



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-112P

Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins

RAPPORT

Établi par

Fabienne Bartoli, Nathalie Destais, Isabelle Yeni
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Hubert de Beauchamp
Conseiller général des établissements de santé

Synthèse

L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme d'activité 2011-2012, une mission d'évaluation relative aux cliniques privées commerciales, sous l'angle de leur situation économique, de leur positionnement dans l'offre de soins et des enjeux qu'elles représentent pour le régulateur. Confiée à Fabienne Bartoli, Hubert de Beauchamp, Nathalie Destais et Isabelle Yeni, cette étude doit alimenter le rapport 2012 de l'IGAS, consacré à l'hôpital.

Le présent rapport a l'ambition de produire une information la plus complète possible sur ce segment de l'hospitalisation, qui a surtout fait l'objet jusqu'à présent d'études ponctuelles relatives à sa situation économique et financière. Il s'agissait également d'éclairer des débats souvent polémiques entre représentants de l'hospitalisation publique ou privée. Enfin, la mission a cherché à identifier les enjeux principaux de la régulation du secteur.

*

* *

Avec près de 40% de l'ensemble des établissements de santé, et un quart des capacités totales d'hospitalisation en France, les cliniques privées accueillent 28% des entrées et venues¹ en établissement de santé sur l'ensemble des disciplines et 36% en court séjour ; cette proportion atteint 54% pour la seule chirurgie et même 68% en chirurgie ambulatoire (proportions plus élevées encore dans certaines régions). Si leur part des journées d'hospitalisation est légèrement plus faible en raison de durées de séjour en moyenne plus courtes, ces chiffres rendent bien compte d'une position forte dans l'offre de soins, fondée toutefois sur des portefeuilles d'activités plus resserrés que ceux de l'hôpital public, centrés sur la chirurgie – notamment ophtalmologique, orthopédique, vasculaire et uro-néphrologique – ainsi que la cancérologie.

Cependant, leurs parts de marché reculent depuis quelques années, tout particulièrement en obstétrique et en hospitalisation complète de chirurgie, sous l'effet soit d'une diminution d'activité de ces établissements, soit d'une progression moins vive que celle du secteur hospitalier public.

La chirurgie ambulatoire constitue une bonne illustration de ce dernier point, les hôpitaux publics ayant entrepris dans la deuxième moitié des années 2000 un rattrapage rapide (+ 47% en volume entre 2005 et 2009) de leur retard relatif dans ce domaine, et ce sans diminution simultanée de leur activité d'hospitalisation complète. Les cliniques ont quant à elles continué de développer la chirurgie ambulatoire mais à un rythme moins soutenu (+17% en volume sur la période considérée) et surtout concomitant d'une diminution de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète (-14% en volume).

La croissance ralentie du chiffre d'affaires des cliniques privées (le taux de croissance médian du chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques est passé de 5,5% en 2005 à 2,8% en 2008 et 2,2% en 2010, avec cependant une forte variabilité) pèse, entre autres facteurs, sur la rentabilité économique² du secteur. Celle-ci décline depuis le point haut atteint en 2005-2006 (3,2%) mais elle conserve en 2010 (1,9%) un niveau supérieur à celui qu'elle connaissait pendant la décennie précédente. Encore ce taux global dissimule-t-il une grande hétérogénéité entre établissements, selon leurs disciplines, leur taille et l'étendue de leur activité. Le champ MCO présente une rentabilité économique plus faible (1,6%) mais stable depuis 2008.

¹ Le nombre de venues mesure le nombre de patients pris en charge en hospitalisation de jour, cependant que les entrées mesurent le nombre de patients pris en charge en hospitalisation complète, dont la durée totale est reflétée par le nombre de journées d'hospitalisation.

² Rentabilité économique : résultat net rapporté au chiffre d'affaires ; ratio aussi appelé taux de marge nette.

Un tiers des cliniques MCO se trouve en déficit en 2010, les cliniques mono-disciplinaires étant proportionnellement les plus affectées. Les déficits touchent des cliniques de taille petite ou moyenne, dont le projet médical manque de cohérence, dont les équipes médicales ne se sont pas renouvelées, dont les structures et plateaux techniques ont été parfois surdimensionnés, dont le positionnement fragile sur des petits bassins de population ne permettent pas d'attirer les patients ni les spécialistes nécessaires. C'est pourquoi le déficit des cliniques représente en moyenne une proportion de leur chiffre d'affaires plus élevée que ce que l'on observe parmi les hôpitaux publics ou ESPIC déficitaires, mais un montant unitaire plus modeste.

Par ailleurs, la rentabilité des capitaux propres³ des cliniques s'établit en 2010 à 10,1% pour les établissements MCO. Ce taux est significativement supérieur à la rentabilité du cycle d'exploitation, en raison du montant modeste des capitaux propres engagés dans l'activité des cliniques et de l'augmentation de leur endettement. Celui-ci reste néanmoins maîtrisé (42% des capitaux permanents en 2010 dans le champ MCO) grâce notamment aux stratégies d'externalisation de l'immobilier (cf. infra) et à l'utilisation fréquente des techniques de leasing pour les équipements médicaux.

En toute hypothèse, ces chiffres sont à interpréter avec les réserves que doit inspirer la transparence limitée de l'information disponible s'agissant de cliniques dont la structure est compliquée par le rattachement de nombreuses sociétés, auxquelles ont été transférées certaines fonctions ou certains actifs. De fait, les taux présentés se rapportent aux établissements et non aux groupes auxquels ils appartiennent.

Dans le contexte de la diminution de la rentabilité économique des cliniques depuis 2006 et de la progression ralentie de l'ONDAM, la concurrence entre établissements de santé s'est intensifiée (concurrence autour de l'activité, des ressources médicales, des autorisations, des financements publics et des partenariats) et les évolutions tarifaires exigent des gains d'efficacité récurrents.

Tout au long de la décennie 2000, les stratégies des établissements du secteur se sont donc profondément renouvelées, avec l'accélération de la consolidation financière du secteur, soutenue par l'intervention des fonds d'investissement ; ceux-ci ont nourri la croissance des groupes, professionnalisé leur management mais aussi engendré une forte croissance de la valorisation des cliniques, qui en retour affaiblit encore l'accessibilité de l'actionariat pour les médecins.

Les groupes de cliniques rassemblent, ainsi, un peu plus de 600 des 1050 cliniques, c'est-à-dire 58% des entités juridiques mais 68% des capacités du secteur, en raison de la taille moyenne plus importante de ces cliniques. On dénombre une quarantaine de groupes de cliniques, dont cinq groupes nationaux et une vingtaine de groupes régionaux affiliant entre 5 et 15 établissements. La vitesse de transformation du secteur est attestée par la rapidité avec laquelle les groupes se sont constitués, ont grossi et, pour certains, grossissent encore⁴.

Dans le même temps, attirées par la perspective de rendements relativement élevés et peu cycliques, les sociétés foncières ont massivement investi dans ce secteur, à la faveur des stratégies de cession de leurs murs par les cliniques et accompagnent désormais leur gestion. Si ces cessions leur ont permis d'alimenter à court terme leur trésorerie, de financer leur croissance externe ou de se désendetter, elles fragilisent cependant à moyen terme leur marge opérationnelle en raison du poids des loyers aux indexations coûteuses et sont susceptibles de compliquer des restructurations futures.

³ La rentabilité des capitaux propres aussi appelée rentabilité financière s'entend comme le rapport entre le résultat net et les capitaux propres.

⁴ Fin 2010, demeurent indépendants environ 42% des 1051 établissements de santé à but lucratif, soit quelque 440 établissements, offrant 32% des capacités d'accueil du secteur ; cette proportion était de 77% il y a un peu moins de 10 ans. Le nombre total de cliniques privées a, quant à lui, diminué de 9%, passant de 1150 à 1050 aujourd'hui.

Ce double mouvement - croissance des groupes et entrée des sociétés foncières - semble appelé à se poursuivre compte tenu des difficultés financières auxquelles sont confrontées de nombreuses cliniques, des besoins de modernisation des infrastructures et des difficultés de transmission du capital des médecins partant en retraite. Ces établissements (environ 150) constituent les cibles potentielles de rachats et de restructurations.

Au niveau de l'exploitation, les cliniques privées disposent d'un certain nombre d'atouts et ont jusqu'à présent mobilisé différents leviers d'action : la recherche d'une organisation humaine et technique centrée sur la flexibilité et la réactivité, une réflexion sur l'organisation du temps des personnels soignants et sur les processus de soins, et une recherche de mutualisation dans l'utilisation des ressources.

Elles n'en sont pas moins confrontées à la difficulté que représente la conciliation en leur sein d'intérêts potentiellement divergents, ceux de l'établissement lui-même et ceux des médecins qui y exercent à titre libéral. La question des dépassements d'honoraires en constitue la manifestation la plus visible en même temps qu'un défi posé au régulateur comme aux établissements eux-mêmes.

Les cliniques sont par ailleurs engagées dans une recherche active de volumes d'activité et de recettes annexes complétant les produits de facturation des séjours. Les plus grandes d'entre elles ont également opté pour une stratégie de diversification de leur case-mix, visant à se prémunir des aléas tarifaires : ces évolutions, encore difficiles à lire dans les statistiques d'activité du secteur, doivent être confirmées. Les cliniques se sont en outre résolument engagées dans le développement de filières de soins et le déploiement hors les murs (centres dédiés à la prise en charge ambulatoire, consultations avancées, etc.) qui répondent à la fois à la nécessité d'adosser les établissements isolés et de petite taille à un plateau technique et une équipe médicale plus importants, et à sécuriser l'apport d'activité vers l'établissement de référence.

En matière d'outils de gestion, la mission relève que les cliniques font en règle générale un usage prudent de la comptabilité analytique et utilisent des indicateurs de pilotage relativement simples et pragmatiques, encore que les groupes puissent se prévaloir d'un pilotage budgétaire rigoureux fondé sur des outils de gestion plus formalisés.

*

* *

La nécessité de poursuivre de manière cohérente la rationalisation et la recomposition de l'offre hospitalière a conduit l'Etat à entreprendre la convergence progressive des cadres de la régulation des secteurs public et privé, au-delà de la seule convergence tarifaire qui est aujourd'hui en question. Cette harmonisation des conditions juridiques et économiques de régulation de l'hospitalisation publique et privée est désormais bien engagée ; elle vient néanmoins buter sur certaines différences irréductibles de statuts et de situations entre les établissements de santé. Le secteur privé commercial souligne par ailleurs le moindre coût pour l'assurance maladie d'un séjour réalisé en clinique et sa contribution importante aux réductions de capacités et restructurations d'établissements⁵.

La volonté d'harmoniser les cadres de régulation ne passe plus par la définition d'un véritable service public hospitalier auquel participeraient sur la base d'engagements généraux et explicites les établissements de santé de divers statuts ; la réglementation segmentée de plusieurs missions de service public (14 missions énumérées dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) prévaut aujourd'hui sans offrir un mode cohérent d'articulation entre les divers établissements. S'agissant des fonctions emblématiques d'enseignement, de recherche clinique et d'accueil des urgences, les volontés des acteurs des deux secteurs restent en outre incertaines.

⁵ Le nombre de cliniques privées a diminué de 9% entre 2001 et 2009 tandis que le nombre d'établissement ex-DG diminuait de seulement 4%.

Dans ce contexte, est laissé aux ARS le soin de concilier des objectifs potentiellement divergents et d'arbitrer entre diverses contraintes, qu'il s'agisse, par exemple, de réguler de manière neutre la concurrence entre établissements ou de promouvoir le retour à l'équilibre budgétaire des hôpitaux publics ; de partager les parts de marché ou de maintenir une certaine émulation entre établissements au service de la qualité des prises en charge ; de préserver l'équilibre des territoires de santé ou de prendre acte des stratégies de filières déployées par les groupes de cliniques ; d'utiliser comme leviers l'allocation de financements publics additionnels aux séjours tout en s'assurant d'un degré de transparence satisfaisant quant à l'utilisation de ces fonds et quant à l'environnement juridique et financier de leur gestion.

La mission rappelle l'importance de l'objectif de neutralité tarifaire (adéquation des tarifs des séjours à leurs coûts respectifs) affirmé dans un précédent rapport⁶ de l'IGAS.

Dans une optique plus générale de neutralité de la régulation, la mission préconise la mise en lumière des différences de coûts complets des séjours (pour l'assurance maladie et pour le patient) suivant le secteur d'hospitalisation où ils sont réalisés. Elle préconise également, dans l'esprit du rapport⁷ de l'IGAS relatif aux fusions et regroupements d'hôpitaux, que soit développée l'évaluation médico-économique des recombinaisons de l'offre de soins, particulièrement des transferts d'activité entre établissements privés et publics.

La nécessaire clarification des objectifs du régulateur appelle aussi une évolution de ses moyens d'intervention.

La mission ayant constaté une connaissance limitée du secteur par l'administration, elle préconise que les évolutions économiques et financières ainsi que les stratégies des cliniques soient appréhendées de manière plus précise par la DGOS et les ARS. Les agences régionales doivent être dotées d'une réelle capacité d'expertise des montages juridiques et des situations financières des cliniques, particulièrement dans le cadre de groupes, et d'une capacité (qu'avaient développées certaines CRAM) à opérer les retraitements comptables nécessaires à une bonne analyse de la rentabilité de ces structures. C'est dans cet esprit qu'avait été élaboré l'article L. 6161-3 du code de santé publique relatif à la transmission des documents comptables et financiers de ces établissements, article qui n'est pas systématiquement respecté aujourd'hui.

En termes de recombinaison de l'offre de soins, l'articulation et la cohérence des outils apparaissent perfectibles. Le pouvoir d'autorisation, extrêmement structurant pour la répartition des activités et la coopération entre équipes, s'efface souvent derrière une forme de « diplomatie de la persuasion » reposant sur les crédits d'aide à la contractualisation, les crédits du FMESPP et ponctuellement l'appui de l'ANAP. Par ailleurs, l'articulation entre CPOM, Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA), Objectifs de Répartition de l'Offre de Soins (OROS) et autorisations, instruments aux portées juridiques variables, apparaît confuse et appelle des clarifications. Quant aux coopérations « public – privé », elles offrent certes des possibilités intéressantes pour la recombinaison de l'offre de soins mais le bilan incite à la prudence, plusieurs opérations de la dernière décennie s'étant révélées coûteuses et insuffisantes à opérer la rationalisation de l'offre de soins ou la consolidation espérée des équipes médicales. Il est souhaitable que le montage de ces coopérations parte de l'organisation des flux de patients, des modes de prise en charge et de la construction des équipes médicales, plutôt que de la seule construction de nouveaux murs.

Dans cette logique, la mission préconise également que, dans le cadre d'opérations de restructuration, les possibilités d'association des médecins libéraux à l'hôpital public soient confortées. L'exemple du contrat d'exercice libéral prévu par le décret n°2011-345 du 28 mars 2011 pourrait être utilisé et adapté à cette fin.

⁶ P. L. Bras, J. L. Vieilleribière, P. Lesteven, *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Rapport de l'IGAS RM 2012-024, mars 2012.

⁷ P.Y. Bocquet, J.L. Bonnet, F.Lalande, C. Scotton, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan ?*, rapport de l'IGAS n° RM 2011-127, 2012. Ce rapport recommandait notamment de développer les études sur l'impact des recombinaisons hospitalières, et notamment des fusions.

Il importe enfin, comme le préconisait déjà le rapport de l'IGAS précité, de développer, de manière rigoureuse, l'usage de la contractualisation, pour traiter de questions telles que la qualité et la pertinence des actes, le développement de la chirurgie ambulatoire et plus généralement de modes de prise en charge efficaces, ainsi que pour accompagner la nécessaire mise en cohérence des échelles tarifaires avec les échelles de coûts.

La mission recommande ainsi que les CPOM en cours de négociation ne soient pas seulement la traduction de la planification régionale (projet régional de santé et SROS) mais un support véritable d'engagements réciproques entre l'établissement et l'ARS, et un moyen d'accompagnement concret de l'évolution de l'établissement autant que d'information respective des deux parties.

Enfin, si la possibilité de réintégrer les honoraires médicaux (dépassements compris) dans les tarifs des séjours payés par l'assurance maladie aux cliniques doit être de nouveau expertisée, dans une optique de moyen long terme, la modulation de financements contractuels en fonction des pratiques en matière de dépassements d'honoraires constitue, dans l'immédiat, une action à encourager.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	13
1. DES POSITIONS FORTES DANS L'OFFRE DE SOINS, MALGRE UN RECU RECENT DES PARTS DE MARCHE ET DE LA RENTABILITE DES CLINIQUES	14
1.1. <i>Un secteur aux positions fortes dans l'offre de soins malgré un recul récent de ses parts de marché</i>	14
1.1.1. Un secteur qui réalise plus du tiers de l'activité de court séjour, avec un rôle prédominant en chirurgie, particulièrement en mode ambulatoire	14
1.1.2. Une activité de court séjour en moindre croissance que celle des hôpitaux publics depuis 2005.....	20
1.1.3. Une diminution des parts de marché des cliniques en court séjour, particulièrement sur l'obstétrique et la chirurgie en hospitalisation complète.....	24
1.1.4. Les enseignements tirés de l'étude de quelques pathologies courantes.....	27
1.1.5. Des parts de marché variables d'une région à l'autre.....	27
1.2. <i>Un portefeuille d'activité en moyenne plus resserré que celui des hôpitaux publics ; des profils d'établissements bien différenciés.....</i>	28
1.3. <i>Une rentabilité qui, en dehors d'un pic entre 2005 et 2007, oscille autour de niveaux modérés, mais qui reste difficile à appréhender.....</i>	30
1.3.1. La croissance ralentie du chiffre d'affaires des cliniques privées... ..	30
1.3.2. ... affecte la rentabilité économique du secteur, qui fléchit depuis le point haut atteint en 2005.....	32
1.3.3. La rentabilité des capitaux propres investis.....	41
1.3.4. Illustration régionale : situation économique et financière des cliniques privées dans la région Pays de la Loire	43
1.4. <i>Un contexte économique exigeant</i>	43
1.4.1. La progression ralentie de l'ONDAM relatif aux établissements de santé.....	43
1.4.2. L'intensification de la concurrence entre établissements de santé	45
1.4.3. Des évolutions tarifaires exigeant des gains d'efficacité récurrents mais offrant peu de visibilité à moyen terme.....	46
2. DES STRUCTURES FINANCIERES PROFONDEMENT RENOUVELEES	47
2.1. <i>L'accélération de la consolidation financière des cliniques, parallèlement à leur forte valorisation et à l'intervention croissante de fonds d'investissement</i>	48
2.1.1. L'émergence et le développement accéléré des groupes	48
2.1.2. Le rôle majeur des fonds d'investissement et des sociétés foncières dans ce mouvement	62
2.2. <i>Les stratégies immobilières, facteur de changement du modèle économique des cliniques</i>	66
2.2.1. La stratégie intégrée	66
2.2.2. Les stratégies d'externalisation	69
3. LES LEVIERS D'ACTION DES ETABLISSEMENTS.....	76
3.1. <i>La recherche d'une organisation humaine et technique centrée sur la flexibilité et la réactivité.....</i>	76
3.1.1. Une organisation interne privilégiant la flexibilité.....	76
3.1.2. Un management tourné vers la réactivité	77

3.1.3. Une réflexion sur l'organisation du temps des personnels soignants et les processus de soins	78
3.1.4. Une recherche de mutualisation dans l'organisation des soins	79
3.2. <i>Un usage inégal des outils de gestion</i>	79
3.2.1. Un recours prudent à la comptabilité analytique et une certaine frugalité en matière d'indicateurs	79
3.2.2. L'apport des groupes et des fonds d'investissement : des outils de gestion formalisés, un système de « reporting » rigoureux	81
3.3. <i>Une recherche active de volumes d'activité et de recettes complémentaires</i>	83
3.3.1. La recherche active de volumes d'activité	83
3.3.2. La recherche de recettes complémentaires	83
3.4. <i>D'une spécialisation vers une diversification des activités, stratégie de couverture contre les aléas tarifaires</i>	85
3.4.1. L'affirmation d'une diversification des activités dans la stratégie des grandes cliniques	86
3.4.2. Cette diversification demande à être confirmée dans les statistiques relatives au case-mix des cliniques	87
3.4.3. Perspectives	89
3.5. <i>Le développement de filières de soins et le déploiement hors les murs</i>	89
3.5.1. Vers une organisation territorialisée de chaque acteur	89
3.5.2. Le déploiement « hors les murs »	90
3.6. <i>La recherche d'une conciliation entre les intérêts potentiellement divergents des médecins et des cliniques</i>	91
3.6.1. Les dépassements d'honoraires médicaux.....	92
3.6.2. La recherche d'une conciliation entre médecine libérale et animation collective de la clinique : rôle de l'actionnariat médical.....	92
4. LES ENJEUX DE LA REGULATION DU SECTEUR	94
4.1. <i>Des principes de régulation progressivement harmonisés mais qui conservent encore des ambiguïtés</i>	94
4.1.1. Un rapprochement bien engagé des cadres de régulation des établissements publics et privés	94
4.1.2. Qui n'efface pas les différences de situation entre établissements de santé	96
4.1.3. Les attentes des cliniques à l'égard du régulateur	102
4.2. <i>Des objectifs divergents laissés à l'arbitrage des ARS</i>	105
4.2.1. Régulation neutre de la concurrence et équilibre économique des hôpitaux publics.....	105
4.2.2. L'équilibre des territoires, enjeu des stratégies publiques et privées d'organisation de l'offre de soins	107
4.2.3. L'étendue incertaine du soutien et de la garantie implicite de l'Etat.....	109
4.2.4. Une hybridation progressive ?.....	114
4.3. <i>Des outils d'intervention qui doivent encore évoluer</i>	115
4.3.1. Une connaissance du secteur limitée	115
4.3.2. Des outils d'efficacité inégale au service de la recomposition de l'offre de soins ..	116
4.3.3. Une contractualisation à nourrir	119
4.3.4. Un régulateur démuni face aux dépassements d'honoraires.....	121
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	123
ANNEXE 1 : DONNEES SYNTHETIQUES RELATIVES A LA PLACE DES CLINIQUES DANS L'OFFRE DE SOINS DE COURT SEJOUR	129

ANNEXE 2 : DONNEES COMPLEMENTAIRES RELATIVES A L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE CHIRURGIE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	131
ANNEXE 3 : EVOLUTION DES PARTS DE MARCHE SUR QUELQUES PATHOLOGIES COURANTES.....	133
ANNEXE 4 : PARTS DE MARCHE REGIONALES DES CLINIQUES PRIVEES.....	135
ANNEXE 5 : LES 20 ACTIVITES LES PLUS FREQUENTES DANS LES CLINIQUES PRIVEES	137
ANNEXE 6 : ESSAI DE TYPOLOGIE DES ETABLISSEMENTS MCO PUBLICS ET PRIVES, ETUDE DU CHU DE MONTPELLIER	139
ANNEXE 7 : ANALYSE DES SITUATIONS DEFICITAIRES ET BENEFICIAIRES PARMIS LES CLINIQUES MCO DE DEUX REGIONS	141
ANNEXE 8 : COMPLEMENTS RELATIFS A L'ANALYSE DE LA RENTABILITE DU SECTEUR DES CLINIQUES.....	143
ANNEXE 9 : UNE ILLUSTRATION REGIONALE : SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE DES CLINIQUES PRIVEES DANS LA REGION PAYS DE LA LOIRE	145
ANNEXE 10 : ORGANIGRAMME JURIDIQUE DES PARTICIPATIONS DE LA MUTUALITE FRANÇAISE FINISTERE MORBIHAN.....	149
ANNEXE 11 : L'ARRIVEE DES FONDS D'INVESTISSEMENT DANS LE CAPITAL DES PRINCIPAUX GROUPES DE CLINIQUES	151
ANNEXE 12 : PRESENTATION SYNTHETIQUE DES CHIFFRES CLES ET DES GRANDES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE QUELQUES GROUPES DE CLINIQUES OU CLINIQUES INDEPENDANTES.....	153
ANNEXE 13 : POIDS DES CHARGES IMMOBILIERES ET LOYERS DES CLINIQUES DANS LA REGION PAYS DE LA LOIRE.....	159
ANNEXE 14 : EXEMPLE DE TABLEAUX DE BORD DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS UNE CLINIQUE DE TAILLE IMPORTANTE (400 SALARIES).....	161
ANNEXE 15 : PRINCIPES DE MANAGEMENT AU SEIN DU GROUPE CAPIO FRANCE.....	163
ANNEXE 16 : LES REDEVANCES DES MEDECINS LIBERAUX AUX CLINIQUES	165
ANNEXE 17 : LES MODIFICATIONS INTRODUITES PAR LA VERSION 11 DE LA CLASSIFICATION DES SEJOURS UTILISEE POUR LA TARIFICATION A L'ACTIVITE	169
ANNEXE 18 : ETUDE DE LA CNAMTS SUR LA PRECARITE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	171
ANNEXE 19 : PART DES CLINIQUES PRIVEES DANS LES CREDITS MIGAC DISTRIBUES EN 2010	173
ANNEXE 20 : LES DIFFICULTES D'ANALYSE DES COMPTES D'UN GROUPE LOCAL CLINIQUE : UNE ILLUSTRATION	175

ANNEXE 21 : LES ACTIONS DE L'ANAP EN DIRECTION DES CLINIQUES.....	177
ANNEXE 22 : LES RECENTES TENTATIVES DE REGULATION DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES PAR LES POUVOIRS PUBLICS	179
SIGLES UTILISES	183

Introduction

- [1] La mission portant sur les cliniques privées a été inscrite au programme d'activité 2011/2012 de l'Inspection générale des affaires sociales validé par les ministres. Composée de Fabienne Bartoli, Hubert de Beauchamp, Nathalie Destais et Isabelle Yeni, c'est l'une des missions qui contribueront au rapport 2012 relatif au secteur hospitalier.
- [2] L'objectif est de dresser un état des lieux du secteur dans un contexte très différent de celui des vingt dernières années, désormais caractérisé par une croissance économique générale ralentie et des objectifs de dépenses publiques pesant sur l'ONDAM et le niveau des tarifs des séjours hospitaliers. Dans ce contexte, la nécessité tout à la fois de maintenir un niveau satisfaisant de rentabilité, de moderniser les structures et d'améliorer la qualité de service expliquent en grande partie les transformations profondes du secteur qui se traduisent par la place de plus en plus importante des groupes de cliniques appuyés sur des fonds d'investissement et des sociétés foncières, par une concurrence accrue tant au sein du secteur qu'avec les établissements publics de santé et par une remise en question du modèle traditionnel dans lequel le médecin libéral maîtrisait son outil de travail.
- [3] Il s'agit pourtant d'un sujet peu suivi en tant que tel par l'administration au niveau national comme local. Il fait l'objet d'études ponctuelles centrées sur les aspects économiques et financiers, alors même que la place qu'il occupe dans l'offre de soins et son articulation avec les autres catégories d'établissements en font un des enjeux des politiques de santé. L'IGAS elle-même, au cours des dernières années, a conduit relativement peu d'investigations dans ce secteur : au cours de la décennie 2000, l'IGAS n'a réalisé que deux missions portant sur les cliniques : une mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé (2006) et une mission de contrôle d'un groupe de cliniques (2004). C'est pourquoi la mission s'est également donnée pour objectif de mettre en lumière les enjeux principaux de la régulation de ce secteur.
- [4] La méthodologie retenue par la mission a été la suivante :
- recueil des données juridiques, statistiques et économiques les plus nombreuses possible ;
 - entretiens avec les acteurs principaux : dans la sphère publique (les administrations de tutelle et celles chargées des études et statistiques, quelques agences régionales de santé) comme du côté des représentants de l'hospitalisation privée (Fédération de l'Hospitalisation Privée -FHP- et Fédération de l'Hospitalisation Privée en médecine, chirurgie, obstétrique -FHP MCO) et des cliniques elles-mêmes (établissements et sièges de groupes) ;
 - visites sur le terrain concentrées dans certaines régions (Rhône Alpes, Bretagne, Pays de la Loire) afin d'y rencontrer l'ensemble des acteurs locaux, y compris quelques hôpitaux publics.
- [5] La mission s'est concentrée sur les évolutions les plus récentes et sur les spécificités du secteur privé bien qu'elle ait constaté une forme « d'hybridation » entre secteurs public et privé (régulation, financements, missions et stratégies médicales) qui l'a amenée à évoquer néanmoins certains sujets communs. La nature particulière de cette mission a conduit à des propositions en nombre limité, concentrées sur l'exercice de la tutelle et les enjeux de la régulation.
- [6] Le présent rapport s'organise autour de quatre parties :
- le rôle de ce secteur dans l'offre de soins et sa situation financière ;
 - l'évolution de sa structure capitalistique et des stratégies immobilières ;
 - les stratégies mises en œuvre dans l'exploitation des établissements ;
 - les enjeux pour le régulateur.

1. DES POSITIONS FORTES DANS L'OFFRE DE SOINS, MALGRE UN REcul RECENT DES PARTS DE MARCHÉ ET DE LA RENTABILITE DES CLINIQUES

- [7] Cette première partie vise à caractériser la situation économique et financière du secteur des cliniques privées dans son ensemble : sa contribution à l'offre de soins hospitaliers, le profil dominant de ses activités de soins, la rentabilité des cycles exploitation et des capitaux propres investis. Les quelques 1050 cliniques occupent une place importante dans l'offre de soins, mesurée par leurs capacités d'accueil et leur volume d'activité ; leurs récentes pertes de parts de marché, quoique significatives, ne remettent pas en cause ce constat, qui constitue un trait original de l'offre de soins hospitalière en France par rapport aux autres pays comparables.
- [8] Les cliniques se sont à l'origine positionnées sur des disciplines spécifiques, dominées par la chirurgie et la cancérologie, afin de réaliser, dans le cadre d'établissements d'assez petite taille, des volumes d'activité importants sur des gammes relativement spécialisées. Cette histoire se lit encore aujourd'hui dans le profil et le case-mix de ces établissements – mais la partie 3 montrera que certaines évolutions en cours sont susceptibles de nuancer cette réalité à court ou moyen terme.
- [9] Quant à la rentabilité du secteur, qui fait souvent l'objet de communications et d'alertes de la part de ses représentants, la mission s'est efforcée de confronter les différentes sources disponibles et d'analyser la situation dans la durée. Il ressort que le taux de marge nette des cliniques, sous l'effet du ralentissement de leur chiffre d'affaires et de certains choix de gestion, décline depuis le point haut atteint en 2005, mais conserve en 2010 un niveau supérieur à celui observé pendant la décennie précédente. Le court séjour, domaine d'activité principal des cliniques, enregistre une marge nette plus faible que les autres domaines mais étonnamment stable depuis trois ans. Encore l'hétérogénéité entre établissements est-elle forte ; elle fait coexister des établissements aux marges élevées avec d'autres régulièrement déficitaires, que la mission s'est efforcée de caractériser.
- [10] La rentabilité des capitaux propres enfin semble également en diminution et plus modeste pour les établissements médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), mais les difficultés de mesure à cet égard, dans l'état actuel des données comptables utilisées, sont grandes, particulièrement dans le cas des groupes de cliniques.

1.1. *Un secteur aux positions fortes dans l'offre de soins malgré un recul récent de ses parts de marché*

- [11] Les cliniques privées ont acquis une place essentielle en chirurgie – notamment ophtalmologique, orthopédique, vasculaire et uro-néphrologique – ainsi qu'en cancérologie ; cependant leurs parts de marché reculent depuis quelques années, sous l'effet soit d'une diminution d'activité de ces établissements, soit d'une progression moins vive que celle du secteur public.

