

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

SÉRIE  
ÉTUDES ET RECHERCHE

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

L'évolution de la situation économique et financière  
des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006

Johanne AUDE

n° 80 – septembre 2008

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE  
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Cette publication n'engage que ses auteurs

## Sommaire

<b>L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées entre 2005 et 2006</b> .....	6
Une croissance du chiffre d'affaires un peu moins dynamique en 2006 qu'en 2005 .....	6
Un ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires dû à une baisse de tarifs de 1 % .....	7
<b>L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées entre 2005 et 2006</b> .....	8
Une légère baisse de la rentabilité économique des cliniques en 2006 .....	8
La meilleure rentabilité économique en 2006 : les cliniques de petite et de grande taille ainsi que celles du secteur hors MCO .....	8
La rentabilité économique baisse pour la plupart des grandes zones géographiques .....	9
<b>La situation financière des cliniques privées en 2005 et 2006</b> .....	11
La situation financière des cliniques des secteurs MCO et hors MCO est globalement bonne .....	11
Les cliniques privées à but lucratif disposent d'une trésorerie stable .....	12



En 2006, les cliniques privées à but lucratif réalisent environ 30 % des entrées en hospitalisation complète et 28 % des venues en hospitalisation partielle<sup>1</sup>. La part d'activité réalisée par ces établissements dans l'ensemble des établissements de santé reste assez stable. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005, les activités médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)<sup>2</sup> des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la tarification à l'activité (T2A). Les activités hors MCO, essentiellement soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie, ne sont pas concernées par ce nouveau mode de financement (encadré 1).

Le champ de l'étude se limite aux seules sociétés d'exploitation, les données relatives notamment aux sociétés civiles immobilières (SCI) n'étant pas connues (encadré 2).

La situation économique et financière des cliniques privées reste globalement favorable malgré un ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires et une légère baisse des profits. Il est à noter que l'évolution du chiffre d'affaires fait chaque année l'objet d'une révision (un certain nombre de cliniques déposant leurs comptes tardivement). En outre, les résultats de cette étude sont provisoires compte tenu de l'absence d'exhaustivité de la base de données actuelle.

Les indicateurs étudiés ici sont définis dans l'encadré 3.

Tout d'abord, nous étudierons la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées entre 2005 et 2006. Ensuite, la progression de la rentabilité économique des cliniques durant cette période sera analysée. Enfin, nous nous intéresserons à la situation financière de ces établissements.

---

<sup>1</sup> Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 618, décembre.

<sup>2</sup> Dans les activités de MCO du secteur privé à but lucratif, la T2A est appliquée directement à 100 %, et non pas de façon progressive comme c'est le cas dans le secteur public et privé à but non lucratif ; cette dernière sera toutefois appliquée à 100 % dans le secteur public dès 2008.

## **L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées entre 2005 et 2006**

### ***Une croissance du chiffre d'affaires un peu moins dynamique en 2006 qu'en 2005***

En 2006, le chiffre d'affaires (CA) des cliniques privées a augmenté de 7 % (tableau 1), soit 2,4 points de moins qu'en 2005 (9,4 %). Le CA total des cliniques privées à but lucratif peut ainsi être estimé à 10,4 milliards d'euros<sup>3</sup> en 2005 et 11,0 milliards d'euros en 2006.

La moitié des 830 cliniques présentes dans l'échantillon à la fois en 2005 et en 2006 (encadré 2), voient leur chiffre d'affaires augmenter d'au moins 3,1 %, un quart d'entre elles d'au moins 7,5 % et un dixième d'au moins 13,8 %. En revanche, un quart des cliniques voient leur CA stagner et même baisser. Environ 24 % des cliniques, toutes catégories confondues, déclarent en 2006 un CA inférieur à celui de 2005.

Ce ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires concerne principalement le secteur MCO<sup>4</sup> même si celle-ci reste élevée. En effet, le CA des cliniques soumises à la T2A a crû de seulement 7,4 % en 2006 après une hausse de 10,1 % en 2005. Cette tendance est vérifiée pour toutes les activités du secteur MCO. Le secteur hors MCO enregistre, lui aussi, une croissance du chiffre d'affaires plus faible en 2006 qu'en 2005 (+5,0 % versus +5,9 %).

Le chiffre d'affaires des cliniques MCO augmente donc en 2006 (+7,4 %) moins vite qu'en 2005 (10,1 %) : cette tendance est vérifiée pour toutes les activités du secteur MCO. Les cliniques spécialisées en obstétrique voient leur CA ralentir de 3,7 points, pour atteindre une évolution de 3,2 % en 2006 ; ce ralentissement est de 2,7 points pour les polycliniques dont le CA s'élève de 7,7 %. Ce ralentissement concerne aussi les cliniques médicales (-2 points) et chirurgicales (-1,7 point) ; la croissance des centres de dialyse chute, quant à elle, de 10,5 points, et s'établit à 3,3 % en 2006.

