissu des établissements. Ceci s'accompagne, dans plusieurs cas, d'opérations de modernisation importantes (modernisation de blocs opératoires, agrandissements, voire reconstruction complète), qui peuvent impulser des changements d'organisation significatifs, par exemple en termes d'optimisation de l'utilisation des équipements ou de répartition des effectifs dans les unités de soins.

### **■ Un environnement à la fois coopératif et concurrentiel**

Les situations concurrentielles de ces établissements sont très dépendantes de leur contexte territorial. On peut distinguer deux grands cas de figure pour les établissements à but lucratif.

Dans une première configuration, on trouve des territoires de taille moyenne avec un petit nombre d'acteurs (le CH public et une ou deux cliniques), et une attractivité significative du CHU le plus proche, conduisant à des pertes de patients pour certaines spécialités. Le jeu concurrentiel territorial s'articule alors en général avec une coopération nécessaire pour défendre l'attractivité globale de l'offre de soins du territoire. Ces coopérations entre le public et le privé se traduisent par diverses conventions, voire des associations loi 1901.

Dans une seconde configuration, l'établissement se situe dans une zone urbaine importante, comprenant un CHU et un nombre plus élevé d'établissements privés. La logique concurrentielle est alors davantage présente, ce qui n'exclut pas des coopérations ciblées (mutualisation d'équi-

pements lourds, appartenance à des réseaux,...).

Dans ce dosage, spécifique à chaque contexte, entre concurrence et coopération, les relations avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) jouent un rôle important. Elles sont majoritairement coopératives dans les cas analysés, et le positionnement de l'offre de soins de l'établissement est défini en synergie avec les orientations du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Néanmoins, ces relations peuvent parfois se tendre lorsque les approches des priorités restent divergentes. C'est le cas de l'établissement PSPH de l'échantillon où, malgré la signature formelle d'une convention de syndicat interhospitalier avec le CH, qui prévoit un scénario de partage des activités, la clinique reste en désaccord sur les orientations proposées par l'ARH et développe une stratégie de maintien d'activités qu'elle juge essentielles à sa pérennisation.

### **■ Des évolutions salariales pour partie liées aux problèmes de recrutement**

Les évolutions tarifaires observées sont particulièrement significatives à certaines étapes des trajectoires des établissements, lorsque la structure d'activité évolue ou lorsque des investissements importants sont réalisés. Un autre facteur a joué de façon notable sur l'environnement financier : la prise en compte de l'alourdissement des coûts salariaux lié à l'application des nouvelles dispositions des

## **E • 1**

### **Méthodologie**

*L'échantillon a compris 20 établissements répartis dans 8 régions :*

- 7 cliniques de soins aigus (MCO) ;
- 5 établissements pour soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- 3 unités de séjours de longue durée (USLD) ;
- 5 maisons de retraite (MDR).

*Les monographies d'établissements ont été 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, Roberto GASSANI, et Bertrand PILLOT.

*Un dispositif de coordination a été confié à Essor consultants, assisté du Centre de gestion scientifique de l'École des Mines de Paris.*

1 - UPATOU : Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

conventions collectives. Dans certains cas, les salaires ont été nettement revalorisés, avec par exemple, dans un établissement, une augmentation du salaire moyen par soignant de 16,5 % entre 2001 et 2002.

Dans l'ensemble, la RTT a été anticipée par les établissements (6 accords Aubry 1), avec des effets sur l'emploi de l'ordre des 6 % nécessaires pour bénéficier des allègements de charges sociales. Ces derniers ont pu atteindre des niveaux de l'ordre de 3 à 4 % du chiffre d'affaires au début des années 2000, mais l'effet est aujourd'hui largement atténué avec le passage au régime de la loi Fillon (de l'ordre de 1,5 à 2 % du CA).

Globalement (à l'exception du PSPH), les coûts de personnel se situent aujourd'hui dans une fourchette de 40 à 53 % du chiffre d'affaires, données qu'il faudrait corriger du poids très variable de recours à l'intérim, qui peut monter jusqu'à 15 % de la masse salariale dans certains cas. La tendance d'évolution de ce ratio peut se révéler très différente selon les établissements sur la période analysée, du fait des dates d'application de la RTT, des impacts différenciés des conventions collectives selon le niveau et la structure initiale des rémunérations, et des difficultés plus ou moins fortes de recrutement. En effet, certains établissements, pour accroître leur attractivité en terme d'embauche pour les soignants, ont dû faire preuve d'inventivité, avec par exemple le développement d'accords d'intéressement, ou de primes liées aux résultats, ce qui a induit une augmentation des coûts de personnel. Des démarches plus qualitatives ont également été utilisées, en cherchant par exemple à utiliser la qualité de l'organisation du temps de travail (stabilité des roulements,...) ou l'existence de services (crèches,...) comme arguments.