1.1.1. *Un secteur qui réalise plus du tiers de l'activité de court séjour, avec un rôle prédominant en chirurgie, particulièrement en mode ambulatoire*

- [12] La confrontation des sources statistiques concernant les cliniques, principalement la direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère et la fédération de l'hospitalisation privée (FHP), reste un exercice périlleux, malgré les efforts récents des uns et des autres pour rapprocher leurs travaux statistiques. Il faut donc souvent retenir des ordres de grandeur.
- [13] Ainsi, la DREES, sur la base de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), estime le nombre de cliniques privées à but lucratif à 1051 établissements fin 2009 et 1030 en 2010. La FHP dans son rapport sectoriel 2012 l'estime à 1128 établissements fin 2010. Nous retiendrons un nombre d'établissements *d'environ* 1050, dont un peu plus de la moitié sont des structures MCO (exclusivement ou majoritairement) ou des structures d'hospitalisation à domicile (HAD), le reste étant composé de structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de psychiatrie.

- [14] Les cliniques, qui représentent environ 40% des établissements de santé et un quart des capacités totales d'hospitalisation en France, réalisent, avec leurs 150 000 salariés non médicaux⁸ et un peu plus de 41 000 médecins⁹, 28% des entrées et venues sur l'ensemble des disciplines hospitalières, et 36% sur le champ MCO. Leur part dans les journées d'hospitalisation complète est un peu plus faible (22% sur le champ MCO) en raison d'une activité d'hospitalisation de jour plus développée et de durées de séjour en moyenne plus courtes (4,6 jours pour les cliniques privées contre 6,2 jours pour les hôpitaux publics, en MCO en 2009)¹⁰. Cf tableau récapitulatif, annexe 1.
- [15] Ces chiffres très globaux dessinent déjà les contours d'un secteur constitué d'établissements de taille moyenne inférieure à celle des autres établissements de santé par rapport au reste du champ hospitalier, dominé par l'activité MCO, avec des prises en charge sans nuitée (ambulatoires) plus fréquentes et des séjours d'hospitalisation complète moins longs.
- [16] Il faut souligner aussi que la place importante conférée au secteur privé lucratif en France est atypique au regard des autres pays : si l'Italie et l'Allemagne (en vertu d'évolutions récentes) disposent d'un secteur privé lucratif plus important encore (de l'ordre de 30% des lits), sa place est plus modeste en Espagne, en Autriche et aux Etats-Unis (entre 12% et 19% des lits) et marginale dans les autres pays européens, dont certains (Belgique, Pays Bas par exemple) disposent en revanche d'un fort secteur privé à but non lucratif¹¹.
- [17] Au-delà de ces chiffres globaux, une analyse par discipline met en évidence la place inégale des cliniques privées : prédominante en chirurgie, importante en soins de suite et de réadaptation, significative -quoique plus modeste- en obstétrique et en médecine, marginale en psychiatrie (cf. graphiques suivants).

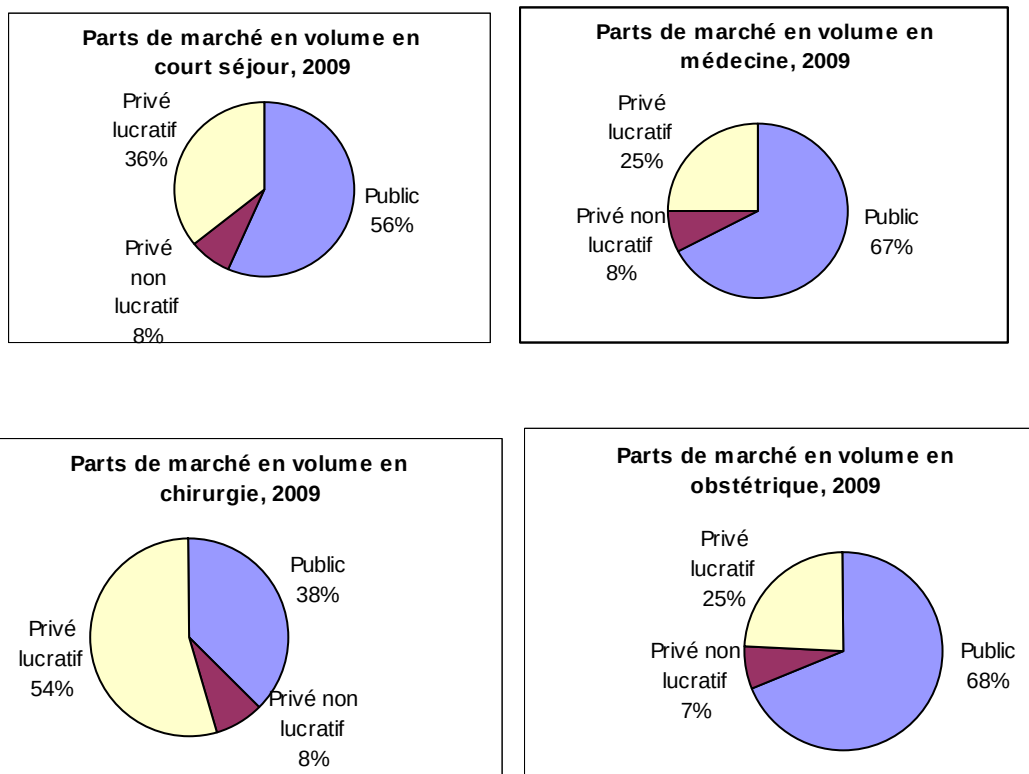
⁸ dont 78% de personnel non médical soignant

⁹ dont 89% sous statut libéral

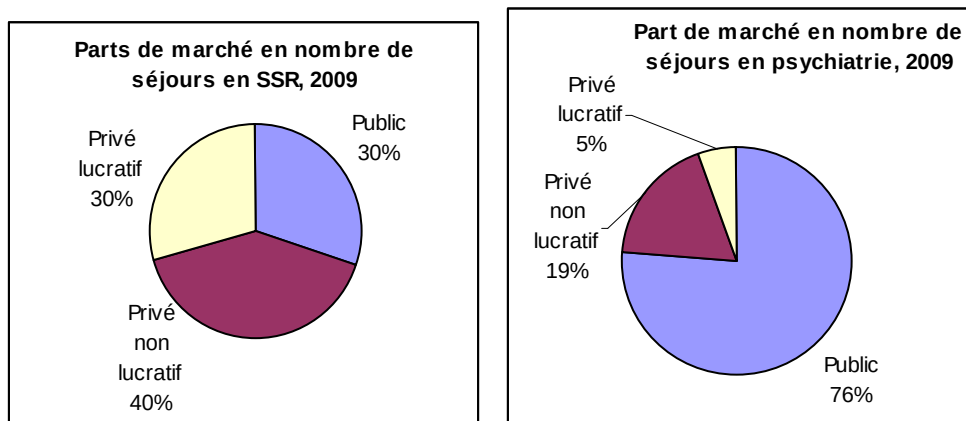
¹⁰ Source : DREES, *Le panorama des établissements de santé*, édition 2011.

¹¹ Source : Eco-Santé OCDE, 2011.

Graphique 1 : Parts de marché des différents secteurs d'hospitalisation, en nombre de séjours



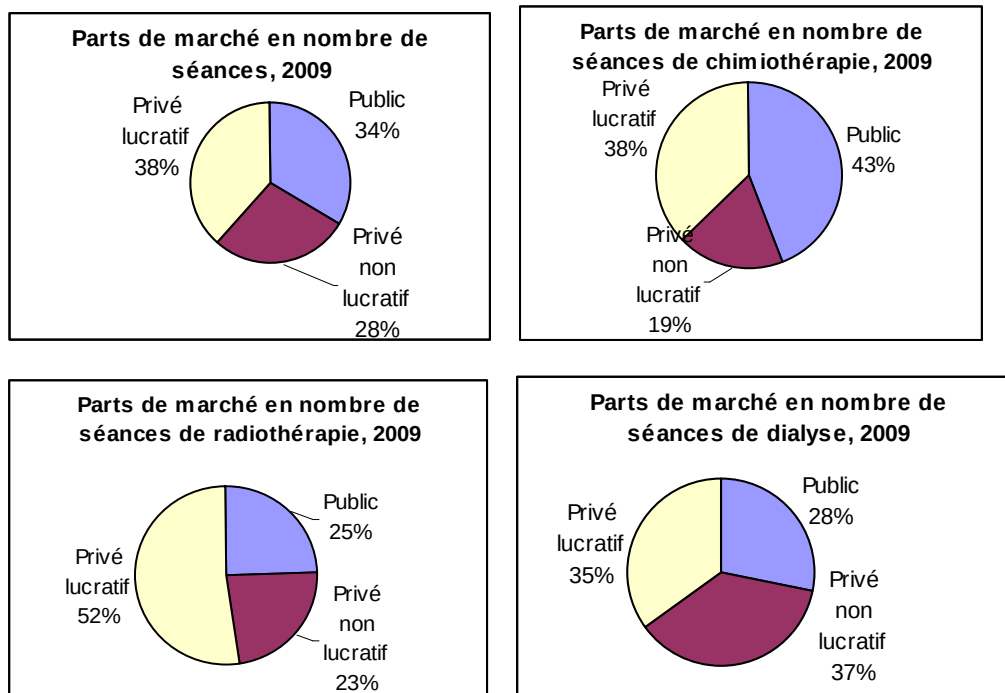
Source : mission IGAS sur données ATIH/PMSI, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM. Données fondées sur la classification des GHM selon la V10c.



Source : mission IGAS sur données ATIH/PMSI, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM.

- [18] Un autre type de soins sur lequel les cliniques privées sont fortement positionnées est constitué des **séances** de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse : leur part de marché atteint 39% sur l'ensemble des séances, dont 53% pour les seules dialyses, comme le montrent les graphiques ci-dessous. Il faut rapprocher ce constat de celui, établi dans un autre rapport de l'IGAS¹², concernant l'avantage tarifaire important dont bénéficient les séances (tarifs supérieurs de 25% aux coûts moyens).

Graphique 2 : Parts de marché des différents secteurs pour les séances



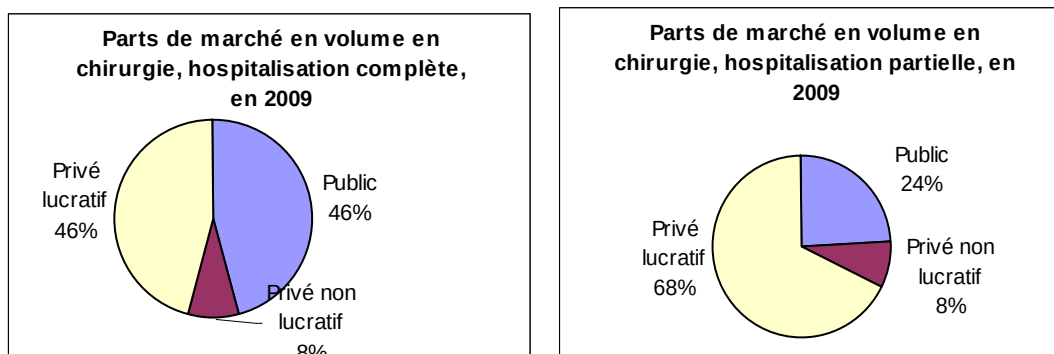
Source : Graphiques IGAS sur données ATIH / PMSI, traitements DREES –
Champ : France métropolitaine et DOM

- [19] La place des cliniques privées apparaît également caractéristique en termes de **modes d'hospitalisation, complète ou partielle**.
- [20] Ce secteur a en effet acquis une place essentielle dans les prises en charge ambulatoires en chirurgie, qu'il a développées plus tôt et plus vigoureusement que le secteur public. La recherche d'une utilisation plus intensive des infrastructures et d'une diminution des durées de séjour, ainsi que la spécialisation sur des pathologies se prêtant bien à une prise en charge ambulatoire ont en effet poussé à cette orientation, cependant que le mouvement de restructuration important qu'a connu le secteur depuis les années 90 a été l'occasion de repenser les bâtiments autour de l'organisation des flux de patients générés par l'hospitalisation de jour.
- [21] Les cliniques ont ainsi réalisé en 2009 68% de l'activité nationale de chirurgie ambulatoire. Les séjours de chirurgie dans les cliniques se répartissent presque à égalité (45% - 55%) entre hospitalisation ambulatoire et complète, alors que la répartition est de ¼ - ¾ dans les hôpitaux publics ; les établissements privés non lucratifs sont dans une position intermédiaire. S'agissant des techniques peu invasives, le mode ambulatoire représente 85% de l'activité des cliniques contre 60% pour les hôpitaux publics¹³.

¹² Pierre-Louis Bras, Jean-Luc Vieilleribière, Pierre Lesteven, *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Rapport de l'IGAS RM 2012-024, mars 2012.

¹³ Source : ATIH

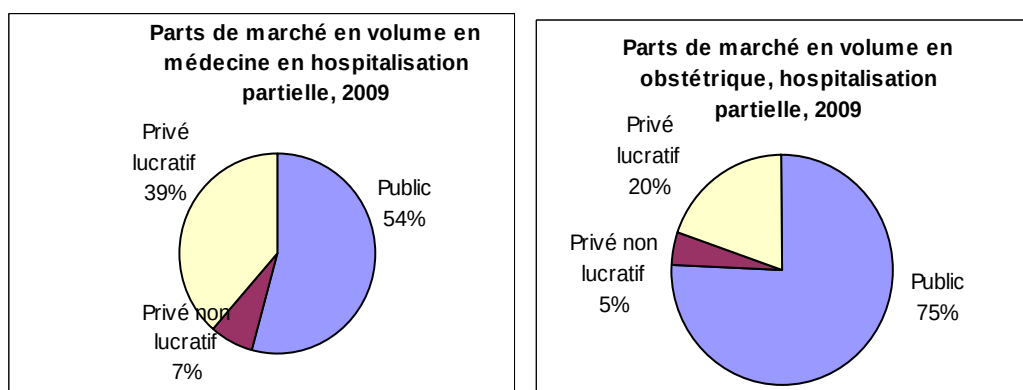
Graphique 3 : Parts de marché selon les modes d'hospitalisation en chirurgie



Source : Graphiques IGAS sur données ATIH / PMSI, traitements DREES –
 Champ : France métropolitaine et DOM. Données fondées sur la classification des GHM de la V10c. Nombre d'entrées en hospitalisation complète, nombre de venues en hospitalisation partielle.

- [22] En médecine aussi, les cliniques privées sont plus présentes en hospitalisation partielle qu'en hospitalisation complète (38% des séjours vs 16% - cf. graphiques suivants).

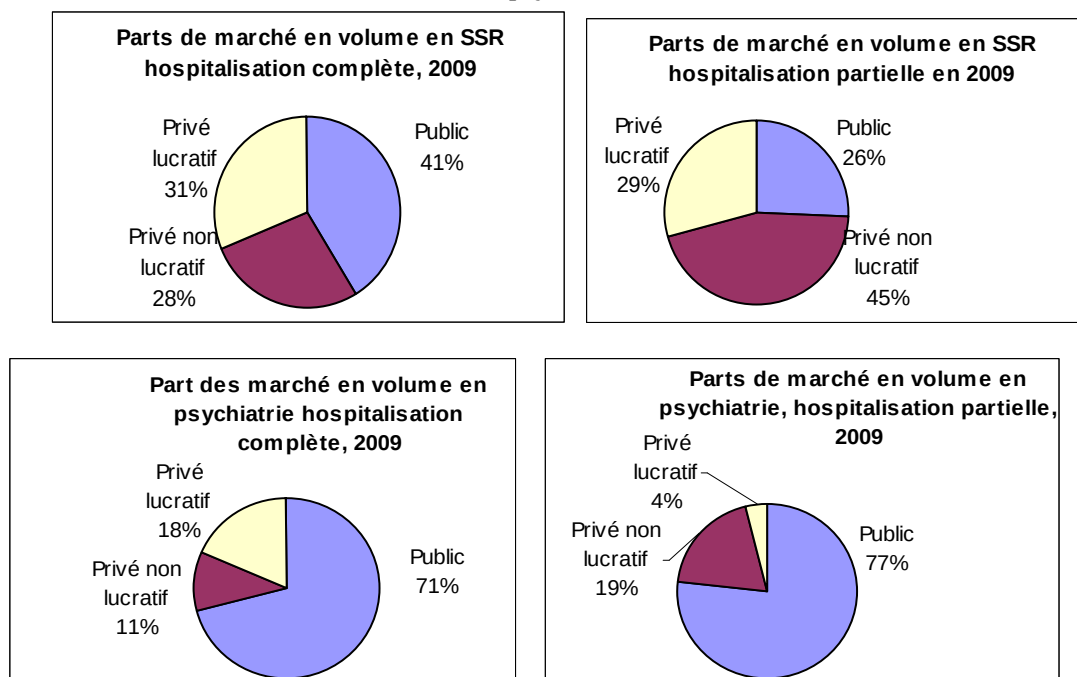
Graphique 4 : Parts de marché en hospitalisation partielle en médecine et obstétrique



Source : Graphiques IGAS sur données ATIH / PMSI, traitements DREES –
 Champ : France métropolitaine et DOM.

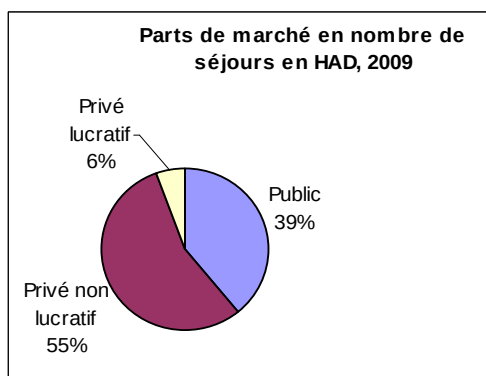
- [23] Ce modèle médico-économique est toutefois moins dominant en dehors du champ MCO. La place des cliniques dans les soins de suite est comparable en hospitalisation complète et partielle, et ce sont les établissements privés à but non lucratif qui ont le plus fortement adopté ce mode de prise en charge ; selon certains interlocuteurs de la mission, le modèle de soins de suite plus spécialisés, plus techniques, délivrés en service de jour, est appelé à se développer. Quant à la psychiatrie, les cliniques privées y ont une part très faible et recourent davantage à l'hospitalisation complète (cf. graphiques ci-dessous).

Graphique 5 : Parts de marché selon les modes d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie



Source : Graphiques IGAS sur données ATIH / PMSI, traitements DREES –
 Champ : France métropolitaine et DOM. Données fondées sur la classification des GHM de la V10c. Nombre d'entrées en hospitalisation complète, nombre de venues en hospitalisation partielle.

[24] Enfin, les cliniques privées n'ont qu'une faible part dans l'activité **d'hospitalisation à domicile**¹⁴.

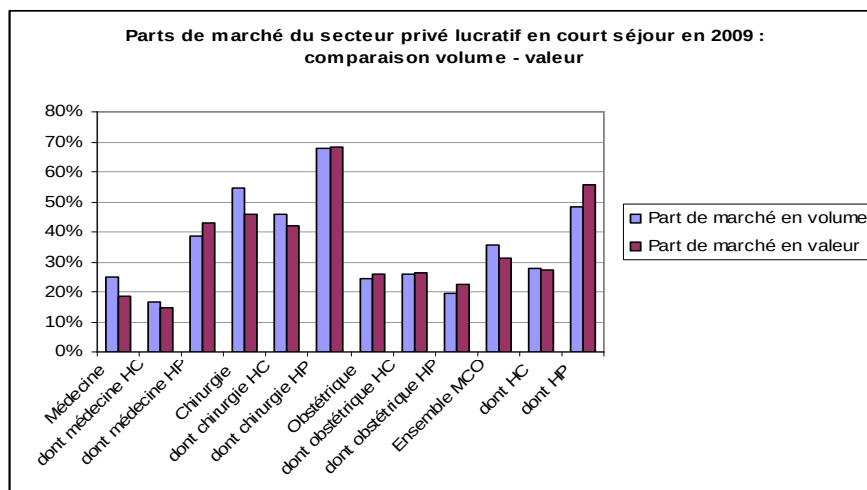


Source : Graphiques IGAS sur données ATIH / PMSI, traitements DREES –
 Champ : France métropolitaine seulement.

¹⁴ Le rapport sectoriel 2011 de la FHP indique toutefois une part des cliniques un peu plus élevée exprimée en nombre de journées: 11%, pour l'année 2010.

- [25] Par ailleurs, la place des cliniques s'apprécie un peu différemment **en volume et en valeur**.
- [26] La valorisation unitaire moyenne des séjours MCO étant moins élevée dans les cliniques que dans les hôpitaux publics, en raison de leurs structures d'activités respectives, la part du secteur privé lucratif est plus faible en valeur (environ 31%) qu'en volume (près de 36%). Il est intéressant d'observer que cette moindre valorisation unitaire affecte les séjours en hospitalisation complète mais disparaît en hospitalisation partielle (cf. graphique ci-dessous) ; il est probable que l'expérience acquise par le secteur privé lucratif de ce mode de prise en charge lui permette de réaliser des actes aussi complexes voire plus complexes que les hôpitaux publics.
- [27] En chirurgie notamment, le secteur privé lucratif, qui réalise 54% des séjours, voit sa part des séjours valorisés réduite à 46%, mais, sur le segment de la chirurgie ambulatoire, sa part de marché est de 68% en volume comme en valeur. Ceci laisse penser que, s'agissant de la chirurgie ambulatoire, les structures d'activité de ces deux catégories d'établissements sont similaires.

Graphique 6 : Comparaison des parts de marché en court séjour en volume et en valeur pour le secteur privé à but lucratif



Source : Graphique de la mission sur données DREES

1.1.2. Une activité de court séjour en moindre croissance que celle des hôpitaux publics depuis 2005

- [28] La cartographie des différentes catégories d'établissements de santé dans l'offre de soins aujourd'hui dissimule des évolutions récentes significatives, qui ne manquent pas de retenir l'attention des représentants du secteur des cliniques. Ces évolutions ont été analysées depuis l'année 2005, année d'introduction de la tarification à l'activité pour les établissements de santé dans le champ MCO.

1.1.2.1. Selon les disciplines, recul ou faible croissance du volume d'activité des cliniques

- [29] Si le nombre total de séjours en médecine, chirurgie et obstétrique a augmenté modestement entre 2005 et 2009 pour l'ensemble des établissements de santé (+ 2,2%, soit une évolution légèrement inférieure à celle de la population française), les séjours effectués dans les cliniques ont globalement diminué de 0,6% ; ils ont au contraire augmenté de 4,1% dans les hôpitaux publics et de 1,7% dans le secteur privé non lucratif (cf. tableau ci-dessous).

[30] Ce recul de l'activité des cliniques est particulièrement marqué en obstétrique (baisse de plus de 10% sur la période) mais est observé aussi en chirurgie (- 1,5%), cœur historique du développement des cliniques. Ces chiffres reflètent le mouvement de restructuration du secteur, qui s'est poursuivi tout au long des années 2000, se traduisant par des fermetures, fusions ou abandons d'activité et redéploiements, sous l'effet à la fois des normes réglementaires imposant des seuils minimaux pour certains types de soins, du réexamen des autorisations délivrées par le régulateur régional, enfin des mesures de redressement économique et de rationalisation entreprises par les groupes de cliniques eux-mêmes lors de leurs nombreuses acquisitions durant la décennie.

[31] L'activité des cliniques a en revanche progressé en médecine et ce constat rejoint celui de l'extension et de la diversification de leur offre de soins depuis quelques années (cf. infra).

Tableau 1 : Evolution (2005-2009) des volumes d'activité des différentes catégories d'établissements en court séjour

Discipline	Catégorie d'établissements	Nombre de séjours 2005	Nombre de séjours 2009	Evolution
Médecine	Public	6 025 581	6 106 618	+ 1,3%
	Privé non lucratif	713 568	716 676	+ 0,4%
	Privé lucratif	2 207 881	2 259 433	+ 2,3%
	Ensemble	8 947 030	9 082 727	+ 1,5%
Chirurgie	Public	1 950 416	2 196 260	+ 12,6%
	Privé non lucratif	461 685	473 660	+ 2,6%
	Privé lucratif	3 233 231	3 184 577	- 1,5%
	Ensemble	5 645 332	5 854 497	+ 3,7%
Obstétrique	Public	880 612	913 670	+ 3,8%
	Privé non lucratif	85 048	90 841	+ 6,8%
	Privé lucratif	367 059	327 412	- 10,8%
	Ensemble	1 332 719	1 331 923	- 0,1%
Total MCO	Public	8 856 609	9 216 548	+ 4,1%
	Privé non lucratif	1 260 301	1 281 177	+ 1,7%
	Privé lucratif	5 808 171	5 771 422	- 0,6%
	Ensemble	15 925 081	16 269 147	+ 2,2%

Source : ATIH, PMSI-MC, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances

1.1.2.2. Une évolution en valeur également plus modérée que celle des autres établissements de santé

- [32] Tous types d'établissements confondus, la progression de l'activité hospitalière de court séjour est nettement plus soutenue en valeur (+5,8% pour l'ensemble des établissements), même en neutralisant les évolutions des tarifs unitaires, en raison d'un « *déplacement de l'activité vers des séjours plus chers ou mieux valorisés* »¹⁵, que l'on résumera par « effet structure » (cf. tableau ci-dessous).
- [33] Cependant cette progression bénéficie inégalement aux différents secteurs d'hospitalisation. Ainsi l'activité de court séjour des cliniques a augmenté en valeur, à tarifs constants, de 0,9% entre 2005 et 2009 ; celle des hôpitaux publics dans le même temps a augmenté de 8,6% et celle du secteur privé non lucratif de 5,8%.
- [34] L'« effet structure » évoqué précédemment apparaît en effet plus limité pour les cliniques que pour les hôpitaux publics (1,5% vs. 4,5% sur la période 2005-2009). L'écart est surtout important en médecine ; c'est pourquoi, alors que le nombre de séjours de médecine a augmenté légèrement plus dans les cliniques que dans les hôpitaux, leur valorisation (à tarifs constants) a augmenté davantage au sein des hôpitaux publics (6,1% contre 3,9%).
- [35] Il faut interpréter avec prudence cet « effet structure ». L'évolution des techniques médicales, des normes réglementaires relatives à la sécurité des patients et de l'organisation des soins entre milieu hospitalier et médecine de ville contribuent certes à une élévation de la complexité et de la valeur unitaire moyenne des séjours en établissements de santé. Néanmoins, l'effet de structure observé peut aussi refléter en partie la maîtrise progressive de l'outil tarifaire et de la cotation des séjours par les établissements de santé – surtout par les hôpitaux publics qui y étaient moins préparés par leur mode de financement antérieur – sans que l'on puisse mesurer ce facteur spécifique. En tout état de cause, la tarification à l'activité incite les établissements, quel que soit leur statut, à décrire et à facturer leurs séjours d'une manière qui les valorise au mieux (ce que l'on désigne par « effort d'optimisation tarifaire ») ; il n'existe pas d'analyse fine disponible sur le degré et la portée de cette optimisation pour chaque catégorie d'établissements.

¹⁵ DREES, « Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009 », *Etudes et Résultats*, n°785, novembre 2011

Tableau 2 : Evolution en valeur (2005-2009) de l'activité des différentes catégories d'établissements en court séjour

Discipline	Catégorie d'établissement	Séjours 2005 valorisés au tarif moyen par GHM 2009 (en M€)	Séjours 2009 valorisés au tarif moyen par GHM 2009 (en M€)	Evolution en valeur à tarif constant	dont effet nombre de séjours	Dont effet structure
Médecine	Public	12 821,9	13 610,1	+ 6,1%	1,3%	4,8%
	Privé non lucratif	1 482,0	1 558,1	+ 5,1%	0,4%	4,7%
	Privé lucratif	3 290,2	3 415,5	+ 3,9%	2,3%	1,5%
	Ensemble	17 594,0	18 583,8	+ 5,6%	1,5%	4,1%
Chirurgie	Public	6 870,3	7 811,7	+ 13,7%	12,6%	1,1%
	Privé non lucratif	1 398,3	1 483,5	+ 6,1%	2,6%	3,5%
	Privé lucratif	7 898,6	7 928,3	+ 0,4%	- 1,5%	1,9%
	Ensemble	16 167,2	17 223,5	+ 6,5%	3,7%	2,8%
Obstétrique	Public	1 501,6	1 597,4	+ 6,4%	3,7%	2,6%
	Privé non lucratif	164,5	179,3	+ 9,0%	6,8%	2,2%
	Privé lucratif	673,4	622,4	- 7,6%	- 10,8%	3,2%
	Ensemble	2 339,5	2 399,1	+ 2,5%	- 0,1%	2,6%
Total MCO	Public	21 193,8	23 019,3	+ 8,6%	4,1%	4,5%
	Privé non lucratif	3 044,7	3 220,9	+ 5,8%	1,7%	4,1%
	Privé lucratif	11 862,2	11 966,3	+ 0,9%	- 0,6%	1,5%
	Ensemble	36 100,7	38 206,4	+ 5,8%	2,2%	3,7%

Source : ATI, PMSI-MCO, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances

1.1.2.3. Un recul marqué en obstétrique accompagné d'un glissement vers des activités plus complexes

[36] Le recul de l'activité des cliniques privées en obstétrique doit beaucoup à la fois à une rémunération par l'assurance maladie jugée défavorable et à l'incidence de la réglementation relative à la sécurité des soins. « L'évolution contraignante de la réglementation a en effet conduit de nombreuses petites maternités de proximité à fermer, car considérées comme sous-dotées en équipements et en personnels et présentant ainsi un risque pour la sécurité des patientes. Ces fermetures ayant majoritairement impacté le secteur privé, la part des établissements publics a mécaniquement augmenté. »¹⁶

¹⁶ DREES, « Evolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », op. cit.

- [37] Le fait que la diminution d'activité obstétricale des cliniques soit de plus faible ampleur en valeur (-7,6%) qu'en volume (-10,8%) confirme que les cliniques se sont tournées vers des séjours plus complexes et plus coûteux, en lien avec la raréfaction, parmi elles, des maternités de niveau I ou des petites structures sous-dotées. C'est d'ailleurs en obstétrique que l'effet structure, pour les cliniques, est le plus élevé parmi les disciplines de court séjour.

1.1.2.4. Des évolutions fortes en chirurgie, en hospitalisation complète et ambulatoire, qui font apparaître un certain rattrapage de l'hôpital public par rapport aux cliniques

- [38] Les évolutions contrastées des établissements publics et privés en chirurgie sont liées à des évolutions différenciées des modalités de prise en charge en hospitalisation partielle ou complète.
- [39] L'activité de chirurgie des cliniques a reculé en volume entre 2005 et 2009 (-1,5%) mais ce recul a été compensé par un effet structure positif (+1,9%) qui aboutit à sa stagnation en valeur à tarifs constants (+0,4%). Cette évolution contraste avec celle des hôpitaux publics qui ont vu leur activité dans cette discipline augmenter de 12,6% en volume et de 13,7% en valeur (toujours à tarifs constants).
- [40] La diminution du nombre de séjours dans les cliniques privées s'observe en chirurgie digestive, vasculaire périphérique, ORL et stomatologique ainsi qu'en chirurgie gynécologique et en chirurgie des tissus. Sur d'autres segments d'activité (orthopédie, néphrologie, cardiologie, ophtalmologie), les cliniques connaissent une augmentation d'activité durant les cinq années considérées, alimentée notamment par l'expansion de la demande liée aux évolutions démographiques ; mais une augmentation de plus grande ampleur est enregistrée simultanément dans les hôpitaux publics. Cf. tableau récapitulatif en annexe 2
- [41] Les évolutions en chirurgie dissimulent également des évolutions fortes touchant à la répartition entre pratique ambulatoire et hospitalisation complète - Cf. même annexe.
- [42] Les hôpitaux publics ont entrepris dans la deuxième moitié des années 2000 un développement rapide de la chirurgie ambulatoire (+ 47% en volume entre 2005 et 2009), aux fins de rattrapage de leur retard relatif, et ce développement s'est réalisé sans diminution concomitante de leur activité d'hospitalisation complète (+ 4,5% en volume sur la période) – cf. tableau ci-dessous.
- [43] Les cliniques ont, quant à elles, continué à développer la chirurgie ambulatoire - poursuivant un mouvement déjà engagé - mais à un rythme moins soutenu (+17% en volume sur la période considérée) et surtout concomitant d'une diminution de l'activité chirurgicale en hospitalisation complète (- 14% en volume).
- [44] Le caractère complémentaire ou substituable de ces deux formes d'activité apparaît donc sous un jour différent selon la catégorie d'établissement observée. Selon certains dirigeants de cliniques rencontrés par la mission, « la maîtrise de la chirurgie ambulatoire détermine la maîtrise de la chirurgie tout court », et l'attractivité de l'une conditionnerait celle de l'autre à l'égard des praticiens et des patients, opinion confortée par certaines analyses de l'ANAP ; d'autres facteurs (pertes d'autorisations, restructurations, caractéristiques des patients) ont cependant pu contribuer à la diminution de l'activité chirurgicale conventionnelle dans les cliniques.

