



Études et Résultats

N° 798 • mars 2012

L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2009 et 2010

En 2010, le chiffre d'affaires des cliniques privées augmente de 3,5 %, soit une croissance légèrement moins dynamique qu'en 2009 (3,9 %). Leur rentabilité économique moyenne est estimée en 2010 à 1,9 % de leur chiffre d'affaires, en légère baisse par rapport à 2009 et 2008 (2,1 %), et significativement plus faible que le maximum connu en 2005 (3,1 %).

La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, présente une grande hétérogénéité : plus d'un quart d'entre elles subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 11,5 %. La rentabilité économique moyenne des cliniques du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) se stabilise à 1,6 %. Celle des cliniques du secteur hors MCO est deux fois plus élevée (3,1 %), malgré une baisse de 0,7 point en 2010.

Éric THUAUD

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

CETTE ÉTUDE présente la situation économique des cliniques privées à but lucratif en 2009 et 2010, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Ces données ne sont pas disponibles pour environ 15 à 20 % des cliniques selon les années au moment de l'étude. En 2010, cette proportion est particulièrement élevée (25 %) ; les résultats présentés dans ce document sont donc provisoires. Toutefois, grâce à une repondération des données tenant compte de la non-réponse, fondée sur le personnel des cliniques déclarées dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les résultats publiés dans cette étude sont représentatifs de l'ensemble du champ. Certains résultats relatifs aux années antérieures à 2008 peuvent en conséquence être légèrement modifiés par rapport aux précédentes publications qui ne portaient que sur le champ des cliniques ayant réellement déposé leurs comptes. Par ailleurs, le champ de l'étude se limite aux seules sociétés d'exploitation des cliniques, les données relatives aux autres sociétés civiles n'étant pas connues. Lorsque la société d'exploitation de la clinique paye un loyer à une société civile immobilière (SCI) qui est propriétaire des murs, l'analyse des seuls résultats de la société d'exploitation peut biaiser la juste

appréciation du résultat économique des cliniques pour lesquelles l'actionnaire majoritaire des deux sociétés est le même (encadré 1).

En 2010, les cliniques privées à but lucratif réalisent, pour le secteur MCO, 49,8 % des venues en hospitalisation partielle¹ (+0,3 points) et 27,3 % des entrées en hospitalisation complète (en baisse de 0,4 point). Cette évolution confirme la tendance observée entre 2008 et 2009, de baisse de parts de marché des cliniques privées pour l'hospitalisation complète. Cette contraction de la part de marché des cliniques privées en hospitalisation complète est principalement due à l'activité de chirurgie, les cliniques privées réalisant en 2010 45,5 % des entrées en hospitalisation complète (contre 46,0 % en 2009) pour cette discipline.

Concernant le secteur hors MCO, les cliniques privées réalisent 4,4 % des venues en hospitalisation partielle et 18,4 % des entrées en hospitalisation complète en psychiatrie². Elles représentent 29,3 % des venues en hospitalisation partielle et 31,5 % des entrées en hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation (SSR). Par rapport à 2009, l'évolution du nombre d'entrées en hospitalisation complète est assez faible (+2,3 % en psychiatrie, +1,5 % pour les SSR). Pour les venues en hospitalisation partielle, la hausse est en revanche nettement plus marquée (+15,3 % en psychiatrie, +6,7 % pour les SSR).

Une croissance du chiffre d'affaires moins dynamique en 2010 qu'en 2009

En 2010, le chiffre d'affaires (CA) des cliniques privées à but lucratif augmente de 3,5 %, soit un ralentissement de 0,4 point par rapport à 2009 (graphique 1). Le CA total des cliniques s'élève à 12,5 milliards d'euros en 2010, contre 12,1 milliards d'euros en 2009 : les cliniques MCO représentent 9,7 milliards d'euros de chiffre d'affaires contre 2,8 milliards d'euros pour les établissements hors MCO.

La moitié des établissements connaît une progression de son CA supérieure à 2,2 %. Pour un quart des établissements, cette progression dépasse 5,7 % et un dixième des établissements bénéficie même d'une progression de 11,1 % ou plus. En revanche, 28,6 % des cliniques voient leur CA stagner ou baisser entre 2009 et 2010 (contre 22,9 % entre 2008 et 2009).

