

N° 168 • avril 2002

En 2000, le chiffre d'affaires des cliniques privées a progressé de 4,0 %, contre 2,6 % au cours des trois années précédentes.

Les modifications tarifaires ont joué un rôle favorable sur cette reprise, qui a été plus marquée dans les grands établissements de court séjour.

Les résultats d'exploitation mesurés par le taux de marge brute sont toutefois en diminution depuis 1997, du fait d'une progression des achats plus forte que celle du chiffre d'affaires. La part des frais de personnel diminue transitoirement en 2000 avec une baisse du poids des charges sociales plus forte que l'accroissement de celui des salaires bruts.

Le taux de rentabilité économique mesuré par le ratio résultat net/chiffre d'affaires se redresse, quant à lui, en 2000 avec des résultats exceptionnels dus, pour partie, aux reversements effectués par l'Assurance maladie.

La dispersion des taux de rentabilité reste forte : 10 % des établissements ont un déficit qui dépasse 6,4 % du chiffre d'affaires, tandis que 10 % ont une rentabilité supérieure à 9,6 %.

La rentabilité économique apparaît plus favorable pour les petits établissements spécialisés dans des activités comme les soins de suite ou la psychiatrie, ainsi que pour les établissements pluridisciplinaires importants. La rentabilité est relativement élevée dans le Nord, le Bassin parisien (hors Île-de-France), la région méditerranéenne et le Sud-Ouest.

Elle est en revanche inférieure à la médiane en Île-de-France, dans l'Ouest, le Centre-Est, et surtout dans le Nord-Est où la situation apparaît la plus fragile.

Marc BEUDAERT

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

La situation économique et financière des cliniques privées de 1999 à 2000

En 2000, la progression du chiffre d'affaires des cliniques privées (hors établissements à but non lucratif), estimée sur les établissements dont on dispose des comptes déposés aux greffes des tribunaux de commerce, pour deux années consécutives, s'établit à 4,0 %. Avec les cliniques dont les comptes ne sont pas encore disponibles¹, le chiffre d'affaires du secteur pourrait être de l'ordre de 7 milliards d'euros.

Une reprise du chiffre d'affaires plus marquée dans les grands établissements de court séjour

L'évolution globale du chiffre d'affaires en 2000 témoigne d'une reprise sensible après une progression annuelle limitée à environ 2,6 % par an au cours des trois années précédentes (tableau 1). Ces évolutions pourraient toutefois être un peu inférieures si le chiffre d'affaires était calculé pour l'ensemble du

1. Les données relatives à 2000 sont encore provisoires, les comptes d'une partie non négligeable des cliniques n'étant pas encore disponibles : les chiffres sont établis sur 971 entreprises alors que l'on dispose de plus de 1 100 comptes pour les années précédentes.



T
01

évolution du chiffre d'affaires
des cliniques privées

		Entreprises répondantes en 2000		Évolution par rapport à l'année précédente (cliniques présentes les deux années)			
		Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total millions €	1997	1998	1999	2000
Total		970	6 123	2,8 %	2,5 %	2,6 %	4,0 %
dont CA	de moins de 6 Millions €	614	1 773	4,4 %	4,1 %	3,9 %	5,6 %
	de 6 à 12 Millions €	225	1 880	2,0 %	1,8 %	2,0 %	2,9 %
	de plus de 12 Millions €	131	2 470	1,7 %	1,5 %	1,9 %	3,8 %
dont spécialisés							
en MCO	polycliniques	360	3 699	3,1 %	2,6 %	2,9 %	4,7 %
	médecine	68	277	1,2 %	0,0 %	6,2 %	5,3 %
	chirurgie	178	1 033	1,3 %	2,1 %	1,7 %	2,9 %
	obstétrique	12	48	-0,8 %	-3,7 %	7,7 %	5,1 %
	total court séjour	618	5 058	2,5 %	2,3 %	2,8 %	4,4 %
hors MCO	suite et réadaptation	172	522	5,3 %	3,9 %	1,0 %	2,4 %
	psychiatrie	116	391	0,9 %	2,8 %	0,8 %	2,5 %
	long séjour	7	21	0,1 %	1,0 %	14,2 %	-0,1 %
	dialyse	18	77	3,9 %	1,2 %	4,6 %	0,3 %
	divers	39	54	14,2 %	7,2 %	2,0 %	5,8 %
	total hors MCO	352	1 065	3,9 %	3,4 %	1,5 %	2,4 %

Sources : tribunaux de commerce, calculs DREES.

E·1

Les problèmes liés à la comparaison des comptes « à champ constant »

L'absence de comptes d'une partie des entreprises pour chaque année, et en particulier pour la dernière, pose d'importants 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.

Estimation de l'évolution du chiffre d'affaires

L'évolution du chiffre d'affaires a ici été estimée sur le champ des seules cliniques présentes deux années consécutives dans la base (évolution à champ constant). On suppose donc implicitement que l'évolution des entreprises non répondantes l'une des deux années n'est pas suffisamment différente de l'évolution d'ensemble pour affecter significativement celle-ci. Ceci est vraisemblable dans le cas d'entreprises qui ont continué à exercer pendant les deux années en question, mais pas lorsqu'il s'agit de créations ou de disparitions d'entreprises.