1.1.3. Une diminution des parts de marché des cliniques en court séjour, particulièrement sur l'obstétrique et la chirurgie en hospitalisation complète

- [45] Conséquence des phénomènes précédents, la part relative des cliniques dans l'ensemble de l'activité hospitalière a légèrement diminué depuis 2005, passant de 36,5% à 35,5% entre 2005 et 2009 (cf. tableau ci-dessous). Cette diminution est plus marquée en termes de séjours valorisés (-1.6 points), ce qui reflète à la fois la structure de la tarification des soins depuis 2005 - moins favorable à la chirurgie sur laquelle le secteur privé lucratif s'est majoritairement positionné - et les déplacements d'activité fortement rémunérées entre catégories d'établissements.

Tableau 3 : Evolution des parts de marché en court séjour (2005-2009):

Catégorie d'établissement	Parts des séjours		Parts des séjours valorisés	
	2005	2009	2005	2009
Public	55,6%	56,7%	58,7%	60,2%
Privé non lucratif	7,9%	7,9%	8,4%	8,4%
Privé lucratif	36,5%	35,5%	32,9%	31,3%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : ATIH, PMSI-MC, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances

- [46] Il n'est pas surprenant, compte tenu des évolutions décrites précédemment, que le recul du secteur privé lucratif soit particulièrement marqué en obstétrique et en chirurgie.
- [47] Les parts de marché en médecine sont en revanche assez stables depuis 2005, même si celle des cliniques fléchit pour l'hospitalisation complète (16,4% en 2009 contre 20,6% en 2002) alors qu'elle progresse de manière équivalente en hospitalisation partielle.
- [48] En obstétrique, la proportion du nombre de séjours réalisé par les cliniques est passée de 31,5% en 2002 à 27,5% en 2005 et 24,6% en 2009, soit une diminution de 7 points sur l'ensemble de cette période, dont 3 points depuis 2005. L'évolution est identique en valeur (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 4 : Parts de marché des établissements de santé selon leur statut en court séjour (2005-2009) :

Discipline	Secteur	Parts en nombre de séjours, 2005	Parts en nombre de séjours, 2009	Variation	Parts en valeur, 2005(*)	Parts en valeur, 2009 (**)	Variation
Médecine	Public	67,3%	67,2%	- 0,1 point	72,5%	73,2%	+ 0,7 point
	Privé non lucratif	8,0%	7,9%	- 0,1 point	8,4%	8,4%	+ 0,0 point
	Privé lucratif	24,7%	24,9%	+ 0,2 point	19,1%	18,4%	- 0,7 point
	Ensemble	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
Chirurgie	Public	34,5%	37,5%	+ 3,0 points	42,7%	45,4%	+ 2,7 points
	Privé non lucratif	8,2%	8,1%	- 0,1 point	8,5%	8,6%	+ 0,1 point
	Privé lucratif	57,3%	54,4%	- 2,9 points	48,8%	46,0%	- 2,7 points
	Ensemble	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
Obstétrique	Public	66,1%	68,6%	+ 2,5 points	64,0%	66,6%	+ 2,6 points
	Privé non lucratif	6,4%	6,8%	+ 0,4 point	7,1%	7,5%	+ 0,4 point
	Privé lucratif	27,5%	24,6%	- 3,0 points	28,9%	25,9%	- 3,0 points
	Ensemble	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	

(*) Séjours 2005 valorisés au tarif moyen par GHM 2005

(**) Séjours 2009 valorisés au tarif moyen par GHM 2009

Source : ATIH, PMSI-MC, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

[49] En ce qui concerne la chirurgie, les séjours en hospitalisation complète constituent le segment sur lequel la part de marché des cliniques a le plus diminué en volume, passant de 54,5% en 2002 à un peu plus de 50% en 2005 puis environ 46% en 2009, soit un recul de plus de 8 points (dont 4,5 point depuis 2005).

[50] Ce recul touche cependant aussi la chirurgie ambulatoire, pour laquelle la part de marché en volume des cliniques, de 72,9% en 2002 et 71,2% en 2005, est descendue à 67,7% en 2009, soit une perte d'un peu plus de 5 points, intervenue pour l'essentielle depuis 2005. Cette temporalité correspond à une stratégie plus offensive de l'hôpital public en matière de chirurgie ambulatoire¹⁷ ; par exemple, la proportion des cataractes traitées en ambulatoire dans les hôpitaux publics a doublé en cinq ans pour atteindre 76%, soit un taux comparable à celui des cliniques (79%).

Tableau 5 : Parts de marché en chirurgie selon le mode d'hospitalisation (2005-2009) :

CHIRURGIE	Secteur	Parts en nombre de séjours, 2005	Parts en nombre de séjours, 2009	Variation	Parts en valeur, 2005(*)	Parts en valeur, 2009 (**)	Variation
Hospitalisation complète	Public	41,3%	45,7%	4,5 points	45,7%	49,3%	3,6 points
	Privé non lucratif	8,1%	8,2%	0,1 point	8,6%	8,7%	0,2 point
	Privé lucratif	50,6%	46,1%	-4,5 points	45,7%	41,9%	-3,7 points
	Ensemble	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
Hospitalisation partielle	Public	20,5%	24,4%	3,9 points	19,5%	23,8%	4,3 points
	Privé non lucratif	8,2%	7,9%	-0,3 point	8,2%	7,9%	-0,3 point
	Privé lucratif	71,2%	67,7%	-3,5 points	72,3%	68,4%	-4,0 points
	Ensemble	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	

(*) Séjours 2005 valorisés au tarif moyen par GHM 2005

(**) Séjours 2009 valorisés au tarif moyen par GHM 2009

Source : ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

[51] Tous modes de prises en charge confondus, les parts de marché du secteur privé lucratif ont diminué de 3 à 4 points sur plusieurs segments de chirurgie sur lesquels les cliniques sont l'acteur majoritaire (cf. tableau ci-dessous), soit du fait d'une diminution d'activité substantielle de la part des cliniques (comme c'est le cas en chirurgie digestive, vasculaire périphérique, ORL et stomatologie, ainsi qu'en chirurgie gynécologique et chirurgie des tissus), soit du fait d'une très forte progression de l'activité du secteur hospitalier public (en orthopédie, néphrologie, cardiologie, et ophtalmologie notamment).

[52] La chirurgie du système nerveux est un des rares segments sur lesquels le secteur privé lucratif accroît sa part d'activité, mais celle-ci reste modeste.

¹⁷ Le changement d'attitude des praticiens hospitaliers à cet égard ayant été favorisé par une tarification incitative et par la mise sous accord préalable par l'assurance maladie de 17 actes, pour lesquels un taux cible de pratique ambulatoire avait été fixé au niveau national.

Tableau 6 : Evolution 2005-2009 de la part de marché des cliniques sur les principaux segments de chirurgie :

Segment d'activité en chirurgie	Part de marché des cliniques en volume en 2009	Variation depuis 2005
Digestif	45,9%	- 3,3 points
Orthopédie, Rhumatologie	53,6%	- 1,5 points
Uro-néphrologie	56,8%	- 2,1 points
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires)	37,8%	- 2,9 points
Vasculaire périphérique	60,3%	- 3,9 points
ORL, Stomatologie	68,8%	- 3,2 points
Ophthalmologie	69,8%	- 1,7 points
Gynécologie	48,9%	- 4,3 points
Tissu cutané et tissu sous-cutané	50,1%	- 7,9 points
Système nerveux	14,9%	+ 3,9 points

Source : ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

1.1.4. Les enseignements tirés de l'étude de quelques pathologies courantes

[53] L'étude des pathologies les plus courantes (cf. tableau en annexe 3) illustre la diversité des facteurs conduisant au désengagement du secteur privé lucratif :

- Une tarification défavorable au regard des coûts des soins : ainsi, le nombre de césariennes a diminué dans les cliniques entre 2005 et 2009 (-3%) tandis qu'il augmentait dans les hôpitaux publics et privés non lucratifs ; le nombre d'interruptions volontaires de grossesse réalisées en clinique a baissé de 16,5% sur la période, alors qu'il a très légèrement progressé dans le secteur public¹⁸ ;
- L'effet des recommandations professionnelles et de celles de la Haute Autorité de Santé relatives à la pertinence des actes : les appendicectomies ont diminué de 21% dans les cliniques entre 2005 et 2009, indiquant une indéniable réactivité par rapport aux recommandations et un ajustement par rapport aux pratiques antérieures ; les hôpitaux publics n'ont pas connu cette baisse (moindre réactivité ou pertinence mieux établie de leurs actes ?) ; de la même façon, les amygdalectomies et interventions liées aux végétations ont diminué de 21% ;
- La volonté de se concentrer sur des pathologies permettant des diminutions de durées de séjours et propices à l'hospitalisation partielle : à titre d'exemple, les interventions plastiques, les traitements de la cataracte et les séjours liés aux infections des reins et des voies urinaires ont augmenté respectivement de 12%, 13% et 18% dans les cliniques sur les cinq années considérées.

1.1.5. Des parts de marché variables d'une région à l'autre

[54] L'étude des parts de marché régionales (cf. tableau en annexe 4) montre une grande diversité de situations, entre l'Alsace, où le secteur privé lucratif ne représente que 10% des séjours MCO, et des régions telles que l'Aquitaine, Languedoc Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA ou encore les Pays de la Loire où cette proportion dépasse 40%, avoisinant 60% pour la seule chirurgie.

¹⁸ DREES, « Evolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », op. cit.

- [55] La part de ce secteur dans l'activité de soins de suite s'échelonne entre 5% en Alsace et 66% en PACA ou même 80% en Corse. Signalons que cette part est également très élevée dans les départements de Guadeloupe, de la Réunion et de Guyane. Quant à la psychiatrie, le secteur privé lucratif réalise moins de 5% de l'activité dans plusieurs régions mais occupe une place importante en Midi-Pyrénées, PACA et Corse, avec un maximum de 45% en Languedoc Roussillon. En hospitalisation à domicile, ce sont d'autres régions (Auvergne, Centre, Haute Normandie) qui dépendent plus fortement des cliniques privées.
- [56] On soulignera la situation atypique de la Corse, où les cliniques privées détiennent des parts de marché très importantes dans toutes les disciplines (56% en MCO dont 72% en chirurgie, 80% en SSR, 38% en psychiatrie et 45% en HAD).

1.2. *Un portefeuille d'activité en moyenne plus resserré que celui des hôpitaux publics ; des profils d'établissements bien différenciés*

- [57] Historiquement les cliniques privées se sont positionnées sur des portefeuilles d'activités spécialisés, en chirurgie (en particulier en ophtalmologie – le traitement de la cataracte en premier lieu – et en orthopédie – notamment la main, le canal carpien ou les arthroscopies du genou – au point d'éliminer l'offre publique sur ces segments dans certaines villes) et en cancérologie, en développant sur ces spécialités de gros volumes d'activité.
- [58] De fait, les cliniques réalisent encore l'essentiel de leur activité avec un nombre de racines de GHM¹⁹ deux fois moins élevé que les hôpitaux publics : le nombre de racines représentant 80% de l'activité (hors séances) est de 92 dans les cliniques privées contre 182 pour les hôpitaux publics en 2010 (101 vs 182 en 2006), comme le montre le tableau suivant. Le rapport est du même ordre (68 vs 140) si l'on prend en comptes les séances.

Tableau 7 : Nombre de racines résumant 80% de l'activité des établissements de santé :

Nombre de racines représentant 80% de l'activité (CMD 28 ²⁰ incluse)				Nombre de racines représentant 80% de l'activité (Hors CMD 28)			
Année	ESPIC	Privé	Public	Année	ESPIC	Privé	Public
2006	137	80	146	2006	161	101	182
2007	133	77	145	2007	157	98	182
2008	125	73	143	2008	153	96	182
2009	122	70	143	2009	151	94	184
2010	120	68	140	2010	150	92	182

Source : ATIHT pour mission IGAS (données fondées sur la classification V11 de la T2A)

¹⁹ Données issues du PMSI, décrivant l'activité des établissements de santé ; cette activité est classée en quelque 2300 groupes homogènes de séjours, eux-mêmes rattachés à 633 racines déclinant 28 catégories majeures de diagnostic.

²⁰ CMD = catégorie majeure de diagnostic. La CMD 28 regroupe les séances (dialyse, chimiothérapie radiothérapie).

- [59] De même, les 20 types de séjours les plus fréquents (cf. annexe 5) correspondaient en 2007 à 48% de l'activité des cliniques, mais à 34% de l'activité des centres hospitaliers publics et des établissements privés à but non lucratif et à 28% seulement de celle des CHU (chiffres hors séances)²¹.
- [60] Une étude nationale portée par le CHU de Montpellier²², propose une typologie des établissements de santé publics et privés, sur la base de données d'activité, de taille et de localisation relatives à l'année 2009. Selon les résultats de cette étude, les cliniques commerciales sont dominantes dans 3 des 7 classes ainsi constituées (voir présentation détaillée en annexe 6) :
- établissements de proximité, de petite taille, centrés sur une activité de chirurgie relativement spécialisée et très ouverte sur l'ambulatoire, situés dans des communes petites ou moyennes ;
 - établissements très spécialisés, jouant sur des volumes d'activité plus importants, souvent centrés sur un pôle mère-enfant, situés en zone urbaine d'assez grande taille ;
 - établissements de grande taille, présentant une activité peu diversifiée mais haut de gamme offrant une fonction de recours marquée sur ces pathologies, dans des zones urbaines importantes.
- [61] Les cliniques privées figurent également, mais minoritaires, dans deux autres classes :
- établissements de très petite taille, situés en zone rurale, centrés sur la gériatrie ;
 - établissements polyvalents très diversifiés auxquels l'accès par les urgences est important.
- [62] Il faut noter que l'exclusion des séances de cette analyse des activités et positionnements des établissements de l'échantillon modifierait quelque peu la classification : un petit nombre d'établissements privés se déplacerait alors vers une classe qui, dans le précédent exercice, est exclusivement représentée par des établissements publics : celle des établissements très diversifiés (99 racines pour 80% de l'activité), de grande taille (plus de 24000 séjours), où les patients entrent dans 40% des cas par les urgences, avec une forte activité de recours et de soins intensifs, et situés sur des territoires urbains sur lesquels leur part de marché est élevée (30%) – en somme, le modèle de gros centres hospitaliers. La mission a effectivement rencontré ce cas de figure parmi les cliniques visitées, y compris sous le statut de cliniques indépendantes.
- [63] Enfin, la structure des séjours en termes de sévérité diffère selon le statut des établissements : les niveaux de sévérité 3 et 4 (les plus aigus) sont en effet plus fréquents au sein des hôpitaux publics (dont ils représentent, en 2010, 18% des séjours) ou des ESPIC (16% des séjours) que dans le secteur privé ex OQN (7% des séjours)²³.

²¹ ATIH, « L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? », 2009.

²² F. Seguret, C. Ferreira, « Essai de typologie des établissements MCO publics et privés à partir de la base nationale PMSI », Etude du CHU de Montpellier - FHF présentée au Séminaire ENCC 2011. Etude fondée sur les données 2009 issues du PMSI et de la SAE, concernant les établissements de santé publics, privés et ESPIC de France métropolitaine, sauf APHP, APM, HCL, établissements de Corse et hôpitaux locaux ; sont exclus également quelques types d'établissements extrêmes (établissements hyper spécialisés par exemple) ; soit au total 1010 établissements retenus. Les données hospitalières ont été croisées avec celles de l'INSEE relatives aux territoires considérés.

²³ FHP, rapport sectoriel, édition 2012 ; données du PMSI.

1.3. Une rentabilité qui, en dehors d'un pic entre 2005 et 2007, oscille autour de niveaux modérés, mais qui reste difficile à appréhender

- [64] Fin 2003, David Piovesan, dans sa thèse²⁴ sur les restructurations des cliniques privées, faisait le constat que la perception de la réalité économique et financière des cliniques privées était contrastée, confuse et décalée : « En juin 2001, pour la première fois en France, des cliniques privées (Générale de santé, actuellement le plus grand groupe hospitalier privé de l'hexagone) entrent sur le marché boursier de Paris avec une valorisation estimée autour d'un milliard d'euros selon les spécialistes. Cette décision a ravivé les fantasmes et les craintes : ceux de la perte de pouvoir des médecins au profit d'investisseurs financiers ou d'industriels étrangers à la santé, mais aussi le mythe de la clinique luxueuse, lieu de concentration de capitaux, source de rendements importants, destinée à une clientèle bourgeoise, bref l'idée d'un « eldorado privé » au sein du système de santé.(...) Quelques mois plus tard, à l'automne de la même année, les représentants du secteur privé alertent l'opinion publique sur l'importance et la gravité de la crise financière qui touche les cliniques privées. »
- [65] En confrontant les chiffres, parfois discordants, issus de différentes sources (la DREES, l'ATIH, quelques ARS et la FHP associée au Groupe Montaigne), la mission s'est efforcée de dresser un tableau aussi précis que possible de la rentabilité du secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif.
- [66] La croissance ralentie du chiffre d'affaires des cliniques depuis quelques années pèse sur sa rentabilité économique et financière, qui fléchit depuis le point haut atteint en 2005, même si les évolutions à la baisse apparaissent plus marquées dans les disciplines (SSR, psychiatrie) où cette rentabilité est aussi la plus élevée, cependant que celle du secteur MCO oscille autour de valeurs modestes. Outre le manque de transparence sur ce sujet, la mission insiste sur la grande hétérogénéité des niveaux de rentabilité entre cliniques, qui confère une certaine visibilité à la problématique des cliniques déficitaires (un tiers des cliniques MCO sont dans ce cas en 2010) ; la mission a cherché à caractériser ces établissements déficitaires.

1.3.1. La croissance ralentie du chiffre d'affaires des cliniques privées...

1.3.1.1. Un ralentissement global pour le secteur

- [67] Le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques à but lucratif, qui atteint 12,5 Md€²⁵ en 2010, progresse continûment mais à un rythme qui ralentit tout au long de la deuxième moitié de la décennie 2000, comme le montrent les tableaux et graphiques ci-après.
- [68] Le taux de croissance annuel du chiffre d'affaires des cliniques entre 2005 et 2010 s'établit à 4,6 % en moyenne, toutes activités réunies, mais à 3,5% pour la dernière année. Le taux de croissance médian du chiffre d'affaires des cliniques est ainsi passé de 5,5% en 2005 à 2,8% en 2008 et 2,2% en 2010.
- [69] Dans le champ MCO, la progression annuelle du chiffre d'affaires des cliniques, en moyenne de 4,1% entre 2004 et 2010, descend à 2,9% en 2010.
- [70] La progression du chiffre d'affaires en SSR et en psychiatrie est nettement plus soutenue que celle observée pour les soins de courte durée : ainsi le chiffre d'affaires hors MCO augmente en moyenne de 6,7% par an sur la deuxième moitié de la décennie 2000, contre 4,1% pour le champ MCO. Cet écart tend néanmoins à se réduire depuis 2008 en raison du ralentissement marqué de la croissance des disciplines hors MCO.

²⁴ David Piovesan, *Les restructurations des cliniques privées : adaptations, évolution ou métamorphose ?*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean moulin – Lyon 3, décembre 2003.

²⁵ L'étude sectorielle réalisée par la FHP conjointement avec le Groupe Montaigne présente une estimation du chiffre d'affaires des cliniques privées en 2009 de 12,5 Mds€, l'écart avec le chiffrage de la DREES s'expliquant par des différences de champ et de méthode de redressement, les deux valeurs restent néanmoins très proches.

[71] Cet écart de croissance a fait légèrement régresser la part du champ MCO dans le chiffre d'affaires total des cliniques, passée d'un peu plus de 80% en 2005 à un peu moins de 78% cinq ans plus tard (soit une valeur de 9,7 Md€ en 2010).

Tableau 8 : Chiffre d'affaires des cliniques de 2004 à 2010

Chiffre d'affaires (en M€)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Ensemble	9 537	10 284	10 721	11 233	11 631	12 079	12 499
MCO	7 655	8 280	8 595	8 896	9 142	9 454	9 728
Hors MCO	1 882	2 005	2 126	2 337	2 489	2 625	2 770

Source : Greffes des tribunaux de commerce et SAE, calculs DREES. Champ : Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

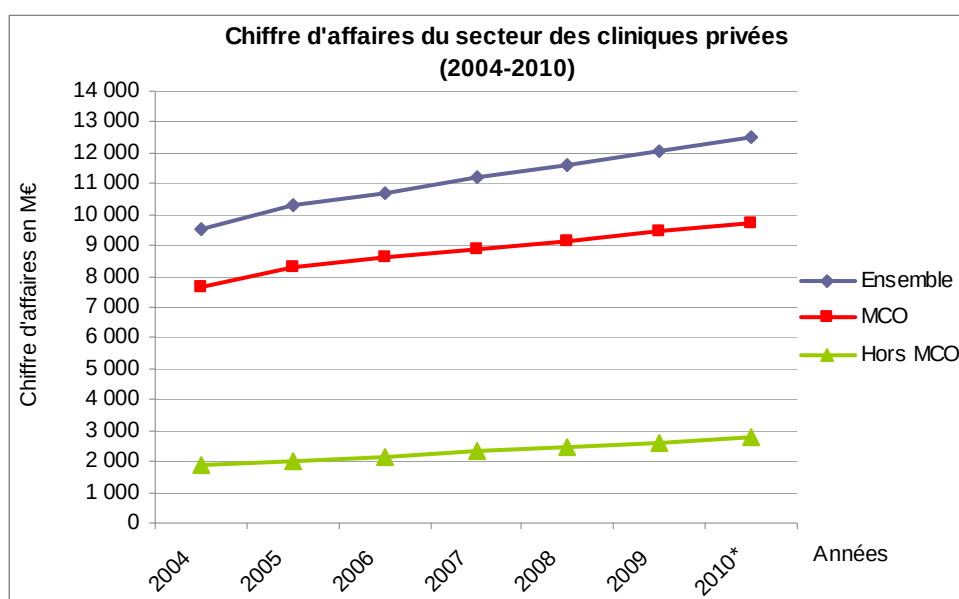
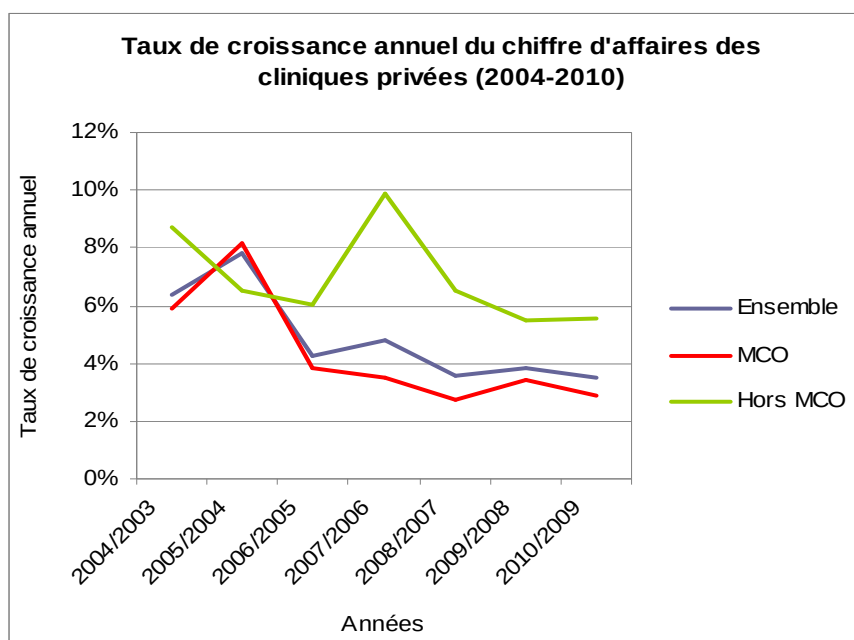


Tableau 9 : Taux de croissance annuel du chiffre d'affaires des cliniques de 2004 et 2010

Taux de croissance du chiffre d'affaires	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009	variation annuelle moyenne
Ensemble	6,4%	7,8%	4,2%	4,8%	3,5%	3,9%	3,5%	4,6%
MCO	5,9%	8,2%	3,8%	3,5%	2,8%	3,4%	2,9%	4,1%
Hors MCO	8,7%	6,5%	6,1%	9,9%	6,5%	5,5%	5,6%	6,7%

Source : DREES



1.3.1.2. Une forte variabilité au sein du secteur

[72] Sur la seule année 2010, un quart des cliniques connaissent une progression de leur chiffre d'affaires supérieure à 5,7% et un dixième des établissements bénéficie même d'une progression de 11% ou plus. En 2008, le quartile et le décile correspondants se situaient à des niveaux plus élevés, respectivement 6,7% et 13%.

[73] A l'opposé, près de 3 cliniques sur 10 voient leur chiffre d'affaires stagner ou baisser entre 2009 et 2010 ; 23% des cliniques se trouvaient dans cette situation en 2009, 26% en 2008, et seulement 14% en 2005²⁶. Sans doute peut-on lire dans ces chiffres l'intensification de la pression concurrentielle et les difficultés récurrentes d'une partie des cliniques qui ne disposent pas de la taille critique et du projet médical leur permettant d'attirer patients et praticiens (cf. infra).

1.3.2. ... affecte la rentabilité économique du secteur, qui fléchit depuis le point haut atteint en 2005

1.3.2.1. La rentabilité économique des cliniques décline depuis le point haut atteint en 2005, mais elle conserve en 2010 un niveau supérieur à celui qu'elle connaissait pendant la décennie précédente.

[74] Le taux de rentabilité économique²⁷ - ou taux de marge nette - du secteur, présenté annuellement par la DREES, est récapitulé, pour la période 2004-2010, dans le tableau suivant :

Tableau 10 : Taux de rentabilité économique des cliniques, 2004-2010 :

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	2,1%	3,2%	3,2%	2,8%	2,1%	2,1%	1,9%
MCO	1,5%	3,0%	3,0%	2,5%	1,6%	1,6%	1,6%

²⁶ Source : DREES

²⁷ Rentabilité économique : résultat net rapporté au chiffre d'affaires.

Hors MCO ²⁸	4,9%	4,3%	4,0%	3,9%	3,8%	3,8%	3,1%
dont SSR	5,4%	5,3%	4,0%	4,1%	4,0%	4,2%	3,5%
dont psychiatrie	4,4%	4,3%	5,1%	5,9%	5,1%	5,4%	5,0%

Source : Greffes des tribunaux de commerce, SAE, calculs DREES. Champ : cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE

[75] Les chiffres produits par la DREES et par la FHP diffèrent, certaines années, de quelques dixièmes de points (cf. tableau ci-dessous), cet écart étant imputable à des choix méthodologiques différents (voir leur présentation en annexe 8). Il est significatif que le niveau de rentabilité présenté par la FHP, calculé sur un échantillon d'établissements relativement stables, apparaisse légèrement plus élevé.

[76] Le rapprochement méthodologique accompli entre la FHP et la DREES en 2011 conduit cependant à ce que les deux institutions s'accordent sur un même taux de rentabilité sectoriel pour l'année 2010, à savoir 1,9%.

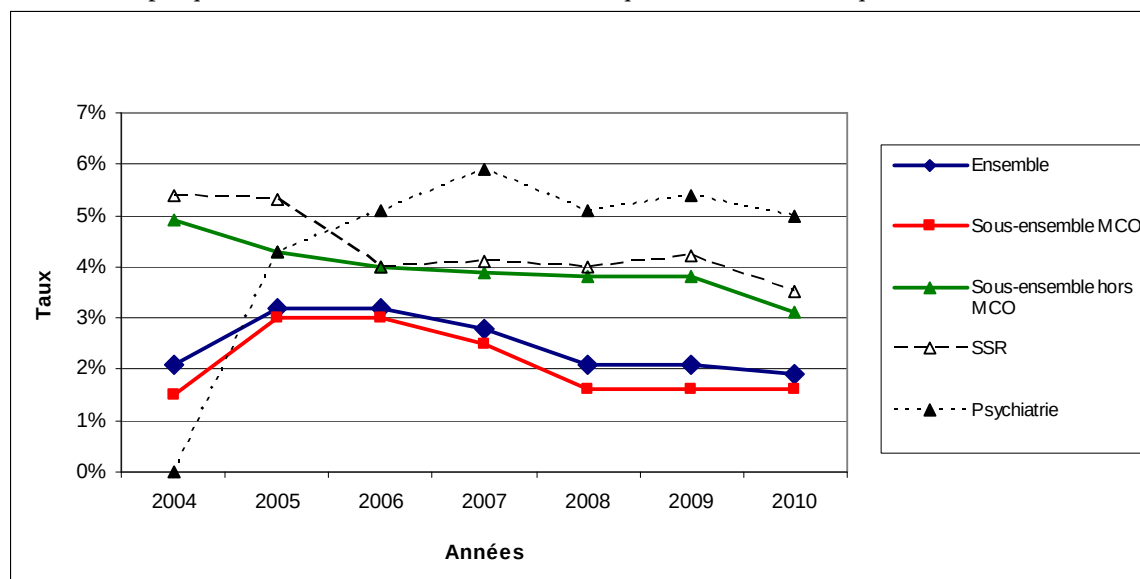
Tableau 11 : Comparaison des taux de rentabilité économique de l'ensemble des cliniques selon la DREES et la FHP :

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Source DREES	2,1%	3,2%	3,2%	2,8%	2,1%	2,1%	1,9%
Source FHP	2,1%	3,3%	3,2%	3,1%	2,3%	2,6%	1,9%
Ecart	0	+ 0.1 points	0	+ 0,3 points	+ 0.2 points	+ 0.5 points	0

Source : DREES et la FHP

[77] Les deux séries de chiffres rendent compte d'évolutions similaires, que retrace le graphique suivant (établi sur données DREES par souci de lisibilité) :

Graphique 7 : Taux de rentabilité économique annuel des cliniques, 2004-2010



Source : Mission IGAS sur données DREES

²⁸ Y compris cliniques d'activités hospitalières « diverses » ne correspondant à aucune des autres disciplines ; ces établissements présentent de fait des niveaux de rentabilité dégradés continûment négatifs depuis 2008.

