



## Etude

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



## Synthèse

2017



**Quadrat-Études**

45 rue de Lyon, Paris 12<sup>ème</sup>  
Tél : 01 75 51 42 70  
[contact@quadrat-etudes.fr](mailto:contact@quadrat-etudes.fr)

# Présentation de la démarche

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

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

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

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

## ► Méthodologie d'étude

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

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

Le rapport est accompagné d'un **livret** présentant des cartes réalisées à plusieurs échelons et types de territoires.

# Les établissements

## ► Une demande et une offre de soins en transformation rapide

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

## ► Des entreprises atypiques à la recherche de performance économique

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

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

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

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

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

## ► Une implantation majoritairement urbaine, une taille corrélée à la localisation géographique.

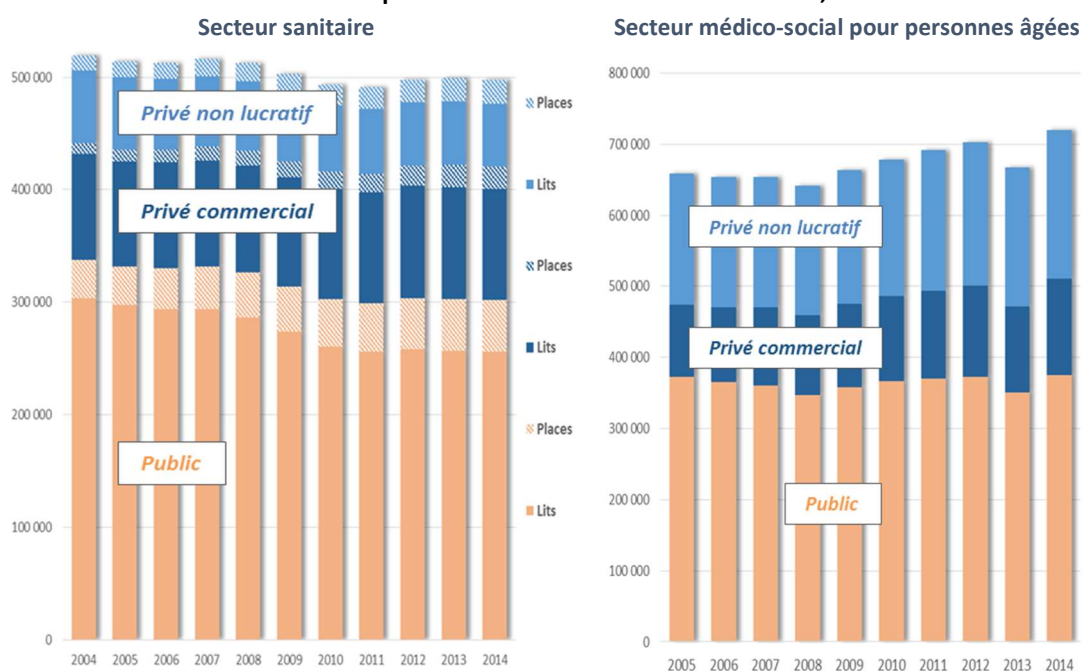
Les activités sanitaires et médico-sociales sont implantées majoritairement dans les **grandes villes françaises** : 88% des établissements privés commerciaux sont situés dans des grands pôles urbains (territoires comptant plus de 5 000 emplois) ou leur périphérie.

La taille de l'établissement est corrélée avec la localisation géographique : plus la zone d'implantation est dense, plus les effectifs moyens de l'établissement sont importants. Les disparités de taille sont nettement plus importantes dans les **activités sanitaires**, dans lesquelles la taille moyenne d'un établissement situé sur un territoire rural sera plus de **deux fois inférieure** à celle observée chez les établissements des grands pôles urbains.