Afin d'apprécier l'impact sur les comptes des cliniques des restructurations intervenues au cours de la période, on s'est efforcé de repérer, à partir de la base FINESS, les opérations qui se sont traduites par des disparitions d'entreprises, soit par fermeture, soit par fusion avec une autre société, ainsi que les créations d'entreprises. Les cas de fusion qui ont pu être repérés ont été pris en compte dans les appariements jusqu'en 2000, la nouvelle entité étant ainsi appariée à plusieurs cliniques de l'année précédente.

En revanche, la prise en considération des fermetures complètes d'établissements est plus délicate : en général, les entreprises qui cessent d'exercer leur activité ne transmettent plus leurs comptes ; il arrive toutefois qu'elles subsistent avec une nouvelle activité (notamment financière ou immobilière). Mais l'année à laquelle le compte cesse d'être déposé (ou bien est déposé mais avec une nouvelle activité) ne coïncide pas forcément avec celle de la fermeture enregistrée par le fichier FINESS, mais lui est le plus souvent antérieure. On ne dispose donc pas toujours des comptes de leur dernière année, et on ne peut qu'estimer un effet moyen sur la période : selon un examen mené sur la période 1996-1999, les cliniques dont on avait les comptes en début de période, et qui sont désormais fermées, représentaient environ 2 % du chiffre d'affaires total. La prise en compte des disparitions et créations conduirait ainsi à réduire d'environ 0,6 % par an l'évolution du CA.

Les ratios de rentabilité

Les ratios sont en général moins sensibles aux lacunes que l'évolution des masses. On compare ainsi souvent des ratios relatifs à deux années même

s'il sont calculés sur des champs légèrement différents. Cependant il peut arriver que les entreprises qui ne répondent pas aient des caractéristiques différentes de l'ensemble, notamment en termes de rentabilité : ainsi les entreprises dont les comptes manquent pour 2000 avaient, en 1999, une rentabilité sensiblement inférieure à la moyenne (-0,8 %). La rentabilité en 1999 paraît donc meilleure si on la calcule sur un champ restreint aux seules entreprises présentes en 1999 et 2000 (tableau).

	Sur l'ensemble du champ		Sur les cliniques appariées	
	1999	2000	1999	2000
Ensemble	0,9	1,2	1,1	1,2
dont CA :				
moins de 6 M €	1,4	2,2	1,6	2,2
6 à 12 M €	0,2	0,7	0,5	0,8
plus de 12 M €	1,0	0,9	1,1	0,8
Polycliniques	0,4	0,4	0,4	
dont CA :				
moins de 6 M €	-1,2	0,1	-0,8	-0,1
6 à 12 M €	-0,6	-0,3	0,0	0,0
plus de 12 M €	0,8	0,7	0,9	0,8
Court séjour (MCO) (hors polycliniques)	0,3	1,3	0,6	1,5
Hors MCO	4,3	3,9	4,1	3,8

Il en résulte que l'amélioration que l'on constate en 2000 provient probablement, au moins pour partie, d'un effet de sélection : elle est moins nette pour les seules entreprises appariées, surtout pour les petites et moyennes polycliniques. Si certaines absences sont la conséquence de la disparition effective d'établissements, ce qui a pu mécaniquement améliorer la situation moyenne du secteur, la plupart d'entre elles sont toutefois dues à des défauts ou des retards de transmission des comptes. Ceci pourrait conduire à réviser les estimations actuelles d'évolution lorsqu'on disposera de données plus complètes.

secteur et non pour les seules entreprises pour lesquelles les informations sont disponibles en 1999 et 2000 (encadré 1).

En 1997, et dans une moindre mesure en 1998, l'évolution du chiffre d'affaires avait été moins favorable pour les cliniques orientées vers le court séjour (cliniques généralistes, établissements spécialisés en médecine, chirurgie, obstétrique – MCO) que pour les établissements de long et moyen séjour (graphique 1).

En 1999, au contraire, ce sont les établissements de court séjour qui ont progressé le plus, +2,8 %. Cette tendance s'accroît encore en 2000 (+4,4 %). L'évolution observée pour les polycliniques, qui représentent environ 60 % du chiffre d'affaires total et plus du tiers des établissements, est sensiblement supérieure à la moyenne d'ensemble (+4,7 %) ; la progression est un peu plus faible pour les cliniques spécialisées en chirurgie (+2,9 %).

Au sein des polycliniques, la reprise du chiffre d'affaires en 2000 est plus marquée pour les grandes entreprises – celles qui réalisent plus de 12 millions d'euros de chiffre d'affaires – alors que pour les cliniques de taille moyenne, la progression enregistrée en 2000 ne traduit qu'une accélération modérée.

Au contraire, le chiffre d'affaires des cliniques de long et moyen séjour, malgré une certaine reprise en 2000 (+2,4 % après +1,5 % en 1999), augmente sensiblement moins que la moyenne. Les évolutions sont pratiquement les mêmes dans les cliniques de soins de suite et de réadaptation d'une part, les établissements psychiatriques d'autre part.