- [78] On observe un décrochement de la rentabilité économique sectorielle en 2008 (chute de 0,7 ou 0,8 points), puis sa diminution progressive, plus lente. Cette évolution est confirmée par le taux médian de rentabilité économique des cliniques, qui est passé de 3,2% en 2005 à 2,5% en 2010
- [79] Le niveau moyen atteint en 2010 (1,9%) apparaît faible au regard de celui de 2005 (3,2%), d'autant qu'il s'accompagne d'un taux de marge brute²⁹ également modeste (6%) au regard des taux d'intérêt susceptibles d'être consentis aux établissements pour le financement de leurs investissements³⁰.
- [80] Toutefois, l'interprétation de ces résultats doit être prudente pour trois raisons :
- il est difficile de se référer à une norme de rentabilité ou à un seuil critique pertinents pour le secteur ; à titre d'exemple, les taux de rentabilité par secteur économique disponibles pour les Etats-Unis indiquent, s'agissant du secteur intitulé « medical services », un taux de marge nette de 4,8% et un taux de marge de brute de 13,2%³¹, mais cela s'inscrit dans un contexte institutionnel relatif à l'organisation et au financement de la santé très différent ;
 - ces taux sont fondés sur l'exploitation des comptes des sociétés d'exploitation des cliniques et non de situations économiques consolidées intégrant les résultats des sociétés civiles affiliées, particulièrement des SCI, ou des éventuels groupes nationaux ou régionaux (lesquels rassemblent aujourd'hui près de 60 % des cliniques) ; l'impact du traitement financier et comptable des biens immobiliers sur la rentabilité de l'exploitation d'une clinique n'est pourtant pas négligeable, le rendement propre de l'immobilier étant, de fait, nettement supérieur à celui des activités de soins stricto sensu ; ainsi un grand groupe de cliniques qui a choisi d'être propriétaire, via des SCI, de tous les murs de ses établissements, lesquels sont refacturés sous forme de loyer aux cliniques exploitantes, enregistre une marge globale consolidée de 7% alors qu'elle se limite à 3,5% sur la seule activité médicale³² ;
 - l'analyse de la rentabilité économique sur longue période (cf. graphique ci-dessous) montre bien que 2005 est un point historiquement haut – coïncidant avec l'entrée en vigueur de la T2A dans le champ MCO – et que cette rentabilité, au profil cyclique, a déjà connu une période de forte diminution entre 1996 et 2001. La rentabilité à la fin de la décennie 2000 retrouve finalement le niveau des « bonnes années » de la décennie précédente.

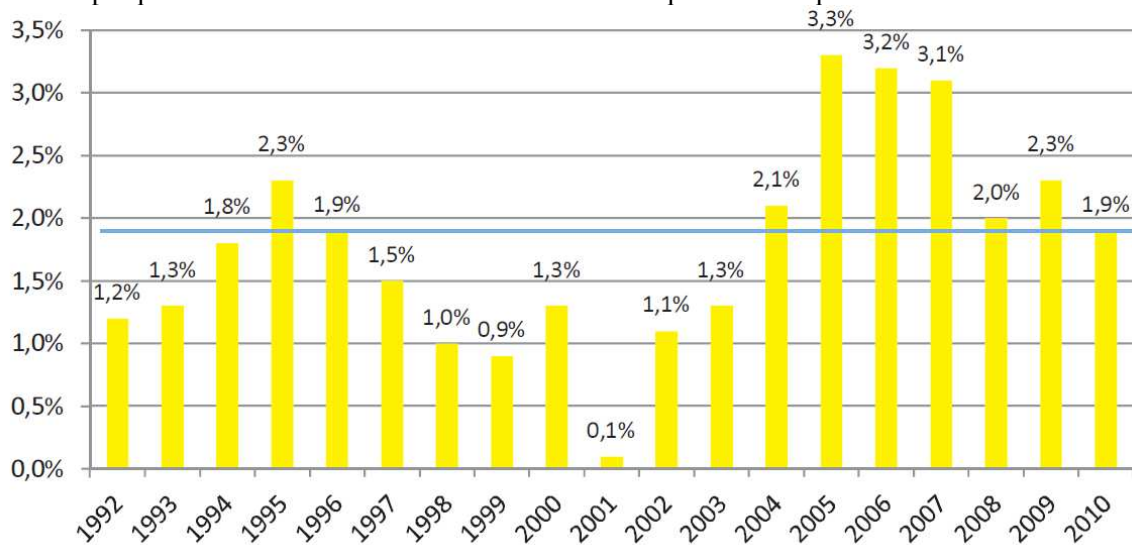
²⁹ Taux de marge brute = Excédent brut d'exploitation / Chiffre d'affaires. L'excédent brut d'exploitation (EBE) est le solde entre les produits d'exploitation et les charges d'exploitation qui ont été consommées pour obtenir ces produits ; il correspond au résultat du processus d'exploitation (c'est-à-dire hors opérations financières et opérations sur actifs) avant imputation des dotations aux amortissements et provisions pour dépréciation d'actif. Il peut être rapproché de l'EBITDA anglo-saxon (Earnings before interest, tax, depreciation and amortization).

³⁰ Autour de 4,5%-5% pour un crédit bail immobilier

³¹ Source : Damodaran online

³² Dans la configuration, relativement fréquente, selon laquelle l'actionnaire principal de la société d'exploitation est aussi l'actionnaire principal de la SCI à laquelle la clinique loue les locaux, un transfert de résultat entre les deux sociétés est opéré via les loyers versés. L'analyse des comptes de la seule société d'exploitation peut donc fournir une image erronée. Les montants des loyers (généralement inclus au compte de résultat dans le poste « autres achats et charges externes ») ne sont cependant pas connus avec un niveau de détail suffisant pour permettre d'approcher ce phénomène dans une étude nationale. Rappelons néanmoins que l'assurance maladie, via ses caisses régionales et dans le cadre de la gestion de l'OQN, avait procédé au retraitement des comptes des cliniques sur la base d'un questionnaire (projet « STEFIE » pour SiTuation Economique et FINANcière des Etablissements de santé privés) et que cet exercice a cessé en 2005.

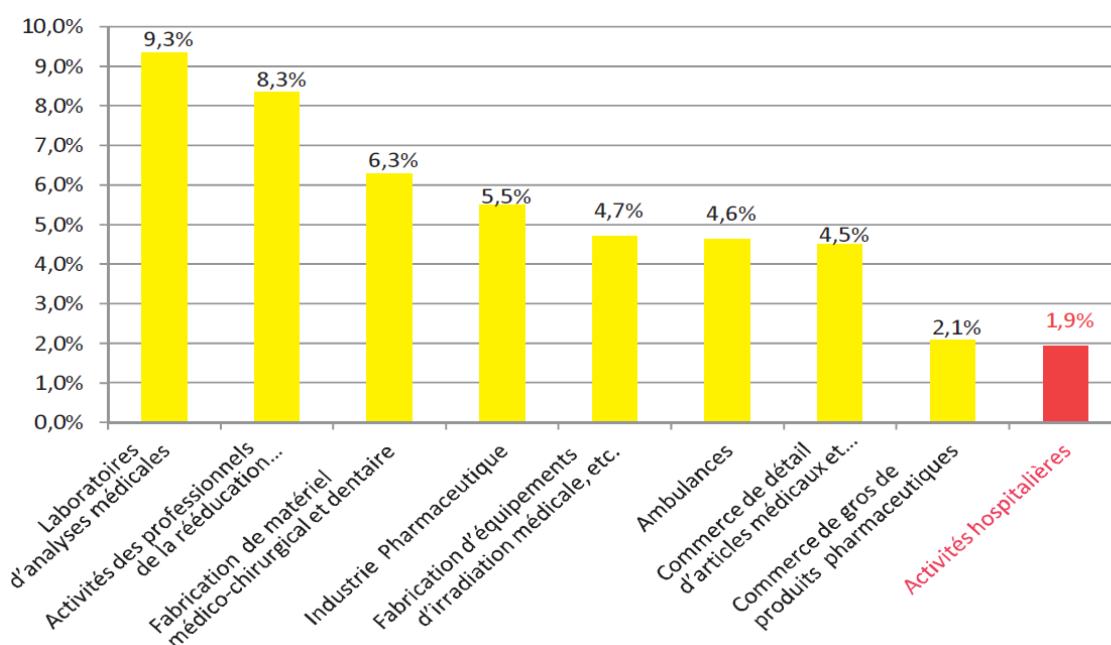
Graphique 8 : L'évolution de la rentabilité économique des cliniques entre 1992 et 2010



Source : « Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé », Rapport sectoriel, édition 2012, FHP - Groupe Montaigne. Lecture : la droite horizontale est la rentabilité moyenne sur la période 1992 à 2010. Les résultats ci-dessus reposent sur un échantillon de cliniques présentant une stabilité de leur périmètre d'activité pour la période 2008 à 2010.

[81] La FHP compare cette rentabilité à celle d'autres secteurs économiques du champ de la santé (cf. graphique ci-dessous) :

Graphique 9 : Taux de rentabilité économique de neuf secteurs intervenant dans la santé en 2010 :



Source : Greffe des tribunaux de commerce via Altarès in « Cliniques et Hôpitaux privés au cœur du système de santé », Rapport sectoriel 2012 FHP

[82] Cette comparaison fait apparaître la relativement faible rémunération de « l'activité hospitalière privée », mais appelle aussitôt quelques nuances :

- historiquement, les cliniques se sont constituées comme l'outil de travail de médecins chirurgiens libéraux, rémunérés avant tout, à titre individuel, par l'activité que leur permettait cet outil technique ; la rémunération des médecins libéraux exerçant en cliniques s'ajoute donc à celle de l'outil lui-même (elle représente des sommes équivalant à 40%-45% du chiffre d'affaires des cliniques).
- l'approche par la rentabilité économique doit être complétée par l'analyse de la rentabilité des fonds propres, qui reflète mieux la rémunération offerte aux investisseurs, et qui n'apparaît pas déraisonnable dans le cas des cliniques (cf. infra).

1.3.2.2. La rentabilité moyenne du secteur dissimule une très forte hétérogénéité

[83] Si le taux de rentabilité médian des cliniques est de 2,5% en 2010, un dixième des établissements enregistre une rentabilité économique supérieure à 11,5% cette même année (le seuil correspondant à ce décile supérieur se situait à 12% en 2008 et près de 11% en 2005, soit des niveaux assez stables). A l'opposé, plus du quart (28%) des établissements déclarent des résultats nets déficitaires, proportion en hausse (26% en 2008, 18% en 2005, 21% en 2004)³³.

*** Hétérogénéité selon les disciplines : le champ MCO présente une rentabilité plus faible, mais aussi étonnamment stable depuis 2008 après avoir connu une certaine volatilité**

[84] Les écarts de rentabilité entre disciplines sont importants. En effet, le taux de rentabilité sectoriel de 1,9% en 2010 dissimule une **rentabilité plus faible (1,6%) pour les établissements MCO** (exclusivement ou à dominante MCO), et une **rentabilité sensiblement plus élevée pour les établissements de SSR (3,5%) et plus encore de psychiatrie (5%)**³⁴. Il est possible que la prochaine introduction d'une tarification à l'activité dans le champ SSR érode la rentabilité des établissements concernés, qui marque déjà un fléchissement.

[85] Les cliniques de dialyse présentent une situation atypique avec un taux de rentabilité de 10,6% en 2010, fluctuant autour de 8% au cours des trois années précédentes ; ceci tient au niveau généreux des tarifs pour ce type de soins (cf §[18]).

[86] Plus faible, la rentabilité des cliniques exclusivement ou à dominante MCO est par ailleurs étonnamment stable depuis 2008 puisqu'elle s'établit à 1,6% pour chacune des trois années de 2008 à 2010. Cela contraste avec une certaine volatilité de ce ratio observée au cours des années précédentes³⁵. La rentabilité du secteur MCO est en 2010 légèrement supérieure à celle de 2004, juste avant le pic de milieu de décennie.

[87] Sans doute les cliniques MCO ont-elles digéré ces dernières années à la fois le déploiement de la T2A et leurs opérations de fusions-acquisitions tout en professionnalisant leurs modes de gestion. Cependant, les entretiens que la mission a eus avec plusieurs dirigeants d'établissements et de groupes ont montré combien les modes d'exploitation des cliniques MCO sont encore en cours d'adaptation.

*** Hétérogénéité selon la taille et l'étendue de l'activité des établissements**

[88] L'analyse réalisée par la DREES des niveaux de rentabilité selon la taille de l'établissement et son activité (tableau ci-dessous) apporte plusieurs enseignements intéressants mais qui invitent à des approfondissements :

³³ Source : DREES

³⁴ Les chiffres de rentabilité présentés dans le rapport sectoriel FHP-Groupe Montaigne sont supérieurs d'environ ½ point à ceux de la DREES mais cohérents avec ceux-ci : respectivement 4,8% et 5,9% dans les champs SSR et psychiatrie pour l'année 2009, contre 4,2% et 5,4% pour la DREES cette même année.

³⁵ Evolution de la rentabilité économique des cliniques MCO : -0,9 points en 2008, -0,5 points en 2007, + 1,5 points en 2005

- dans le champ MCO, les polycliniques apparaissent en meilleure position que les cliniques monodisciplinaires dont la rentabilité a chuté au cours des dernières années ; c'est aussi dans cette dernière catégorie que se trouve la plus forte proportion de cliniques déficitaires en 2010 (38%) ;
- les cliniques MCO de petite taille semblent avantagées, avec une rentabilité supérieure et en augmentation tandis que celle des autres catégories d'établissements diminue. Il faut noter que la « hiérarchie » était inverse en 2005 : parmi les polycliniques MCO, celles dont le chiffre d'affaires était inférieur à 6 M€ avaient une rentabilité négative de -1,4%, celles dont le chiffre d'affaires dépassait 12 M€ avaient une rentabilité de 3,2% et les établissements intermédiaires un taux moyen de 1,7%. On peut d'ailleurs s'interroger sur le seuil de 12 M€ de CA alors retenu pour délimiter les grandes cliniques alors qu'il est aujourd'hui proche de ce qui est considéré comme le seuil de viabilité d'une clinique. Il est probable qu'une partie des « petites cliniques » en 2005 aient disparu depuis. Du reste, la DREES emploie aujourd'hui une catégorisation des tailles selon les effectifs non médicaux.

Tableau 12 : Taux de rentabilité économique des cliniques par classe de taille et d'activité

	2007	2008	2009	2010
Ensemble MCO	2,5%	1,6%	1,6%	1,6%
Dont Polycliniques ³⁶	2,1%	1,4%	1,6%	1,5%
Cliniques spécialisées [C : 3,3%] ³⁷		1,4%	1,0%	0,4%
M/C/O ³⁷				
Cliniques de dialyse ³⁸	8,2%	7,6%	7,9%	10,6%
Dont Grandes cliniques ³⁹	2,8%	1,7%	1,6%	1,6%
MCO				
Moyennes cliniques MCO	1,3%	0,9%	1,2%	1,0%
Petites cliniques MCO	4,1%	4,3%	5,1%	5,4%
Ensemble hors MCO	3,9%	3,8%	3,8%	3,1%
Dont Grandes cliniques	3,9%	2,5%	2,7%	1,9%
Moyennes cliniques hors MCO	4,4%	4,1%	4,6%	3,3%
Petites cliniques hors MCO	3,4%	4,4%	3,5%	3,6%

Source : Greffes des tribunaux de commerce, SAE, calculs DREES, tableau IGAS. Champ : cliniques privées de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE

³⁶ Cliniques pluridisciplinaires à dominante MCO

³⁷ Cliniques monodisciplinaires du champ MCO : uniquement médecine ou uniquement chirurgie ou uniquement obstétrique.

³⁸ Cliniques de dialyse monodisciplinaires

³⁹ Catégorisation selon le nombre d'effectifs équivalents temps-plein non médicaux dans l'établissement (variable issue de la SAE) ; les bornes sont les mêmes quel que soit le domaine d'activité :

- Nombre d'ETP < 50 : "petite" clinique
- Nombre d'ETP compris entre 50 et 150 : "moyenne" clinique
- Nombre d'ETP égal ou supérieur à 150 : "grande" clinique.

- [89] Ces résultats soulignent la fragilité des établissements mono-disciplinaires, particulièrement dans un contexte d'ajustements tarifaires parfois de grande ampleur pour certains types de soins sur lesquels les cliniques étaient fortement positionnées (traitement de la cataracte ou du canal carpien par exemple). Néanmoins, la mission a pu constater localement la persistance de stratégies de niche (chirurgie des yeux ou de la main de haut niveau, centre spécialisé en imagerie et cancérologie) très performantes, générant un taux de marge brute de 20%, un taux de marge nette de 10% et une rentabilité financière très élevée.
- [90] La distinction entre établissements mono-disciplinaires et polycliniques demeure assez fruste et ne saurait rendre compte de l'étendue et de la diversité du case-mix des établissements. Afin d'appréhender l'incidence éventuelle du degré de spécialisation sur la rentabilité, l'ATIH a réalisé pour la mission de l'IGAS un exercice consistant à mettre en regard, d'une part, le degré de spécialisation des cliniques - approché par le nombre de racines de GHM représentant 80% des séjours - et, d'autre part, leur taux de marge brute⁴⁰. Les résultats de cet exercice ne font pas apparaître de corrélation entre ces deux variables. Il est possible que les racines de GHM ne permettent pas d'approcher assez finement le degré de spécialisation des cliniques.
- [91] Quant au lien avec la taille d'établissement, tel qu'il ressort des études de la DREES, il est difficile à interpréter, du fait de la diversité des situations concrètes et de l'ambiguïté qui existe entre une référence aux effectifs et une référence au chiffre d'affaires. On observe certes que les stratégies de niche, performantes économiquement, sont généralement le fait d'établissements de petite taille (moins de 100 lits et places). Mais, en ce qui concerne les établissements polyvalents aux portefeuilles relativement larges incluant au moins deux des trois segments M, C et O, les dirigeants rencontrés par la mission mettent tous en avant la recherche de volumes d'activité plus importants, jugés indispensables pour mieux couvrir les coûts structurels, développer des effets d'échelle positifs et pérenniser l'attractivité de l'établissement à l'égard des praticiens comme des patients. L'idée d'une prime à la petite taille est également difficile à réconcilier avec l'analyse plus détaillée des cliniques déficitaires sur la base de données nationales ou régionales (cf. infra), qui montre que les cliniques déficitaires ont un chiffre d'affaires plus faible que les autres.
- [92] Sans doute le lien entre taille et rentabilité est-il plus complexe et doit-il être nuancé selon le case-mix pratiqué et la participation éventuelle de la clinique à un groupe qui apporte, à certains égards, la surface financière, les possibilités de mutualisation et les économies d'échelle recherchées (cf. infra).

1.3.2.3. Quelles sont les cliniques déficitaires ?

*** Un tiers des cliniques MCO en déficit en 2010, proportion plus élevée parmi les cliniques mono-disciplinaires**

- [93] Si un peu plus du quart de l'ensemble des cliniques sont déficitaires en 2010, cette proportion est proche du tiers dans le champ MCO et atteint même 38% pour les cliniques MCO mono-disciplinaires (spécialisées en médecine ou en chirurgie ou en obstétrique) – en dehors de l'activité de dialyse, qui présente au contraire une très forte rentabilité. La psychiatrie présente la plus faible proportion d'établissements déficitaires (moins d'un dixième).
- [94] Parmi les établissements présents dans l'échantillon de la DREES à la fois en 2009 et en 2010, un sur 6 environ est déficitaire ces deux années.
- [95] Enfin, un dixième des cliniques enregistre en 2010 un déficit supérieur à 5,8% de leur CA.

⁴⁰ Exercice appliqué aux 333 cliniques présentes dans la base Hospidiag en 2010 et pour lesquelles ces deux variables sont renseignées.

[96] Ces chiffres⁴¹ donnent la mesure de la proportion des acteurs qui sont aujourd'hui les cibles potentielles des restructurations encore à venir.

*** Essai de caractérisation des cliniques déficitaires**

[97] L'exploitation des données collectées par l'ATIH, alimentant la base Hospidiag, permet de caractériser quelque peu le profil des cliniques déficitaires - au moins dans le champ MCO - et de les comparer aux établissements publics ou ESPIC dans la même situation.

[98] Le champ pris en compte est celui des établissements présents dans Hospidiag et pour lesquels les données financières sont renseignées, soit en 2010 un ensemble de 898 établissements MCO, de tous statuts juridiques (dont 298 cliniques) et 814 établissements figurant sur les trois années 2008-2009-2010 (dont 245 cliniques).

[99] La rentabilité économique des cliniques MCO ressort de cette base à 1,4% en 2010, ce qui est un peu en-dessous du résultat de la DREES (1,6%) mais l'écart est faible et probablement imputable au nombre d'établissements plus restreints dans l'échantillon Hospidiag. A titre de comparaison, les deux autres secteurs d'hospitalisation, public et ESPIC, ressortent avec une rentabilité globale négative en 2010 : - 0,4% du chiffre d'affaires pour les hôpitaux publics (en cours d'amélioration) et -1% pour les ESPIC (avec une tendance à la dégradation depuis 2008). La problématique du déficit est, de fait, très présente dans ces deux secteurs.

[100] L'échantillon d'Hospidiag en 2010 compte 102 cliniques déficitaires sur 298, soit une proportion de 34% cohérente avec la statistique de la DREES. Cette proportion est assez stable sur les trois années considérées. La proportion d'établissements déficitaires parmi les hôpitaux publics et ESPIC est de 43% et 45% respectivement.

[101] **Le déficit des cliniques représente une proportion moyenne du chiffre d'affaires des établissements concernés plus élevée que ce que l'on observe parmi les hôpitaux publics ou ESPIC déficitaires** (5,4% contre 1,8% et 2,9% respectivement en 2010) **même s'il est en valeur plus modeste** (780.000 €⁴² contre 2,2 millions d'euros et 1,5 millions d'euros en 2010 pour les hôpitaux public et ESPIC respectivement). Cela s'explique naturellement par l'échelle des chiffres d'affaires moyens des établissements déficitaires : 123 M€ s'agissant des hôpitaux publics, 51 M€ s'agissant des ESPIC et 15 M€ s'agissant des cliniques.

[102] Il est intéressant d'observer que **les cliniques privées déficitaires ont un chiffre d'affaires moyen inférieur à celui de leur secteur alors que c'est l'inverse pour les hôpitaux publics et dans une moindre mesure pour les ESPIC**, comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau 13 : Comparaison des chiffres d'affaires moyens des établissements déficitaires et de leur secteur de référence :

Année 2010	Cliniques privées	Hôpitaux publics	Etablissements ESPIC
Chiffre d'affaires moyen des établissements MCO	17 M€	104 M€	47 M€
Chiffre d'affaires moyen des établissements MCO déficitaires	15 M€	123 M€	51 M€

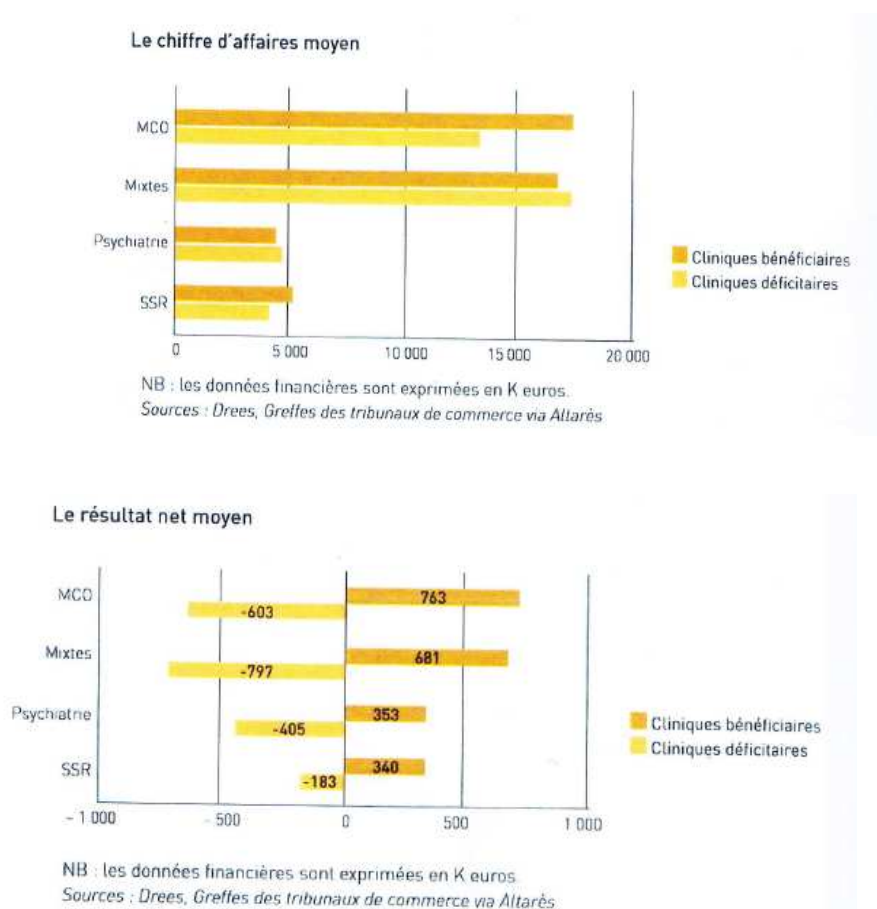
Source : Données ATIH sur l'échantillon d'établissements d'Hospidiag, champ MCO, 2010.

⁴¹ Ces chiffres sont ceux fournis par la DREES mais ceux de la FHP sont très proches : leur proportion très légèrement inférieure de cliniques déficitaires (23% en 2009, 30% dans le seul champ MCO) étant cohérente avec leur calcul d'une rentabilité légèrement plus élevée.

⁴² Ce montant est en légère diminution depuis 2008 en valeur absolue (il était de 930.000 € en 2008) et en proportion du chiffre d'affaires des cliniques concernées (diminution relative de 0,4 point).

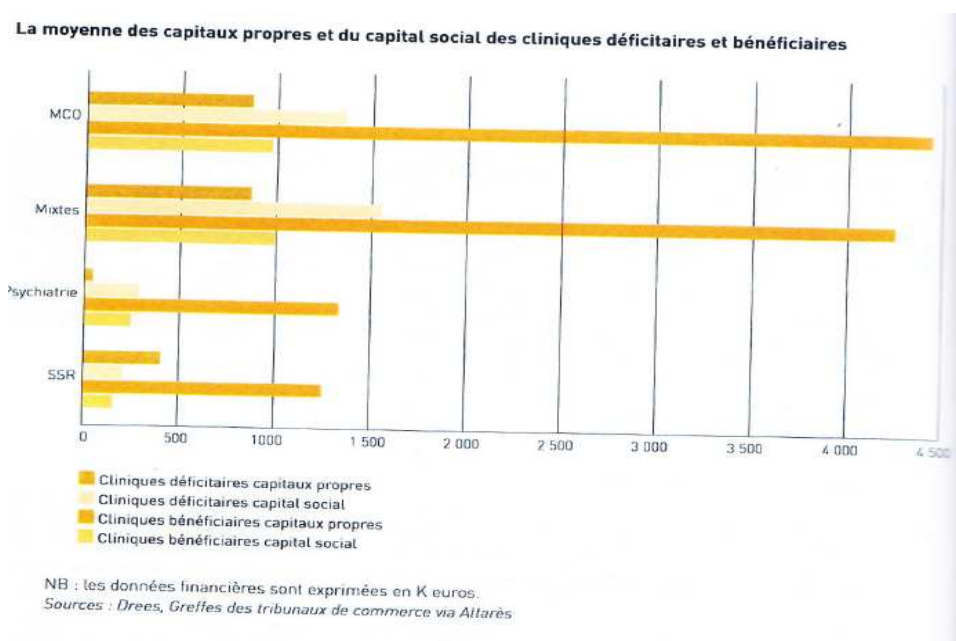
- [103] Les déséquilibres d'exploitation touchent de nombreux hôpitaux de grande et de très grande taille, pour des raisons tenant notamment aux difficultés d'adaptation des processus de soins, d'optimisation des plateaux techniques et des organisations humaines. **Les déficits touchent des cliniques de taille petite ou moyenne, dont le projet médical manque de cohérence, dont les équipes médicales n'ont pas été renouvelées, dont les structures et plateaux techniques ont été parfois surdimensionnés, et dont le positionnement sur des petits bassins de population ne permet pas d'attirer les patients ni les spécialistes nécessaires.** Dans ce contexte, la diminution d'activité est à la fois cause et conséquence du déséquilibre de l'exploitation de la clinique.
- [104] La DREES a lancé en 2012 une enquête qualitative sur les comptes des cliniques, qui portera notamment sur les cliniques en déficit récurrent ; des éclairages complémentaires devraient donc être disponibles en fin d'année sur ce sujet.
- [105] Pour l'heure, la mission a rassemblé, sur la base des travaux réalisés par quelques ARS qui collectent et exploitent les liasses fiscales des cliniques, des éléments permettant de caractériser les cliniques MCO déficitaires dans deux de ces régions (cf. annexe 7).
- [106] En dehors du champ MCO, sur lequel s'est centrée la mission de l'IGAS, la FHP fournit quelques éléments qui montrent que les cliniques de soins de suite déficitaires ont elles aussi un chiffre d'affaires plus faible que les cliniques bénéficiaires mais que ce critère semble indifférent dans les autres secteurs. Les déficits sont cependant de faible ampleur.

Graphique 10 : Chiffre d'affaires moyen et résultat net moyen des cliniques selon leur situation bénéficiaire ou déficitaire



- [107] Selon la FHP, les capitaux propres des cliniques déficitaires sont, quelle que soit leur spécialité, inférieurs à leur capital social, conséquence de difficultés économiques chroniques. Ceci confirme que l'hospitalisation privée n'a pas terminé sa reconstitution. Quant aux cliniques bénéficiaires, leur capitaux propres représentent plus de 4 fois leur capital, ce qui signifie que plusieurs années de bons résultats ont servi à renforcer la structure du haut de bilan.

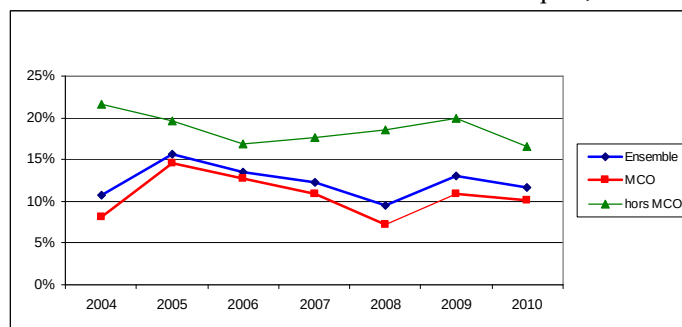
Graphique 11 : Montant moyen des capitaux propres et du capital social des cliniques selon leur situation bénéficiaire ou déficitaire



1.3.3. La rentabilité des capitaux propres investis

- [108] La rentabilité des capitaux propres investis, ou rentabilité financière, se mesure par le rapport Résultat net/Capitaux propres et permet d'apprécier la rémunération potentielle offerte aux actionnaires. Si le recours à l'endettement peut permettre d'obtenir une rentabilité des capitaux propres nettement supérieure à la rentabilité économique, il fait aussi peser un risque financier plus lourd pour la société en termes de solvabilité et en termes d'exigence de rentabilité de la part de ses actionnaires. Sur le long terme, seule une rentabilité économique suffisamment élevée peut donc permettre de créer de la valeur pour les actionnaires ; les analyses qui précèdent sont donc importantes mais doivent être complétées par une approche plus financière tenant compte des capitaux investis.
- [109] Cet indicateur n'a de sens au niveau microéconomique que pour des cliniques à capitaux propres positifs, et n'est donc calculé par la DREES que sur cette partie de son 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 points 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.