En fin de compte, l'analyse de la situation économique des établissements, telle que l'on peut la caractériser à travers deux ratios de synthèse (l'excédent brut d'exploitation EBE et le résultat net RN, rapportés au chiffre d'affaires CA), ne montre pas de tendance commune marquée : le ratio EBE/CA est compris en général entre 2 et 8 %, et le ratio RN/CA entre 0 et 4 %.

En résumant de façon globale les trajectoires observées, on peut identifier trois cas de figure :

- un cas particulier de stratégie de « survie », dans un contexte de relations tendues avec l'ARH et de grande incertitude sur l'avenir ;

- une logique de développement qui caractérise 3 cliniques auxquelles la recomposition de l'offre de soins sur le territoire a offert des opportunités de création ou de reprise d'activités ;

- une logique d'optimisation permanente, à l'œuvre dans 3 autres cas, où l'offre de soins est relativement stabilisée dans sa structure et où l'enjeu pour la clinique est de maintenir ses atouts pour pérenniser son activité.

### **Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) : des incertitudes en matière d'activité et de financement**

L'échantillon comprenait cinq établissements, dont deux centres de convalescence, deux instituts de rééducation fonctionnelle, et une structure multicentrique de soins extra-hospitaliers ; quatre sont des associations loi de 1901, dont deux liées à des organismes d'assurance maladie, et deux dues à des initiatives privées. Le cinquième est une petite société commerciale.

Les activités de ces établissements sont assez diversifiées, et mettent en jeu des prises en charge de lourdeur différente. Le terme générique « soins de suite et réadaptation » (SSR) semble d'ailleurs recouvrir plusieurs types d'activité et de nomenclatures auxquels les établissements font référence, sans que les correspondances entre eux apparaissent clairement.

### **Des capacités de plus en plus tournées vers la prise en charge des personnes âgées**

Sur la période, les capacités sont restées stables dans 4 des 5 établissements de l'échantillon, le cinquième ayant connu une légère baisse en échangeant des lits de MCO contre la reconnaissance de son activité SSR. Il est intéressant de noter que l'ARH raisonne dans ce cas sur la capacité théorique de l'établissement, tandis que celui-ci considère qu'il ne peut ouvrir qu'un nombre de lits inférieur, compte tenu des moyens dont il dispose<sup>2</sup>.

Il semble que ces établissements ont tendance à s'orienter de façon naturelle vers la prise en charge de personnes âgées (pour les établissements où la moyenne d'âge est connue, elle dépasse les 65 ans). Les projets qu'ils mettent en avant vont tous dans le sens d'une prise en charge plus adaptée de patients âgés, en restructurant l'offre proposée. Le recrutement se régio-

nalise de plus en plus, en lien avec les orientations des SROS (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 reconvertir vers des besoins locaux. Dans notre échantillon, cette orientation était d'autant plus sensible que 3 établissements appartiennent à des régions limitrophes de la région parisienne, dont ils ont longtemps accueilli des patients. Ce recentrage explique aussi la nécessité pour eux d'amorcer un virage vers la gériatrie, virage parfois contraint, mais néanmoins conduit de façon volontaire pour s'assurer un taux d'occupation qui leur permette de garder leurs moyens. L'un des objectifs des établissements est alors de conserver une activité équilibrée, sans se concentrer sur les cas les plus lourds, évités par les autres segments du système de soins. Dans ces conditions, les relations sont suivies et importantes entre les dirigeants des établissements (dirc-

## **E•2**

### **Les aides à la RTT**

*Les allègements de charges sociales destinés à aider les entreprises à mettre en œuvre la RTT ont pris trois 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 heures/semaine ou 1 600 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.*

2 — On a donc alors deux séries d'indicateurs selon la capacité retenue.

tions, mais aussi administrateurs) et les instances régionales de concertation et de tutelle.

Ils ont dans ce cadre aussi des relations avec des structures plus médicalisées (hôpitaux du voisinage, ou CHU de la région), soit pour assurer la prise en charge de patients lors d'épisodes de soins aigus, soit pour leur servir de structures aval : les établissements sont alors dépendants de l'orientation des patients que réalisent les hôpitaux et les cliniques MCO. On ne peut pourtant pas dire que la notion de filière gériatrique soit clairement présente dans les différents cas étudiés.