Parmi les cliniques hors MCO, la croissance du chiffre d'affaires des établissements de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) ralentit respectivement de 1,5 point et de 0,8 point en 2006.

En 2006, tous secteurs confondus, ce sont les « grandes cliniques »<sup>5</sup> (CA supérieur à 12 millions d'euros [encadré 4]) qui voient leur chiffre d'affaires progresser le plus vite : +9,5 % en 2006. Bien que cette augmentation soit élevée, elle demeure plus faible de 2 points à celle de 2005. De plus, l'évolution du chiffre d'affaires des cliniques de petite taille est plus faible de 2,9 points en 2006, pour atteindre 3,2 % tandis que celle des cliniques de taille moyenne est plus faible de 4 points, s'établissant ainsi à 2,2 %.

---

<sup>3</sup> Une extrapolation sur le CA de la part des séjours réalisée par l'échantillon de 848 cliniques (encadré 2) a permis cette estimation.

<sup>4</sup> Depuis la mise en place de la T2A, en 2005, les activités de dialyse sont incluses dans les activités de MCO.

<sup>5</sup> Le critère de taille des cliniques retenu correspond à un volume de chiffre d'affaires, mais le nombre de lits et places aurait tout aussi bien pu être un bon critère amenant aux mêmes conclusions. Ces deux variables apparaissent en effet fortement corrélées.

En outre, l'encadré 5 met en évidence le fait que ce sont les grandes cliniques qui ont leur chiffre d'affaires moyen par lit et place le plus élevé (127 000 euros par lit et place, contre 86 000 pour les cliniques de taille moyenne et 57 000 pour les petits établissements).

### ***Un ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires dû à une baisse de tarifs de 1 %***

L'évolution du chiffre d'affaires résulte de la hausse de l'activité<sup>6</sup>, de l'évolution des tarifs et de la modification de l'éventail d'activité (casemix). Le ralentissement de la croissance du CA des cliniques privées en 2006 s'explique principalement par une baisse des tarifs de l'ordre de 1 %<sup>7</sup> entre 2005 et 2006 alors que ceux-ci avaient augmenté d'environ 2 %<sup>8</sup> entre 2004 et 2005. En outre, si l'évolution de l'activité des cliniques privées vers des séjours plus coûteux (effet casemix) s'est poursuivie en 2006, c'est à un rythme ralenti par rapport à l'année précédente. L'effet casemix sur la croissance du CA est ainsi estimé à +1,7 % en 2006 contre environ +3 % en 2005. En revanche, le nombre d'entrées et venues a progressé de 6,3 % en 2006 contre 4,4 % en 2005<sup>9</sup>, ce qui a permis de limiter le ralentissement de la croissance du CA à un peu plus de 2 points (7 % en 2006 contre 9,4 % en 2005).

Le CA rapporté au nombre d'entrées et venues s'établit à 1 136 euros en 2006 contre 1 130 euros en 2005, soit une hausse de 0,5 % pour l'ensemble des cliniques. Pour le secteur MCO, ce ratio est en moyenne de 1 266 euros en 2006 et de 1 249 euros en 2005, ce qui correspond à une hausse de 1,3 %. Ces évolutions sont nettement plus faibles qu'en 2005 (hausse de près de 5 % entre 2004 et 2005), la modification du casemix compensant à peine la baisse des tarifs en 2006 alors que ces deux effets jouaient dans le même sens l'année précédente.

---

<sup>6</sup> L'activité ambulatoire des cliniques, calculée à partir du nombre d'entrées et venues en hospitalisation partielle a augmenté de plus de 40 % entre 2002 et 2005. Cette progression s'élève à 6,5 % entre 2002 et 2003 ainsi qu'entre 2003 et 2004, à 15,6 % entre 2004 et 2005 et à 11,5% entre 2005 et 2006 (Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 618, décembre).

<sup>7</sup> Circulaire n° DHOS/F2/DSS/1A/2006/81 du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé.

<sup>8</sup> Au moment de la mise en place de la T2A au sein des cliniques privées, les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) et d'autres prestations entraînant un paiement à l'activité comme la dialyse ou l'hospitalisation à domicile (HAD) ont été reconstitués à partir des prestations facturées avant la mise en place de la T2A par les cliniques. L'augmentation moyenne de ces tarifs nationaux (GHS et autres) au 1<sup>er</sup> mars 2005 s'est élevée à 1,98 %. Avant la mise en place de la T2A, il existait une augmentation moyenne des tarifs sur la France, déclinée en un nombre de tarifs beaucoup plus important qu'aujourd'hui (déclinaison faite schématiquement sur une combinaison établissements, disciplines et prestations).