Graphique 12 : Taux de rentabilité financière des cliniques, 2004-2010



Source : Mission IGAS sur données DREES

- [110] La rentabilité des capitaux propres est donc significativement supérieure à la rentabilité du cycle d'exploitation précédemment analysée, et ce, en raison du montant modeste des capitaux propres engagés dans l'activité des cliniques et de l'augmentation de leur endettement. Le taux d'endettement des cliniques reste néanmoins maîtrisé (il s'établit en 2010 à 42% des capitaux permanents dans le champ MCO et à 50% hors MCO selon la DREES⁴³) grâce notamment aux stratégies d'externalisation de l'immobilier et à l'utilisation fréquente des techniques de « leasing » pour les équipements médicaux.
- [111] Là encore, il est difficile de juger de la pertinence du niveau de rentabilité financière constaté.
- [112] On peut le comparer à un taux de rendement sans risque – environ 3% actuellement sur les obligations de l'Etat français à 10 ans – auquel il conviendrait d'ajouter une prime de risque ; la rentabilité financière des activités MCO intègrerait selon ce raisonnement une prime de risque de 7 points.
- [113] On peut aussi rechercher des références internationales – les fonds d'investissement présents dans les groupes français de cliniques sont en effet pour la plupart actifs à l'échelle internationale. On trouve aux Etats-Unis un taux de rentabilité financière (« return on equity ») des sociétés prestataires de soins (« médical services ») de 16,9%. Cette valeur, supérieure à ce que l'on constate pour les cliniques françaises, s'inscrit cependant dans un contexte institutionnel et financier des soins de santé aux Etats-Unis très différent, comme on le sait, de ce qu'il est en France. Mais il est une autre nuance non moins importante : la même base de données américaine indique, pour le même secteur d'activité (« médical services »), un ratio de valorisation rapportée à l'EBE (« Value / EBITDA ») de 5,2 ; or la valorisation des cliniques en France au milieu des années 2000 a connu une quasi bulle spéculative qui a poussé ce ratio jusqu'à 12 et ponctuellement au-delà ; si ce coefficient est aujourd'hui redescendu vers 7 ou 8 (ou 5-6 sans l'immobilier), il demeure que la valorisation des cliniques reste élevée et pèse sur leur rentabilité financière.
- [114] De manière générale, viser une rentabilité financière de 15% était une exigence des actionnaires couramment entendue dans la seconde moitié des années 1990 et la première moitié des années 2000. Pourtant, dans les pays de l'OCDE et pour un niveau de risque moyen, la plupart des entreprises ne peuvent durablement pas atteindre ce taux, par ailleurs difficile à justifier d'un point de vue théorique. Ajoutons qu'une exigence de rendement sur fonds propres excessive peut conduire à des comportements dangereux sur le plan microéconomique (endettement excessif, déconsolidations agressives ou au contraire course à la taille) et préjudiciables sur le plan macroéconomique (information donnée par le prix des actifs brouillée, pénalisation des entreprises moyennes, frein à l'investissement).

⁴³ Le rapport 2012 de l'IGF sur la T2A indique un taux d'endettement des cliniques de 36%, comparé à un taux d'endettement pour les établissements du secteur public (ex-DG) de 54% en 2010 (d'après des données de la DGFIP, portant sur un échantillon d'établissements).

1.3.4. Illustration régionale : situation économique et financière des cliniques privées dans la région Pays de la Loire

- [115] Les 24 cliniques MCO de la région des Pays de la Loire⁴⁴ présentent globalement en 2010 une rentabilité économique de 2,9%, niveau un peu plus élevé que pour chacune des trois années précédentes. Le caractère très contrasté des situations des établissements est confirmé : ce taux varie de -10% à 19% ; 7 des 24 établissements ont une rentabilité supérieure à 3% tandis que 10 sont déficitaires.
- [116] La rentabilité économique des 6 cliniques psychiatriques de la région, qui d'un peu plus de 5% en 2008 et 2009 est descendue à 1,4% en 2010, se situe nettement en-dessous de la moyenne nationale. Il en va de même des 9 cliniques de soins de suite, qui sont globalement déficitaires en 2010 comme en 2009 (à hauteur de 6,7% du CA en 2010, et de 2,8% du CA en 2009).
- [117] Contrastant avec la relative fragilité des cycles d'exploitation, la rentabilité financière des cliniques disposant de capitaux propres positifs apparaît plus confortable, et proche des moyennes nationales. Ainsi en 2009 (dernière année disponible pour ce ratio) la rentabilité des capitaux propres des cliniques MCO s'établit globalement à 9,4% ; parmi les cliniques bénéficiaires ce taux dépasse 12%. Une seule clinique MCO présente des fonds propres négatifs.
- [118] La rentabilité financière des cliniques psychiatriques atteint 25% en 2009 et celle des cliniques de soins de suite près de 8% (en dehors des deux établissements dont les fonds propres sont devenus négatifs).
- [119] Les graphiques figurant en annexe 9 montrent, dans ce contexte régional, l'évolution sur trois ans des principaux ratios de rentabilité des cliniques ainsi que leur variabilité entre établissements.

1.4. Un contexte économique exigeant

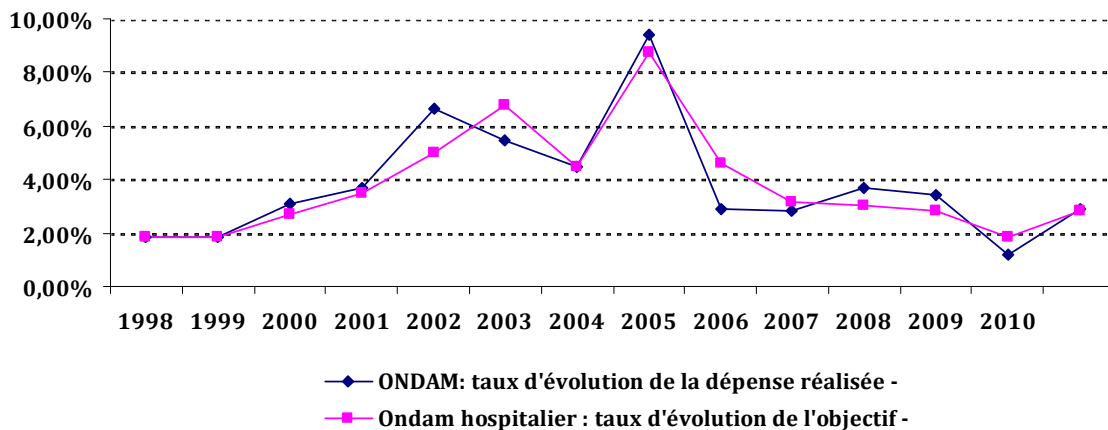
- [120] Le contexte dans lequel s'inscrivent les cliniques privées aujourd'hui est donc devenu plus contraignant. Leur « marché », commun à celui des établissements de santé publics ou ESPIC, connaît une croissance en valeur ralentie et est simultanément devenu plus concurrentiel, cependant que les évolutions tarifaires exigent des gains d'efficience récurrents.

1.4.1. La progression ralentie de l'ONDAM relatif aux établissements de santé

- [121] Les deux graphiques suivants illustrent la progression ralentie de l'ONDAM hospitalier depuis l'année 2006. Celle-ci s'inscrit dans le ralentissement global de l'ONDAM. La contribution de la sous-enveloppe hospitalière à la croissance de l'ONDAM global est elle-même passée de 33% en 2007 et 45% en 2008 à 23% en 2010.

⁴⁴ Analyse de la mission IGAS sur les données de l'ARS Pays de la Loire issues de l'exploitation des liasses fiscales des cliniques.

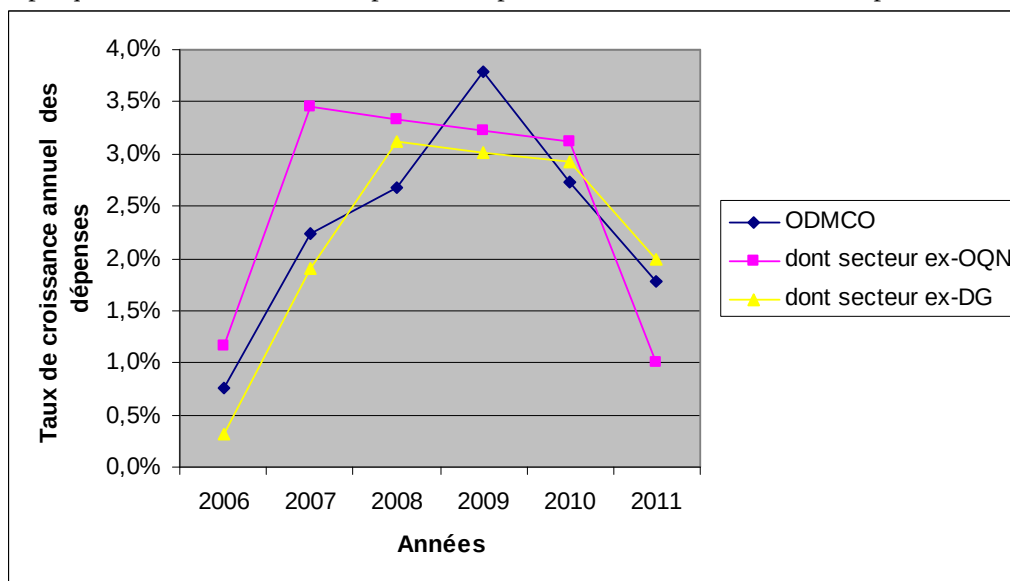
Graphique 13 : Evolution de l'ONDAM hospitalier



Source : IRDES, Ecosanté

[122] Les établissements de santé dans le champ MCO relèvent du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité⁴⁵, dont l'évolution figure ci-dessous.

Graphique 14 : Evolution des dépenses hospitalières réalisées dans le champ MCO



Source : Mission IGAS sur données DGOS

⁴⁵ Sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité (OD MCO) pour 2011 : 45,6 Md€ dont 10,1 Md€ pour le secteur privé ex-OQN (soit 22%) et 35,5 Md€ pour le secteur public ex-DG (78%).

- [123] Les établissements de santé dans le champ MCO font, *de facto*, l'objet d'une régulation prix-volume : dans le cadre d'une enveloppe définie de manière exogène, les évolutions passées et projetées des volumes influent sur les tarifs⁴⁶. Les cliniques privées, qui de 1991 à 2005, ont fait l'objet d'une enveloppe propre (l'Objectif Quantifié National – OQN) dont le degré de fermeture était modéré, ont vu le périmètre de cette régulation élargi par le passage à la T2A et la définition d'une même enveloppe pour l'ensemble des établissements de santé quel que soit leur statut. Le secteur ex-OQN pouvait espérer de ce changement de périmètre que le dépassement répété de son OQN serait ainsi dissout dans la masse du nouvel objectif de dépenses ... Ce qui s'est réalisé durant les premières années, avant que la situation ne s'inverse et que le secteur public ne regagne des parts de marché, à partir de 2008.
- [124] Dans cette enveloppe désormais commune, tout gain de parts de marché par les hôpitaux publics ou privés à but non lucratif, toute montée en gamme ou toute perte d'efficacité de la part de ces établissements se traduisent par une moindre part de ressources disponibles pour les cliniques privées. De même, toute distorsion des règles du jeu au profit d'un groupe d'établissements est susceptible de réduire les ressources disponibles pour les autres, c'est-à-dire non seulement le volume d'activité et le chiffre d'affaires réalisables au même moment mais aussi les éventuelles revalorisations tarifaires futures.
- [125] La référence à l'enveloppe hospitalière est certes atténuée, dans le cas des cliniques privées, par le fait que leurs praticiens libéraux reçoivent une rémunération directe sous forme d'honoraires dont la part payée par l'assurance maladie figure dans un autre sous-objectif de l'ONDAM (celui relatif aux soins de ville). Néanmoins, les facteurs précédemment évoqués contribuent à intensifier la concurrence entre établissements de santé.

1.4.2. L'intensification de la concurrence entre établissements de santé

- [126] La concurrence s'est intensifiée entre cliniques et hôpitaux publics mais aussi entre cliniques au cours des dernières années, en particulier sur certaines disciplines comme la cardiologie interventionnelle, l'ophtalmologie, l'urologie ou la radiothérapie. Il s'agit d'une concurrence pour l'accès aux ressources tant monétaires que non monétaires : elle porte sur l'obtention des autorisations administratives d'activités et sur l'orientation des patients, ainsi que sur le recrutement des médecins (« apporteurs d'activité ») et sur la conclusion de partenariats visant à partager et élargir l'accès à des équipements techniques coûteux.
- [127] Il existe à cet égard des pratiques clés, tel le développement à marche forcée de la chirurgie ambulatoire car « aujourd'hui celui qui développe sa chirurgie ambulatoire développe sa chirurgie tout court » (un dirigeant de clinique). D'où l'inquiétude de tel CHU qui, suite à l'offensive des cliniques privées environnantes, vient de réécrire son projet médical pour « mettre le paquet sur la chirurgie ambulatoire », en recrutant notamment un ophtalmologue pédiatrique.
- [128] De même, les établissements cherchent à atteindre la taille critique en termes d'équipe médicale. Ainsi « quand une clinique concentre 5 chirurgiens dans une même sous-spécialité (chirurgie de la rétine, ou chirurgie de la main, par exemple), elle a la masse critique pour être centre de référence, avec un site d'urgences » (le directeur de l'offre de soins d'une ARS).
- [129] Etre désigné comme site d'accueil des urgences est d'ailleurs, dans ce contexte, ambigu : à la fois source de désorganisation de l'activité (activité non programmée) et de surcoûts généraux (lits de médecine en aval) mais aussi apport d'activité, y compris pour des interventions ultérieures programmées.

⁴⁶ Concrètement, le niveau de progression de l'ONDAM global dont se déduit l'ONDAM hospitalier a été arbitré en 2009 pour les trois années suivantes à respectivement 3%, 2,9% et 2,8%. Cet arbitrage n'a pas été remis en cause à la suite de la hausse de volumes constatée à l'hôpital depuis lors : les tarifs sont de fait la variable d'ajustement.

- [130] Une approche positive consiste à y voir une émulation qui serait bénéfique pour le patient en termes de qualité d'accueil et de soins. Cette dynamique est incontestablement à l'œuvre aujourd'hui. Mais il existe aussi des pratiques plus agressives sous forme de débauchage de praticiens (cas de plusieurs praticiens hospitaliers de CHU au cours de l'année dernière, en ophtalmologie, orthopédie ou rythmologie par exemple), face auxquelles le régulateur comme le secteur hospitalier public sont peu intervenus. En outre, l'arrivée de plusieurs groupes de cliniques sur un même bassin de population, en situation de rivalité très vive entre eux comme avec le CHU, peut radicaliser les positions des acteurs et sensiblement compliquer la restructuration de l'offre de soins, comme c'est le cas à Brest.

1.4.3. Des évolutions tarifaires exigeant des gains d'efficacité récurrents mais offrant peu de visibilité à moyen terme

- [131] La progression des tarifs des séjours dans le cadre de la T2A pour le champ MCO est quasi-nulle depuis 2008 (+0,19% par exemple en 2012 en moyenne), et contraste avec des hausses moyennes de tarifs pour les cliniques comprises entre 3% et 4,2% par an entre 2001 et 2004 (autorisant des progressions plus fortes encore en médecine et obstétrique qu'elles ne l'étaient en chirurgie).

Tableau 14 : Taux d'évolution moyen annuel des tarifs des prestations de soins entre 2000 et 2011 dans les établissements privés

Évolution nationale des tarifs des prestations depuis 2000 (établissements privés)

En %	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chirurgie	1,25	2,96	3,93	3,06	3,84	1,56	– 1,11	1,26	0,80	0,47	0,00	– 0,05
Médecine	1,25	5,78	3,93	3,06	5,56	1,56	– 1,11	1,26	0,80	0,47	0,00	– 0,05
Obstétrique	1,25	8,08	3,93	3,06	4,87	1,56	– 1,11	1,26	0,80	0,47	0,00	– 0,05
Psychiatrie	1,25	2,32	3,93	2,66	3,56	1,11	2,46	2,45	1,71	1,50	0,50	+ 0,90
Soins de suite	1,25	3,64	3,93	2,71	4,72	1,94	2,22	2,22	1,00	1,50	0,50	+ 0,5
Réadaptation	1,25	3,05	3,93	2,71	3,87	1,47	1,87	1,89	1,00	1,50	0,50	+ 0,5

Source : Journal Officiel et documents tarifaires FHP

- [132] Ces évolutions tarifaires sont de surcroît peu lisibles et difficiles à anticiper en raison d'une part, de la multiplicité des règles qui se combinent pour déterminer l'évolution de chaque tarif de soins et, d'autre part, de l'absence de programmation à moyen terme des progressions ou diminutions tarifaires. « Plus de cinq ans après sa mise en œuvre, la logique de la T2A n'est pas totalement assumée »⁴⁷. Les signaux économiques en ressortent faussés ; les déficits ou excédents constatés au niveau des établissements peuvent être majorés ou minorés par des distorsions tarifaires ; les décisions tarifaires sont parfois mal comprises. De fait, la disparition depuis 2011 des tarifs dit « repères », publiés jusqu'en 2010 sur le site de l'ATIH et qui étaient censés indiquer une cible à moyen terme, contribue à amoindrir la lisibilité des évolutions dans ce domaine. L'opacité du processus d'élaboration tarifaire, combinée au caractère jugé arbitraire des redécoupages entre tarifs et MIGAC, et à la forte contrainte financière globale, alimentent une suspicion générale sur l'équité du processus d'allocation des ressources.
- [133] S'y ajoutent des incertitudes sur les recettes annexes, en lien notamment avec le déclin du mode d'hospitalisation complète – donc des possibilités de facturation de chambres individuelles (cf. infra 3.3.2).

⁴⁷ Cf. *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Rapport de l'IGAS, op. cit.

- [134] Les charges, de leur côté, tendent à progresser mécaniquement un peu plus vite que les tarifs des séjours, sous l'effet de plusieurs facteurs, d'ailleurs communs à tous les établissements de santé : poids des normes réglementaires de fonctionnement, effet de la réforme LMD et de l'évolution des structures de qualification, modification des combinaisons productives liée notamment au poids croissant des activités de plateau technique (imagerie, explorations fonctionnelles, anesthésie, analyses biomédicales), ce dernier phénomène étant plus marqué encore pour les cliniques⁴⁸.
- [135] Ces divers facteurs obligent à réaliser des gains de productivité répétés, lesquels ont permis au secteur des cliniques de stabiliser les charges de personnels en proportion de leur chiffre d'affaires global au cours des trois années 2007 à 2009 observées par le rapport Eurostaf⁴⁹ (41,5% en MCO, un peu plus de 50% en psychiatrie et en SSR, 43% en moyenne pour l'ensemble du secteur).
- [136] Les cliniques connaissent également d'autres facteurs d'inflation de leurs coûts qui leur sont propres et découlent largement de leurs stratégies et organisations, tels que l'augmentation du poids des loyers consécutive aux nombreuses cessions de leurs murs (cf. 2.2.2) et à l'utilisation de modes d'indexation coûteux. L'efficacité des prestations de services support au sein des groupes et l'évolution des redevances prélevées à ce titre constituent un autre paramètre pouvant influencer dans un sens ou dans l'autre sur la dynamique des coûts de ce secteur. Il faut enfin noter que la place importante de l'activité ambulatoire dans l'activité des cliniques contribue à élever leur ratio de personnel soignant en raison de l'intensité de cette forme de prise en charge en termes de ressources humaines⁵⁰.
- [137] L'analyse des coûts moyens 2010 des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, que vient de rendre publique l'ATIH⁵¹, fait apparaître une augmentation de 1,2% du coût moyen de ces séjours dans le secteur ex-OQN entre 2009 et 2010. Près d'un quart des séjours enregistrent une progression de leur coût moyen comprise entre 5% et 10%. Une part de cette hausse est due au coût des médicaments et dispositifs médicaux implantables facturables en sus.

2. DES STRUCTURES FINANCIERES PROFONDEMENT RENOUVELEES

- [138] La structure capitalistique des cliniques privées connaît une mutation de sa forme historique constituée par un actionnariat médical à un actionnariat financier de plus en plus présent. Cette mutation accompagne un mouvement de consolidation des établissements qui s'est accéléré dans les années 2000 qui se traduit également par l'intervention croissante de sociétés foncières dans la propriété des actifs immobiliers des cliniques.

⁴⁸ E. Kranklader, « Evolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts », DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, n°24, 2012.

⁴⁹ *L'avenir des cliniques privées – Quelle évolution des modèles économiques à l'horizon 2015 ?*. Eurostaf 2011 (pôle d'expertise sectorielle et d'études du Groupe Les Echos)

⁵⁰ E. Kranklader, op. cit. Si, pour des spécialités identiques et un taux d'activité ambulatoire identiques, les cliniques présentent des ratios de personnels soignants un peu inférieurs à ceux des hôpitaux publics, l'écart réel se réduit fortement du fait de la structure d'activité effective de ces établissements et des effets de l'hospitalisation partielle.

⁵¹ Analyse réalisée à partir des données de l'échelle nationale des coûts relative à l'activité 2010 selon la classification V11d des Groupes Homogènes de Malades. Elle repose sur un échantillon d'établissements qui regroupent 14% des séjours hospitaliers.

2.1. *L'accélération de la consolidation financière des cliniques, parallèlement à leur forte valorisation et à l'intervention croissante de fonds d'investissement*

[139] Un mouvement profond de consolidation financière du secteur de l'hospitalisation privée a été engagé dans la décennie 90 et s'est accéléré aux cours des années 2000, soutenu par l'intervention des fonds d'investissement dans le capital des groupes et des sociétés foncières qui ont financé en grande partie ces opérations d'acquisition et de restructuration. Les groupes nationaux et régionaux ont donc sensiblement grossi au cours des dernières années et leur place dans les capacités et l'activité de l'hospitalisation privée s'est accrue. Aujourd'hui, après une brève pause, ce mouvement de concentration est probablement appelé à se poursuivre, même s'il existe quelques facteurs d'incertitude. Nombre d'investisseurs arrivent notamment à la fin d'un cycle et cherchent à céder leurs participations ; cela pose la question de leurs conditions de sortie et des modalités de renouvellement de l'actionnariat des groupes.

2.1.1. L'émergence et le développement accéléré des groupes

2.1.1.1. Des justifications d'ordre micro-économique

[140] La notion de groupe renvoie à une organisation juridique formelle (ensemble de structures liées juridiquement par une holding ou des prises de participation). Elle a été précédée d'initiatives prenant la forme d'ententes informelles reposant sur des liaisons personnelles et marginalement sur des prises de participation croisées. Il s'agissait alors de mécanismes informels et difficiles à suivre, qui s'inséraient dans le contexte d'un actionnariat individuel volatile, naviguant au gré des « bons coups à faire » ; des formes précoces de réseaux en quelque sorte.

[141] Le groupe représente donc une forme intermédiaire entre la fusion et l'indépendance des sociétés constituées. En comparaison d'un réseau plus ou moins formel de cliniques, il permet une certaine internalisation des coûts de coordination et de transaction dans un cadre toutefois plus hybride que celui d'une firme classique du fait du statut libéral des médecins, qui sont non des salariés de la clinique (à quelques exceptions près) mais des professionnels libéraux en contrat d'exercice, exclusif ou non, à temps complet ou à temps partiel.

[142] Coexistent ainsi l'idée de l'établissement de santé comme assemblage d'ateliers et celle du groupe comme assemblage d'établissements, multipliant les possibilités de combinaison entre eux (d'où le fort développement actuel des filières de soins au sein des groupes - cf. infra).

[143] Si l'émergence des groupes remonte au milieu des années 80, cette forme de structuration des cliniques s'est fortement développée dans les années 90 et plus encore dans les années 2000. Plusieurs causes ont poussé à ce mouvement :

- une cause économique : poids des normes impliquant des investissements et supposant une taille critique tant en termes d'activité que d'équipe médicale ; vente de cliniques structurellement déficitaires ou ne parvenant pas à assurer leur pérennité, faute de capacité d'investissement nécessaire, faute de renouvellement de leurs équipes médicales, faute d'adossement à une offre de soins plus large ;
- une cause liée à la démographie médicale : vente des cliniques pour départ en retraite des médecins propriétaires ;
- une cause financière, conjuguée à la précédente : modification radicale dans la valorisation des cliniques au cours des années 2000 sous l'effet de la mobilisation de liquidités très importantes issues des fonds d'investissement et de la cession des murs ; d'où l'opportunité perçue par les médecins actionnaires de céder leurs parts dans un contexte précisément marqué jusqu'alors par une sous-valorisation de leur exploitation (effet de « révélation » – mais simultanément probablement de distorsion – du prix de ces actifs) ;

- une cause culturelle / sociologique : perte d'appétence des médecins pour la gestion de la clinique, parallèlement à la professionnalisation de cette fonction selon un modèle managérial proche de l'entreprise voire de l'entreprise industrielle (nombre de cadres dirigeants des cliniques proviennent de secteurs autres que la santé : industrie automobile, gestion aéroportuaire, industrie chimique, climatisation). Par ailleurs, les groupes nationaux les plus anciens ont essayé au gré de la création de nouveaux groupes par d'anciens cadres dirigeants.

[144] Dans ce contexte, l'émergence des groupes de cliniques peut être rattachée à ce que la théorie économique qualifie d'acquisitions à caractère stratégique et créatrices de valeur. Ces acquisitions reposent sur **une logique de croissance externe jouant sur des stratégies de concentration** (économies d'échelle et synergies), **d'intégration** (maîtrise de la filière verticale) **ou de diversification** (élargissement de la gamme ou diversification de l'offre de soins). Il peut aussi s'agir d'acquérir des compétences particulières issues de savoir-faire ou de métiers rares, et d'étoffer ainsi une équipe médicale afin de renforcer la position concurrentielle d'un établissement de référence.

[145] Comme le souligne David Piovesan dans sa thèse de doctorat de sciences de gestion consacrée aux restructurations des cliniques privées⁵², la structuration capitaliste du secteur des cliniques au sein de groupes et la croissance externe de ceux-ci s'expliquent par l'arrivée à maturité du secteur de la santé, dont le développement est, de fait, « contingenté » et qui est soumis de surcroît à des barrières à l'entrée tenant notamment au caractère contraignant de la législation.

[146] Quant à l'arbitrage entre filialisation et fusion, il tient à la fois au cadre réglementaire applicable – ce sont les établissements qui sont détenteurs des autorisations de délivrer certains types de soins –, à des considérations d'image et de management – souci de maintenir une autonomie relative et une identité de l'entité rachetée, travail d'harmonisation préalable à réaliser entre les différentes structures notamment en termes de politique de rémunération (intéressement chez l'une et pas chez l'autre, primes spécifiques, 13ème mois...) et plus généralement de gestion des ressources humaines –, enfin au pilotage des restructurations jugées nécessaires – conserver un compte de résultat spécifique à la structure rachetée pour pouvoir en suivre le redressement.

2.1.1.2. Un mouvement irréversible

[147] Le secteur de l'hospitalisation privée est traversé depuis deux décennies par un mouvement de concentration et de repositionnement qui, au-delà des pauses ponctuelles, s'est poursuivi durablement et même amplifié au cours des dernières années. Ce mouvement fait à la fois diminuer le nombre de ces établissements, grossir la taille moyenne de ceux-ci et augmenter la part des groupes dans l'ensemble.

[148] A l'exception de quelques cas – groupe Alphamed (future Hexagone Hospitalisation) créé dès 1970 par le docteur Attia, ou le groupe Bordeaux Nord Aquitaine créé en 1971 – la constitution des groupes, ou « chaînes de cliniques » comme on disait alors, s'est en effet développée à partir du milieu des années 80, avec par exemple pour la seule année 1987 la création de la Générale de santé et de Clininvest, puis celle du groupe régional OC Santé en 1989 et de Médi-Partenaires en 1991.

[149] Selon la thèse défendue par David Piovesan, la constitution de groupes résulterait aussi d'une évolution normale qui ferait passer la clinique à travers plusieurs « idéaux-types » caractérisés en fonction de la propriété de l'exploitation, des rapports existant entre celle-ci et la propriété de l'immobilier, et du montage juridique de la clinique : « clinique villa », « clinique éponyme », « clinique anonyme » - cf. tableau ci-après. Dans ce schéma, la clinique de groupe (« clinique anonyme ») formerait une étape logique et probable dans le « cycle de vie » de ces établissements ; elle se caractérise par la disparition de l'actionnariat médical (ou du moins sa réduction à la portion congrue) et l'ouverture de son capital à des investisseurs extérieurs, généralement financiers, au niveau de la société d'exploitation et/ou de la société portant l'immobilier.

⁵² David Piovesan, op. cit.

Tableau 15 : Une typologie des configurations capitalistiques des cliniques

	Clinique Villa	Clinique éponyme			Clinique anonyme (clinique de groupe)
		Le fondateur et ses « disciples »	Les héritiers	Les « affranchis »	
Propriété de l'exploitation	Fondateur	Le fondateur + quelques disciples	Les héritiers (spirituels) du fondateur	Structure du capital diversifiée : actionnariat médical + investisseurs non médicaux	Actionnariat de groupe (médical et financier) régional, national ou international
Liens entre la propriété de l'exploitation et celle de l'immobilier	Confusion	Le fondateur + quelques disciples	L'immobilier est détenu par la succession familiale du fondateur ou à défaut par ses héritiers spirituels	Pas de recoupement entre propriété de l'exploitation et celle de l'immobilier	Externalisation de l'immobilier sur des investisseurs institutionnels spécifiques (non médicaux).
Montage juridique	Simple : la clinique constitue le prolongement du cabinet individuel	Simple : une société d'exploitation et une société civile immobilière	Plus complexe	Plus complexe avec intrication de multiples sociétés	Très complexe car reposant sur des holdings et des établissements en cascade.

Source : David Piovesan, « Les restructurations des cliniques privée : adaptations, évolution ou métamorphose ? », Thèse de doctorat en sciences de gestion, université Jean moulin - Lyon3, décembre 2003

- [150] Fin 2010, **demeurent indépendants environ 42% des 1051 établissements de santé à but lucratif, soit quelque 440 établissements, offrant 32% des capacités d'accueil** du secteur ; cette proportion était de 77% il y a un peu moins de 10 ans. Dans le même temps, le nombre total de cliniques privées a diminué de 9%, passant de 1150 à 1050 aujourd'hui. L'augmentation de la part des groupes sur la période est donc aussi nette que rapide.
- [151] **Les groupes de cliniques regroupent un peu plus de 600 établissements de santé, c'est-à-dire 58% des entités juridiques mais 68% des capacités du secteur**, en raison de la taille moyenne plus importante de ces cliniques⁵³. On dénombre une quarantaine de groupes de cliniques, d'envergure nationale, régionale ou locale, dont une douzaine de taille relativement importante (affiliant au moins 10 établissements). S'y ajoutent 8 groupes centrés sur la prise en charge de la dépendance, donc majoritairement positionnés sur le champ médico-social mais exploitant également des établissements de santé, essentiellement en matière de soins de suite et de psychiatrie.
- [152] La vitesse de transformation du secteur est attestée par la **rapidité** avec laquelle ont grossi – et grossissent encore – certains de ces groupes.
- [153] Ainsi, le chiffre d'affaires du groupe Vedici, créé en 2000, a quadruplé entre 2005 et 2008, passant de 65 M€ à 271 M€ sur la période ; il a poursuivi sa croissance (par élargissement du périmètre essentiellement) pour atteindre 350 M€ en 2010 et près de 500 M€ à la fin de l'année 2011, parallèlement à l'entrée de deux fonds d'investissement dans son capital. Ce groupe figurait parmi les groupes de dimension régionale ou locale dans l'étude Eurostaf de 2009 ; il figure parmi les « challengers » à vocation nationale dans la même étude publiée en 2011.
- [154] Le groupe Vitalia a acquis 46 cliniques en 18 mois - ce qui représente quelques 180 sociétés si l'on compte l'ensemble des sociétés affiliées, gestionnaires de l'immobilier ou de certains équipements techniques. Son résultat brut d'exploitation a doublé entre 2008 et 2011.
- [155] Le groupe régional C2S a également doublé sa valeur en 2011 avec le rachat de la clinique du Parc à Lyon, son capital étant alors doublé parallèlement à l'entrée du fonds Bridgepoint.
- [156] Le groupe Medi-Partenaires, fondé en 1991 par une équipe composée d'un professionnel de la finance, d'un professionnel de santé et d'un gestionnaire, a vu son chiffre d'affaires augmenter de 118% entre 2000 et 2003 puis quasiment tripler entre 2004 et 2010, cependant que sa capacité d'accueil doublait dans la deuxième moitié de la décennie, au rythme d'environ 2 acquisitions par an.
- [157] Le groupe Vivalto Santé, créé en 2009 par le fondateur de la Générale de Santé, à partir de la reprise du petit groupe breton CPA, a pour particularité d'associer à son capital des médecins (pour 40% du capital) et un ensemble de fonds d'investissements (Crédit Agricole Private Equity, BNP-Paribas Développement, ING Parcom, Crédit Mutuel Arkéa) à hauteur de 60% du capital. Sa politique de croissance externe affirmée se déploie pour l'heure dans le Grand Ouest où le groupe a racheté fin 2011 la polyclinique de Dinan, début 2012 la clinique ophtalmologique Sourdille à Nantes et en juin 2012 la petite polyclinique de Pontivy (en redressement judiciaire). Le groupe a ainsi doublé de taille au cours des deux dernières années et assure désormais 30% de l'ensemble de l'activité chirurgicale publique et privée en Bretagne. « Le modèle d'avenir de la restructuration de l'hospitalisation privée en France est poly-régional avec une mise en commun des fonctions support », Daniel Caille, Président de Vivalto Santé⁵⁴.
- [158] Le tableau suivant montre bien la progression de la place des groupes d'envergure nationale ou multirégionale dans l'ensemble des cliniques.