#### ■ Des difficultés ressenties en matière de management et de financement

Sur les cinq cas analysés, la RTT a été partout mise en œuvre, et a bien donné lieu à embauches, et à aides. Mais 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 n'avait nécessité que quelques ajustements. Pendant la période étudiée, les effectifs sont restés stables, à nombre de places constant.

En ce qui concerne la motivation des personnels, la situation dépend semble-t-il de la nature de l'activité et du projet de l'établissement. Les difficultés à attirer des infirmières et même des médecins sont attribuées au manque d'attractivité de la discipline gériatrique, et vers les différentiels de rémunérations qui existent pour ces personnels par rapport à d'autres structures (cas des hôpitaux publics notamment).

Pour leur financement, les établissements ne bénéficient pas encore de la tarification à l'activité. Mais la dépendance des patients n'est pas un facteur suffisamment important pour que des conventions tripartites y soient mises en œuvre comme dans les EHPAD (encadré 3). De ce fait le financement de ces établissements s'établit sur la base soit du prix de journée (cas le plus fréquent), soit à travers la dotation globale, 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.

Plusieurs établissements rencontrés signalent, à cet égard, que les efforts déployés pour adapter leur structure aux nécessités des soins, ou même pour répon-

dre aux souhaits des ARH et aux orientations des SROS, ne sont pas suffisamment pris en compte, ou ne le sont qu'avec retard, ce qui les oblige à faire l'avance d'investissements lourds, en ponctionnant leurs associations supports, ou en recourant à l'emprunt. 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 indicateurs économiques mesurés habituellement, EBE (excédent brut d'exploitation) et RN (résultat net) sur CA (chiffre d'affaires), montrent une situation tendue, voire difficile, avec peu de marge de manœuvre ; surtout les ratios RN/CA sont tous en nette baisse vers la fin de période, ce qui correspond aux préoccupations exprimées précédemment.

Le management semble encore peu développé dans ces structures, mais commence à prendre de l'importance, notamment sous l'effet des contraintes financières. Le déficit de cadres est peut-être aussi une raison à l'absence de réflexion sur l'organisation du travail. De plus, le manque d'outils 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.

En résumé, les établissements de soins de suite et de réadaptation examinés dans l'étude, ont du mal à faire reconnaître la spécificité de leur activité et à obtenir les budgets qu'ils estiment nécessaires. Ayant à traiter des patients en suite de soins aigus, mais présentant certains niveaux de dépendance (augmentation de l'âge moyen et de la dépendance moyenne des patients), ils ne sont pas inclus dans les systèmes de tarification à l'activité ni de prise en charge de la dépendance appliquée aux EHPAD. Ils ne disposent pas d'un système unique de représentation chiffrée de leurs activités, si bien que les tutelles ont probablement du mal à les comparer, entre eux ou à d'autres structures.

#### **Les unités de soins de longue durée (USLD) : des stratégies de positionnement spécifiques**

Trois unités ont été analysées. Elles présentent comme caractéristique com-

mune, d'une part d'avoir un statut à but non lucratif, participant au service public hospitalier (PSPH) et d'autre part d'avoir conclu une convention tripartite d'EHPAD (encadré 3), ce qui les rapproche de la situation des maisons de retraite qui seront évoquées plus loin. Ceci cependant n'est pas le cas général puisqu'à fin 2003, 18 % seulement des unités de soins de longue durée avaient signé ce type de conventions. De fait, ces unités se trouvent dans une situation intermédiaire entre une approche sanitaire, dans la mesure où les patients accueillis présentent souvent des pathologies assez lourdes, et une approche sociale de prise en charge de la dépendance.

#### ■ Le développement de filières gériatriques, centrées sur la complémentarité des prises en charge

Une autre caractéristique est importante à prendre en compte : il s'agit de la nature de l'établissement dans lequel se situe l'unité. En effet, dans deux cas, l'unité est intégrée dans un établissement à vocation gériatrique, au sein duquel coexistent des services de médecine gériatrique de court séjour, des services de soins de suite et réadaptation, et l'unité de long séjour. Dans le troisième cas, l'unité s'inscrit par contre dans une polyclinique généraliste.