### ► Des restructurations offensives

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

Evolution des capacités en établissement selon le statut, 2004-2014



Source : données Finess et SAE 004-2014

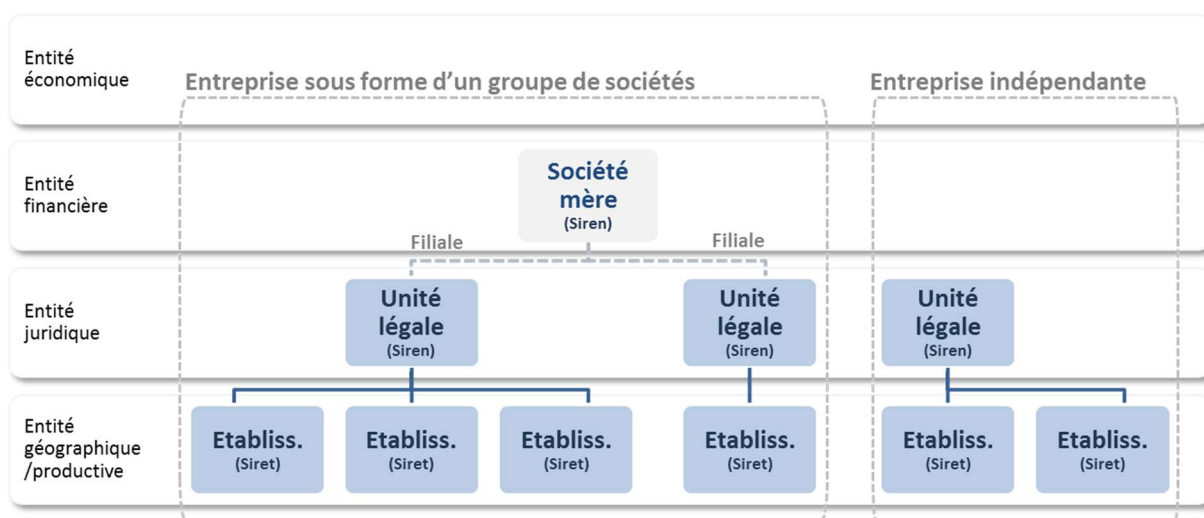
# Les groupements : stratégies de groupe et stratégies territoriales

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

La gestion d'établissement demande des **investissements** et génère des **coûts fixes** de plus en plus importants, aussi la viabilité de l'activité dépend-elle de plus en plus de la possibilité de réaliser des économies d'échelle. Ce phénomène favorise la **concentration** capitalistique, c'est-à-dire le rachat d'un établissement ou d'un groupe d'établissements par un groupe de plus grande taille.

La structuration de l'hospitalisation privée en **groupes de sociétés** est un phénomène **difficile à appréhender** : le groupe possède une structure paradoxale (les sociétés membres sont unies par des liens capitalistiques et des échanges très denses, tout en conservant leur indépendance juridique), qui, en conciliant force de frappe et agilité, explique d'ailleurs le succès de cette forme entrepreneuriale dans l'ensemble de l'économie.

### Etablissement, unité légale, entreprise, groupe : quatre niveaux d'observation emboîtés



## ► Au moins deux établissements sur trois appartiennent à un groupe, un sur trois à un groupe leader


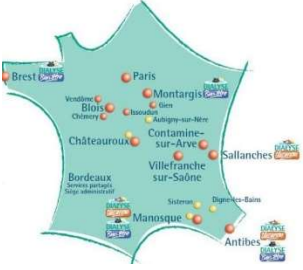
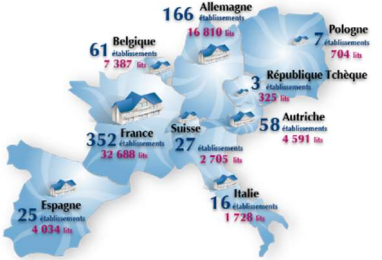
Le croisement entre taille du réseau et stratégie de développement permet d'identifier **cinq types de groupes**, qui sont également cinq étapes différentes dans le processus de constitution d'un groupe : groupe **leader** (c'est-à-dire un groupe qui compte plusieurs centaines d'établissements affiliés),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

Aujourd'hui, d'après les analyses menées dans le cadre de la présente étude, les **deux-tiers au moins** des établissements de la branche sont rattachés à un groupe, ou du moins un groupe qui a pu être identifié (il est possible que dans le tiers restant, une forte proportion d'établissements soient rattachés à un groupe qui n'a pas pu être identifié). La **moitié** de ces établissements appartiennent à un **groupe** qui compte au moins 30 établissements, et **un sur trois** à l'un des quatre groupes **leaders** (acteurs prédominants, ils comptent respectivement plusieurs centaines d'établissements).