La croissance du CA des cliniques est en moyenne nettement plus faible dans le secteur MCO (3,1 %) que dans le secteur hors MCO (4,8 %). Cependant, l'écart entre les deux secteurs s'est sensiblement réduit en 2009-2010 (graphique 1).

Légère baisse de la rentabilité économique des cliniques en 2010

En 2010, la rentabilité économique des cliniques, rapport du résultat net au chiffre d'affaires, s'établit à 1,9 % du CA (tableau 1), en légère baisse par rapport à 2009 (-0,2 point).

La moitié des cliniques privées à but lucratif enregistre une rentabilité économique supérieure à 2,5 % du CA en 2010, et un dixième enregistre une rentabilité supérieure à 11,5 %. Ces établissements réalisent 6,2 % du CA total de l'ensemble des cliniques. En 2010, 27,6 % des cliniques déclarent des pertes, proportion sensiblement supérieure à celle de 2009 (25,6 %). On observe un important écart entre la proportion de cliniques en déficit dans le secteur MCO (32,5 %) et celle du secteur hors MCO (20,9 %). Une polyclinique (encadré 2) sur trois dans notre échantillon connaît ainsi des pertes pour l'exer-

1. DGOS-DREES, PMSI-MCO 2009 et 2010.
2. DREES, SAE 2009-2010, traitements DREES.

GRAPHIQUE 1

Évolution du taux de croissance du CA des cliniques privées (en %)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2004-2010, calculs DREES.

ENCADRÉ 1

Champ de l'étude et méthode utilisée pour le redressement des données tenant compte de la non-réponse

Les cliniques privées à but lucratif étudiées sont les entités figurant dans la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) 2010 et pratiquant des activités hospitalières selon la nomenclature des activités françaises (NAF).

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). Cette étude ne traite 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 limite l'analyse économique et financière des cliniques¹. Ainsi, dans les cliniques pour lesquelles l'actionnaire principal de la société d'exploitation est aussi l'actionnaire principal de la SCI à la quelle la clinique loue les locaux, il est possible qu'il existe des phénomènes de transfert de résultat entre la société d'exploitation de la clinique et la SCI via les montants des loyers. Les informations sur les loyers ne sont pas connues avec un niveau de détail suffisant (généralement inclus dans le poste « autres achats et charges externes » sans possibilité de descendre à un niveau plus fin) pour essayer d'approcher indirectement le phénomène dans une étude nationale.

Prendre en compte la non-réponse pour améliorer la qualité des résultats

Les cliniques privées à but lucratif doivent déposer leur compte auprès des tribunaux de commerce. Toutefois, 15 à 20 % d'entre elles ne l'ont pas encore fait selon les années au moment de l'étude, et pour ces dernières, nous ne disposons donc d'aucune information économique et financière. En 2010, cette proportion est particulièrement élevée (25%) ; les résultats présentés dans ce document sont donc provisoires. Il est important de redresser les données en

tenant compte de la non-réponse si l'on veut garantir la qualité des résultats.

Le recours à la SAE nous permet de couvrir le champ des cliniques privées à but lucratif en exercice (en tenant compte en particulier des fermetures, créations ou restructurations de cliniques) et de constituer la population de l'étude.

Le redressement des données des cliniques est réalisé à l'aide d'un calage sur marges afin que les établissements ayant déposé leurs comptes (qui constituent l'échantillon) deviennent représentatifs de l'ensemble des cliniques privées à but lucratif présentes dans la SAE. Connues pour toutes les cliniques présentes dans la SAE, les variables auxiliaires sont les informations utilisées dans le calage qui, bien corrélées avec les données économiques de l'échantillon, permettent d'améliorer la précision des estimations.

Les données économiques et financières dépendent fortement de la taille des établissements, ici approchée par le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) non médicaux, ainsi que leur discipline (polyclinique, psychiatrie, etc.). De ce fait, la taille par discipline et le nombre d'établissements par discipline sont choisis comme variables auxiliaires du calage. L'échantillon étant représentatif pour ces deux types de variables, il le sera aussi en termes de données économiques et financières et les estimations seront de meilleure qualité que sans redressement des données.

Les tableaux suivants présentent les marges utilisées dans le calage (nombre de cliniques, et somme ETP) ainsi que la part contenue dans l'échantillon.