Lorsque l'unité est intégrée dans un établissement gériatrique, on constate une approche plus globale, ancrée sur la notion de filière gériatrique. Les stratégies de recrutement des patients et de gestion de

#### **E•3**

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

*Mis en œuvre progressivement depuis 2001, ce nouveau mode de financement distingue 3 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.*

leurs parcours peuvent en effet s'appuyer sur la complémentarité de ces différents modes de prise en charge. Les coopérations en amont et en aval peuvent aussi se construire de façon plus cohérente. Par exemple, l'un des établissements a développé une coopération étroite avec un établissement PSPH voisin, disposant d'un service d'accueil des urgences, ce qui lui permet de réguler son flux de recrutement (50 % de ses entrées sont issues des Urgences de ce PSPH). Ceci passe notamment par le partage d'une équipe mobile de gériatrie. En aval, cet établissement a également développé des coopérations avec les maisons de retraite ou les EHPAD. Il est également très impliqué dans le CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique) de son secteur.

Ainsi, cette insertion dans une filière gériatrique et dans des réseaux de coopération se révèle beaucoup plus structurante que la notion de « situation concurrentielle », qui apparaît peu pertinente dans ce type d'activité compte tenu du déséquilibre entre l'offre et la demande. Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'unité appartenant à une polyclinique généraliste a entrepris le développement d'un projet gériatrique qui a de nombreux points communs avec les stratégies observées dans les hôpitaux gériatriques.

### ■ De nouveaux processus gestionnaires liés à la réforme des modes de financement

Du point de vue financier, ces établissements gériatriques se trouvent aujourd'hui en situation de gérer conjointement trois systèmes de financement :

- la tarification à l'activité, depuis mars 2005, pour les services de court séjour ;
- la dotation globale ou les prix de journée pour les services de soins de suite et réadaptation ;
- la convention tripartite pour l'unité de soins de longue durée.

Cette évolution des structures de financement a conduit les établissements à construire une représentation gestionnaire autonome de l'activité de long séjour, à clarifier et améliorer leurs systèmes de gestion, de façon à pouvoir identifier et répartir les différentes sources de coût entre les trois natures d'activités. Dans un cas, ceci a induit une restructuration organisationnelle par pôles d'activité. L'introduction de la T2A a conduit un autre établissement à réfléchir assez finement à l'approche des durées de parcours des

patients entre le court séjour, les soins de suite et le long séjour. La création en 2005 de lits de soins de suite et réadaptation va lui permettre de fluidifier ces parcours et probablement d'optimiser les effets de la T2A.

Le tableau 1 compare la structure des financements de ces trois établissements, et permet de constater que ceux liés à la dépendance semblent bien corrélés à la lourdeur de la situation des patients accueillis, appréhendée à travers l'indicateur GMP<sup>3</sup>. Par contre, le poids des financements liés aux soins ne correspond pas toujours à la représentation de l'activité mise en avant par l'établissement. Ainsi, USLD2 soulève la question de la reconnaissance de la lourdeur de ses patients, non seulement en termes de dépendance, mais aussi au niveau des pathologies, souvent multiples chez les personnes âgées. Il estime que le volet soins de sa convention ne reconnaît pas complètement la spécificité de cette activité de « soins gériatriques », et le met en difficulté structurelle.

Au niveau des facteurs sociaux, on peut mentionner que ces établissements font face à une difficulté particulière liée à la pénibilité que revêt le travail avec des personnes âgées dépendantes. Cette pénibilité est à la fois physique (manuten-tions,..) et mentale (prise en charge de la maladie d'Alzheimer, relation à la dégradation des personnes et à la mort,...). Le vieillissement démographique des personnels accentue le problème et peut engendrer des problèmes d'absentéisme ou de démotivation.

### Les maisons de retraite (MdR) : à mi-chemin dans l'adaptation aux enjeux de la dépendance

L'échantillon se compose de cinq établissements. Trois établissements sont des associations loi de 1901, revendiquant des valeurs d'humanisme et de prise en charge compassionnelle des personnes âgées. Les deux autres sont des sociétés commerciales. Toutes ont signé une convention tripartite pour passer en EHPAD, et cette transformation est jugée à la fois structurante et favorable pour l'établissement.

### ■ Un enjeu d'adaptation à une clientèle de plus en plus dépendante

Sur l'ensemble de la période, les capacités des établissements étudiés sont restées à peu près stables, avec une légère

orientation à la baisse, dont on peut s'étonner dans une période où le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. 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.