<sup>9</sup> En 2006, cette évolution est relativement proche de celle observée sur les données exhaustives de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) puisqu'elle s'élève à +6,6 % pour l'ensemble du secteur privé à but lucratif.

## **L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées entre 2005 et 2006**

### ***Une légère baisse de la rentabilité économique des cliniques en 2006***

En 2006, la rentabilité économique, rapport du résultat net au chiffre d'affaires, des 848 cliniques de l'échantillon s'établit à 3 % du CA (tableau 2). Alors qu'elle avait progressé très nettement en 2005 pour la deuxième année consécutive<sup>10</sup>, la rentabilité économique en 2006 diminue de 0,3 point par rapport à 2005.

La moitié des cliniques privées à but lucratif enregistre une rentabilité économique supérieure à 2,9 %, valeur médiane légèrement inférieure à celle de 2005 (3,3 %). Un dixième des cliniques a un taux de rentabilité économique supérieur à 10,5 %, ce qui est assez stable par rapport à 2005 (10,3 %). Par ailleurs, ces établissements réalisent par ailleurs 7 % du CA total de l'ensemble des cliniques. Les cliniques déclarant des pertes sont légèrement plus nombreuses en 2006 (22 %) qu'en 2005 (17 %) ; 10 % des cliniques du champ constant pour 2005 et 2006 accusent des pertes pour les deux années tandis que 6 % de celles présentes à la fois en 2004, 2005 et 2006 ont un bénéfice négatif pour ces trois années. Le CA de ces cliniques déficitaires en 2006 représente 19 % du CA total de l'ensemble des cliniques contre 17 % en 2005. En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques de 2006 affichent une rentabilité économique inférieure à -3,7 %.

Le taux de marge brut d'exploitation<sup>11</sup> a diminué en 2006 ; 7,2 % du CA en 2006, soit 1,1 point de moins qu'en 2005 (tableau 3). Cette baisse du taux de marge brut d'exploitation s'explique par l'augmentation des parts concernant les frais de personnel, les versements assimilés et les charges des salaires bruts dans le CA.

Le résultat financier s'établit à -0,2 % du CA. Il est négatif puisque les charges financières rapportées au CA sont supérieures aux produits financiers rapportés au CA. Ce résultat est stable entre 2005 et 2006. Le résultat exceptionnel s'établit à 0,5 % du CA : il augmente de 0,6 point de CA, retrouvant ainsi la valeur qu'il avait en 2002.

### ***La meilleure rentabilité économique en 2006 : les cliniques de petite et de grande taille ainsi que celles du secteur hors MCO***

L'année 2006 profite surtout aux petites et grandes cliniques, avec des taux de rentabilité économique s'établissant à 3,5 % et 3,3 % de leur CA, tandis que les moyennes cliniques dégagent des bénéfices correspondant à 1,9 % du CA. La rentabilité des grandes cliniques, qui avait doublé entre 2004 et 2005, demeure constante en 2006. En revanche, les cliniques de moyennes et petites tailles réalisent moins de bénéfices<sup>12</sup> qu'en 2005 (-0,8 point et -0,7 point respectivement)(graphique 1).

La rentabilité économique des cliniques du secteur MCO diminue légèrement par rapport à 2005 (avec 2,8 % du CA), alors qu'elle avait doublé entre 2004 et 2005 (passant ainsi de 1,5 % à 3 %) (tableau 3, graphique 2). Le secteur hors MCO réalise des bénéfices légèrement

<sup>10</sup> 1,3 % en 2003 ; 2,1 % en 2004 ; 3,3 % en 2005.

<sup>11</sup> Le ratio EBE / CA est aussi appelé « taux de marge brute d'exploitation ».

<sup>12</sup> Ils sont toutefois proches des chiffres de 2004.

plus faibles qu'en 2004 et 2005 (-0,6 point) et s'établit à 4,3 % du CA. Malgré ces évolutions, le secteur hors MCO reste encore le plus rentable.

Au sein du secteur MCO, les cliniques spécialisées en obstétrique et en dialyse affichent une hausse importante de leurs bénéfices rapportés à leur CA de +2,2 points, soit 3,5 % de leur CA, pour les premières et de +2,4 points, soit 8,8 % de leur CA pour les secondes. Les petites polycliniques réalisent des bénéfices rapportés au CA nettement plus élevés en 2006 (+4,5 points par rapport à 2005)<sup>13</sup> tandis que le taux de rentabilité des grandes polycliniques reste stable et celui de celles de taille moyenne diminue d'1 point pour devenir négatif (encadré 2). Ainsi, le taux de rentabilité de l'ensemble des polycliniques est constant. En revanche, les cliniques monodisciplinaires de médecine réalisent des bénéfices moindres (-1,3 point) en 2006, après une très forte augmentation en 2005 (+3,9 points). Quant aux cliniques spécialisées en chirurgie, elles ont un taux de rentabilité deux fois plus faible en 2006 qu'en 2005 (1,4 %) et même inférieur de 0,6 point à celui de 2004.