1. 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, DREES, juillet.

Tableau des marges utilisées dans le calage pour l'année 2010

Nombre de cliniques par disciplines

Variable	Effectifs dans la population	Part dans l'échantillon
Cliniques spécialisées*	164	79 %
Dialyse avec moins de 27 ETP non médicaux	26	88 %
Dialyse avec 27 ETP non médicaux ou plus	26	77 %
Divers	78	31 %
Polyclinique avec moins 188 ETP non médicaux	175	78 %
Polyclinique avec 188 ETP non médicaux ou plus	175	82 %
Psychiatrie	133	82 %
Soins de suite et de réadaptation avec moins 52 ETP non médicaux	126	69 %
Soins de suite et de réadaptation avec 52 ETP non médicaux ou plus	127	87 %

Équivalents temps-plein (ETP) non médicaux par discipline

Variable	Somme des ETP dans la population	Part représentée dans l'échantillon
Cliniques spécialisées*	14 754	79 %
Dialyse avec moins de 27 ETP non médicaux	352	85 %
Dialyse avec 27 ETP non médicaux ou plus	2 474	61 %
Divers	3 044	32 %
Polyclinique avec moins de 188 ETP non médicaux	20 512	79 %
Polyclinique avec 188 ETP non médicaux ou plus	61 551	83 %
Psychiatrie	7 580	82 %
Soins de suite et de réadaptation avec moins de 52 ETP non médicaux	4 319	70 %
Soins de suite et de réadaptation avec 52 ETP non médicaux ou plus	15 137	88 %

Note • Les disciplines qui ont des équivalents temps-plein (ETP) par établissement dispersés, sont séparées en deux classes. Elles constituent donc deux marges différentes (comportant chacune le même nombre de cliniques), ce qui permet de prendre en compte les effets différenciés selon la taille. Malgré le petit nombre d'établissements de dialyse, ils ont été séparés en 2 catégories car les données financières de ces cliniques sont très hétérogènes.

* médecine, chirurgie, obstétrique.

ENCADRÉ 2

Détails de la répartition par discipline

Secteur MCO

- Polycliniques : Cliniques pluridisciplinaires à dominante MCO (les activités MCO représentent au moins 60 % des établissements de la clinique).
- Cliniques spécialisées : Cliniques monodisciplinaires du secteur MCO (uniquement chirurgie ou uniquement médecine ou uniquement obstétrique).
- Dialyse : Cliniques de dialyse mono disciplinaires.

Secteur Hors MCO

- SSR : Cliniques à dominante SSR (au moins 60 % des établissements de la clinique).
- PSY : Cliniques à dominante PSY (au moins 60 % des établissements de la clinique).
- Divers : Cliniques d'activités hospitalières ne correspondant à aucune des autres disciplines.

cice 2010, proportion encore plus forte pour les cliniques spécialisées (Chirurgie, Médecine, Obstétrique) avec 37,9 % de cliniques déficitaires. Ces établissements à la rentabilité négative représentent une part du chiffre d'affaires total des cliniques de 26 %. Notons que 17,1 % des cliniques présentes à la fois dans notre échantillon de 2009 et dans celui de 2010 déclarent des pertes les deux années (contre 16,3 % pour les cliniques présentes en 2008 et 2009). En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques affichent une rentabilité économique inférieure à -5,8 % en 2010 (ce seuil valant -7,8 % en 2009).

Le taux de marge brut d'exploitation, rapport de l'excédent brut d'exploitation sur le chiffre d'affaires, mesure la performance de l'activité d'exploitation de l'entreprise, indépendamment de ses investissements et des éléments financiers et exceptionnels. En 2010 il reste assez stable (+ 0,1 point) et s'établit à 6,0 % du CA (tableau 2). Ce léger écart se justifie surtout par la baisse de la fiscalité liée à l'exploitation, via le poste taxes et assimilés.

Le résultat financier s'établit à -0,3 % du CA en 2010, proportion constante depuis 2009. Le résultat exceptionnel recense les opérations de gestion et les opérations en capital ayant eu lieu au cours de l'exercice considéré ; il met en évidence le solde avant impôt des opérations exceptionnelles, dont les cessions d'éléments d'actifs. En 2010, il s'établit à -0,3 % du CA, soit une baisse de 0,4 point par rapport à 2009 et de 1,1 point par rapport à 2008. Ceci s'explique par la hausse des charges exceptionnelles pour l'exercice 2010, faisant suite à une diminution des produits exceptionnels en 2009.