Un impact favorable des évolutions tarifaires

Cette reprise de l'évolution du chiffre d'affaires est largement due aux effets des modifications tarifaires. En 1999 en effet, les arrêtés tarifaires d'avril 1999 avaient conduit à une baisse moyenne des tarifs, de l'ordre de 1 % sur l'année pour les cliniques soumises à l'OQN, champ qui correspond approximativement à celui des cliniques privées étudié ici. Au contraire, en 2000, les effets tarifaires avaient induit une hausse du chiffre d'affaires d'environ 1,8 % (encadré 2). Du fait de majorations spécifiques, les évolutions

E•2

Les modifications tarifaires en 1999-2000

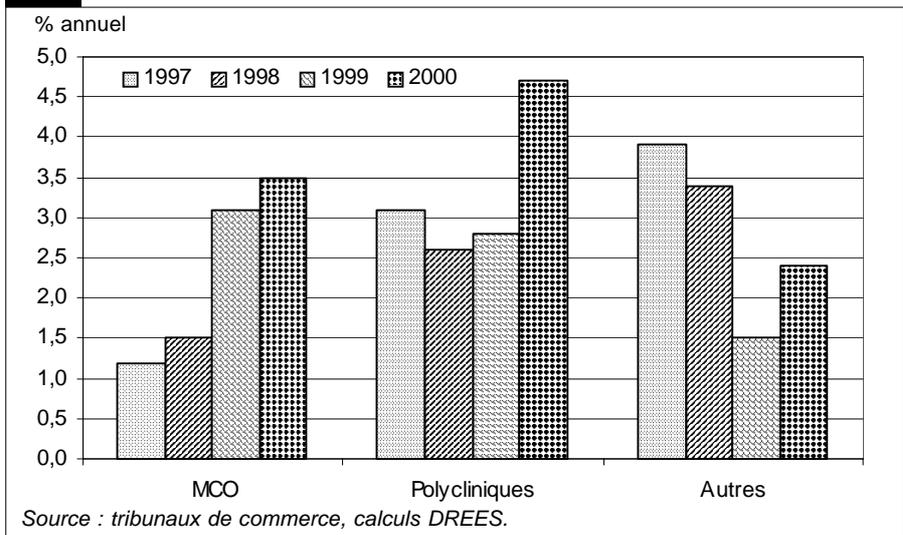
Les tarifs des prestations des établissements de santé privés financés sous l'OQN sont modifiés chaque année au 1^{er} mai.

- Au 1^{er} mai 1999 : l'arrêté du 28 avril 1999 prévoyait une baisse des tarifs des prestations de 1,95 %. Cet arrêté ayant été partiellement annulé, un arrêté du 17 février 2000 a ramené la baisse tarifaire à 0,61 % avec effet rétroactif à compter du 1^{er} mai 1999. Les cliniques ont donc bénéficié au cours de l'année 2000 de remboursements par l'Assurance maladie concernant la période de mai 1999 à avril 2000 (correspondant au différentiel tarifaire de 1,34 %). Le montant de ces remboursements est estimé à environ 75 millions d'euros ; les deux tiers de ce montant sont relatifs à 1999 et il est vraisemblable que beaucoup d'établissements les ont inscrits dans les comptes 2000 comme produits exceptionnels au titre de l'année précédente plutôt que comme élément du chiffre d'affaires de l'année 2000.

- Au 1^{er} mai 2000 : l'accord du 1^{er} mars 2000 prévoit une augmentation moyenne des tarifs des prestations de 1,72 % par rapport à ceux fixés par l'arrêté du 17 février (y compris les mesures tarifaires prises en faveur de certaines activités médicales soit 12 M€ pour l'obstétrique et 3 M€ pour la chirurgie cardiaque correspondant à une majoration supplémentaire des tarifs de 0,39 %). L'augmentation moyenne de 1,72 % a été en partie modulée par région (pour le champ MCO). L'évolution tarifaire moyenne des établissements MCO est un peu plus favorable du fait des mesures tarifaires propres à l'obstétrique et à la chirurgie cardiaque.

Les évolutions indiquées dans le texte correspondent à une évaluation de l'effet de ces mesures en moyenne annuelle (1999 par rapport à 1998, et 2000 par rapport à 1999) compte tenu de leur date et de leur champ d'application, sous l'hypothèse que les remboursements n'ont pas été pris en compte dans le chiffre d'affaires 2000, mais inclus comme produits exceptionnels. Sous ces hypothèses, les évolutions tarifaires peuvent ainsi expliquer un écart maximal de 1,8 % entre les chiffres d'affaires 1999 et 2000.

G.01 évolution du chiffre d'affaires selon la catégorie d'établissement



lutions tarifaires sont un peu plus importantes pour les établissements de court séjour que pour les autres.

Si les modifications tarifaires peuvent rendre compte des différences d'évolution entre 1999 et 2000, elles n'expliquent toutefois qu'une partie de l'évolution constatée. Cependant, il ne semble pas que l'effet volume, mesuré par l'évolution du nombre de journées d'hospitalisation, puisse directement expliquer la différence.