Les directions de ces établissements invoquent toutes l'accroissement de la dépendance des personnes résidentes comme un facteur nécessitant de disposer de moyens plus importants pour y faire face. Les maisons de retraite étudiées (sauf une exception parmi les associations) ont d'ailleurs toutes des sections de cure médicale, ce qui semble confirmer que la lourdeur des dépendances y est importante. Le tableau 2 présente l'évolution de l'indicateur GMP. On voit que certains établissements manquent d'une vision complète de leur évolution sur ce plan. Par ailleurs, si pour certains il existe effectivement une tendance continue à l'augmentation de la dépendance des personnes accueillies, d'autres enregistrent parfois des fluctuations, probablement en fonction des variations de rythme des sorties et des politiques de recrutement.

Les projets des cinq établissements étudiés vont tous dans le sens d'une prise en charge plus adaptée de la grande dépendance, soit en prévoyant des augmentations de moyens pour y faire face (en personnel, ou en investissements, via notamment une rénovation ou un aména-

### T • 01 les structures de financement des USLD

	USLD1	USLD2	USLD3
Soins	42,3 %	33,7 %	40,1 %
Dépendance	14,1 %	10,0 %	12,4 %
Hébergement	43,6 %	56,3 %	47,5 %
GMP	851	825	841

Sources : étude du Centre de gestion de l'École des Mines et ESSOR Consultants

### T • 02 l'évolution de la dépendance dans les maisons de retraite

	2000	2001	2002	2003	2004
MdR 1	586	673	697	722	766
MdR 2				444	
MdR 3	578		640	622	
MdR 4	520	490	500	527	488
MdR 5		399	454	562	591

Sources : étude du Centre de gestion de l'École des Mines et ESSOR Consultants

3 - GIR moyen pondéré : indicateur de mesure de la dépendance des personnes accueillies

gement des locaux), soit en mettant en place des sections spécialisées pour la prise en charge d'affections spécifiques, comme la maladie d'Alzheimer et les troubles neurologiques. Les coopérations rencontrées sont ponctuelles et visent à assurer aux établissements la possibilité de faire prendre en charge leurs résidents en cas de maladie aiguë.

Compte tenu de la demande d'une part, des possibilités de prise en charge de l'autre, ces maisons de retraite sont confrontées à une liste d'attente importante (mais en l'absence de centralisation départementale, il y a vraisemblablement des redondances). De ce fait, les établissements rencontrés ne se posent pas de question concernant leur taux d'occupation, et ne se vivent aucunement en situation concurrentielle. Elles se présentent d'abord selon les valeurs qu'elles cherchent à promouvoir : la compassion et l'accueil des faibles revenus dans le cas des associations, la qualité de service offert pour les autres structures.

### ■ Un apport apprécié des conventions tripartites mais des questions pour l'avenir notamment sur le prix d'hébergement

Partout la RTT a été mise en œuvre, et de façon anticipée dans quatre cas. Quand il y a eu création d'emplois (deux cas), elles ont été légèrement supérieures à la moyenne de branche ; les conventions tripartites semblent, à cet égard, peut-être avoir permis de dégager quelques marges de manœuvre d'un côté sur la dépendance, de l'autre sur les soins. Les créations d'emplois restent néanmoins faibles en nombre absolu, alors même que les résidents demandent souvent une présence continue. La RTT n'a en outre, pas été l'occasion d'une remise en cause des organisations existantes, et dans les cinq cas, l'impact des conventions collectives est mentionné comme plus significatif en matière de coûts salariaux et de relations sociales.

Le recrutement de personnels est, comme celui des résidents, assez local. Il semble toutefois difficile de mobiliser les agents autour de l'activité de gériatrie, mais les apports financiers liés au statut d'EHPAD ont permis de la rendre un peu plus valorisante. Les dépenses de personnel auraient toutefois plutôt tendance à diminuer dans le total des charges des maisons de retraite étudiées, ce qui renvoie à une augmentation des autres charges plus

forte, notamment en raison des consommables liés à la dépendance.

La principale réforme pour ces établissements a été celle de leur mode de financement. Le passage au statut d'EHPAD, avec la conclusion d'une 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. Les parties soins et dépendance apparaissent maintenant aux directions nettement mieux prises en charge, témoignant aussi d'une reconnaissance du travail effectué.