⁵³ Eurostaf 2011, op. cit.

⁵⁴ Eurostaf 2011, op. cit.

Tableau 16 : Evolution 2003-2011 de la place des groupes dans l'ensemble des cliniques privées

**Évolution des parts de marché (en nombre d'établissements)
des groupes de cliniques privées**

Typologies des établissements	2003	PDM 2003 (1)	2011	PDM 2011 (1)	Variation 2003/2011 en points
Le leader	Générale de Santé	9,2 %	Générale de Santé	10,5 %	+ 1,3
Les challengers	Capio	4,0 %	Capio	11,7 %	+ 7,7
	Hexagone Hospitalisation Médi Partenaires		Vitalia Médi Partenaires Vedici		
Les spécialistes de la dépendance permanente	Medidep	6,6 %	Korian	17,0 %	+ 10,4
	Clinéa (groupe Orpéa) Médica France		Clinéa (Orpéa) Médica France DVD Le Noble Age Santé et Retraite Clinalliance (Repotel) Groupe IGH		
Les outsiders, les micro-groupes et les indépendants	Petits groupes hospitaliers privés de dimension locale ou régionale et cliniques indépendantes	80,2 %	Petits groupes hospitaliers privés de dimension locale ou régionale et cliniques indépendantes	60,9 %	- 19,3

(1) Parts de marché en nombre d'établissements. Estimations Eurostaf.

Source : Eurostaf

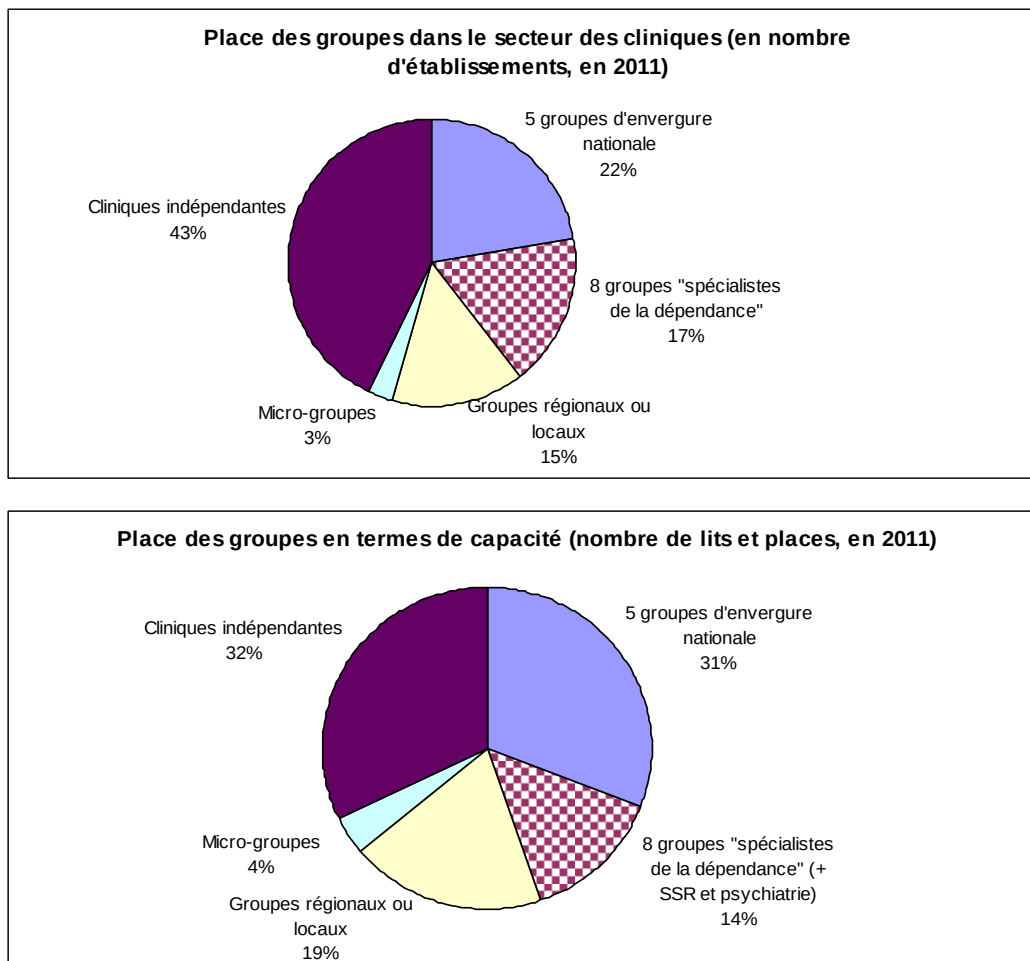
[159] Notons que l'administration au niveau national ne dispose que d'une vision approximative de ces mouvements ; on peut regretter notamment que l'Observatoire national des recompositions hospitalières créé en 1998 (rattaché à la DGOS) ait cessé de fonctionner.

2.1.1.3. Un paysage en pleine recomposition et sans unité organisationnelle

[160] Derrière cette notion de groupe de cliniques se cache en réalité une grande diversité en termes de taille de réseau et de chiffre d'affaires, d'implantation, d'offre de soins et d'actionnariat, comme le résume la typologie ci-après (cf. Tableau 17 :).

- [161] En dehors du cas particulier des groupes centrés sur la prise en charge de la dépendance⁵⁵, il convient notamment de distinguer entre groupes nationaux et régionaux voire locaux – ces derniers pouvant être l’amorce de groupes d’ambition nationale.

Graphique 15 : Structure du secteur des cliniques privées : la place des groupes



Source : estimations Eurostaf d'après données des groupes ; in *L'avenir des cliniques privées – Quelle évolution des modèles économiques à l'horizon 2015 ?*, Eurostaf - Les Echos, 2011

- [162] Les **groupes à vocation nationale** rassemblent environ 22% des cliniques privées et 31% des lits et places du secteur⁵⁶ :

⁵⁵ On dénombre 8 groupes de cliniques d'envergure nationale spécialisés dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées – laquelle relève du champ médico-social – qui exploitent simultanément des établissements de santé, principalement en SSR et psychiatrie. Si l'heure en MCO est encore à la réduction du nombre de lits, le secteur des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes présente en revanche une croissance d'autant plus forte que les acteurs historiques (maisons de retraite publiques et associatives) n'y répondent qu'insuffisamment. C'est cette voie que suivent des groupes tels que Clinéa-Orpéa, Korian, Médica et DomusVi-Dolcéa (nouveau groupe) qui rassemblent à eux quatre plus de 150 établissements de santé privés commerciaux (outre leurs EHPAD) et enregistrent de fortes croissances externes et internes.

⁵⁶ Source : Eurostaf, 2011

La Générale de Santé, **leader** avec 110 cliniques et un chiffre d'affaires d'environ 2 Md€, concentre à elle seule 15% des activités MCO de l'hospitalisation privée. Après une période de croissance externe internationale (implantation en Italie, rachat du groupe Chiche en 2005 et, début 2006, de la plupart des établissements du groupe Hexagone Hospitalisation, alors deuxième opérateur français de l'hospitalisation privée), ce groupe est entré dans une phase de recentrage marquée par la cession en 2008 de la moitié de ses cliniques italiennes, la cession en 2009 de ses activités médico-techniques, et, en 2010, la réduction en même temps que la réorganisation des effectifs du siège. Les acquisitions d'établissements répondent désormais, sauf exception, à un objectif de productivité plutôt que d'augmentation de capacité. Fréquemment sollicité pour le rachat de cliniques individuelles, le groupe n'entre pas dans une politique de rachat systématique et s'en tient selon son directeur général à trois critères, pour ces opérations : « culture de valeur », « cohérence stratégique » et « sens financier »⁵⁷.

• **Quatre autres groupes ayant une implantation multi-régionale** et présents sur l'ensemble des disciplines MCO, SSR, psychiatrie, y compris en HAD, sont généralement présentés comme « challengers » du précédent : Médi-Partenaires (le plus ancien de cet ensemble de groupes puisqu'il a été créé en 1990), Vedicci (fondé en 2000), Capio France (filiale du groupe suédois Capio créé en 1994 et entré sur le marché français en 2002) ainsi que Vitalia fondé plus récemment, en 2006. Ces groupes sont de taille différente mais ont en commun une stratégie nationale et une croissance rapide, rendue possible par l'adossement à d'importants fonds d'investissement. Après une « course » à la croissance externe, notamment pour les plus récents d'entre eux, le souci de maîtriser le devenir du réseau et sa rentabilité ; les objectifs quantitatifs laissent ainsi place à une réflexion en termes de pertinence territoriale des investissements et de réseaux régionaux de santé (deux à cinq établissements dans un même bassin de population organisant une filière complète de prise en charge et concrétisant véritablement les économies d'échelle et mutualisations espérées).

[163] Le profil type d'une clinique affiliée à un groupe multi-régional est résumé dans l'encadré ci-dessous.

Fiche d'identité de la clinique de groupe :

Taille d'établissement : « entre 100 lits et 200 lits » ; près de dix ans après cette observation, la taille moyenne des cliniques de groupe avoisine 160 lits en MCO auxquels s'ajoutent plusieurs dizaines de places en hospitalisation de jour, les cliniques de référence des groupes dépassant 300 lits en MCO.

Statut du médecin : non plus actionnaire ni entrepreneur mais praticien avec un rapprochement tendanciel par rapport au statut de salarié de l'établissement.

Contre-pouvoirs : pouvoir essentiel des médecins en tant « qu'apporteurs d'activité » ; organisation collective des médecins plus ou moins formalisée pour résister au pouvoir managérial du groupe ou utiliser la capacité d'investissement de celui-ci.

Stratégie de développement : croissance externe, restructuration et modernisation des établissements rachetés, redéfinition des projets médicaux.

Management : équipe de direction du siège (généralement légère), fonctions support mutualisées (souvent dans un GIE), directions régionales éventuelles, directions d'établissements dotées d'un degré d'autonomie souvent assez important. Différenciation des fonctions marquée, avec la normalisation des fonctions hors soins (normalisation de la politique salariale, de l'organisation des temps de travail, des recrutements des cadres des établissements ; normalisation des circuits de facturation et des procédures comptables et budgétaires ; centralisation des achats).

Modèle organisationnel : structure pyramidale plus ou moins décentralisée ; « les cliniques du

⁵⁷ Source : Pascal Roché, directeur général, Dossier HOSPIMEDIA du 16 mars 2012, « Cliniques à vendre ».

groupe restent fondamentalement des PME ». Système de contrôle progressivement renforcé, fondé sur le contrôle de gestion et le pilotage budgétaire.

Offre de soins : choix de gamme relativement indépendant des segments initialement occupés mais fonction plutôt de la position concurrentielle de la clinique et d'une recherche de « pertinence territoriale » ; stratégie d'hyper-spécialisation possible ; à l'autre extrême existence de stratégies de mimétisme de l'hôpital public en termes d'étendue du case-mix et de participation aux missions de service public.

Source : Analyse réalisée à partir de David Piovesan, op. cit. (page 309) avec une mise à jour par la mission IGAS sur la base de ses entretiens et investigations.

- [164] Les **groupes régionaux ou locaux** offrent une gamme de soins large sur un périmètre géographique limité, régional ou infrarégional, centré sur une métropole ou le chef-lieu de la région. Leur activité se situe majoritairement dans le champ MCO, mais couvre aussi les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie, voire dans certains cas l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Ces groupes comprennent entre 5 et 15 établissements de santé, pour un chiffre d'affaires proche de 150 M€ pour les plus importants (par exemple, OC Santé dans l'Hérault, Médipôle Sud Santé dans les Pyrénées Orientales, Courlancy dans l'Aisne et la Marne, Hôpital Privé Métropole autour de l'agglomération lilloise, la Compagnie Stéphanoise de Santé (C2S) en Rhône-Alpes ou encore le groupe Bordeaux Nord Aquitaine autour de Bordeaux). A une échelle plus locale, le groupe peut n'être constitué que de 3 ou 4 cliniques totalisant un chiffre d'affaires de quelques dizaines de millions d'euros.
- [165] Les **opérations de croissance externe** menées tout au long des années 2000 apparaissent elles-mêmes **différenciées et évolutives en termes de cibles ou de choix organisationnels** (cf annexe 12).
- [166] Les rachats du groupe Médi-Partenaires visaient d'abord, dans les années 90, des cliniques de proximité, généralistes, de taille moyenne, situées dans des villes moyennes ; depuis la fin des années 90, le groupe privilégie l'acquisition de cliniques plus spécialisées et de plus grande taille (deux critères corrélés positivement à la rentabilité) et localisées dans de grandes villes. L'aptitude à consentir des investissements de modernisation importants demeure, en toute hypothèse, un argument mis en avant pour convaincre les actionnaires des cliniques à vendre ou susceptibles de l'être. De fait, le groupe Médi-Partenaires a investi environ 27 M€ (HT) entre 2001 et 2003 pour la modernisation des établissements rachetés (en dehors des opérations de rachats elles-mêmes et des investissements courants), qui bénéficient chacun d'une enveloppe de 2 à 6 M€ à ce titre. Sur 2009-2010, alors que le groupe faisait une pause dans ses acquisitions, les investissements de modernisation se sont poursuivis (45 M€ sur 2009-2010), étant considérés comme des facteurs clés d'attractivité à l'égard des médecins.
- [167] La stratégie de Vitalia a consisté à s'implanter dans des villes de taille intermédiaire (100 000 à 200 000 habitants) où ses établissements constituent sauf exception la seule offre privée à but lucratif face à l'opérateur public. Ce faisant, ce groupe s'efforce aussi de déployer un modèle d'organisation graduée et coordonnée des soins, privilégiant le travail en réseau pour concilier au mieux proximité des soins et accès aux techniques de pointe. Vitalia se distingue à cet égard de la Générale de Santé, qui a cherché à créer, par des regroupements successifs, des entités de taille importante renvoyant à une organisation en 22 pôles régionaux, avant de mettre fin à cette régionalisation.
- [168] De manière générale, les groupes distinguent **l'acquisition de capacités**, de **l'acquisition d'un avantage compétitif** (équipe médicale ou autorisation par exemple) ou encore **l'acquisition à des fins de productivité**. Sous ce dernier angle, la pertinence territoriale des acquisitions devient de plus en plus importante dans la stratégie d'extension des groupes, la proximité géographique s'avérant en effet essentielle pour réaliser des synergies, mutualiser des équipements ou organiser des filières de prise en charge – cf. 3.5). Cette orientation est d'ailleurs confortée par les dispositions de la loi HPST et les Projets Régionaux de Santé.

- [169] Enfin, il convient d'évoquer l'existence **d'alternatives aux opérations de nature capitalistique**. On citera par exemple l'émergence du « Club 15 », qui associe dans un GIE quelque 70 établissements à actionnariat libéral sur tout le territoire national, lesquels conservent leur autonomie de gestion. De même, l'Association des Cliniques de l'Agglomération Rouennaise fédère 9 cliniques. Il s'agit de structures d'échanges et de coopération, qui n'ont qu'une portée très limitée en termes opérationnels et stratégiques.

Tableau 17 : Typologie des groupes de cliniques

Groupes d'envergure nationale		Groupes nationaux « spécialistes de la dépendance »	Groupes régionaux ou locaux		Cliniques privées indépendantes
Le « leader »	Les « challengers »		Les « outsiders »	Les micro-groupes (amorces de groupes)	
Identification et nombre d'acteurs					
Générale de santé	4 groupes : Vitalia, Capio France, Medi-Partenaires, Vedici	8 groupes : Clinéa-Orpea, Korian, Medica, DVD, Le Noble Age, Santé et Retraite, Clinalliance, IGH	Une vingtaine de groupes dont : Vivalto, Kapa Santé, Courlancy, OC Santé, Médipôle Sud Santé, C2S, Groupe Bordeaux Nord Aquitaine, Ramsey Santé, etc.	Une douzaine de groupes, souvent articulés autour d'une polyclinique.	Environ 440 établissements.
Actionnariat					
Fonds d'investissement	Fonds d'investissement. En outre, chez Vitalia et Vedici, présence de dirigeants et fondateurs actionnaires (minoritaires).	Fonds d'investissement et investisseurs institutionnels français. Part d'actionnariat public (chez Clinea et Medica) ou de dirigeants (Noble Age). Actionnariat familial pour certains groupes (Clinalliance, IGH).	Actionnariat parfois partagé entre un fonds d'investissement majoritaire et les médecins (C2S, Vivalto, Avenir Santé, Noalys). Existence encore fréquente d'un actionnariat majoritairement familial (Kapa Santé, OC Santé, GBNA, Clinipole) et/ou médical (Courlancy, GBNA, Hôpital Privé Metropole).	Actionnariat familial et médical.	Actionnariat médical.
Taille des réseaux en 2011 (en nombre d'établissements de santé : MCO, SSR, psychiatrie, HAD)					
110 établissements	Entre 23 et 50 établissements	Entre 4 et 65 établissements de santé	De 5 à 15 établissements	De 2 à 4 établissements	
Taille moyenne des établissements de santé exploités					
147 lits & places	Env. 130 lits & places	90 lits & places	Env. 130 lits & places	Env. 140 lits & places	Tailles hétérogènes. Jusqu'à 400 lits environ pour les plus importantes.
Chiffre d'affaires total des cliniques du groupe en France en 2010					
Environ 2 Md€	Entre 350 M€ et 650 M€.	Entre 40 et 350 M€ (CA santé supérieur à 100 M€ pour 3 groupes : Clinea, Korian, Medica).	Entre 100 et 200 M€ pour les principaux groupes régionaux (130-160 M€ le plus souvent). Entre 30 et 100 M€ pour les plus petits groupes (réseaux d'environ 5 cliniques).	Moins de 50 M€	Montants hétérogènes. De l'ordre de 50-60 M€ pour les plus grosses cliniques indépendantes.

Groupes d'envergure nationale		Groupes nationaux « spécialistes de la dépendance »	Groupes régionaux ou locaux		Cliniques privées indépendantes
Le « leader »	Les « challengers »		Les « outsiders »	Les micro-groupes	
Couverture géographique et médicale					
Couverture nationale, toutes disciplines.	Multirégionale, toutes disciplines.	Multirégionale, SSR et psychiatrie essentiellement (+ EHPAD).	1 région avec pôle de référence sur les métropoles régionales. Parfois 2 régions. Surtout MCO et SSR.	Quelques villes dans un périmètre resserré. MCO et SSR.	Site unique. Portefeuilles d'activités très variables selon les établissements.
Capacité d'accueil totale (nombre de lits et places en 2011)					
16 194	16 678	14 726	20 097	4 150	34 320
Part relative de la capacité d'accueil totale du secteur des cliniques privées					
15%	15,5%	13,5%	20%	4%	32%
Nombre total d'établissements de santé exploités					
110	122	178	155	30	440
Part relative du nombre de cliniques privées					
10,5%	11,5%	17%	16%	3%	42%

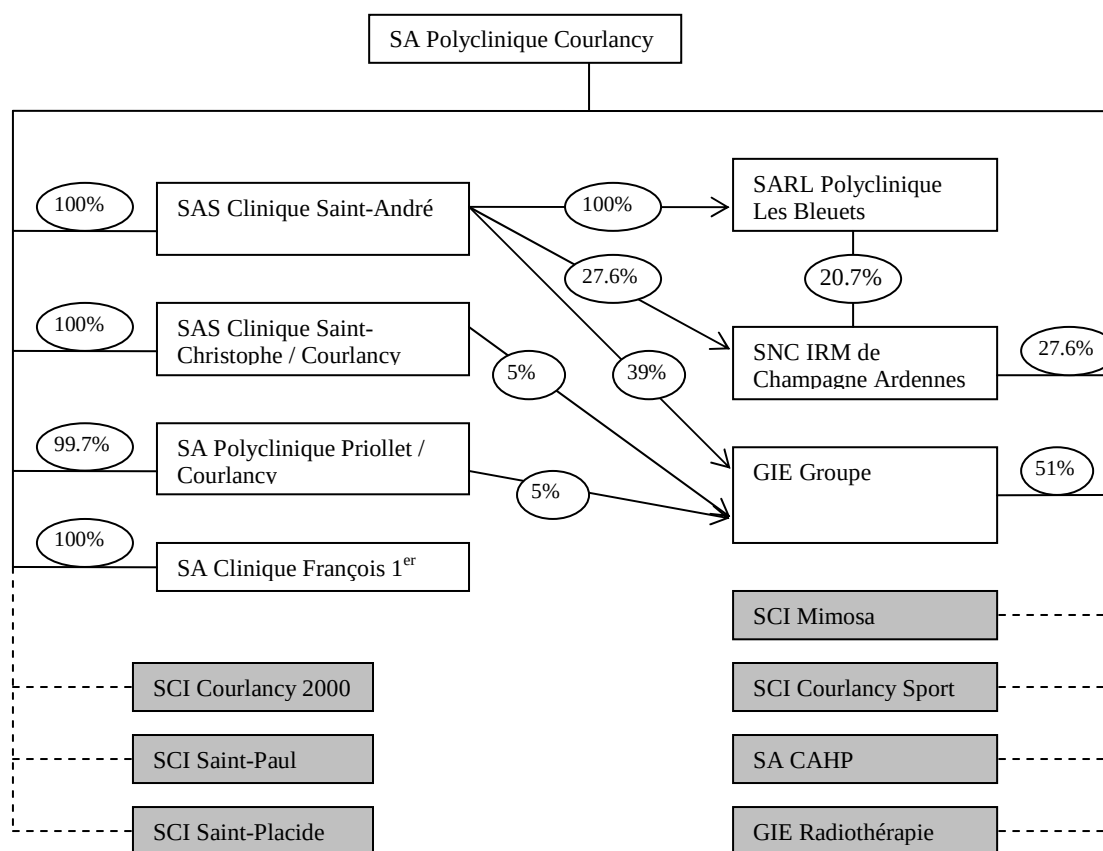
Source : Eurostaf, op. cit.

- [170] Par ailleurs, **les acteurs mutualistes sont présents dans le secteur des cliniques privées commerciales**, ce qui tend à brouiller les frontières entre établissements commerciaux et « établissements de santé privés d'intérêt collectif ». Un GIE avait été créé en 2006 par la Mutualité française – le GHMF ou Groupement Hospitalier de la Mutualité Française – visant à développer une politique hospitalière commune et mutualiser certaines fonctions pour les 78 établissements (à but lucratif ou non lucratif) adhérant à ce réseau ; les effets concrets sont toutefois modestes et cette initiative n'est guère comparable aux groupes constitués par les opérateurs commerciaux.
- [171] La démarche entreprise en 2010 par la Mutualité Finistère Morbihan, consistant à créer une société holding – HGO ou Hospitalisation Grand Ouest – qui rachète des cliniques commerciales, va au-delà et témoigne d'une entrée plus volontariste sur le marché des cliniques privées. Cette holding (cf. organigramme juridique en annexe 10) a été créée sous forme de société par actions simplifiées (SAS) en janvier 2010, en réaction à la multiplication des rachats de cliniques dans la région Bretagne par de grands groupes privés (Vedici et Vitalia notamment), alors même que les prix des cliniques à vendre sont devenus très élevés. A la Mutualité Finistère Morbihan, qui détient 5% du capital d'HGO, se sont associés plusieurs acteurs importants de la mutualité et de la prévoyance (Malakoff Mederic, MatMut, Prevadiez, Harmonie Mutualité, Harmonie Soins et Services Loire Atlantique, notamment) qui se partagent 95% du capital. Cette holding chapeaute aujourd'hui trois cliniques : le centre Catherine de Sienne à Nantes, spécialisé en imagerie et cancérologie, le centre hospitalier privé de St Brieuc et la clinique armoricaine de radiothérapie.
- [172] L'objectif des actionnaires d'HGO en termes d'image institutionnelle ou d'articulation entre couverture maladie complémentaire et offre de soins rejoint les objectifs affichés par la Mutualité Finistère Morbihan consistant à mieux peser sur les dépassements d'honoraires et les tarifs des chambres particulières, à travers l'exploitation directe de cliniques dans les villes grandes ou moyennes de la région. Il est naturellement trop tôt pour que puissent être évalués les effets de cette stratégie au regard des objectifs poursuivis.

2.1.1.4. Une conséquence : des structures imbriquées complexes

- [173] La constitution des groupes accentue la complexité de l'organisation juridique des cliniques ; aux relations habituelles avec les sociétés en charge de l'immobilier, de l'exercice médical et de l'imagerie s'ajoutent les relations avec les holdings et les structures (souvent des GIE) prestataires des fonctions support au sein du groupe (politique budgétaire, achats, GRH, appui à l'accréditation et à la politique de qualité des soins, etc.). L'organigramme du groupe régional Courlancy illustre ce phénomène (cf. graphique suivant).

Graphique 16 : Organigramme du groupe régional Courlancy en 2010



Source : rapport des commissaires aux comptes sur les comptes consolidés 2010 du groupe Courlancy. En gris : filiales non consolidées ; participation du groupe faible (inférieure à 20%) ; nature des transactions avec le groupe : location d'immeubles et radiothérapie.

2.1.1.5. Quelles perspectives ?

[174] Le mouvement de concentration et de mutation capitalistique qu'a connu l'hospitalisation privée semble **irréversible**, compte tenu de l'existence de nombreuses cliniques confrontées à un problème de positionnement et de viabilité ou à un besoin de modernisation de leur infrastructure et plateau technique ou encore à un problème de transmission, qui constituent les **cibles potentielles d'un rachat voire d'une restructuration**. Ces cibles représenteraient un peu moins du tiers des cliniques indépendantes subsistant aujourd'hui (soit quelque 150 cliniques dans le champ MCO), selon certains interlocuteurs de la mission. En raison des besoins de financement requis à cette fin, la recherche de consolidation et d'adossement financier des groupes devrait se poursuivre.

[175] Si les opérations de croissance externe se sont quelque peu ralenties en 2009-2010, l'étude Eurostaf de 2011 anticipait, selon les termes employés, la reprise des « grandes manœuvres » à brève échéance, **sous l'impulsion des groupes d'envergure régionale et des groupes nationaux les plus jeunes** (les « prédateurs de demain » toujours selon la même étude) poussés par leurs nouveaux actionnaires. Désireux d'élargir rapidement leurs réseaux d'établissements, ces groupes de taille petite ou moyenne pourraient mobiliser des marges de manœuvre financières importantes par la cession de leurs actifs immobiliers.

- [176] Des éléments d'incertitude existent toutefois tenant tout à la fois à la dégradation de la rentabilité du secteur - qui ne pourrait s'éloigner des attentes des investisseurs-, à l'endettement consenti pour financer la croissance externe des années récentes, au dégonflement de la « bulle spéculative » qui a marqué la valorisation des cliniques au milieu des années 2000. Mi 2012, la fin du cycle d'investissement pour plusieurs des fonds d'investissements entrés il y a 4, 5 ou 6 ans, et désormais désireux de céder leurs parts, constitue un facteur d'incertitude important obligeant les dirigeants des groupes concernés à rechercher activement de nouveaux actionnaires. Par ailleurs, il ne faut pas exclure une éventuelle redistribution des cartes entre les groupes nationaux.
- [177] Il reste que la place prise par les groupes de cliniques pose indirectement la question de l'évolution de la structure du secteur hospitalier public. Si la tentation existe de concevoir des groupes publics qui offriraient la taille nécessaire à l'optimisation des ressources, il convient de rappeler que le modèle est difficilement transposable en raison de la moins grande souplesse de la gestion des ressources humaines sous statut public au regard des redéploiements d'activités comme des plus grandes difficultés à restructurer le bâti s'agissant des établissements publics.

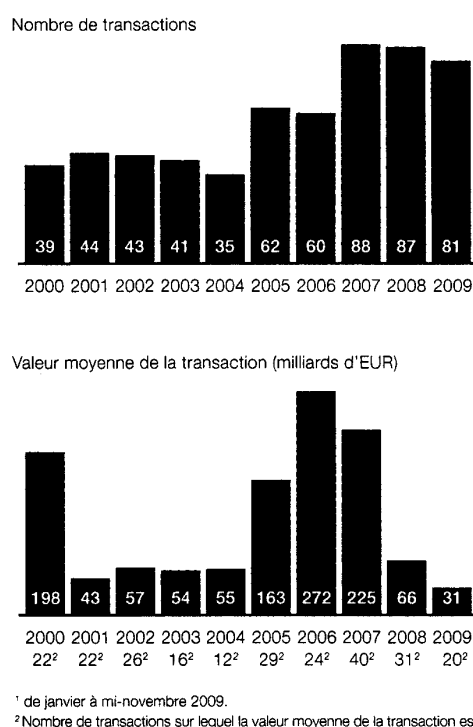
2.1.2. Le rôle majeur des fonds d'investissement et des sociétés foncières dans ce mouvement

2.1.2.1. Un rôle majeur dans les années 2000 qui a nourri la croissance des groupes, professionnalisé leur management mais aussi fait gonfler la valeur des cliniques

- [178] A l'origine, ce sont les besoins de capitaux extérieurs induits par les stratégies de croissance externe des groupes qui ont motivé l'intervention des fonds d'investissement, les apports ponctuels des médecins n'y suffisant pas plus que les tentatives de regroupement d'établissements géographiquement proches.
- [179] Les fonds sont progressivement devenus des acteurs majeurs du paysage (cf. annexe 11) par le biais de prises de participations plus ou moins importantes dans le capital de Capioparc (Apax et Apax Partners en 2006), Générale de santé, Védici (Apax, 3i, Nixen) ou Médi-Partenaires (LBO France, Barclays...). Ce mouvement concerne aussi des groupes à vocation régionale tels que la Compagnie stéphanoise de santé (C2S) et Médipôle Sud Santé en Languedoc-Roussillon (Bridgepoint Development Capital) ou le groupe Avenir Santé (Montefiore Investment).
- [180] L'exemple le plus emblématique est celui du groupe Vitalia, qui a pu constituer en quelques années seulement un réseau de 48 établissements grâce à l'investissement de 900 M€ réalisé par le fonds d'investissement américain Blackstone.
- [181] La Générale de Santé est le seul groupe qui ait fait le choix de l'introduction en bourse, avec des conséquences directes en termes de gestion – l'horizon de reporting est très court (3 mois), incomparablement plus court que celui qu'autorise un fonds d'investissement – et en termes de transparence des informations financières et stratégiques.
- [182] Les fonds d'investissement ont apporté :
- une capacité d'investissement non seulement en termes immobiliers mais aussi en termes d'équipements lourds ou de structures – même non directement génératrices de chiffre d'affaires telles que la modernisation du réseau d'eau ou de la stérilisation ;
 - une rigueur de gestion (mise en place rapide des ratios de gestion, souvent inexistantes jusqu'alors) ;
 - une stratégie à 4, 5 ou 6 ans ;
 - une réorientation des portefeuilles d'activité en même temps qu'une stratégie industrielle de création de valeur à moyen terme (plus que de distribution de dividendes) : « les fonds ont été sensibles au projet industriel » consistant à rassembler et optimiser au sein d'un groupe des établissements isolés aux projets médicaux auparavant peu cohérents.