Ainsi, en 1999, la progression du chiffre d'affaires des établissements de MCO (+2,9 %) avait été sensiblement plus importante que la progression du nombre de journées d'hospitalisation complète réalisées d'après l'enquête SAE, qui n'était que de 1,1 %. La différence n'étant pas due aux modifications tarifaires qui, on l'a vu, ont un impact négatif en 1999, il s'agit plus vraisemblablement d'une réorientation de l'activité vers des modes de prise en charge plus rému-

T 02 comptes de résultats
de l'ensemble des cliniques privées

en % du chiffre d'affaires

Nombre de cliniques	1996	1997	1998	1999	2000		1996	1997	1998	1999	2000
	1 150	1 150	1 096	1 117	970						
Produits						Charges					
Compte de production											
CATOT (en millions d'euros)	6 237,1	6 481,1	6 312,7	6 564,4	6 123,7	ACHATS	17,4 %	17,0 %	17,0 %	17,5 %	17,5 %
VARSTP	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	VARSTM	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-0,2 %	0,1 %
production	100,0 %	100,0 %	100,1 %	100,1 %	100,1 %	AUTACH	24,8 %	24,7 %	25,2 %	25,5 %	25,9 %
						VA	57,8 %	58,3 %	57,9 %	57,3 %	56,6 %
Compte d'exploitation											
VA	57,8 %	58,3 %	57,9 %	57,3 %	56,6 %	SALAIR	31,8 %	32,3 %	32,2 %	32,0 %	32,5 %
SUBEX	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	CHSOC	12,6 %	12,6 %	13,0 %	12,9 %	12,0 %
						TAXES	6,2 %	6,5 %	6,4 %	6,5 %	6,5 %
EBE	7,3 %	7,2 %	6,4 %	5,9 %	5,7 %	EBE	7,3 %	7,2 %	6,4 %	5,9 %	5,7 %
AUTPR	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %	DOTEX	4,6 %	4,6 %	4,8 %	4,9 %	4,9 %
REPRI	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	AUTCHX	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
						RESEX	4,4 %	4,3 %	3,5 %	2,9 %	2,8 %
Autres opérations											
RESEX	4,4 %	4,3 %	3,5 %	2,9 %	2,7 %	CHFIN	1,2 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,2 %
PRFIN	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %	CHEXC	2,5 %	2,2 %	2,3 %	2,1 %	2,5 %
PREXC	2,4 %	1,8 %	2,0 %	1,9 %	3,2 %	PARTIC	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
						IMPBEN	1,5 %	1,6 %	1,4 %	1,2 %	1,5 %
						RESNET	1,9 %	1,5 %	1,0 %	0,9 %	1,2 %
Signification des postes											
CATOT : chiffre d'affaires total						ACHATS : achats de marchandises					
VARSTP : variation de stock produits						VARSTM : variation de stock marchandises					
VA : valeur ajoutée						AUTACH : autres achats					
SUBEX : subventions d'exploitation						SALAIR : salaires bruts					
EBE : excédent brut d'exploitation						CHSOC : charges sociales					
AUTPR : autres produits						TAXES : taxes liées à l'exploitation					
REPRI : reprises sur amortissements						DOTEX : dotations d'exploitation					
RESEX : résultat d'exploitation						AUTCHX : autres charges d'exploitation					
PRFIN : produits financiers						CHFIN : charges financières					
PREXC : produits exceptionnels						CHEXC : charges exceptionnelles					
						PARTIC : participation des salariés					
						IMPBEN : impôts sur les bénéfices					
						RESNET : résultat net					

Sources : tribunaux de commerce, calculs DREES.

nématrices que l'hospitalisation à temps complet : hospitalisation à temps partiel, chirurgie ambulatoire avec peut-être aussi, pour certains établissements, un développement des prestations à caractère hôtelier, non pris en charge par l'Assurance maladie. Les venues en hospitalisation à temps partiel et en chirurgie ambulatoire ont ainsi progressé de 5,1 % en 1999 pour les établissements de MCO ; la part de soins de suite et réadaptation réalisée dans ces établissements s'est également accrue, notamment pour les établissements de médecine.

Pour l'année 2000, les premières indications provenant de l'extension aux établissements privés de l'enquête de conjoncture auprès des établissements de santé indiquent une évolution relativement faible du nombre d'entrées en

hospitalisation, du même ordre qu'en 1999². Il est donc probable que les tendances à l'œuvre en 1999 se sont poursuivies en 2000, et contribuent à expliquer une partie de la progression du chiffre d'affaires.

Des résultats d'exploitation qui diminuent depuis 1997

Depuis 1997, la rentabilité d'exploitation des cliniques privées, mesurée par le taux de marge brute (EBE/CA), a sensiblement diminué, passant en moyenne de 7,2 % à 5,7 % en 2000. La réduction a surtout été forte en 1998, et s'est poursuivie à un rythme ralenti en 1999 et 2000 (tableau 2).

Cette évolution est surtout liée à la part de la valeur ajoutée dans le chiffre

d'affaires qui s'est réduite de 1,7 point entre 1997 et 2000, passant de 58,3 % à 56,6 %. La progression des achats a, en effet, été plus importante que celle du chiffre d'affaires. Plus que celle des achats de matières premières et approvisionnements, c'est la part des « autres achats et charges externes » qui s'accroît sensiblement, et de manière continue au cours des dernières années. Ceci traduit probablement un mouvement d'externalisation de certaines activités, notamment de prestations hôtelières telles que la confection des repas, la blanchisserie, mais

2. Voir Nelly GOUIDER, « La conjoncture des établissements de santé publics et privés en 2000, résultats provisoires », Études et Résultats n° 122, juillet 2001.

aussi de certaines activités médicales (analyses, imagerie médicale), réalisées par des sociétés spécifiques, ainsi qu'un recours accru à la sous-traitance. L'évolution d'autres postes de charges externes, comme par exemple les loyers, a pu également jouer un rôle, de même que les achats de matériel médical consommable mais ceux-ci sont difficiles à apprécier.