Les taux de rentabilité des cliniques du secteur hors MCO diminuent, quelle que soit l'activité concernée.

La rentabilité financière, calculée par le ratio résultat net / capitaux propres, mesure le revenu que tirent les actionnaires de l'entreprise, et permet d'apprécier l'attractivité du secteur en termes d'actionnariat. En 2006, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques est de 13,5 % (-2,1 points). Cette diminution concerne les cliniques MCO (-1,8 point avec un taux de 12,8 %) ainsi que les cliniques hors MCO (-2,8 points avec un taux de 16,8 %).

### ***La rentabilité économique baisse pour la plupart des grandes zones géographiques***

Presque toutes les grandes zones géographiques françaises (France métropolitaine) ont un taux de rentabilité économique plus faible en 2006 qu'en 2005 (tableau 4).

En 2006, le taux de rentabilité économique médian de l'ensemble des cliniques françaises est de 2,9 % du CA (-0,4 point de CA). Les taux de rentabilité économique médians de la plupart des zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT<sup>14</sup>) diminuent. Les cliniques de l'Île de France, du Sud-est, de l'Ouest, et particulièrement du Nord-est et du Nord réalisent des bénéfices plus faibles qu'en 2005 : les baisses de leurs taux de rentabilité médians sont ainsi respectivement de 0,9, de 0,5, de 0,9, de 1,5, et de 1,6 point de CA. Les taux médians des cliniques du Sud-ouest et du Bassin parisien sont relativement stables par rapport à 2005 (-0,1 et +0,1 point de CA). Les cliniques du Centre-Est sont les seules dont le taux de rentabilité médian est supérieur en 2006 à celui de 2005 (+0,5 point). À noter que malgré ce mouvement de baisse, la rentabilité économique reste supérieure en 2006 au niveau de 2004, pour la plupart des ZEAT.

---

<sup>13</sup> La forte hausse de la rentabilité économique des polycliniques de petite taille est due à celle de quelques établissements.

<sup>14</sup> Les zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) regroupent des régions administratives. Le nombre d'établissements par région étant parfois insuffisant pour établir des statistiques, l'analyse des disparités régionales est établie sur la base ZEAT et non des régions administratives. La rentabilité moyenne présente toujours de fortes variations par zone, même si elles ne sont pas toujours significatives dans la mesure où les taux moyens régionaux sont très sensibles aux résultats fortement déficitaires ou au contraire fortement excédentaires de quelques établissements. Aussi, nous nous intéresserons à la rentabilité économique médiane sur chaque grande zone géographique régionale (ZEAT) plutôt qu'à sa moyenne.

En 2006, le taux de rentabilité économique médian des cliniques MCO s'établit à 2,2 %. Le taux de rentabilité des cliniques du secteur MCO diminue dans presque toutes les ZEAT, excepté dans le Centre-Est où il augmente de 0,8 point de CA et en Île-de-France où il est constant ; cette baisse est plus ou moins sensible, tandis que les disparités régionales sont plus marquées. Par exemple, le taux de rentabilité dans les cliniques du secteur MCO du Sud-ouest s'élève à 2,9 %, contre 0,4 % pour les cliniques du Nord-est de ce même secteur.

## La situation financière des cliniques privées en 2005 et 2006

### *La situation financière des cliniques des secteurs MCO et hors MCO est globalement bonne*

Le niveau de l'actif immobilisé est minoré dans la mesure où un certain nombre de cliniques louent à des sociétés civiles immobilières (SCI) les locaux au sein desquels elles réalisent les soins. Le taux d'investissement<sup>15</sup> estimé par le rythme de renouvellement des immobilisations des cliniques passe de 13,9 à 15,8 % (tableau 5). Cette augmentation est constatée dans le secteur MCO (+2,6 points à 16,5 %), tandis que dans celui des cliniques hors MCO le rythme de renouvellement des immobilisations diminue (-2,8 points à 11,7 %). Les cliniques investissent globalement plus en 2006, mais cela est particulièrement vrai pour les cliniques de petite taille. En effet, leur taux d'investissement augmente de 6,3 points ; celui des grandes cliniques est en hausse de 1,8 point tandis que celui des cliniques moyennes est en baisse de 1,3 point. En termes de niveau, les petites cliniques investissent plus aussi (17,4 %) que les grandes (16,6 %) et les moyennes (11,8 %). Les cliniques de taille moyenne sont celles dont la situation économique est la moins favorable : leur chiffre d'affaires augmente très faiblement, elles ont une rentabilité économique inférieure en 2006 à celle de 2005 et leur taux d'investissement baisse au cours de cette période.