Les cliniques MCO de petite taille sont les plus rentables en 2010

Si l'on compare les secteurs MCO et hors MCO, en fonction de la taille des cliniques, les plus rentables sont en 2010 comme en 2009, les cliniques MCO de petite taille, avec une hausse de leur rentabilité à 5,4 % (soit +0,3 point en 2010). Les cliniques hors MCO de petite taille,

après avoir été les plus rentables en 2008, voient leur rentabilité stable à 3,6 % du chiffre d'affaires en 2010 (soit +0,1 point). Les cliniques de taille moyenne dégagent-elles des bénéfices correspondant à 1,0 % du chiffre d'affaires dans le MCO contre 3,3 % dans le hors MCO et ceux des grandes cliniques atteignent 1,6 % et 1,9 % respectivement. (tableau 1).

En s'intéressant non plus à la taille des cliniques mais uniquement à leur

secteur, on retrouve une rentabilité économique stable depuis 2008 pour le secteur MCO à 1,6 % (graphique 2). En revanche, si le secteur hors MCO demeure toujours le plus rentable avec 3,1 % du CA, il connaît une baisse sensible depuis l'exercice précédent (-0,7 point).

Si on considère maintenant les disciplines, on constate que toutes affichent une rentabilité positive, à l'exception des cliniques « divers », dont la rentabilité se dégrade à -4,3 %

TABLEAU 1

Rentabilité économique selon la catégorie d'établissement par année (en % du CA)

	2008	2009	2010
Ensemble	2,1	2,1	1,9
Polycliniques	1,4	1,6	1,5
Cliniques spécialisées*	1,4	1,0	0,4
Dialyse	7,6	7,9	10,6
Total MCO	1,6	1,6	1,6
dont Grandes cliniques MCO	1,7	1,6	1,6
Moyennes cliniques MCO	0,9	1,2	1,0
Petites cliniques MCO	4,3	5,1	5,4
Suite et réadaptation	4,0	4,2	3,5
Psychiatrie	5,1	5,4	5,0
Divers	-1,5	-4,5	-4,3
Total hors MCO	3,8	3,8	3,1
Grandes cliniques hors MCO	2,5	2,7	1,9
Moyennes cliniques hors MCO	4,1	4,6	3,3
Petites cliniques hors MCO	4,4	3,5	3,6

* Chirurgie, Médecine, Obstétrique.

Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2008-2010, calculs DREES.

ENCADRÉ 3

Définitions et formules de calcul des indicateurs

Indicateur	Formule et définition
Chiffre d'affaires	Il correspond 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).
Résultat net comptable	Solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.
Excédent brut d'exploitation (EBE)	Solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.
Rentabilité économique	Résultat net comptable / Chiffre d'affaires → permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.
Rentabilité financière	Résultat net comptable / Capitaux propres → mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires.
Taux de marge brut d'exploitation	Excédent Brut d'Exploitation (EBE) / Chiffre d'affaires → représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financière, d'amortissement et de distribution des revenus
Taux d'endettement	Dettes Financières / Capitaux permanents → mesure le poids des dettes des cliniques en part de leurs capitaux stables
Capacité d'autofinancement	(EBE + Autres produits et charges d'exploitation + Opérations en commun + Produits financiers - charges financières - Repr sur provisions et transfert de charges (financier) + Dot. financières aux amortissements et prov. +/- Produits et charges exceptionnels sur opé. de gestion - Participation des salariés aux résultats de l'entreprise - impôts sur les bénéfices + Dont transf. charges) / Chiffre d'affaires → évalue les ressources des cliniques disponibles à la clôture des comptes pour le financement de leur développement
Capacité de remboursement	Dettes financières / Capacité d'autofinancement → mesure le temps nécessaire à l'établissement pour rembourser ses dettes en années de capacité d'autofinancement
Effort d'investissement	(Total des immobilisations: acquisitions, créations + Immobilisations corporelles en cours) / Chiffre d'affaires → mesure l'investissement des cliniques privées en part de chiffre d'affaires