En revanche, la part des frais de personnel³, qui s'était sensiblement accrue jusqu'en 1998, diminue depuis, passant de 45,2 % du chiffre d'affaires à 44,5 % en 2000. Mais, en 2000, cette diminution recouvre en fait deux mouvements de sens contraire : d'une part, une nette baisse de la part des charges sociales (-0,9 point), vraisemblablement liée aux mesures d'accompagnement de la réduction du temps de travail à 35 heures, d'autre part un accroissement sensible de la part des salaires bruts (+0,5 point).

L'impact de la progression de la masse salariale dans les comptes de l'année 2000 est inférieur à celui de la réduction des charges, mais il pourrait ne s'agir que d'un effet temporaire, compte tenu de l'échelonnement des embauches liées à la réduction du temps de travail et des négociations salariales menées dans le secteur.

Ainsi, alors que l'évolution des frais de personnel avait joué un rôle important dans la diminution des résultats d'exploitation en 1998, c'est essentiellement la diminution du taux de valeur ajoutée qui explique la poursuite, à un rythme plus lent, de la baisse du taux de marge : en 1999 et 2000, la part de l'EBE dans la valeur ajoutée est à peu près stabilisée à un peu plus de 10 %.

Redressement en 2000 de la rentabilité économique...

Au contraire du taux de marge, le taux de rentabilité économique, que mesure le ratio résultat net/chiffre d'affaires, qui était descendu à 0,9 % en 1999, se redresse nettement en 2000 (1,2 %) [tableau 3]. Cette évolution n'est pas due aux autres éléments courants du compte de résultats : les dotations aux amortis-

3. Hors impôts sur les salaires (compris dans le poste « taxes »).

E-3

Le chiffre d'affaires par lit et place

Les données de l'enquête SAE étant disponibles jusqu'en 1999, il est possible d'évaluer pour cette année le chiffre d'affaires par lit et place¹ pour chaque établissement. Celui-ci s'établissait en moyenne à 72 900 € en 1999 alors qu'il était de 66 000 € en 1997. En deux ans il a donc progressé de plus de 10 %. L'amélioration de ce ratio provient en partie de façon mécanique de la disparition de certains établissements. En effet, pour les établissements qu'on retrouve à la fois en 1997 et 1999 la progression est moindre (+7,0 %). Pour ces établissements le nombre de lits est en effet resté stable, et la progression du ratio correspond à celle du chiffre d'affaires.

Le chiffre d'affaires par lit et place est plus élevé pour les établissements pluridisciplinaires (87 800 €), et dans une moindre mesure pour les autres établissements de court séjour. Il est, en revanche, sensiblement plus faible pour les cliniques orientées vers les séjours plus longs : 48 000 € pour les soins de suite et de réadaptation, 41 500 € en psychiatrie. Mais c'est aussi pour ces établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation que la progression est la plus sensible : +12,1 % en deux ans.

Ce ratio croît avec la taille de la clinique, du moins si on exclut les plus petits établissements, souvent orientés vers des activités spécifiques, telles que la chirurgie ambulatoire ou les traitements à domicile : d'environ 60 000 € pour les établissements de moins de 50 lits, il dépasse 90 000 € pour ceux de plus de 200 lits. La progression par rapport à 1997 est cependant plus forte pour les petits établissements que pour les cliniques plus importantes.

Le chiffre d'affaires moyen par journée réalisée (journée d'hospitalisation complète ou venue en hospitalisation partielle ou chirurgie ambulatoire) s'établit quant à lui à 230 € en 1999. Sa variation selon la taille ou la spécialité est assez semblable à celle du chiffre d'affaires par lit et place.

1. Lit d'hospitalisation complète et place d'hospitalisation à temps partiel.

T-03 évolution de la rentabilité économique* selon la catégorie d'établissement

	en %				
	1996	1997	1998	1999	2000
Polycliniques	1,0	0,7	0,2	0,0	0,4
Médecine	3,6	2,6	3,5	1,4	2,3
Chirurgie	1,5	1,2	-0,3	0,0	1,0
Obstétrique	2,1	2,1	1,4	1,0	2,5
Total court séjour (MCO)	1,2	0,9	0,3	0,1	0,6
Suite et réadaptation	3,7	3,0	3,8	3,0	2,6
Psychiatrie	6,5	5,7	4,9	5,2	4,8
Long séjour	3,1	3,4	0,9	4,5	2,5
Dialyse	9,1	8,1	8,6	8,3	7,4
Divers	2,9	4,6	3,0	4,1	4,8
Total hors MCO	5,1	4,4	4,4	4,3	3,9
Ensemble	1,9	1,5	1,0	0,9	1,2

* La rentabilité économique est mesurée par le ratio résultat net/chiffre d'affaires.
Sources : tribunaux de commerce, calculs DREES.

sements et provisions (nettes des reprises) restent à peu près stables, de sorte que le ratio suit l'évolution du taux de marge.