La capacité d'autofinancement (CAF) permet d'évaluer les ressources des entreprises qui restent disponibles à la clôture des comptes pour le financement de leur développement. Elle comprend principalement le résultat net comptable augmenté des dotations aux amortissements et aux provisions. La situation financière des cliniques s'est légèrement dégradée à cet égard. En effet, leur CAF s'établit en 2006 à 5,7 % du chiffre d'affaires, niveau inférieur de 1 point par rapport à 2005. La capacité d'autofinancement est moins importante dans le secteur MCO (5,5 % contre 6,5 % dans le secteur hors MCO) et elle diminue un peu plus vite dans ce secteur (-1,1 point contre -0,7 point).

L'endettement total des cliniques, mesuré par le ratio dettes financières sur capitaux permanents, était de 38,4 % en 2005 et diminue de 2,9 points en 2006. Les cliniques du secteur hors MCO sont plus endettées (37,9 %) que celles du secteur MCO (35 %), ce qui renverse la tendance de 2005 ; cela est dû au fait que l'endettement des cliniques du secteur hors MCO progresse entre 2005 et 2006 (+3,8 points) tandis que celui des cliniques du secteur MCO diminue sur la même période (-4,2 points).

La capacité de remboursement<sup>16</sup> des cliniques passe de 2,2 à 2,5 années de CAF entre 2005 et 2006. Elle s'égalise presque pour le secteur MCO (2,4 années de CAF) et le secteur hors MCO (2,6 années de CAF), augmentant ainsi plus fortement dans ce dernier.

En 2006, le ratio « Chiffre d'affaires /Capitaux propres » reste élevé avec un niveau moyen atteignant 4,5. Ce taux est en outre plus important en 2006 dans le secteur MCO (4,6) que dans l'autre secteur (3,9).

---

<sup>15</sup> L'investissement est calculé à partir des augmentations par acquisitions, apports et créations des comptes d'immobilisations de l'exercice en cours. La définition retenue dans cette étude est la même que celle utilisée l'année dernière dans l'*Etudes et résultats* n°583 mais elle diffère de celle des années précédentes qui se caractérisait par l'ensemble des flux d'immobilisations intervenues entre les deux années (*Etudes et résultats* n° 498).

<sup>16</sup> La capacité de remboursement mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement.

### ***Les cliniques privées à but lucratif disposent d'une trésorerie stable***

La trésorerie moyenne de l'ensemble des cliniques est quasiment constante avec 28 jours de CA en 2006 (26 en 2005) (tableau 6), tout comme celle des établissements des secteurs MCO et hors MCO, s'élevant respectivement à 27 et 36 jours de CA. Cette stabilité de la trésorerie, qui équivaut à la différence entre le fonds de roulement net global (FRNG) et le besoin en fonds de roulement (BFR), résulte d'une détérioration relative<sup>17</sup> du BFR qui n'est pas compensée par la détérioration du FRNG.

Le fonds de roulement net global, différence entre les ressources et les emplois stables, appréhende la façon dont les liquidités de l'entreprise lui permettent d'honorer ses dettes à court terme par la réalisation de l'actif circulant. Il doit donc, en principe, être positif pour que l'équilibre financier soit assuré. En 2006, le FRNG des cliniques est égal à 4 jours alors qu'il s'élevait en moyenne à 10 jours de CA en 2005. Cette détérioration concerne seulement le secteur MCO dont le FRNG perd 9 jours de CA et devient négatif ; le secteur hors MCO voit ce dernier augmenter de 12 jours de CA.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) traduit le décalage entre les achats et les ventes de stocks, ainsi que celui entre les règlements des créances clients et des dettes fournisseurs : ces décalages sont liés aux diverses contraintes d'ordre social ou technique supportées par l'entreprise. Ainsi, dans l'industrie, une entreprise doit souvent conserver un stock de matières premières ou de produits finis afin d'éviter les ruptures du processus de production. Dans le cas des cliniques, la nécessité d'anticiper le cycle d'exploitation est moins prégnante. Le BFR des cliniques est négatif et diminue sur les deux années étudiées ; cette évolution apparaît dans le secteur MCO tandis que la tendance inverse est observée dans l'autre secteur.

---

<sup>17</sup> Cette détérioration est relative puisque la valeur du BFR reste négative : les cliniques disposent en moyenne d'un excédent de court terme et n'ont ainsi pas besoin de mobiliser leurs excédents de ressources de long terme.

### **Encadré 1 - La tarification à l'activité (T2A)**

Les activités de MCO des cliniques privées à but lucratif sont intégralement soumises à la T2A depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005. Les activités hors MCO (SSR, psychiatrie...) ne sont pas concernées par la T2A pour l'instant.