■ TABLEAU 2

Compte de résultat des cliniques privées

	2008	2009	2010
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (en milliards d'euros)	11,6	12,1	12,5
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,1	-45,2	-45,1
dont			
- Achats consommés	-18,1	-17,8	-17,9
- Autres achats et charges externes	-27,1	-27,5	-27,2
- Variation de stocks	0,1	-0,1	0,0
Frais de personnel (en % du CA)	-43,9	-43,8	-43,9
dont			
- Salaires bruts	-31,4	-31,5	-31,1
- Charges sociales	-12,4	-12,3	-12,8
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,3	-5,1	-4,9
dont			
- Impôts, taxes et versements assimilés	-6,0	-6,0	-5,7
- Subvention d'exploitation	0,7	0,9	0,8
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	5,7	5,9	6,0
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-2,1	-1,7	-1,6
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	1,1	-0,1	-0,1
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	3,7	4,2	4,3
Résultat financier	-0,4	-0,3	-0,3
dont			
- Produits financiers	0,9	0,8	0,7
- Charges financières	-1,3	-1,1	-1,0
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	3,3	3,8	4,0
Résultat exceptionnel (en % du CA)	0,8	0,1	-0,3
dont			
- Produits exceptionnels	3,1	2,4	2,4
- Charges exceptionnelles	-2,3	-2,3	-2,7
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4	-0,4	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,5	-1,4	-1,4
RÉSULTAT NET (en % du CA)	2,1	2,1	1,9

Lecture • Rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre après la virgule.

Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2008-2010, calculs DREES.

■ GRAPHIQUE 2

Évolution de la rentabilité économique des cliniques privées (en % du CA)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2010, calculs DREES.

de leur chiffre d'affaires. Cependant, les cliniques spécialisées (médecine, chirurgie, obstétrique) sont les moins rentables d'entre elles, passant de 1,4 % en 2008 à 1,0 % en 2009 puis 0,4 % en 2010. La rentabilité des polycliniques reste stable en 2010 à 1,5 % du CA. Par ailleurs, les taux de

rentabilité des cliniques du secteur hors MCO demeurent élevés, mais en baisse notable : la rentabilité des établissements de psychiatrie s'établit à 5,0 % du CA en 2010, en baisse de 0,4 point par rapport à 2009, et celle des établissements de soins de suite et de réadaptation passe de 4,2 % à 3,5 %.

La rentabilité financière, rapport du résultat net sur les capitaux propres, mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires. Cet indicateur n'a de sens au niveau microéconomique que pour des cliniques à capitaux propres positifs, et n'est donc calculé dans la présente étude que sur cette partie de notre échantillon (soit 85 % des cliniques). En 2010, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques est de 11,6 %, soit une baisse de 1,5 point par rapport à l'année précédente. Tandis que celle des établissements MCO diminue de 0,8 point et s'établit ainsi à 10,1 %, la rentabilité financière des établissements hors MCO diminue davantage, de 3,4 points à 16,5 % des capitaux propres.

Ralentissement des investissements dans l'ensemble des cliniques

L'endettement total des cliniques correspond aux dettes financières sur les capitaux permanents. En 2009, l'endettement augmente de +2,9 points par rapport à 2008, à 42,1 %, puis se stabilise à 42,3 % en 2010 (graphique 3). Cette stagnation relative entre 2009 et 2010 cache une baisse de 0,7 point pour les cliniques MCO (à 40,1 %), compensée par une hausse dans le secteur hors MCO de 3,6 points (à 49,9 %).

La capacité d'autofinancement (CAF) évalue les ressources des entreprises disponibles à la clôture des comptes pour le financement de leur développement³. Cet indicateur connaît, entre 2009 et 2010, une progression de 0,4 point pour s'établir à 4,7 % du chiffre d'affaires. Elle est portée par les cliniques du secteur MCO, avec une hausse de 0,6 point (à 4,5 %). En revanche, cet indicateur se contracte légèrement (-0,2 point, à 5,4 %) dans le secteur hors MCO (graphique 4).

Par conséquent, la capacité de remboursement, qui mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement, s'améliore de 3,7 à 3,5 années de capacité d'autofinancement entre 2009 et

3. La formule de la CAF utilisée varie légèrement depuis cette année pour s'adapter aux données comptables à notre disposition (encadré 3).