De même, les résultats financiers évoluent peu en 2000 et ce sont les produits exceptionnels qui sont à l'origine de la remontée du résultat net : ces produits progressent en 2000 de près de 60 %, passant de 1,9 % à 3,2 % du chiffre d'affaires. Malgré une certaine progression des charges exceptionnelles, l'augmentation des résultats exceptionnels fait ainsi plus que compenser la poursuite de la diminution des résultats courants.

Cette forte augmentation des recettes

exceptionnelles concerne la plupart des cliniques ; il s'agit très certainement de la traduction, dans les comptes de nombreuses cliniques, des reversements effectués en 2000 par l'Assurance maladie au titre de 1999 à la suite de l'annulation partielle des arrêtés tarifaires de 1999. Le montant de ces reversements avait en effet été estimé à environ 0,7 % du chiffre d'affaires des cliniques, ce qui correspond à l'essentiel de l'accroissement du solde exceptionnel constaté (cf. encadré 2).

L'évolution observée de la rentabilité au cours des années 1999-2000 semble ainsi sujette aux effets des reports de re-

cettes de 1999 sur 2000 qui, de surcroît, n'ont probablement pas été comptablement traités de la même façon par tous les établissements. Un jugement sur l'évolution de la rentabilité moyenne entre 1999 et 2000 s'avère donc difficile, même si l'impression qui ressort des données est celle d'une relative stabilité du taux de rentabilité économique depuis 1998, aux alentours de 1 %, après une forte baisse par rapport à son niveau de 1996.

...avec toujours des différences sensibles en fonction de la taille et de la spécialisation des établissements

La rentabilité économique moyenne diffère en outre fortement selon la spé-

cialité des établissements : comme les années précédentes, elle est faible pour les cliniques de court séjour (MCO) et notamment pour les polycliniques (0,4 % en 2000) ; elle est un peu meilleure (1,3 %) pour les cliniques spécialisées de court séjour. Elle est en revanche sensiblement plus élevée (3,9 %) dans les autres établissements : 2,6 % en soins de suite et réadaptation, 4,8 % en psychiatrie et surtout 7,4 % en dialyse.

Pour les polycliniques, dont la rentabilité est en moyenne plus faible, le niveau et le profil d'évolution de la rentabilité au cours des dernières années diffèrent sensiblement selon la taille de la clinique (graphique 2).

Les petits établissements (moins de 6 millions d'euros de chiffre d'affaires) ont connu une baisse de leur rentabilité

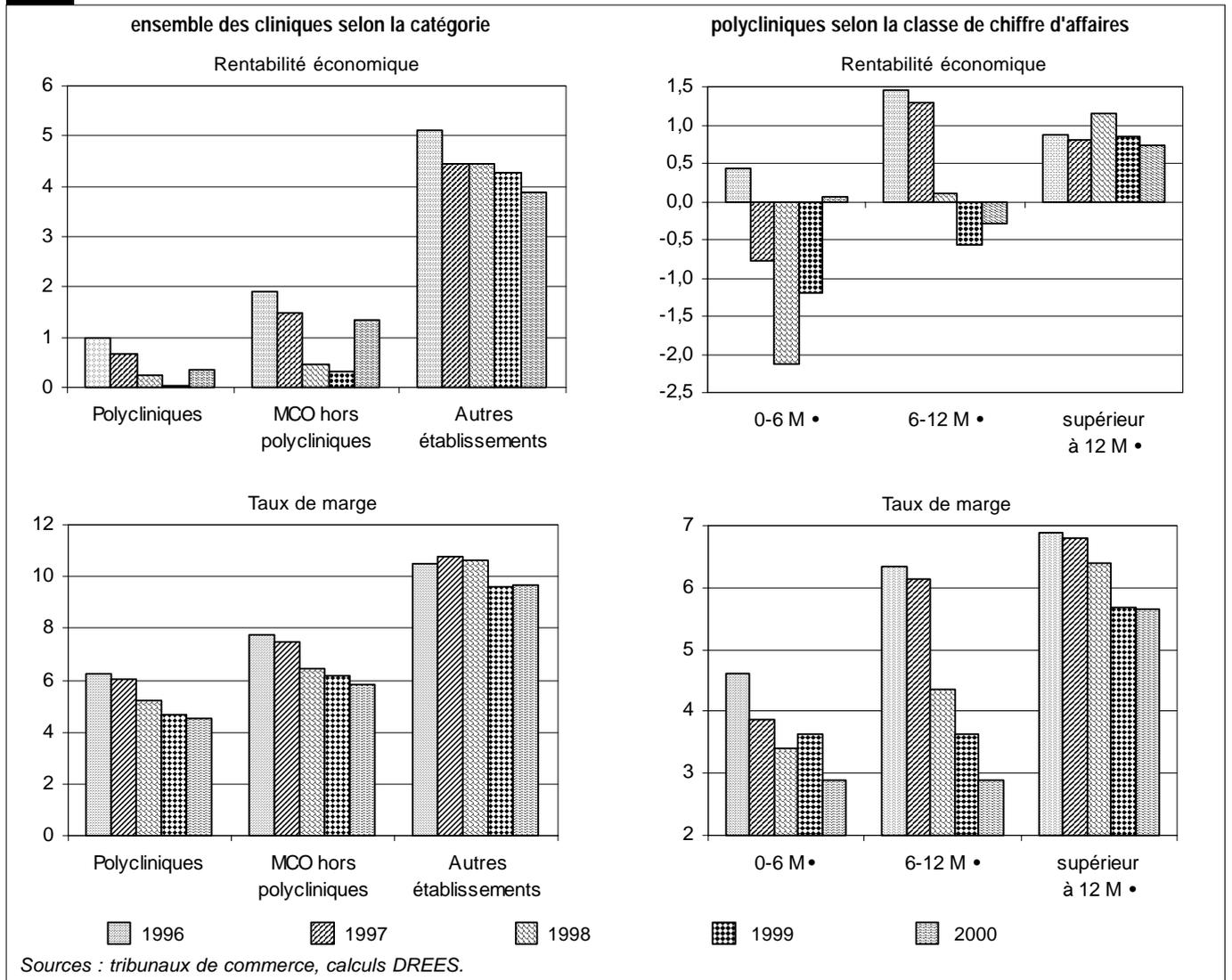
très marquée en 1997 et 1998, avec un taux moyen descendu à -2,1 % ; mais une légère reprise s'amorce en 1999 et semble s'amplifier en 2000. Cependant, la poursuite de cette amélioration doit encore être confirmée en raison de l'absence de disponibilité des données relatives à 2000 pour nombre de petites cliniques (cf. encadré 1).