Le groupe homogène de séjours (GHS) est la base de facturation de la T2A ; il est censé couvrir toutes les dépenses liées à l'hospitalisation, hormis certains éléments facturables en sus. Concrètement, chaque établissement est remboursé par prestation au prix moyen du GHS qui correspond à cette prestation, quel qu'en soit le coût pour l'établissement. D'autres activités sont soumises à la T2A, bien que n'étant pas classées en GHS : la dialyse, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), l'hospitalisation à domicile (HAD).

Afin d'accompagner les établissements dans ce nouveau mode de financement, une augmentation moyenne des tarifs, correspondant à la hausse moyenne des GHS, est fixée chaque année. Elle est ensuite modulée au niveau de chaque établissement par un coefficient correcteur composé d'un coefficient géographique, d'un coefficient de transition et d'un coefficient de haute technicité. Le coefficient géographique permet de tenir compte des surcoûts immobiliers et salariaux pour la France métropolitaine et des différences de coûts liées à l'éloignement pour les DOM-TOM. Le coefficient de transition vise à lisser l'impact de la réforme au sein du secteur privé en termes de redistribution des ressources. Il doit tendre chaque année vers 1, pour atteindre ce niveau pour chaque établissement en 2012. Le coefficient de haute technicité permet le cas échéant de tenir compte des soins particulièrement coûteux en médecine et en chirurgie.

Afin de pallier leurs difficultés de trésorerie, l'assurance maladie s'engage à verser des avances de trésorerie, dans certaines conditions, aux établissements confrontés à des difficultés de facturation en T2A.

La logique de résultat du financement de la T2A est la même que celle de l'ancien mode de financement mixte à l'acte et à la journée.

## Encadré - 2 La constitution de la base de données

### Le champ de l'étude

Les cliniques privées à but lucratif étudiées sont les établissements présents dans la liste exhaustive des cliniques de 2006, éditée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et validée par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui ont déposé leurs liasses fiscales auprès des tribunaux de commerce et qui figurent dans la SAE 2006. En effet, les cliniques privées à but lucratif ont l'obligation de dépôt de leurs comptes auprès des tribunaux de commerce. Cependant, certains comptes ne sont pas toujours disponibles plus d'un an après la clôture de l'exercice, en particulier les comptes des cliniques en grande difficulté.

Le champ étudié est constitué de 848 cliniques en 2006 et 927 en 2005. Ces données sont ainsi encore provisoires, elles devraient en effet concerner plus de 1100 comptes pour l'ensemble du champ.

Ainsi, les comptes disponibles au titre de 2005 concernent désormais 927 cliniques, soit 102 établissements privés supplémentaires par rapport aux données collectées précédemment. Cependant, les résultats ainsi obtenus pour l'année 2005 sont proches de ceux déjà publiés l'année dernière et ne remettent donc pas en cause les commentaires qui ont été faits à l'époque<sup>18</sup>.

Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une société civile immobilière (SCI). La société d'exploitation, titulaire des activités de soins, reçoit en contrepartie les recettes hospitalières. Elle verse des loyers à la SCI, propriétaire de tout ou partie des biens immobiliers. Cette étude ne traite ici que les comptes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles y compris les éventuelles SCI qui y sont rattachées. Le fait de ne pas pouvoir traiter les comptes des SCI représente une limite pour l'analyse économique et financière des cliniques. Ces comptes ont en effet un impact direct sur tout indicateur traitant des immobilisations et de leur financement (essentiellement taux de renouvellement des immobilisations – taux d'endettement – capacité de remboursement – fond de roulement net global (FRNG) et donc trésorerie), mais aussi sur tous les autres indicateurs étudiés, notamment sur ceux d'exploitation, par le biais des loyers versés et des dotations aux amortissements.

### Les problèmes liés à l'indisponibilité de comptes « à champ constant »

L'absence de comptes de l'ensemble des cliniques pour chaque année pose des problèmes de comparaison pour deux années successives, aussi bien en ce qui concerne l'évolution globale du chiffre d'affaires, que le calcul des ratios de rentabilité. L'évolution du chiffre d'affaires entre 2005 et 2006 est calculée sur les 830 cliniques présentes à la fois en 2005 et en 2006. À l'inverse, les autres indicateurs, comme la rentabilité économique, moins sensibles aux modifications du champ sont calculés respectivement à partir des 927 cliniques présentes en 2005 et des 848 présentes en 2006. En outre, on exprime en termes de médiane les résultats les plus fragiles tels que les résultats régionaux.