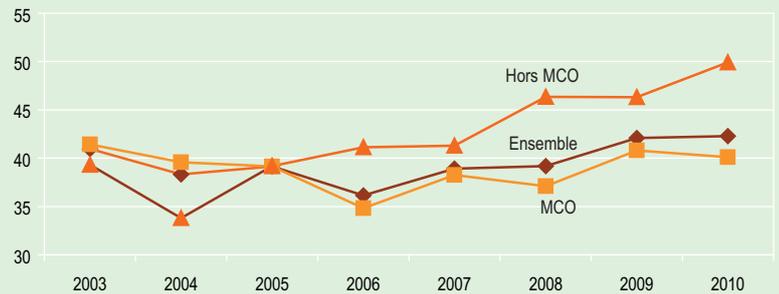
2010. Elle se réduit de 0,4 année dans le secteur MCO, atteignant 3,4 années de capacité d'autofinancement, mais s'allonge d'autant dans le secteur hors MCO à 3,7 années de capacité d'autofinancement.

Le niveau de l'actif immobilisé est minoré dans la mesure où un certain nombre de cliniques louent à des sociétés civiles immobilières, qui ont le même actionnaire majoritaire, les locaux au sein desquels elles réalisent les soins. L'effort d'investissement⁴ s'établit à 7,0 % du CA en 2010, ce qui correspond à une diminution sensible, de 1,4 point, par rapport à 2009 (graphique 5) Cette forte baisse est surtout le fait des cliniques hors MCO avec un effort d'investissement pour l'année 2010 chutant à 8,9 %, soit 3,7 points de moins qu'en 2009. Les cliniques MCO connaissent une baisse moins marquée, de 0,8 point, à 6,5 %.

4. L'investissement est calculé à partir des augmentations par acquisitions, apports et créations des comptes d'immobilisations de l'exercice en cours : l'effort d'investissement correspond à la part de ces investissements réalisés sur l'année dans le CA (encadré 3).

GRAPHIQUE 3

Évolution du taux d'endettement des cliniques privées (% capitaux permanents)

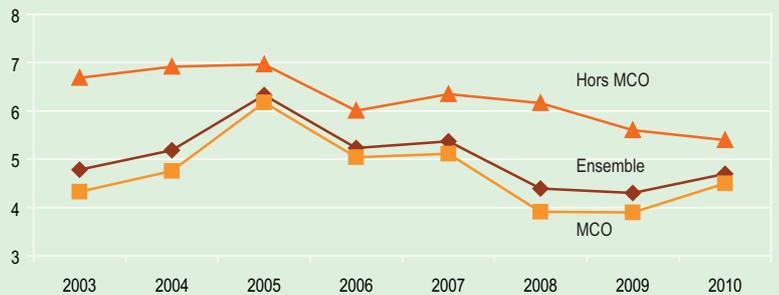


Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2010, calculs DREES.

GRAPHIQUE 4

Évolution de la capacité d'autofinancement (CAF) des cliniques privées (en % du CA)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

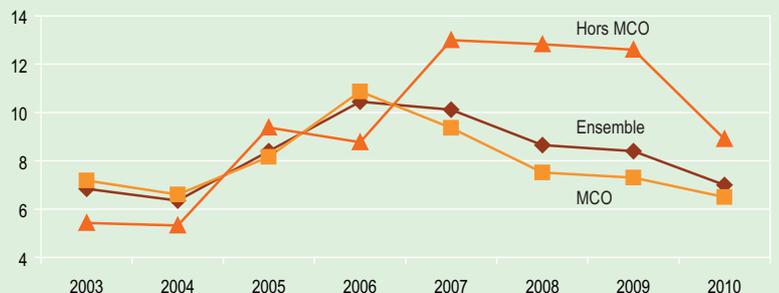
Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2010, calculs DREES.

Pour en savoir plus

- Aude J., 2010, « Calage sur marges de la base des cliniques privées pour améliorer l'estimation de la situation économique », DREES, Document de Travail, Série sources et méthodes, n° 17, octobre.
- Aude J., 2010, « La rentabilité des cliniques privées à but lucratif diminue en 2008 », DREES, Études et Résultats, n° 740, septembre.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009 », DREES, Études et Résultats, n° 785, novembre.

GRAPHIQUE 5

Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées (en % du CA)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2010, calculs DREES.