Néanmoins a été mise en avant la question préoccupante du prix de journée d'hébergement, que les directions voudraient éviter de répercuter en totalité sur les résidents surtout quand elles ont des projets nouveaux coûteux et non encore pris en charge par les tutelles (création d'une section pour Alzheimer par exemple). Les indicateurs économiques montrent en outre, dans plusieurs établissements, une situation tendue, voire difficile, avec une marge de manœuvre limitée du fait de résultats nets négatifs. Dans ce contexte, ces établissements accordent beaucoup d'importance à leurs relations avec le conseil général et la sécurité sociale.

En résumé, même de statut privé, les maisons de retraite rencontrées se posent des questions sur la maîtrise de leur devenir. Elles dépendent des tutelles pour leurs forfaits soins et dépendance et se demandent si les moyens leur seront donnés pour leur évolution à venir.

Elles veulent en outre, accompagner la dépendance croissante des personnes âgées qu'elles accueillent, coefficient GIR<sup>4</sup>, maladies d'Alzheimer, tout en souhaitant ne pas augmenter le prix de journée d'hébergement.

### **Les enseignements transversaux : une modification des clientèles et des mécanismes de régulation**

#### ■ Des trajectoires « précontraintes » par la régulation de l'offre et les systèmes de financement

Un premier sentiment vient à l'esprit en étudiant les trajectoires des 20 établissements observés sur la période 1998-2003 : celui de l'ampleur des contraintes du système dans lequel ils se meuvent. Leurs

stratégies apparaissent ainsi largement « précontraintes » par les modes de régulation de l'offre de soins, et par les systèmes de financement qui leur sont applicables selon la nature de leurs activités.

Les processus de régulation de l'offre jouent ainsi pleinement leur rôle, en particulier au niveau régional à travers le SROS et les orientations exprimées par l'ARH, mais aussi au niveau territorial. C'est notamment le cas lorsque le petit nombre d'acteurs en présence mène à un jeu « concurrentiel-coopératif » qui tend, avant tout, à la 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 plus largement l'insertion des acteurs-clé (directions, membres de conseils d'administration,...) dans les réseaux institutionnels pertinents, constituent, dans ce cadre, des atouts essentiels dans la stratégie des établissements. *A contrario*, on voit dans quelques cas que des tensions entre l'ARH et un établissement peuvent lui être préjudiciables, non seulement en termes de financement, mais aussi en termes d'absence de perspectives. Partager avec l'ARH une vision commune de son positionnement dans l'offre régionale constitue, pour un établissement, une base de travail fondamentale. La dimension concurrentielle caractéristique du secteur privé est en fait fortement articulée à un système de régulation public.

Du côté des systèmes de financement, la période étudiée se caractérise par une modification importante pour les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée (les conventions tripartites concernent tous les établissements analysés), et, pour les cliniques MCO, par la perspective de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) qui n'était pas encore en application mais dont la logique était déjà partiellement intégrée dans la façon d'aborder l'évolution des activités. Les soins de suite et réadaptation sont les seuls établissements à ne pas connaître de perspective d'évolution immédiate, les modalités concrètes de la T2A étant pour ces activités, encore incertaines. Ces changements ont imposé de nouvelles représentations de l'activité et des ressources mobilisées, et donc la mise en œuvre de nouveaux systèmes de gestion. Ceci se révèle dans certains cas très structurant pour l'évolution des organisations, en particulier lorsque coexistent des activités financées différem-

4 - GIR : Groupe ISO Ressources

ment, qui doivent alors faire l'objet d'approches spécifiques. Les stratégies qu'adoptent les établissements en matière d'offre de services et de recrutement de leurs clientèles prennent de plus en plus en compte 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.

Mais les stratégies d'adaptation à ces nouveaux systèmes de financement ne sont pas totalement stabilisées, sous l'effet de tendances partiellement contradictoires. D'un côté, la logique des nouveaux systèmes tend à renforcer les marges de manœuvre des établissements, dans la mesure où l'idée de fond est de mieux relier les financements à la réalité de l'activité et aux efforts d'amélioration de l'efficacité des organisations. Cette logique suppose un effort de transparence accru sur les activités et les moyens : il s'agit de faire reconnaître une stratégie et un projet, dans un système de financement supposé 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 (emploi, aménagement du territoire,...), beaucoup d'établissements pensent irréaliste que les moyens puissent être répartis seulement sur la base de critères objectifs. Selon eux, les logiques de négociation, voire de rapports de force, subsistent, certes tempérées par les améliorations apportées par la connaissance des situations objectives, mais inévitablement marquées par des historiques et des contextes politiques. Derrière ces considérations, c'est la question de la pertinence des outils d'analyse, et la possibilité d'aboutir à des diagnostics partagés qui est posée. Les difficultés rencontrées dans cette étude pour rassembler des données comparables entre établissements renforcent d'ailleurs la pertinence de cette question, quant à la possibilité pour les ARH d'accéder à une connaissance suffisante des situations comparées.