### Types de groupes d'établissements dans l'hospitalisation privée



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

Le choix d'une offre régionale...	...nationale et ciblée...	...ou internationale et diversifiée
<p><u>Groupe à vocation régionale</u> : acquérir une dizaine d'établissements situés dans une ou deux régions, sur un segment d'offre plus ou moins large</p> 	<p><u>Groupe spécialisé à vocation nationale</u> : viser une couverture nationale sur un segment très ciblé d'offre reposant sur une dizaine d'établissements</p> 	<p><u>Groupe leader</u> : posséder une couverture nationale voire internationale, et une offre diversifiée, grâce à un réseau de centaines d'établissements</p> 

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

#### ► Une dimension territoriale de plus en plus importante

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

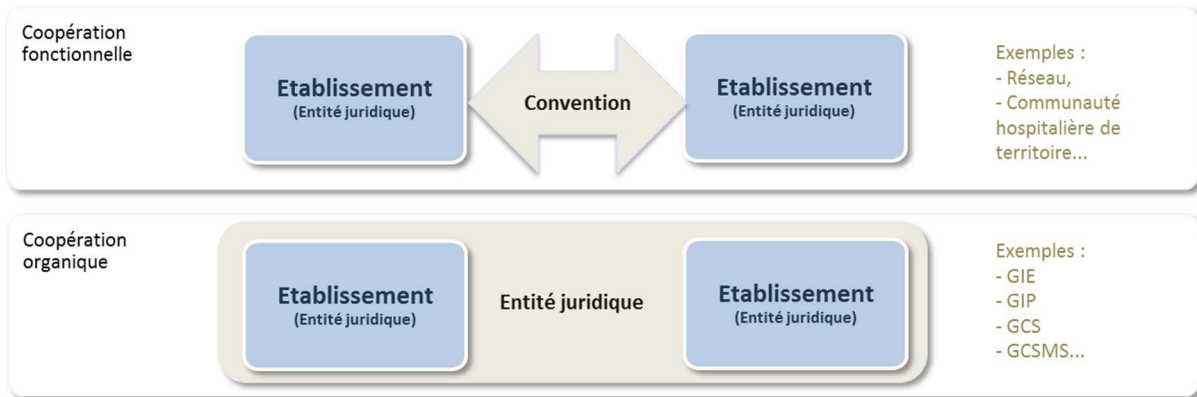
Dans la réalisation des restructurations entre établissements, la **pertinence territoriale** devient de plus en plus importante : la proximité géographique permet le regroupement des services et mutualisation de moyens (techniques, humains...), l'organisation de complémentarité d'activités sur le territoire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

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

Afin d'apporter des réponses plus adaptées et efficaces aux besoins de la population, les **pouvoirs publics** cherchent à améliorer l'articulation des différents acteurs du système de santé. Dans ce contexte, les **outils de coopération** entre établissements d'un même territoire sont mis en avant depuis longtemps (dès les années 1970) comme un moyen pertinent pour atteindre des masses critiques permettant des économies d'échelle, pour partager des ressources humaines médicales et paramédicales en pénurie, fluidifier les prises en charge en dépassant les logiques sectorielles – sanitaire versus médico-social – ou encore de statut – public, privé non lucratif ou privé commercial.

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

#### Présentation des formes de coopérations sanitaires et médico-sociales



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

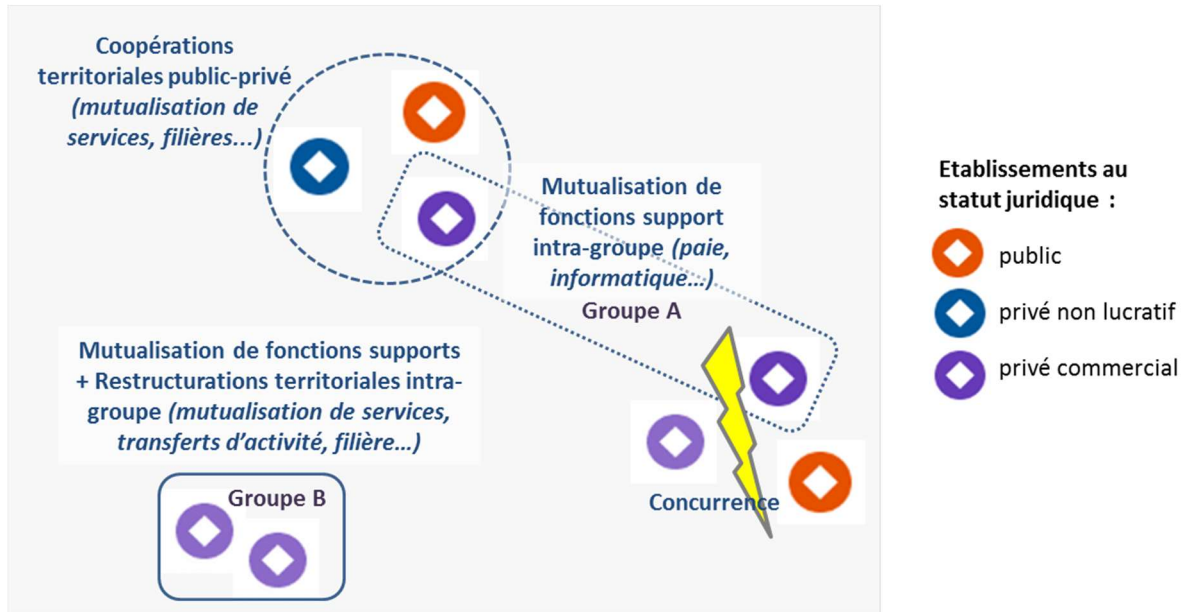
Les coopérations mises en œuvre par les établissements privés commerciaux apparaissent souvent justifiées dans le secteur sanitaire par des politiques **d'incitation au regroupement** des tutelles (mutualisation des plateaux techniques...) et dans le médico-social, par le souhait de **fluidifier les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