### Estimation de l'évolution du chiffre d'affaires

Le taux de croissance du chiffre d'affaires a donc été estimé ici sur le champ des seules cliniques présentes deux années consécutives dans la base (évolution à champ constant). Si l'on considère l'ensemble des cliniques présentes en 2005 et celles présentes en 2006 (champ non constant), on constate que le CA moyen est sensiblement le même et on a une idée de l'incertitude relative au chiffre d'affaires en niveau (cf. tableau suivant).

	Champ non constant		Champ constant	
	2005	2006	2005	2006
CA (millions d'euros)	9379	9230	8499	8968
Nombre de cliniques	927	848	830	830
CA moyen (millions d'euros)	10,1	10,9	10,2	10,8

<sup>18</sup> Cf. Le Rhun B., Legendre M.-C., 2007, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2004 et 2005 », *Études et Résultats*, n° 583, juillet, DREES.

### Les ratios de rentabilité

La rentabilité économique en 2005 et en 2006 est sensiblement la même qu'elle soit calculée sur un champ restreint aux seules entreprises présentes à la fois en 2005 et 2006 ou sur l'ensemble du champ, comme l'illustre le tableau suivant :

Taux de rentabilité économique	2005		2006	
	Champ non constant	Champ constant	Champ non constant	Champ constant
<b>Ensemble dont CA</b> <i>(en millions d'euros)</i>	3,3	3,4	3,0	3,1
<i>Moins de 6</i>	4,2	3,8	3,5	3,8
<i>De 6 à 12</i>	2,7	3,1	1,9	1,9
<i>Plus de 12</i>	3,4	3,3	3,3	3,3
<b>Polycliniques dont CA</b> <i>(en millions d'euros)</i>	2,9	3,0	2,8	2,8
<i>Moins de 6</i>	-0,4	-0,1	4,1	4,4
<i>De 6 à 12</i>	1,3	1,9	-0,3	-0,3
<i>Plus de 12</i>	3,3	3,4	3,4	3,4
<b>Secteur MCO hors polycliniques</b>	3,5	3,2	2,5	2,6
<b>Secteur MCO y compris polycliniques</b>	3,0	3,1	2,8	2,8
<b>Hors MCO</b>	4,9	4,9	4,3	4,3

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006, calculs DREES.

### Encadré 3 - Définition des indicateurs

Indicateurs	Signification	Formule comptable
Produits ou chiffre d'affaires (CA)	Mesure l'activité. Les produits ou CA correspondent essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient)	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises)
Valeur ajoutée (VA)	Représente un second indicateur d'activité, centré sur la valeur de l'activité produite en interne. Il correspond aux produits ou CA, complétés des productions stockée et immobilisée, dont on déduit les consommations intermédiaires (achats et charges externes)	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) + Compte 71 (Production stockée) + Compte 72 (Production immobilisée) – Compte 60 (Achats et variations de stocks) – Compte 61 (Services extérieurs) – Compte 62 (Autres services extérieurs)
Taux de valeur ajoutée	Mesure le degré d'intégration de l'activité de l'établissement, en mettant en exergue le recours à des consommations intermédiaires, notamment l'achat de matières premières, la sous-traitance et l'intérim.	$VA / (CA)$
Charges de personnel	Correspondent aux charges salariales et patronales mobilisées par l'établissement pour la rémunération de ses salariés	Compte 64 (Charges de personnel) <sup>19</sup>
Taux de charges de personnel	Mesure le poids des charges de personnel par rapport à l'activité de l'établissement	(Charges de personnel) / (CA)
Résultat net comptable (RNC)	Lorsqu'il est positif, il correspond à l'excédent dégagé par l'établissement dans le cadre de l'ensemble de son exercice comptable. Lorsqu'il est négatif, il s'agit d'un déficit.	Classe 7 (Produits) – Classe 6 (Charges)
Rentabilité économique	Permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement	RNC / (CA)
Capitaux propres	Capitaux apportés lors de la création de l'établissement ou ultérieurement (principalement par les actionnaires pour les cliniques et par l'État pour les hôpitaux publics) ou laissés à la disposition de l'établissement en cas d'excédents	Compte 10 (Capital et réserves) + Compte 11 (Report à nouveau) + Compte 12 (Résultat de l'exercice) + Compte 13 (Subventions d'investissements) + Compte 14 (Provisions réglementées)
Rentabilité financière	Mesure les marges potentiellement dégagées en direction de leurs actionnaires pour les cliniques	RNC / (Capitaux propres)
Taux de renouvellement des immobilisations	Indique le rythme d'investissement d'un établissement	$\frac{[\text{Investissements réalisés sur la période : augmentations par acquisitions, créations, apports des comptes d'immobilisations (Comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)}]}{[\text{Total de l'actif immobilisé brut enregistré en fin de période : solde des comptes d'immobilisations (Comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)}]}$
Capacité d'autofinancement (CAF)	Mesure les ressources restant à la disposition de l'établissement à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur	$[\text{Classe 7 (produits), hors Compte 775 (produits de cessions d'éléments d'actifs), Compte 777 (quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice), Compte 778 (autres produits exceptionnels) et Compte 78 (Reprises sur amortissements et provisions)}] - [\text{Classe 6 (charges), hors Compte 675 (valeurs comptables des éléments d'actif cédés), Compte 678 (autres charges exceptionnelles) et Compte 68 (Dotations aux amortissements et provisions)}]$
Dettes financières	Liquidités mises à disposition par les créanciers de l'établissement avec une échéance de remboursement	Compte 16 (emprunts et dettes assimilées) + Compte 17 (dettes rattachées à des participations)
Taux d'endettement	Mesure le poids des dettes au sein des ressources stables de l'établissement	(Dettes financières) / (Capitaux propres + Dettes)