Il faut pourtant noter que, pour les EHPAD et USLD, le conventionnement tripartite semble être pour le moment porteur d'une approche plus satisfaisante de leur activité. La reconnaissance explicite du facteur dépendance, associée à l'identification plus précise des ressources mobilisées, a permis une remise à niveau en matière de financement. Cette nouvelle approche gestionnaire favorise, de plus,

l'élaboration d'une vision plus stratégique et constitue un élément de valorisation d'activités souvent jugées peu attractives.

### ■ Deux facteurs d'évolution importants : la gériatrie et l'ambulatoire

La dimension gériatrique semble, bien sûr, une évidence pour les EHPAD et USLD. L'accroissement de la dépendance et de la « lourdeur » des patients est une contrainte qu'ils mettent systématiquement en avant. Ces appréciations se fondent généralement sur l'indicateur de GMP, mais celui-ci se révèle souvent insuffisant pour rendre compte de la complexité des situations des patients accueillis. La notion de dépendance mériterait ainsi, fréquemment, d'être complétée par une analyse des pathologies associées (les outils tels la grille PATHOS sont encore peu utilisés).

Cette préoccupation centrée sur la gériatrie est également présente sous d'autres formes, dans les établissements de soins de suite et réadaptation. On note dans plusieurs cas, une augmentation de l'âge moyen et une tendance à l'accroissement de la « lourdeur » des pathologies des patients accueillis, partiellement corrélées à l'âge et, qui conduit certains à évoquer le terme de « gériatrie médicalisée » (cette notion mettant en avant l'importance de la dimension sanitaire qui peut être associée à la prise en charge de la dépendance). La grande diversité des activités pratiquées sous la dénomination de « soins de suite et réadaptation » pose ainsi d'épineux problèmes de représentation et de suivi de l'activité à des fins de comparaison entre établissements et de répartition des moyens.

Ce « facteur gériatrie » joue aussi un rôle ambivalent dans les stratégies des établissements. D'un côté, orienter les capacités vers la prise en charge 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 ou de développer de nouveaux créneaux. Cela apparaît d'autant plus porteur que ce positionnement est cohérent avec le SROS et avec les enjeux indiqués par l'ARH, ou que la rareté de l'offre permet aisément de développer l'activité. D'un autre côté, la reconnaissance de ce positionnement n'est pas nécessairement acquise en termes de moyens, ou du moins pas à la hauteur jugée souhaitable face aux efforts

d'investissement ou d'encadrement nécessaires à la prise en charge des dépendances les plus fortes. De plus, ce positionnement tend à renforcer les difficultés de gestion des ressources humaines que connaissent les établissements compte tenu de la pénibilité du travail dans des activités qui restent généralement peu attractives pour les salariés.

Pour ce qui est de l'ambulatoire, le développement 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 maladie d'Alzheimer. Ce développement est un volet important des stratégies menées par 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. Cette orientation favorable à l'image de l'établissement 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.

Du point de vue tarifaire, les activités ambulatoires sont en outre souvent présentées comme plus intéressantes. Il s'agit alors d'optimiser le financement de l'établissement au regard de sa structure d'activité, et dans plusieurs établissements, le recours à l'ambulatoire est présenté comme une stratégie quasi-incontournable. Il est probable cependant que, sauf exception, cette activité ambulatoire soit destinée à rester minoritaire dans la plupart des établissements, au moins dans les prochaines années. Une des raisons en est notamment la nécessité de conserver l'éventail complet des interventions réalisables dans une spécialité chirurgicale donnée, afin de conserver une image de compétence technique et d'attirer des professionnels médicaux de haut niveau.

### ■ Des conventions collectives qui jouent davantage sur le contexte social que la RTT

En ce qui concerne les facteurs d'ordre social, l'un des résultats de l'étude est de relativiser les effets « résiduels » de la RTT, quatre ans après sa mise en place, et de signaler l'impact des rénovations des conventions collectives (encadré 4), intervenues en 2002-2003 en particulier en termes d'augmentation des rémunérations moyennes et des effets de l'ancienneté.