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

### ▶ Par-delà les statuts juridiques, des configurations très dépendantes des contextes locaux

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

### Différentes configurations de contexte coopératif territorial



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

#### ► Impacts sur l'emploi et les ressources humaines

Du point de vue de la gestion des ressources humaines, les établissements en réseau possèdent des **possibilités** accrues par rapport aux établissements isolés : consolider des temps partiels pour atteindre des contrats de travail à temps plein, mutualiser des compétences pointues difficiles à recruter. Via **l'effet de réseau**, les établissements seront également davantage en mesure de proposer des mobilités à leurs salariés. Pour bénéficier de l'effet réseau, les établissements du réseau doivent être suffisamment proches géographiquement.

De plus, les groupes cherchent généralement à professionnaliser le **management** et à proposer des services **d'appui** susceptibles d'améliorer la gestion des ressources humaines en établissement (outillage RH, accès à la formation professionnelle...). Dans le même temps, le rattachement à un groupe peut limiter les établissements, en leur apportant des **rigidités** et des règles de gestion. On note que le taux d'accès à la formation continue des salariés en établissement, en considérant uniquement les financements de l'Opca de branche, n'apparaît pas corrélé avec l'affiliation à un groupe.

Le fait d'appartenir à un groupe n'impacte pas non plus la **composition** de l'emploi. Les différences observées entre établissements sont davantage liées à l'effet taille : plus l'établissement est de grande taille, plus le poids des fonctions support dans l'emploi est réduit – et ceci indépendamment du fait d'être ou non rattaché à un groupe de sociétés.

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

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

Dans un environnement marqué par les évolutions très dynamiques de la technique médicale et des besoins de santé, par la raréfaction des ressources médicales, par les impératifs de maîtrise de la dépense publique de santé,



l'optimisation de l'offre sanitaire et médico-sociale devient un **enjeu stratégique** majeur pour les établissements comme pour leurs organismes de tutelle.

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

Le rattachement à un groupe, quelle qu'en soit la nature (capitalistique, territoriale...) apporte à l'établissement jusqu'alors indépendant : une capacité **d'investissement** en immobilier et en équipements lourds nécessaires à l'adaptation de l'outil de travail, une meilleure rigueur de **gestion** et une professionnalisation du **management**, une stratégie **commerciale** (enseigne, marketing, communication...), des fonctions **support** étoffées (achats, informatique, gestion RH, conseils juridiques...), une possibilité de mettre en place des stratégies de **regroupement** et de **restructuration** des établissements isolés.

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

Face à la nécessité de se regrouper, les gestionnaires d'établissements sanitaires ou médico-sociaux souhaitant conserver leur indépendance capitalistique cherchent des **alternatives** du côté de réseaux non capitalistiques : adhésion à un réseau à statut non lucratif comme les structures de coopération territoriales, ou bien les réseaux non capitalistiques proposant des services analogues à ceux délivrés par les sièges des groupes de sociétés : centralisation des achats, conseils juridiques, démarches vis-à-vis des tutelles, aide au développement...

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

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

Dans ce contexte, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont conduits à mettre en place un grand nombre de **réseaux** dans tous les domaines d'activité : organisation des prises en charge (liens avec l'amont/l'aval...), gestion et maintenance des bâtiments, des équipements, des matériels, blanchisserie et restauration, systèmes informatiques... Ces organisations réticulaires leur permettent de combiner à la forte inertie des bâtiments une **souplesse** de fonctionnement.

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

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

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

# observatoire

hospitalisation privée



## Quadra-Études

45 rue de Lyon, Paris 12<sup>ème</sup>  
Tél : 01 75 51 42 70  
[contact@quadrat-etudes.fr](mailto:contact@quadrat-etudes.fr)