[183] Mais les fonds d'investissement ont aussi eu un effet inflationniste sur la valeur des cliniques. Dans la deuxième moitié de la décennie 2000, les cliniques ont été rachetées jusqu'à 10 voire 12 fois leur EBITDAR⁵⁸ avec un financement composé jusqu'à 80% d'endettement. Si leur valorisation est aujourd'hui redescendue (autour de 6 ou 7 fois l'EBITDAR), ces actifs et les dettes correspondantes pèsent sur les bilans des groupes. Il est intéressant de constater un phénomène analogue à l'échelle européenne (cf. graphique suivant).

Graphique 17 : Mouvement de fusions - acquisitions de cliniques et hôpitaux privés au niveau européen



Source : Groupe Capio, rapport annuel 2010.

[184] On peut citer, à titre d'exemple, la tentative en 2007 de rachat par Vitalia de la clinique Saint-André Les Bleuets de Reims, conduisant le groupe régional Courlancy à s'aligner pour emporter cette acquisition, quitte à payer deux fois le prix estimé du marché. En 2010, le bilan consolidé du groupe faisait apparaître un écart d'acquisition brut de 37 M€ dont 33 M€ au titre de la clinique Saint-André (soit 20% de l'actif brut total) ; l'écart d'acquisition net, de 29 M€ dont 28M€ au titre de la clinique Saint-André, représentait 32% de l'actif net consolidé du groupe.

[185] Ce recours à un fort effet de levier de la part des fonds s'est accompagné d'espoirs de rendement financier élevés, autour de 12 %, voire parfois 15%, au début des années 2000, rendements qui devaient se matérialiser de façon différée au moment de la cession par le fonds de ses parts. Aujourd'hui, les rendements attendus sont plus modestes, de l'ordre de 7% - 8%.

⁵⁸ EBITDAR : Dans certains secteurs (santé, transport, salles de cinéma...), les sociétés ont recours à des stratégies de cession d'actifs pour se désendetter, actifs qu'ils reprennent immédiatement en location ; en conséquence, leur EBITDA n'est plus comparable à celui des sociétés qui gardent leur actif en pleine propriété. Ceci a conduit les analystes à raisonner sur un Excédent Brut d'Exploitation avant loyers, baptisé par les anglo-saxons EBITDAR : Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent.

- [186] En outre, la présence de ces fonds imprime un caractère cyclique aux investissements des cliniques concernées, lié au calendrier d'entrée et de sortie programmée de ce type d'investisseurs : ceux-ci ralentissent fortement leurs flux d'investissement dans les deux années précédant leur sortie prévue du capital et adoptent des stratégies attentistes en cas de sortie différée⁵⁹.

2.1.2.2. Le rôle complémentaire des sociétés foncières

- [187] Les groupes bénéficient aussi de réserves de fonds importantes via la vente des murs de leurs établissements. Ainsi, la Générale de Santé est déjà locataire de 60% de son parc immobilier. Les quatre premiers fonds immobiliers (ICADE, Gecimed, Foncière des murs et Cofinimmo) détenaient début 2011 près de 2,5 Md€ d'immobilier de santé. Les « réserves » sont encore estimées entre 12 à 14 Md€ (selon ICADE) – cf. partie 2.2.
- [188] Enfin, d'autres institutionnels commencent à s'y intéresser, tels des sociétés d'assurance-vie et groupes familiaux dits « family-offices » à la recherche de placements stables et pérennes et prêts à accepter en contrepartie une rentabilité moins intéressante que par le passé.
- [189] L'évolution du groupe Médi-Partenaires au cours des années 2000 par exemple reflète bien les transformations structurelles du secteur des cliniques (cf. encadré).

Illustration : évolution du groupe Médi-Partenaires entre 2004 et 2010 : changement d'échelle et transformation de la structure financière	
Le groupe Médi-Partenaires en 2004	Le groupe Médi-Partenaires en 2010
14 cliniques réparties sur 8 régions (surtout Aquitaine, Languedoc Roussillon, Lorraine et Ile de France). 1 790 lits et places. Taille moyenne des cliniques : 128 lits et places Chiffre d'affaires de 168 M€	25 cliniques (ainsi que 2 centres de dialyse et 3 centres d'imagerie). 4 032 lits et places. Taille moyenne des cliniques : 161 lits et places. Chiffre d'affaires de 500 M€.
Marge brute d'exploitation : 13% du CA (entre 4% et 22% selon les cliniques du groupe) ; bien que l'EBITDA ait augmenté de 66% entre 2000 et 2003, il a diminué en proportion du CA, passant de 17% à 13%. Rentabilité des fonds propres : 6,3% (25% en 2000 dans un contexte de groupe sous-capitalisé).	Marge brute d'exploitation : 17% du CA
Capital détenu à 81,5% en 2004 par un actionnaire majoritaire, Universal Health Services (opérateur hospitalier important aux Etats-Unis), qui a fortement recapitalisé le groupe au début de la décennie. Le reste du capital est détenu par le président et les salariés du siège du groupe.	Cession en 2005 de la part d'Universal Health Services à deux fonds d'investissement, dont l'un a cédé sa part à son tour en 2007 à un nouvel investisseur. Les deux principaux actionnaires, Barclays Private Equity et LBO France, ont tenté, sans y parvenir, de vendre la clinique en 2010 (pour une somme demandée de 1 Md€, ce qui représentait une multiplication par 2,5 de la valeur capitalistique du groupe entre 2005 et 2010)⁶⁰.

⁵⁹ L'activité des établissements concernés n'est en revanche pas modifiée au plan juridique par la sortie d'un fonds, les autorisations restant détenues au niveau des établissements ou des sociétés médicales.

⁶⁰ Blackstone était candidat à la reprise, mais à un prix inférieur.

Ratio dettes / fonds propres = 1	Forte hausse de l'endettement sur la fin des années 2000. En dépit d'une bonne rentabilité d'exploitation, les frais financiers pèsent sur le résultat net, qui est négatif en 2009 à hauteur de 13% du CA ; les fonds propres deviennent eux aussi négatifs. Cela conduit en 2010-2011 à une pause dans les acquisitions et à un programme de cession de près de la moitié des actifs immobiliers (pour environ 500 M€), permettant de retrouver une structure de bilan plus équilibrée.
----------------------------------	---

Source : Pour 2004, « Enquête sur le groupe de cliniques Médi-Partenaires », rapport de l'IGAS n° 2004- 188, mars 2005. Et, pour 2010, Eurostaf, op. cit.

2.1.2.3. Quelles perspectives ?

- [190] La fin d'un cycle pour les investisseurs pose aujourd'hui la question de la poursuite de l'intérêt de ceux-ci pour les cliniques privées
- [191] Outre les raisons classiquement invoquées tenant à la croissance continue de la demande en santé et aux perspectives ouvertes à cet égard par le vieillissement démographique, **le secteur de l'hospitalisation privée présente l'avantage d'être non cyclique et d'un rendement jugé correct et pérenne à défaut d'être élevé. Le potentiel de consolidation et d'optimisation du secteur est en outre jugé encore important.** Autant de facteurs qui maintiennent une relative attractivité du secteur pour les investisseurs.
- [192] Des nuances ont été invoquées cependant : le manque de visibilité en matière de tarification et plus généralement de régulation ; un « effet ciseau » entre des tarifs qui augmentent très peu voire stagnent depuis 2010 et des charges d'exploitation appelées à progresser mécaniquement future de façon modérée ; les difficultés des investisseurs à sortir en fin de cycle. Plusieurs exemples peuvent être cités à cet égard : la tentative de Blackstone en 2008 de vendre le groupe Vitalia, pour un montant compris entre 1,2 et 1,4 Md€, avant de se raviser, les offres étant inférieures⁶¹ ; la tentative de LBO France de sortir du capital de Médi-Partenaires pendant l'été 2010, qui échouera devant le montant jugé insuffisant des offres des candidats et qui précipitera la décision d'externaliser les murs de plusieurs établissements pour désendetter le groupe - dont la rentabilité d'exploitation est par ailleurs élevée.
- [193] Le seul exemple d'entrée récente d'un fonds d'investissement au capital des cliniques privées est celui du fonds australien Ramsey.

Tableau 18 : Attractivité du secteur des cliniques pour les investisseurs

Facteurs dissuasifs	Facteurs attractifs
Autorisations administrative pour 5 ans Régulation étatique forte et imprévisible : pas de confiance en l'Etat Encadrement prix-volume Incertitudes sur la valorisation des cliniques en vente	Taux de rentabilité corrects (4% - 5% pour les établissements qui ne sont pas en déficit) Marché pérenne et non cyclique Solvabilité de la demande Nombreuses opportunités de rachat

⁶¹ Parmi les acheteurs potentiels : Eiffage, Batipart (actionnaire de Korian), les fonds CVC Partners ou LBO France, Barclays ou encore le groupe italien San Donato.

- [194] La présence limitée des investisseurs institutionnels français au capital des cliniques⁶² témoigne vraisemblablement de leur faible mobilisation de capacités de suivi du secteur et surtout de la plus grande attractivité de la fonction de gestion immobilière au regard de son rendement propre et du moindre poids des normes et interventions de l'Etat. D'autant que l'expertise et la capacité d'accompagnement financier et stratégique des cliniques ont été développées depuis quelques années par les sociétés foncières telles que Gecina et ICADE, entrées respectivement en 2006 et en 2007 sur le marché de l'immobilier de santé. C'est donc préférentiellement par leur canal que sont présents les investisseurs institutionnels français. Ainsi, l'augmentation de capital de 250 millions € réalisée par ICADE en 2012, souscrite par un pool d'investisseurs institutionnels (Cardiff, CNP, Predica), répond à la fois à leur recherche de diversification et à la croissance attendue des besoins de cession d'actifs de la part des cliniques.
- [195] Certains groupes défendent l'idée que de nouveaux outils juridiques et financiers sont nécessaires pour régler les problèmes de transmission des cliniques individuelles, et, de façon plus large, de financement du développement et de la modernisation du secteur, selon un scénario quasi « industriel » confiant un rôle de noyau dur aux investisseurs institutionnels.

2.2. Les stratégies immobilières, facteur de changement du modèle économique des cliniques

- [196] Les cliniques privées se sont tournées vers deux grands types de stratégies pour la gestion de leur immobilier :
- un choix historique et encore majoritaire qui consiste à conserver l'immobilier à l'actif du bilan de la clinique (rare) ou à le localiser dans une société ad hoc (SCI le plus souvent) dont les actionnaires sont pour l'essentiel les mêmes que ceux de la clinique ; on peut qualifier ce choix de « stratégie intégrée » ;
 - un choix plus récent mais en progression très rapide, qui consiste à céder les bâtiments à une société foncière, sans lien de capital avec la société d'exploitation de la clinique qui les lui loue ; cette opération sera désignée comme « stratégie d'externalisation ».
- [197] Après avoir rappelé les grands traits de la première stratégie, la plus courante, cette partie se concentre sur l'analyse des avantages et inconvénients de la seconde, plus récente, et plus lourde de conséquences pour l'exploitation des établissements.

2.2.1. La stratégie intégrée

- [198] Cette stratégie consiste à ce que l'actif immobilier de la clinique soit géré par une SCI dont les actionnaires sont pour l'essentiel les mêmes que ceux de la clinique, ou qui est détenue en totalité ou quasiment par celle-ci (avec éventuelle intégration fiscale). Au lieu d'une SCI on trouve aussi des SA à vocation immobilière ou des SNC - dans ce dernier cas, pour faciliter l'obtention de prêts bancaires dans un contexte de ville moyenne où les relations de confiance entre la banque et les médecins actionnaires comptent fortement.
- [199] La SCI peut elle-même détenir l'actif ou être titulaire d'un crédit bail auprès d'une institution financière.

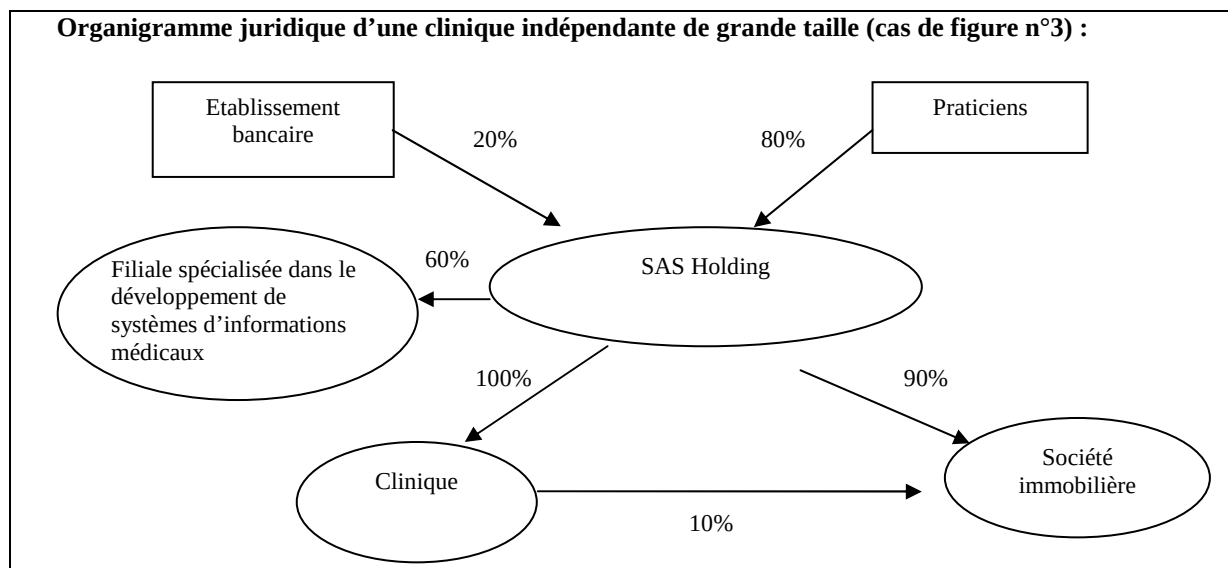
⁶² Pour mémoire, Clininvest avait été fondé en 1987 à l'initiative de la Compagnie financière de Suez, en partenariat avec les Mutuelles du Mans, les AGF, le Crédit agricole et la Caisse des dépôts et consignations. En 1994, le groupe avait été transformé en société anonyme détenue par Suez à hauteur de 85%. Le rachat de Clininvest par le groupe suédois Capio Santé en octobre 2002 a mis fin à plusieurs années d'incertitudes sur le devenir de l'actionnaire majoritaire que constituait Suez et qui cherchait ouvertement à restructurer son capital pour faire face à une situation financière difficile.

Le crédit-bail

Le crédit-bail (ou « leasing-purchase agreement », généralement abrégé en « leasing ») est un crédit permettant l'acquisition d'un bien en échange de redevances et avec option d'un droit de propriété selon un prix pré-déterminé à une échéance pré-déterminée, généralement ajustée sur la durée de vie économique du bien considéré. Les redevances de crédit-bail ont l'avantage d'être déductibles fiscalement sur une durée différente des amortissements fiscaux du bien. Un autre avantage de ce type de contrat est d'inclure des garanties de maintenance ainsi que le financement de la TVA. Cette pratique comporte aussi quelques risques pour la société locataire : contrairement au bail classique, celle-ci a l'obligation de payer la rente jusqu'à la clôture du contrat de crédit-bail, sauf disposition contraire au contrat (clause de fin anticipée au contrat, prévoyant des pénalités contractuelles). Selon les normes comptables françaises ces engagements sur la durée du contrat ne sont inscrits que comme des engagements hors bilan, allégeant d'autant le passif (et l'actif) de la société utilisatrice ; notons que les normes comptables internationales imposent à l'inverse de comptabiliser au passif la dette financière correspondante, et, en contrepartie, d'inscrire l'immobilisation à l'actif.

[200] Ce cas de figure est classique pour les cliniques indépendantes mais peut aussi exister au sein d'un groupe pour certains de ses établissements ; il n'y a en effet pas toujours d'homogénéité au sein des groupes à cet égard. Les entretiens de la mission ont permis d'identifier plusieurs cas de figure, notamment :

- Cas de figure n°1 : un montage simple selon lequel les murs sont la propriété d'une SCI détenue à 100% par la société d'exploitation de la clinique, elle-même détenue à 100% par les médecins.
- Cas de figure n°2 : un montage à peine plus compliqué selon lequel l'immobilier appartient à une SCI elle-même détenue par les praticiens de la clinique auxquels se sont joints la Caisse des Dépôts et Consignations et un institutionnel promoteur, les partenaires financiers de la SCI apportant un accompagnement dans les opérations de construction ; le loyer négocié est composé d'une partie fixe et d'une partie qui varie en fonction de l'EBITDAR.
- Cas de figure n°3 : un établissement bancaire participe, aux côtés des médecins, au capital de la société holding (SAS) qui détient 100% de la société d'exploitation de la clinique et 90% de la société immobilière (cf. schéma ci-dessous) ; cette dernière porte le financement de l'immobilier existant, ainsi que celui de nouveaux projets (extension des bâtiments pour urgences pédiatriques par exemple, projet de 10 M€) ; ceci permet de désendetter la clinique, tout en facilitant son prochain « tour d'actionnaires ». L'établissement concerné verse un loyer de 2,2 M€ (soit 8% de son chiffre d'affaires) à la SCI.



[201] Les structures peuvent aussi être plus complexes. Un groupe régional, Courlancy, compte ainsi 5 SCI. Une autre clinique, indépendante et de grande taille (Clinique de l'Europe), dispose d'actifs immobiliers répartis entre une SA à vocation immobilière (issue d'établissements intégrés qui étaient auparavant constitués sous forme d'une SA pour l'exploitation et d'une SA à vocation immobilière), 7 SCI et une SNC ; cette dernière avait été formée au milieu des années 90 pour construire un nouveau bâtiment devant accueillir les établissements fusionnés, ce support juridique ayant, dans un contexte local favorable, offert des garanties satisfaisantes aux banques pour obtenir de bonnes conditions d'emprunt, avec des avantages fiscaux non négligeables pour les associés de la SNC (imputation des déficits de la SNC sur les revenus de ses membres).

[202] Dans tous les cas, la clinique paie un loyer à la SCI ; les médecins font de même pour leurs cabinets de consultation ; il arrive que la SCI leur facture un loyer plus élevé qu'à la clinique ; celle-ci refacture aux médecins les espaces communs et les charges locatives. La durée du bail peut aller jusqu'à 10 ans mais il est naturellement plus facilement renégociable lorsque les actionnaires de la SCI et de la société d'exploitation de la clinique sont les mêmes.

[203] Le loyer représente généralement environ 8% du chiffre d'affaires d'une clinique MCO, ou moins lorsque l'actionnaire accepte une moindre rémunération de l'immobilier (6% par exemple dans la mouvance mutualiste). Cette proportion est toutefois plus élevée pour les cliniques de soins de suite (12% du chiffre d'affaires, voire 15% pour la prise en charge d'états végétatifs chroniques ; la mission a même constaté un ratio de 20% dans une clinique SSR visitée).

[204] Selon une norme implicite mise en avant par plusieurs dirigeants de cliniques, il importe que les loyers ne dépassent pas 9%-10% du chiffre d'affaires et 50% de l'EBITDAR.

[205] Au-delà du versement des loyers, la gestion de l'immobilier par une SCI peut avoir une incidence financière sur la clinique exploitante à travers le versement éventuel de dividendes à cette dernière -en tant que société mère ; ce résultat financier peut compenser (et même sur-compenser) une baisse de rentabilité de l'exploitation. Ainsi, la distribution de dividendes par la SCI à la clinique exploitante a-t-elle été décidée à partir de 2009 au siège du groupe dont celle-ci fait partie, et aboutit à une amélioration du résultat net, malgré la diminution du résultat d'exploitation, conjuguée à une diminution de l'impôt sur les sociétés versé.

[206] Ce type de stratégie, dite « intégrée », fait reposer le financement des nouvelles constructions sur la capacité d'emprunt de la SCI, avec la garantie de la société mère... et les exigences très fortes que ceci fait peser sur l'exploitation de la clinique afin de dégager la capacité de remboursement requise. On peut citer par exemple le projet du groupe Courlancy fusionnant d'anciens établissements sur un nouveau site (cf. encadré).

Projet de restructuration d'un groupe régional

Le projet de construction par le groupe régional G. d'un nouveau site regroupant deux cliniques vise à concrétiser au niveau des équipes médicales une importante opération d'acquisition réalisée en 2007. Pour le financement de ce projet de 120 M€ TTC, est envisagée la création d'une société immobilière dédiée, filiale à 100% du groupe, qui souscrira un crédit-bail sur 15 ans à hauteur de 75% de l'investissement. Les actionnaires de la société mère posséderont donc l'immobilier du nouveau site au terme du crédit bail.

A titre complémentaire, il est envisagé de proposer aux actionnaires de la principale SCI actuelle (qui comptent parmi eux les médecins retraités aux côtés des actifs) d'apporter leurs parts dans la nouvelle société immobilière, afin de limiter son endettement. En toute hypothèse, le groupe devra, pour faire face à ses remboursements, **augmenter son excédent brut d'exploitation (EBE)** ; cela signifie, avec une hypothèse de progression du chiffre d'affaires de 1% à 2% par an en volume, de **réaliser des économies substantielles** chiffrées par le groupe (baisse de 17% du nombre de lits parallèlement à une extension de 50% des capacités en ambulatoire, baisse du nombre de mètres carrés de 4-5%, réduction d'effectifs de 12% sur 5 ans). Par ailleurs, la construction sur le même site d'un plateau technique d'imagerie - biologie - radiothérapie - médecine nucléaire doit être financée par un emprunt supporté par les sociétés médicales concernées.

L'enjeu lié à la maîtrise effective de la rentabilité d'exploitation de ce groupe est tout simplement d'éviter, à terme, le rachat par un plus grand groupe.

2.2.2. Les stratégies d'externalisation

[207] Ces stratégies développées vigoureusement dans les années 2000, par des groupes essentiellement, mais aussi par quelques grandes cliniques indépendantes, consistent à céder les actifs immobiliers à des sociétés tierces spécialisées dans la gestion de portefeuilles immobiliers (« foncières » telles que Gecina ou Icade Santé, les deux principaux acteurs de ce secteur). A leur propos, la mission a cherché à répondre à trois questions :

- sur le plan patrimonial, la vente des murs d'une clinique est-elle une fuite en avant conduisant à une perte de valorisation de celle-ci et à une moindre maîtrise de son devenir ?
- au niveau de l'exploitation, cette stratégie signifie-t-elle une captation excessive de la marge de la clinique par le bailleur ?
- quelles sont les motivations et les attentes des sociétés foncières concernées ?

2.2.2.1. L'immobilier des cliniques : un investissement attractif pour des sociétés foncières en recherche de diversification

[208] L'investissement des sociétés foncières comme Gecina ou Icade dans l'immobilier des cliniques constitue un choix, affirmé dans les années 2000, de diversification de portefeuille à côté de l'immobilier de bureaux, aux rendements élevés mais volatiles, et de l'immobilier résidentiel ou de personnes âgées, aux rendements stables mais faibles. **L'immobilier des cliniques présente à cet égard un compromis rendement/volatilité intéressant pour les investisseurs**, tout en exigeant un savoir-faire spécifique en termes de gestion des biens et d'accompagnement des établissements qui explique la présence de seulement **deux acteurs dominants dans ce secteur**.

[209] Le rendement locatif net exigé des foncières se situe entre 6,5% et 7,5% de la valeur de l'actif acheté s'agissant de cliniques, à comparer au rendement de 2,5% - 4% dans l'immobilier résidentiel et d'environ 6% dans le secteur des EHPAD.

- [210] L'intérêt porté par les foncières à ce secteur contraste avec le jugement pessimiste des représentants des cliniques sur leur faible rentabilité. L'immobilier concentrerait-il l'essentiel de la rentabilité d'une activité mettant aussi en jeu un capital technique et intellectuel sophistiqué, incorporant un progrès continu et comportant certains risques ? Ou la maîtrise de leur métier spécifique détaché de l'exploitation des cliniques conduit-il les foncières à porter une meilleure appréciation de l'attrait intrinsèque du secteur ?
- [211] Ce rendement relativement élevé se double de deux caractéristiques juridiques favorables pour les foncières :
- la longue durée des baux, de 12 ans ferme généralement, cette échéance étant souvent gérée de manière glissante ;
 - la pratique de baux dits « triple net » selon lesquels l'intégralité des dépenses de maintenance et d'amélioration est à la charge du locataire exploitant.
- [212] La place prise par les foncières dans le secteur des cliniques a connu une expansion très rapide. Ainsi, le numéro 1 du secteur, Icade Santé, filiale de la Caisse des Dépôts et Consignations, a commencé l'achat de murs de cliniques en juillet 2007 et compte aujourd'hui 45 établissements pour 1,4 Md€ d'actifs dans ce secteur, avec l'objectif d'atteindre 2 Md€ d'ici deux ans ; afin d'accompagner cette expansion, Icade Santé vient de procéder, au printemps 2012, à une augmentation de capital de 250 M€ en faisant entrer des investisseurs institutionnels (Predica, Cardiff et CNP notamment) qui détiennent désormais 31% de son capital. Le numéro 2 du secteur, Gecina, détient quant à lui 1Md€ d'actifs immobiliers de cliniques. Le marché total est estimé entre 12 et 14 Md€ et les acteurs anticipent un recours croissant des cliniques à la cession de leurs murs pour financer la poursuite des opérations de restructuration et de concentration des établissements dans un contexte où l'immobilier est plus coûteux à acquérir que l'exploitation et où les capacités d'autofinancement des acheteurs potentiels marquent le pas.
- [213] Les stratégies déployées par les sociétés foncières se révèlent plus ou moins sélectives. Pour l'une d'entre elles, il s'agit de sélectionner :
- un exploitant de taille critique et de renom ;
 - des établissements de grande taille à activité diversifiée (type « hôpital privé »), dans des murs si possible neufs, et susceptibles de recevoir à terme une labellisation de type HQE - laquelle s'inscrit dans un positionnement global de la foncière à cet égard ;
 - sur la base d'un audit préalable approfondi : audit des bâtiments, des comptes, du marché et de la concurrence, étude de la localisation au regard d'une hypothèse de sortie en résidentiel en cas de cessation de l'activité de la clinique.
- [214] Une telle stratégie ne peut s'appliquer, à l'évidence, qu'à une petite partie du secteur des cliniques.

2.2.2.2. La cession des murs aux sociétés foncières présente certains avantages pour les cliniques

- **Un apport critique de liquidités**

- [215] Tout d'abord, la cession des murs apporte à la clinique des ressources financières immédiates importantes destinées à divers usages correspondant aux diverses circonstances dans lesquelles est pratiquée cette opération :
- financement d'opérations d'acquisition de cliniques, qu'il s'agisse de croissance externe et d'extension de capacités ou de restructuration ; il faut souligner cependant que les liquidités très abondantes ainsi libérées pour les rachats ont largement contribué à la flambée des prix des cliniques au milieu des années 2000 (cf. supra) ;
 - financement d'investissements lourds, éventuellement liés aux circonstances précédentes ;

- désendettement du groupe, notamment à l'issue de LBO⁶³, les horizons temporels de ces opérations étant dictés par les objectifs de valorisation des actionnaires du groupe ;
- remontée au niveau du groupe des plus-values de cession réalisées (bénéfices exceptionnels) permettant la distribution de dividendes, laquelle permet à son tour le désendettement d'investisseurs ayant participé au LBO...au risque parfois de fragiliser le groupe (cf. infra).

- **L'objectivation du coût de l'immobilier**

[216] L'externalisation permet de rappeler que l'immobilier a un coût et d'objectiver celui-ci en référence à un marché, coût que la gestion de l'établissement doit permettre de couvrir. D'un point de vue micro-économique, dans le cas d'une clinique propriétaire de ses murs qui aurait choisi de sous-amortir ou dont le patrimoine serait totalement amorti, la tentation peut être grande de rémunérer les actionnaires ou d'augmenter les dépenses de gestion courante....au risque de ne plus avoir la capacité de financer une restructuration ou reconstruction ultérieure. Encore peut-on considérer que cet exemple reflète davantage une mauvaise gestion qu'un défaut intrinsèque de la pleine propriété des murs.

[217] Dans le contexte de tarifs de soins fixés sur la base (entre autres éléments) de l'étude des coûts d'un échantillon d'établissements, l'inscription de loyers de marché au compte de résultat des établissements facilite aussi l'appréhension par le régulateur du coût de l'immobilier, à l'abri des artefacts comptables propres aux amortissements.

- **Un partenariat financier qui vise à garantir une meilleure maîtrise des coûts et des délais**

[218] Il arrive que la participation d'une foncière soit décidée par un groupe en amont d'une opération de fusion – acquisition, comme un élément du montage financier de l'opération, l'offre de rachat étant alors conçue et présentée conjointement par le groupe acquéreur potentiel et la foncière, qui se répartissent ainsi la reprise de l'exploitation et des murs de la clinique à vendre. L'ARS concernée peut aussi être partie prenante à ces négociations lorsqu'elle souhaite s'impliquer dans le devenir de l'établissement en question.

[219] L'accompagnement de la clinique se matérialise également dans le cadre de projets de construction de nouveaux bâtiments, la foncière apportant alors une prestation de maîtrise d'ouvrage (ou maîtrise d'ouvrage déléguée) professionnalisée (généralement fournie par une filiale spécialisée).

[220] Un « contrat de promotion immobilière » - contrat à prix fixe - est ainsi signé entre la foncière et l'entreprise de BTP retenue, assorti d'un apport de financement par la foncière et parfois d'un système de « prêts-loyers » qui conduit l'exploitant à commencer à payer les loyers au fur et à mesure de l'avancement des travaux (et des décaissements de la foncière)....Cela impose aux parties une grande modération en termes de travaux supplémentaires et un strict respect des délais de construction (ex : construction de l'hôpital privé Savoie Nord - Annemasse pour la Générale de Santé par Gecina, projet d'environ 50 M€). Le secteur privé, en tant qu'il échappe au code des marchés publics, dispose à cet égard d'un avantage significatif, le recours au « dialogue compétitif » avec les entreprises de BTP se révélant souvent plus efficient. Selon les interlocuteurs de la mission, le coût de revient de construction au mètre carré ressort 20% à 25% moins cher pour une clinique privée que pour un hôpital public.

[221] Citons par ailleurs l'utilisation, dans le secteur des EHPAD, de formes de « joint venture » entre la foncière et le groupe d'EHPAD, pour un projet de construction donné, permettant le partage (51% / 49%) du capital de l'opération, l'exploitant conservant ainsi à son actif une part de la valeur du nouveau bien.

⁶³ « Leveraged Buy-Out » ou LBO : montage juridico-financier de rachat d'entreprise par effet de levier, c'est-à-dire par recours à un fort endettement.

[222] Enfin, en dehors des phases d'acquisition ou de construction, la bonne gestion par la foncière de son portefeuille d'actifs impose un suivi attentif des comptes des cliniques concernées, particulièrement en période de diminution tendancielle de leur rentabilité.