Certes, quelques établissements font part d'une inquiétude liée à l'échéance des aides Aubry susceptible d'entraîner un accroissement de leurs charges sociales. Mais globalement, le sentiment majoritaire est qu'aujourd'hui la RTT est « absorbée », les surcoûts ayant été à la fois pris en compte par une adaptation des financements, par une évolution des organisations et des gains d'efficacité. Par contre, beaucoup de directions estiment que la rénovation des conventions collectives est loin d'avoir produit tous ses effets, et elles manifestent l'inquiétude de supporter dans les années à venir des surcoûts permanents (soit du fait des règles d'ancienneté, soit des coûts de départ en retraite). Plusieurs ont évoqué la possibilité d'un infléchissement de leurs politiques de recrutement pour y faire face, mais ces politiques sont encore peu développées.

Ces rénovations des conventions collectives qui avaient notamment pour objet de rapprocher les niveaux de rémunération entre les secteurs privé et public, ont toutefois des effets induits 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 par les établissements aujourd'hui qu'au moment de la RTT, sauf pour des catégories bien particulières (infirmières bloc opératoire,...), ou dans des contextes géographiques peu favorables. Il reste que, selon certains établissements, les effets de moyen et long termes de ces mesures n'ont pas forcément été anticipés dans toutes leurs implications au moment de leur négociation, et les financeurs n'ont pas pris toute la mesure de leurs impacts financiers.

#### ■ Des politiques de gestion des ressources humaines tirées par les questions d'attractivité

Dans l'ensemble, les politiques de ressources humaines mises en œuvre pendant la période ont été fortement marquées par des questions d'attractivité des emplois. 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 public-privé, avant la rénovation des conventions collectives, ont également pesé pour certains établissements.

Cependant, cette problématique perdure au-delà de ces deux aspects. D'une part, du fait 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 et qu'il est alors important, pour les établissements, de fidéliser leurs salariés.

Il est intéressant de noter que ces politiques ont eu recours à des leviers qui ne se réduisent pas aux rémunérations, même si celles-ci restent un aspect important : la qualité de l'organisation du temps de travail et des relations sociales, l'attention portée au management de proximité et parfois l'existence de services sociaux (crèches) ont également été mobilisées par plusieurs

établissements pour favoriser le recrutement et la fidélisation de leurs salariés.

#### ■ Des normes et des politiques d'accréditation qui renforcent l'effet des systèmes de financement

Les nouveaux systèmes de financement induisent, on l'a vu, la recherche d'une rigueur accrue dans la gestion qu'il s'agisse des établissements de soins ou d'accueil des personnes âgées. La T2A ou les conventions tripartites ne sont pas seules à l'origine de cette tendance. L'accréditation, ainsi que la nécessité de prendre en compte les diverses normes imposées par les textes, dans de nombreux domaines d'activité, y contribuent largement. Plusieurs établissements rencontrés soulignent d'ailleurs le coût induit de ces démarches d'accréditation et du respect des normes, en temps investi, en coûts matériels (investissements) ou immatériels (maintenance, assurances, systèmes de gestion,...). Nombreux sont ainsi les établissements à avoir, au cours des cinq dernières années, développé des procédures et amélioré leurs outils de recueil d'informations (dossier informatisé du patient, PMSI,...).

Les fonctionnements ont néanmoins évolué davantage sous l'effet de ces contraintes gestionnaires et normatives que sous l'effet de projets organisationnels (répartition des tâches, processus de travail, coordination de l'activité entre services,...). Les projets de cette nature sont effectivement rares, sauf lorsque des projets architecturaux importants (reconstruction ou modernisation) imposent de revoir dans leur ensemble, certaines organisations : la modernisation de blocs opératoires peut par exemple induire une réflexion sur l'optimisation des temps d'utilisation. La RTT a eu rarement des effets marqués sur l'organisation du travail, à l'exception de quelques aménagements ciblés (transmissions des consignes par exemple).

Il semble donc, d'après l'étude, que, dans nombre des établissements rencontrés, « la gestion domine l'organisation ».

8

E•4

#### 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, la FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif), qui regroupe 2850 établissements et le SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées), qui regroupe 1500 établissements.

#### Pour en savoir plus

- « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003 », Drees, Études et Résultats, n°411, juillet 2005.
- « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003, activité et personnel », Drees, Études et Résultats, n°379, février 2005
- « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003, locaux et équipements », Drees, Études et Résultats, n°380, mars 2005,
- « La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux », Drees, Études et résultats, n° 171, mai 2002