Les polycliniques de taille moyenne, qui réalisent entre 6 et 12 millions d'euros de chiffre d'affaires, ont vu au contraire la diminution de leur rentabilité, amorcée en 1998, se poursuivre en 1999, et la reprise observée en 2000 n'est que modeste : +0,3 point. Alors que jusqu'en 1997 leurs résultats étaient meilleurs que ceux des autres établissements, c'est désormais dans cette catégorie que la rentabilité moyenne est la plus faible.

évolution des résultats

G.02

en %



En revanche, les polycliniques de taille plus importante maintiennent à peu près leur taux de rentabilité au cours de la période, mais présentent un profil d'évolution inverse des autres établissements : relativement bas en 1996 et 1997, leur taux de rentabilité s'améliore en 1998 (1,1 %) mais redescend ensuite (0,7 % en 2000).

Il semble donc que la rentabilité des cliniques généralistes soit plutôt croissante avec la taille, mais que le seuil à partir duquel elles deviennent rentables ait eu tendance à se relever au cours des années récentes. En ce qui concerne les petites polycliniques, il est probable que beaucoup d'établissements en difficulté aient disparu ou se soient réorientés au cours des dernières années. Mais il faut également noter une amélioration de la rentabilité des établissements que l'on retrouve deux ans de suite.

Pour les cliniques spécialisées, les différences de rentabilité selon la taille restent enfin relativement stables. En 2000, comme les années précédentes, le taux de rentabilité moyen croît avec la taille pour les cliniques spécialisées dans le court séjour (MCO) : 1,7 % pour les établissements qui réalisent plus de 6 millions d'euros de chiffre d'affaires, contre 0,9 % pour les plus petits. Pour les autres spécialités en revanche il décroît avec la taille : 4,3 % pour les petites cliniques contre 2,7 % pour celles qui réalisent plus de 6 millions d'euros de chiffre d'affaires.

L'évolution de la rentabilité économique selon la taille et la catégorie de clinique paraît largement commandée par celle du taux de marge (graphique 2) : pour les petites et moyennes cliniques, ces deux taux suivent le même profil, exception faite de la remontée de 2000 due aux résultats exceptionnels. Le lien semble moins net pour les grands établissements, mais ceci concerne surtout le début de période (1996 et 1997) où leur rentabilité avait été réduite malgré un taux de marge élevé, vraisemblablement en raison du poids des investissements et des frais financiers pendant ces années.

C'est donc bien essentiellement l'évolution des conditions d'exploitation qui a joué sur la rentabilité économique au cours des années récentes, en dehors d'effets exceptionnels, comme ceux constatés en 2000.

Au total, deux types d'établissements connaissent une situation plus favorable en termes de rentabilité : d'une part, des établissements plutôt petits, spécialisés dans des activités ne nécessitant pas de gros efforts d'investissements, notamment en soins de suite, en psychiatrie, parfois aussi en court séjour, mais orientés vers un segment particulier de clientèle ; d'autre part, des établissements pluridisciplinaires importants, appartenant souvent à des groupes, ayant réalisé des investissements lourds ou participé à des opérations de restructuration. Une forte hétérogénéité existe cependant, même à l'intérieur de ces catégories.

Une forte dispersion des taux de rentabilité

En 2000, la moitié des cliniques ont un taux de rentabilité supérieur à 1,5 % (médiane de la distribution) ; ce seuil est pratiquement inchangé par rapport à 1999. 28 % des cliniques sont en déficit (29 % en 1999) et pour 10 % celui-ci dépasse 6,4 % du chiffre d'affaires (1^{er} décile de la distribution) ; ces cliniques représentent 8 % du chiffre d'affaires total, mais elles accumulent à elles seules un déficit de 64 millions d'euros (13 % de leur chiffre d'affaires), presque égal au résultat net de l'ensemble des établissements (73 millions d'euros). En revanche, 10 % des établissements, représentant 5,2 % du chiffre d'affaires total, ont un taux de rentabilité supérieur à 9,6 % (9^e décile).