<sup>19</sup> Le compte 64 ne comprend ni l'intérim ni la sous-traitance.

Capacité de remboursement	Mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement	(Dettes financières) / CAF
Fonds de roulement net global (FRNG)	Indique essentiellement si les capitaux propres et les dettes financières permettent de financer l'actif immobilisé brut (lorsqu'il est positif).	(Ressources stables - Emplois stables) * 365 / (CA)
Besoin en fonds de roulement (BFR)	Traduit essentiellement les décalages entre règlements des créances clients et des dettes fournisseurs ainsi qu'entre achats et ventes de stocks. Lorsque le BFR est négatif, les décalages à court terme entre encaissements et décaissements apportent des ressources supplémentaires à l'établissement.	(Actif circulant - Passif circulant ) * 365 / (CA)
Trésorerie	Lorsque la trésorerie est positive, l'établissement dispose de liquidités. Lorsque la trésorerie est négative, l'établissement peut avoir à recourir à des financements supplémentaires à court terme (concours ou découverts bancaires).	(Trésorerie active - Trésorerie passive) * 365 / (CA)

Lecture des formules : la trésorerie est égale à la différence entre la trésorerie active et la trésorerie active, multipliée par 365, divisée par le CA.

#### Encadré 4 - Activité principale et taille des cliniques

Le secteur MCO comprend toutes les cliniques réalisant de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique ou de la dialyse. Ces cliniques peuvent être soit des établissements mono-disciplinaires soit des polycliniques pratiquant au moins deux activités différentes.

Le secteur hors MCO comprend tous les établissements ne pratiquant pas du MCO. Il s'agit des cliniques psychiatriques, des cliniques prodiguant des soins de suite ou de réadaptation, des établissements de long séjour, etc.

##### La taille des cliniques

Le chiffre d'affaires des sociétés d'exploitation des cliniques en 2006 permet d'estimer leur taille et de les classer en trois catégories : celles qui réalisent moins de 6 M€ (millions d'euros) de chiffre d'affaires, celles dont le chiffre d'affaires est compris entre 6 et 12 M€ et celles dont le chiffre d'affaires dépasse les 12 M€. Le tableau qui suit donne, en fonction de la catégorie étudiée, une idée de la correspondance entre la taille du chiffre d'affaires et la taille de la clinique en nombre de lits et places.

Secteur	Catégorie	Chiffre d'affaires réalisé en 2006	Effectif	Nombre moyen de lits et places
MCO	Polycliniques	Inférieur à 6 M€	33	70
		Entre 6 et 12 M€	97	97
		Supérieur à 12 M€	194	170
		Ensemble	324	138
	Chirurgie	Inférieur à 6 M€	56	46
		Entre 6 et 12 M€	56	77
		Supérieur à 12 M€	23	119
		Ensemble	135	71
	Médecine	Inférieur à 6 M€	13	56
		Entre 6 et 12 M€	6	83
		Supérieur à 6 M€	4	96
		Ensemble	23	70
	Obstétrique	Ensemble	7	53
	Total MCO	Inférieur à 6 M€	106	54
		Entre 6 et 12 M€	162	89
		Supérieur à 12 M€	221	164
Ensemble		489	115	
Hors MCO	Soins de suite et réadaptation	Inférieur à 6 M€	138	65
		Entre 6 et 12 M€	38	114
		Supérieur à 12 M€	11	160
		Ensemble	187	80
	Psychiatrie	Inférieur à 6 M€	82	68
		Entre 6 et 12 M€	23	143
		Ensemble	105	85
	Divers	Ensemble	19	54
	Total hors MCO	Inférieur à 6 M€	239	65
		Entre 6 et 12 M€	61	125
		Supérieur à 12 M€	11	160
		Ensemble	311	80

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006, calculs DREES.

Les statistiques ne sont pas effectuées sur les établissements de dialyse, ces derniers ayant peu de lits et places.