Pour les 80 % d'établissements qui se situent entre le 1^{er} et le 9^e décile, le taux de rentabilité moyen est de 1,6 %, voisin de la médiane et sensiblement supérieur à la moyenne d'ensemble, ce qui indique que celle-ci est fortement affectée par les pertes des établissements très déficitaires.

En 1999, la concentration des déficits était encore plus nette, le déficit cumulé des cliniques du 1^{er} décile atteignant 77 millions d'euros ; l'amélioration des résultats constatés pour ce seul décile correspond pratiquement à la progression du

résultat net global du secteur, ceci semblant refléter un début d'assainissement de la situation des établissements les plus déficitaires, probablement lié aux restructurations en cours. Cependant, l'absence d'une partie des données relatives à l'année 2000 et les perturbations liées aux remboursements de 1999 obligent en ce domaine à la prudence.

Une rentabilité très faible dans le Nord-Est, mais qui s'améliore en Île-de-France

La rentabilité moyenne présente par ailleurs de fortes variations régionales, mais pas toujours significatives, car les taux moyens régionaux sont très sensibles aux résultats fortement déficitaires, ou au contraire fortement excédentaires, de quelques établissements. Aussi est-il préférable, pour comparer les régions, de s'intéresser aux médianes régionales plutôt qu'aux moyennes. Même ainsi, les résultats ne sont pas significatifs pour toutes les régions, notamment celles de petite taille où le nombre de cliniques est faible.

Au niveau des grandes zones géographiques (ZEAT), quelques tendances peuvent toutefois être distinguées (tableau 4). La rentabilité médiane est relativement élevée (1,5 % à 2 %) dans le Nord, le Bassin parisien (hors Île-de-France), la région méditerranéenne et le Sud-Ouest ; elle est en revanche un peu inférieure au niveau national (1,1 % à 1,4 %) en Île-de-France, dans l'Ouest et le Centre-Est. C'est cependant surtout dans le Nord-Est que la situation est la plus fragile avec un taux de rentabilité médian de 0,2 %. La plupart de ces grandes zones paraissent relativement homogènes⁴. Le Sud-Ouest fait toutefois exception car la situation y est contrastée, la rentabilité médiane étant très bonne en Aquitaine, et mauvaise en Midi-Pyrénées.

Le fait que certaines régions aient une proportion plus forte d'établissements de long et moyen séjour, en général plus rentables, n'explique pas les disparités régionales. On retrouve en effet pratiquement le même classement des grandes régions si on se limite au champ des établissements de court séjour (MCO). D'autres facteurs ont parfois été évoqués pour rendre compte de ces écarts : la vi-

4. Si du moins on exclut les régions les plus petites dont le taux est peu significatif.

tesse des restructurations, la concurrence plus ou moins forte de l'hôpital public, le niveau relatif des rémunérations, en particulier dans les régions frontalières

de la Suisse, du Luxembourg et de l'Allemagne.

Entre 1999 et 2000, la situation relative des régions s'est, à cet égard, peu

modifiée, à l'exception de celle du Centre-Est (essentiellement Rhône-Alpes) où la rentabilité médiane est en baisse sensible (de 1,6 à 1,1 %), alors qu'au contraire la plupart des régions connaissent une certaine amélioration, notamment l'Île-de-France (de 1,1 % à 1,3 %).

Dans le cas de l'Île-de-France le taux de rentabilité moyen s'améliore toutefois davantage que le taux médian, passant de -0,7 % à +0,7 %. Cette région se distinguait en effet, en 1999 comme en 1998, par une proportion importante d'établissements très déficitaires dont les résultats affectaient fortement le taux de rentabilité moyen de la région : 10 % des cliniques franciliennes avaient en effet un déficit supérieur à 15,3 % de leur chiffre d'affaires. Selon les chiffres – encore provisoires – de 2000 ce premier décile s'établirait à -10,8 %, seuil encore nettement inférieur à ce qu'il est au niveau national (-6,4 %), mais dont la progression serait à l'origine de la nette augmentation du taux moyen régional. ●

T 04 rentabilité économique* médiane par grande région

en %

	Ensemble		dont MCO	
	1999	2000	1999	2000
France entière	1,5	1,5	0,6	1,0
1. Île-de-France	1,1	1,3	0,6	0,9
2. Bassin parisien	1,6	1,8	1,0	1,2
3. Nord	1,8	2,0	1,6	1,9
4. Nord-est	0,0	0,2	-0,3	-0,5
5. Ouest	1,5	1,4	0,4	0,5
7. Sud-ouest	1,6	1,8	0,8	1,0
8. Centre-est	1,6	1,1	0,7	0,0
9. Sud-est	1,8	1,7	0,6	1,4
1. Île-de-France seule	5. Pays de la Loire, Bretagne, Poitou-Charente			
2. (Hors Île-de-France) : Basse et Haute-Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Centre et Bourgogne	7. Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin			
3. Nord - Pas-de-Calais	8. Auvergne, Rhône-Alpes			
4. Alsace, Lorraine, Franche-Comté	9. Languedoc-Roussillon, PACA, Corse			
* La rentabilité économique est mesurée par le ratio résultat net/chiffre d'affaires.				
Sources : tribunaux de commerce, calculs DREES.				