2.2.2.3. La cession des murs auprès des sociétés foncières fait toutefois peser des risques sur l'équilibre économique et l'adaptabilité des cliniques

[223] Ces risques et contraintes sont rarement explicités ; il importe donc de les souligner.

- **Le risque de loyers trop élevés pesant sur la marge commerciale des établissements.**

[224] La tentation existe de surestimer la valeur de cession des murs, au risque d'entraîner des niveaux de loyers trop élevés au regard de l'état du bien et de l'évolution de l'activité ou de la rentabilité de l'établissement.

[225] Certes, les foncières déclarent « acheter moins un actif qu'un rendement » et faire dès lors très attention à la soutenabilité de ce rendement en se fondant sur des audits approfondis de la situation des cliniques dont les murs sont rachetés. Elles soulignent aussi que les murs sont acquis à leur « valeur d'usage », qui est calculée en estimant le loyer supportable au regard de l'EBITDAR de la clinique (EBITDAR du dernier exercice et éventuellement prévisionnel à trois ans), en lui appliquant le taux de rendement attendu par la foncière ; cette valeur d'usage peut dès lors être inférieure à la valeur nette comptable des biens cédés (auquel cas la clinique réalise une moins-value de cession).

[226] Il demeure que ce mode de valorisation tient très peu compte de l'ancienneté des murs et qu'il pénalise donc la clinique disposant de murs anciens dont les dépenses de gros entretien (à sa charge en vertu de ces contrats « triple net ») seront nettement plus élevées que pour une clinique louant des murs neufs.

[227] L'incidence financière de l'externalisation des murs peut être illustrée par la simulation réalisée par une clinique pour deux de ses établissements venant d'être rachetés (230 lits et places, 350 ETP au total) à Nantes. Les deux cliniques faisant l'objet de cette simulation sont aujourd'hui propriétaires de leurs murs, en grande partie amortis, et la question de leur cession se pose. Si tel est le cas, il faudra, selon leur dirigeant, « sacrifier » la moitié du résultat d'exploitation actuel (qui représente 7,5% de leur chiffre d'affaires) pour payer le loyer, soit un surcoût de 1 M€⁶⁴.

[228] De fait, au cours des années 2000, des opérations d'externalisation immobilière ont été négociées par certains groupes sur un nombre élevé d'établissements **en fixant les loyers pour l'ensemble en pourcentage du chiffre d'affaires, indépendamment de l'état des biens, de la position concurrentielle et de la rentabilité intrinsèque de chacun d'entre eux**. La structure même du chiffre d'affaires retenu pour référence n'a pas toujours été appréhendée avec la finesse requise, et a pu inclure des éléments sur lesquels l'établissement n'avait aucune marge, comme la refacturation des molécules en sus.

[229] Enfin l'indexation des loyers, le plus souvent sur l'indice du coût de la construction (ICC), parfois sur l'indice des loyers commerciaux (ILC) ou encore sur un indice composite négocié, introduit un fort dynamisme en même temps qu'une certaine volatilité de ces dépenses.

[230] Au 4ème trimestre 2011 par exemple, l'ICC avait augmenté de 6,85 % sur un an. Son évolution apparaît assez erratique : entre le début de l'année 2005 et la fin 2011, le taux d'évolution de l'ICC en glissement annuel a varié entre -5,77% et +10,46%. Cet indice a progressé en moyenne de 3,7% par an depuis 2005, au même rythme moyen également depuis 2000⁶⁵, soit une progression sensiblement plus rapide que celle des tarifs de soins.

⁶⁴ Chiffrage réalisé sous l'hypothèse d'un chiffre d'affaires progressant de 1% par an.

⁶⁵ Données INSEE.

Graphique 18 : Evolution depuis 2005 de l'indice du coût à la construction (données INSEE) :

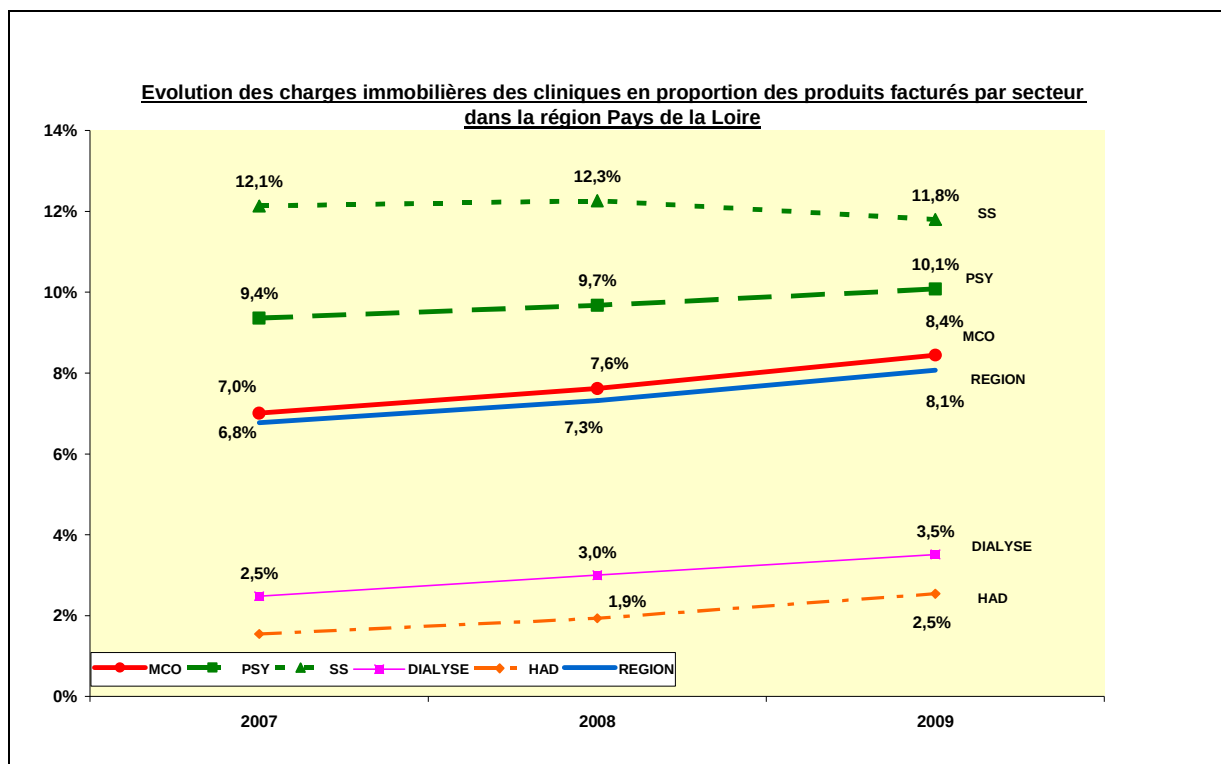


Source : (données INSEE)

[231] L'arrimage des charges immobilières des cliniques aux « loyers de marché », dans la mesure où l'appréciation initiale de la juste valeur locative est délicate et où les règles d'indexation en vigueur impriment à cette charge une forte dynamique, pèse donc sur la rentabilité et le cash flow des établissements concernés, et par conséquent sur leur capacité à engager les investissements futurs. Une petite clinique d'un groupe régional, située dans une toute petite commune, et confrontée à une activité déclinante, peut ainsi consacrer la quasi totalité de son EBITDAR à la rémunération de la foncière propriétaire des murs.

[232] A titre d'illustration, le graphique ci-après présente, pour la région des Pays de la Loire, l'évolution de ce poste de dépense (présentation plus détaillée en annexe 13):

Graphique 19 : Evolution des charges immobilières des cliniques en région Pays de la Loire :



Source : ARS Pays de la Loire sur données issues des liasses fiscales des cliniques

- **Un bail engageant le locataire sur une très longue durée, qui peut se révéler contraignant en cas de restructuration ou de repli stratégique**

- [233] Il s'agit généralement de baux de très long terme, d'une durée incompressible de 12 ans, cette échéance étant souvent gérée de manière glissante. Le montant du loyer peut, contractuellement, augmenter en cas d'extension des bâtiments (à proportion de 7% environ du montant des travaux) mais il ne peut baisser si certains mètres carrés sont libérés (par une restructuration par exemple). Il est donc essentiel pour la clinique que toute transformation de pratique (passage massif à l'ambulatoire par exemple, ou mutualisation d'espaces techniques avec un autre établissement, ou encore transfert de certaines activités) permette non seulement le maintien du niveau de chiffre d'affaires mais même sa progression au moins parallèle à l'indice de référence du loyer, afin de ne pas alourdir le poids de celui-ci. Dans le cas contraire, l'établissement verra sa rentabilité se dégrader en même temps que sa maîtrise de l'outil de travail faiblir.
- [234] Or la configuration des murs est étroitement imbriquée à l'organisation des soins hospitaliers et la conception des prises en charge des patients : « un établissement de santé est une entité vivante qui évolue physiquement sous l'effet des évolutions scientifiques et techniques, réglementaires et économiques » (un dirigeant de clinique).
- [235] Cette contrainte sur certains paramètres matériels de l'exploitation peut être acceptable quand l'établissement a une bonne visibilité, comme cela peut être le cas pour une clinique neuve située dans une ville moyenne où la pression concurrentielle est faible et l'offre de soins stabilisée. A l'inverse, un tel choix se révèle très pénalisant pour une clinique vétuste, implantée dans une grande ville où l'offre concurrente est très abondante et où les surcapacités hospitalières imposent au régulateur un objectif de réduction de l'offre. La cession des murs à une foncière a pourtant été pratiquée dans ce cas de figure par un groupe dans le cadre d'opérations de cessions larges et relativement indifférenciées : les établissements correspondants se trouvent aujourd'hui dans une situation financière et stratégique extrêmement difficile (restructuration du bâti entravée, poids des loyers très lourd qui, combiné aux possibilités limitées de croissance de l'activité, empêchent de dégager des bénéfices donc une quelconque capacité d'autofinancement).
- [236] Les cessions d'immobiliers sont devenues des pièges lorsqu'elles se sont traduites par des loyers survalorisés, assis sur un chiffre d'affaires mal appréhendé, pour des bâtiments potentiellement surdimensionnés dont les besoins de rénovation et de transformation n'ont pas été pris en compte. « La cession est un choix contraint », admet le représentant d'un groupe qui les a beaucoup pratiquées.
- [237] Il est vrai que des leçons ont été tirées des expériences de la décennie 2000 et que les foncières suivent attentivement les comptes des établissements locataires, acceptant de « discuter » lorsque leur exploitation semble par trop fragilisée. Le poids des groupes dans de telles négociations est naturellement décisif. **Néanmoins, la pression exercée sur l'établissement pour regagner des parts de marché ou relancer son chiffre d'affaires par tous les moyens est importante et ne peut laisser le régulateur indifférent.**

- **Une perte de valorisation pour la clinique à long terme**

- [238] L'immobilier cédé ne peut plus participer à la valorisation de la clinique ou du groupe concernés à long terme. « *Les groupes qui ont vendu leur immobilier à un actionnaire distinct ont fait une erreur stratégique car l'immobilier est plus rentable que l'exploitation et assure la viabilité à long terme de la clinique.* » (directeur général de la clinique du Val d'Ouest).
- [239] Selon plusieurs interlocuteurs de la mission, l'immobilier contribuerait à la valeur d'un établissement à hauteur des 2/3. Cela serait dû en bonne partie à l'augmentation tendancielle assez vive des coûts de construction d'un établissement (qui seraient passés de 1300 € HT en 2008 à 1800-1900 € HT / m2 aujourd'hui).

[240] A l'inverse, l'apurement éventuel des dettes peut aussi jouer favorablement sur cette valorisation.

- **Des déperditions de ressources non négligeables**

[241] La cession des murs s'accompagne de frictions qui peuvent se traduire par des déperditions de ressources non négligeables pour les établissements :

- taxation des plus-values de cession ;
- remontée des plus-values immobilières dans les comptes de la société mère du groupe, générant un résultat exceptionnel et par conséquent le versement d'une participation aux bénéfices exceptionnelle (versement de 300€ par salarié pour un établissement en perte sur son exploitation) ainsi que des dividendes pour des sommes importantes.

[242] En d'autres termes, **les disponibilités abondantes et soudaines apportées par la cession des murs peuvent fragiliser les cliniques** lorsqu'elles sont utilisées à d'autres fins que l'investissement ou la restructuration auxquels elles étaient initialement destinées.

LBO et vente des murs : l'exemple de la Générale de Santé⁶⁶ :

2006 : cession à la foncière Gecina de 50% des actifs immobiliers détenus par le groupe Générale de Santé pour 536 M€ (28 cliniques concernées).

Mars 2007 : OPA lancée sur le groupe par le principal actionnaire (Dr. Ligresti), qui passe de 25% à 79,8% du capital de la Générale de Santé.

La trésorerie issue de la vente des murs permet de verser d'importants dividendes aux actionnaires du groupe, au premier rang desquels le Dr. Ligresti, contribuant ainsi au remboursement des emprunts mobilisés pour financer l'OPA.

La base patrimoniale et le potentiel de développement du groupe en ressortent fragilisés. On observe aujourd'hui que le cours de bourse de l'action Générale de Santé est passé de 32,50 euros en mai 2007 à 16,70 euros en mai 2008, 12,20 euros en mai 2010 et 9,14 euros le 22 mai 2012.

- **Des compromis possibles ?**

[243] Des négociations ont été engagées par certains groupes de cliniques pour lier en partie l'évolution du loyer à celle de l'EBITDAR. Mais cette capacité d'action dépend du poids et du pouvoir de négociation du groupe. En outre elle est limitée à la fois par la réticence des foncières à cet égard et par la jurisprudence de la Cour de Cassation selon laquelle le propriétaire bailleur ne saurait être l'associé de son locataire.

[244] Une autre voie consisterait à transposer au domaine de la santé le montage utilisé dans le secteur des EHPAD pour un projet de construction, sous la forme de « joint venture » conclue entre la foncière et le groupe exploitant, les deux parties pouvant prendre respectivement 51% et 49% du capital de l'opération ; l'exploitant conserve ainsi à son actif une part de la valeur du bien. Un tel montage présente cependant l'inconvénient d'une gestion complexe en aval, notamment en cas de cession des bâtiments ou de l'exploitation.

⁶⁶ Source : rapport Eurostaff, 2011

3. LES LEVIERS D'ACTION DES ETABLISSEMENTS

- [245] La médecine, la chirurgie et l'obstétrique représentent près de 56% du chiffre d'affaires de l'ensemble des établissements privés, sans compter leur part dans les cliniques à activité mixte (27% du CA du secteur). Les analyses figurant dans cette partie du rapport sont inspirées, de même que les exemples cités, des visites effectuées par la mission dans des établissements du champ MCO exclusivement.
- [246] Dans un marché devenu simultanément plus concurrentiel et en croissance ralentie, les cliniques ont entrepris de mobiliser différents leviers d'action pour accompagner les mutations profondes que connaît le secteur et contenir l'érosion de leur rentabilité :
- en interne d'abord, par la recherche d'une organisation humaine et technique centrée sur la flexibilité, la réactivité et l'optimisation des ressources ;
 - vis-à-vis de leurs partenaires ou concurrents ensuite, avec la recherche active de volumes d'activité et de recettes complémentaires à celles de l'assurance maladie, et, pour les plus grandes d'entre elles, une diversification de leur case-mix comme stratégie de couverture contre les variations tarifaires ; la constitution de filières au sein des groupes et le déploiement hors les murs complètent ces actions en visant à la fois le renforcement du lien avec le patient, la garantie de la base d'activité des médecins et la consolidation des petits établissements périphériques.

3.1. *La recherche d'une organisation humaine et technique centrée sur la flexibilité et la réactivité*

- [247] La tarification à l'activité a contribué à placer la recherche d'efficience au premier plan des préoccupations de l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Les cliniques n'ont donc pas l'exclusivité de la recherche de l'organisation la plus efficiente des processus de soins ; elles n'en ont pas moins certains traits originaux doublés d'une certaine antériorité en termes de management des ressources humaines et des plateaux techniques et en termes d'approche de la fonction soignante.

3.1.1. Une organisation interne privilégiant la flexibilité

- [248] Un facteur clé de l'organisation des cliniques est la **flexibilité et l'organisation décloisonnée**, qui se traduisent en premier lieu par une véritable gestion des lits tendant à en optimiser l'utilisation et la rotation. Cette approche permet de s'affranchir des découpages traditionnels en « services » au profit d'une répartition logique et fonctionnelle des lits disponibles (enfants / adultes, orthopédie / viscéral, etc.).
- [249] La gestion du personnel soignant non médical en est directement inspirée, qui repose sur l'adaptation permanente des ressources à la charge de travail et à l'activité, de jour et plus encore de nuit : affectation mouvante des personnels, coordination des plannings de congés des chirurgiens et des personnels non médicaux des blocs, équipes volantes, etc. D'ailleurs, les ratios [nombre d'ETP / nombre de patients / nuit] ou [nombre d'heures travaillées / nombre de passage] sont suivis de près par les équipes de gestion des cliniques.
- [250] Le secteur privé commercial bénéficie à cet égard non seulement de marges de manœuvre plus importantes que le secteur public en matière de gestion des ressources humaines, mais aussi d'une proportion plus forte d'activités programmées qui facilite l'organisation. Au niveau des blocs opératoires, le fonctionnement d'équipes entre praticiens et autres personnels soignants est en outre facilité par le statut de certains personnels soignants lorsque ceux-ci (infirmières de bloc ou infirmières anesthésistes) sont salariés des sociétés médicales des chirurgiens ou anesthésistes.

- [251] Cette recherche de coordination n'est pas sans contrainte pour la hiérarchie soignante dans sa relation avec les praticiens libéraux, l'absence de représentation du corps médical par des chefs de service ou de pôle se traduisant par une démultiplication des contacts, d'où résulte parfois un allongement de la concertation pour la résolution de telle difficulté ou la promotion de telle innovation.
- [252] Parmi les préoccupations partagées avec les hôpitaux publics, et traitées de manière prioritaire par les cliniques, figurent :
- une réflexion sur la taille optimale des services de soins, 30 lits semblant constituer la cible la plus efficiente ;
 - une grande attention portée à l'absentéisme⁶⁷ (analysé régulièrement avec les responsables d'unités – cf. exemple de tableau de bord de GRH en annexe 14) ;
 - une volonté de peser en permanence sur la masse salariale⁶⁸, en limitant par exemple le recours à l'intérim ; à titre d'illustration, la masse salariale d'une des cliniques visitées par la mission a pu être diminuée de 10% en jouant sur la réduction de l'intérim et des CDD ; dans une autre clinique, la directrice des soins, les surveillantes et la DRH sont les seules à bénéficier de primes, en raison de leur rôle essentiel au quotidien dans la maîtrise de la masse salariale (la maîtrise des remplacements tout particulièrement) ;
 - un souci de maîtrise des durées moyennes de séjour⁶⁹ en hospitalisation complète, alors que le développement de la chirurgie ambulatoire tend mécaniquement à faire remonter la DMS pour ce type de séjours. A cet égard, le fait de disposer d'une structure affiliée en SSR contribue à la maîtrise de la DMS en court séjour ; la recherche active de lits en aval a été confiée dans l'une des cliniques visitées à une « responsable des convalescences » (réalisation en 2011 de 760 transferts vers des lits de SSR) ;
 - une discipline d'ensemble sur le recours et l'utilisation des plateaux techniques, tout particulièrement au sein des blocs opératoires dont l'organisation fait figure de priorité absolue (ponctualité des médecins, action sur les temps de latence, positionnement des responsables de blocs).

3.1.2. Un management tourné vers la réactivité

- [253] Les établissements visités par la mission affichent une ligne hiérarchique courte favorisant les échanges entre la direction, le management de proximité et les personnels soignants.
- [254] Les équipes dirigeantes des cliniques, plutôt resserrées (parfois même insuffisamment étoffées aux yeux de cadres nouvellement arrivés issus d'autres secteurs de l'industrie ou des services), font la part belle aux « cadres opérationnels » : directeur des soins ou équivalent, chef de bloc, pharmacien. La communication directe avec les responsables soignants opérationnels est ainsi facilitée par l'absence de postes intermédiaires de type « cadre supérieur ».

⁶⁷ Le taux d'absentéisme pour raison de santé était, dans les cliniques, de 4,9% avec une moyenne de 18 jours par personne en 2010, en deçà du taux constaté dans le secteur public (entre 9% et 14% selon la taille des structures avec une durée moyenne de 24,1 jours). In *Rapport sectoriel 2012*, FHP.

⁶⁸ La masse salariale du secteur des cliniques privées représentait en 2010 environ 44% du chiffre d'affaires, dont 41,5% en MCO, 52% en SSR et 45,5% dans les établissements mixtes. Cf. *rapport sectoriel FHP-Groupe Montaigne*, 2012.

⁶⁹ La durée moyenne de séjour dans les cliniques privées s'établit à 4,3 jours en chirurgie et à 3,2 jours en médecine en 2010 (Cf. *rapport sectoriel FHP-Groupe Montaigne*, 2012). Le groupe Capio affiche une réduction de 25% de sa durée moyenne de séjour pour 12 des diagnostics les plus fréquents entre 2009 et 2011.

- [255] Les considérations précédentes sur le management s'appliquent particulièrement à la hiérarchie soignante et constituent un facteur évident de réactivité ; en témoigne le rôle clé joué par le « directeur des soins », ou toute fonction équivalente au sein de la direction générale, pour à la fois garantir la qualité des soins délivrés et optimiser le temps de travail des soignants dans plusieurs des établissements visités par la mission.
- [256] Afin de préserver une ligne hiérarchique courte, les établissements n'hésitent pas à introduire, ou réintroduire, des postes de management à vocation transversale (pour la gestion des lits -case manager -ou le respect de la durée moyenne de séjour cible - recherche de lits d'aval-), quitte à les supprimer si leur valeur ajoutée s'avère insuffisante.
- [257] Par ailleurs, le développement des outils de « reporting » contribue à la réactivité du management (cf. infra 3.2.2).
- [258] Quant à la participation des médecins dans l'animation générale de la clinique, la mission n'a pu constater de vraies différences entre les cliniques selon les modes de détention de leur actionnariat.
- [259] Enfin, la diversité des profils et origines professionnelles des dirigeants de cliniques (parfois issus d'autres secteurs de l'industrie – chimie, automobile – ou des services – gestion de grands aéroports) contribue probablement à faciliter la remise en question des organisations.

3.1.3. Une réflexion sur l'organisation du temps des personnels soignants et les processus de soins

- [260] Une contribution majeure de la hiérarchie soignante, mais qui n'est pas spécifique au secteur privé commercial, consiste à « redonner du temps de soins aux soignants », autrement dit à décharger ces derniers de tâches « parasites » pour maximiser le temps passé au lit du malade.
- [261] Cette stratégie repose sur la mobilisation concomitante de plusieurs leviers : transferts de tâches entre professionnels, changement de pratiques, limitation des déplacements des soignants, circuit du médicament, meilleure utilisation du temps du personnel de nuit, gestion des sorties.
- [262] Les cadres soignants sont souvent déchargés de la gestion des plannings et des remplacements – confiée au directeur des ressources humaines – pour se consacrer à la coordination des soins et du dossier médical – facteur déterminant dans la lutte contre la iatrogénèse médicamenteuse – ainsi qu'aux relations avec les patients et leurs familles.
- [263] La réflexion sur les processus de soins associe également les personnels médicaux, comme en témoigne par exemple la place donnée par le groupe CAPIO à l'objectif de « récupération rapide après chirurgie ». Cette démarche, fondée sur le réexamen médical de chaque étape du processus de soin (modalités d'anesthésie et de réalimentation, réexamen des phases pré et post opératoires ainsi que des techniques opératoires elles-mêmes) vise à promouvoir une plus grande autonomie du patient (par exemple pour la pose de prothèses totales du genou) et, en conséquence, à alléger la tâche du personnel soignant pour contrecarrer les effets d'une intensification croissante des soins. Cela suppose naturellement un dialogue nourri entre médecins et gestionnaires de la clinique, lesquels s'appuient sur les échanges d'expériences (entre professionnels de santé) nationaux et internationaux.
- [264] Autre illustration, le souci manifesté par le groupe Vitalia de réexaminer avec le corps médical les prescriptions et les choix de matériel, s'est traduit par la constitution de quatorze « groupements achats métiers » qui visent à diffuser certaines bonnes pratiques et à resserrer les choix sur la base de critères d'efficience médico-économique.

- [265] Les établissements visités par la mission se caractérisent enfin par une implication et un sentiment d'appartenance visiblement forts des équipes soignantes, tenant probablement au souci partagé de « survie » de l'établissement (maintien de l'outil de travail) mais aussi au recours à des outils de type « intéressement ». Le « turnover » est néanmoins plus important que dans les autres secteurs de l'hospitalisation⁷⁰.

3.1.4. Une recherche de mutualisation dans l'organisation des soins

- [266] La constitution d'un réseau d'établissements est porteuse de possibilités de mutualisation liées aux soins, qui supposent toutefois une certaine proximité géographique entre les établissements. L'émergence croissante de filières organisées autour d'un plateau regroupant les équipements et activités et de recours constitue à cet égard un terrain favorable (cf. 3.5).
- [267] La diffusion des robots chirurgicaux en urologie et gynécologie en offre une illustration intéressante : son coût d'acquisition élevé (non encore pris en compte dans les tarifs des séjours correspondants) ainsi que le temps d'apprentissage nécessaire pour les praticiens sont contrebalancés par les bénéfices escomptés pour les patients (récupération plus rapide et diminution des effets secondaires) et un effet d'image positif pour l'établissement. La mise en commun d'un tel équipement a donc été recherchée. Par exemple, cinq établissements Vitalia implantés en Auvergne ont acquis un robot en commun. C'est aussi le cas des trois établissements affiliés à la Polyclinique de l'Atlantique⁷¹ (groupe Vedici) et installés sur le même site. Il est encore trop tôt pour dresser un bilan de ce type de partage pour les patients et pour les professionnels de santé.
- [268] Ces stratégies internes se doublent de démarches de coopération avec des établissements publics ou privés à but non lucratif pour éviter des doublons d'équipements, faire face aux difficultés de recrutement médical, atteindre les seuils d'activité requis pour l'autorisation de certaines activités ou encore porter des postes d'urgentistes et des frais d'astreintes de spécialistes.

3.2. Un usage inégal des outils de gestion

- [269] La rationalisation de la gestion constitue un levier permettant d'améliorer ou de préserver les marges à un moment où la proportion des cliniques en déficit d'exploitation est proche du tiers dans le champ MCO. Si le calcul économique à des fins d'orientation de l'activité ou des choix d'investissement semble peu développé, l'ensemble des cliniques étudiées par la mission ont insisté sur la mise en place d'un « reporting » budgétaire et d'un suivi d'activité très détaillés et sur la capacité à croiser des regards administratifs et médicaux sur les coûts et les organisations. Les groupes de cliniques ont ouvert la voie dans ce domaine et conservent une avance certaine.

3.2.1. Un recours prudent à la comptabilité analytique et une certaine frugalité en matière d'indicateurs

- [270] La mission a observé que la plupart de ses interlocuteurs étaient en retrait par rapport à la mise en place des outils de comptabilité analytique associés à la T2A – en raison de doutes quant à leur rapport coût-bénéfice – et elle n'a pu obtenir de leur part de formalisations du type des « tableaux coût case mix » des comptes de résultats analytiques, promus dans les hôpitaux publics.

⁷⁰ 29% des salariés des cliniques ont une ancienneté inférieure ou égale à 1 an, 34% ont une ancienneté supérieure ou égale à 10 ans contre 40% tous secteurs confondus. In *Rapport sectoriel 2012*, FHP.

⁷¹ Le robot est logé dans un GIE (dont sont membres les cliniques exploitantes ainsi que la holding du groupe) qui porte l'annuité du crédit bail ainsi que les frais de maintenance, de transport et d'assurance. Les pertes constatées en fin d'année sont réparties entre les membres du GIE ; les charges d'exploitation (consommables) et les produits (GHS facturés) sont assumés par chaque établissement y participant. L'usage de cette technologie, compte tenu de son coût net et du temps d'appropriation pour les médecins, est de fait modéré et progressif (29 procédures en 2010, 43 en 2011 à la Polyclinique de l'Atlantique) et fait l'objet d'un pilotage médico-économique.

- [271] Cette prudence est particulièrement nette s'agissant de la détermination de leur portefeuille d'activités par les cliniques, qui résulte avant tout de l'histoire de chaque établissement et d'opportunités, de la composition des équipes médicales, de la recherche de cohérence et de complémentarité sur un territoire, et plus marginalement de calculs économiques *a priori* fondés sur les tarifs de la T2A – jugés peu lisibles – et d'éventuels comptes de résultats analytiques – aux effets pervers soulignés.
- [272] Ainsi, « la dimension organique des activités d'un établissement » a été soulignée par plusieurs dirigeants de cliniques, qui mettent en avant par exemple les liens entre réanimation et chirurgie ou entre le maintien d'une maternité et le positionnement de l'établissement comme hôpital privé polyvalent et de proximité. Les dirigeants d'un groupe régional étudié par la mission refusent l'analyse de la rentabilité par activité, « car avec cette approche on ne ferait pas de réanimation ni de chirurgie viscérale », or « la réanimation perd de l'argent mais elle est importante (...) ; suivre la rentabilité par spécialité conduirait à biaiser les choix d'investissement ». Pour les plus grandes cliniques, disposant d'un large panel d'activités, les effets des variations tarifaires sont supposés se neutraliser globalement (les petits établissements mono-activité sont en revanche plus vulnérables à cet égard).
- [273] Dans un établissement, affilié à un groupe national, il est admis que « certaines activités subventionnent les autres, ainsi la chirurgie de la main et la chirurgie ophtalmologique, malgré les baisses tarifaires qu'elles ont subies, subventionnent la chirurgie digestive ». Ce principe d'un subventionnement croisé entre activités, assumé par les dirigeants de cliniques, pourrait toutefois soulever plus de difficultés au niveau des médecins, dont les intérêts ne coïncident pas toujours avec ceux de l'établissement ou du groupe, ou même entre confrères de différentes spécialités.
- [274] Ce constat de la mission rejoint les conclusions d'une étude menée par la DREES publiée en 2010 (sur des données 2008-2009) concernant l'impact de la T2A sur l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé⁷², et mettant en lumière « *un impact fort de la T2A sur l'innovation instrumentale de gestion* » mais une attitude moins volontariste des cliniques de l'échantillon. Pour ces établissements, « *la finesse des données issues de la T2A est trompeuse et il vaut mieux se fonder pour orienter l'action sur un objectif général d'augmentation de l'activité (...)* Ce fait est d'autant plus frappant à la clinique 2 [de l'échantillon] qui appartient à un groupe avec une longue pratique de la comptabilité analytique et qui du reste participe à l'ENCC. (...) Cette frugalité en matière d'indicateurs n'empêche pas des études de coût approfondies, mais il s'agit d'opérations ciblées, ad hoc, et non de mise en place d'un système de pilotage général. »
- [275] Il en va de même en matière de choix d'investissement.
- [276] Avec des flux d'investissement de l'ordre de 3% à 4% par an, les choix d'équipements dans les cliniques résultent moins d'une analyse a priori de leur rendement propre (même si les études économiques à cet égard se développent, dans le cadre des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles notamment), que d'autres considérations telles que la place de l'investissement dans la politique de recrutement et de fidélisation des médecins, l'image de l'établissement, et la recherche de cohérence stratégique. Ainsi, dans une des cliniques étudiées, « le positionnement sur une activité de gastro-entérologie haut de gamme impose la pratique d'écho-endoscopies par voie haute ; de même, l'achat d'un lithotriteur pour l'urologie a été décidé même si le seuil d'activité n'est pas tout à fait atteint ; ou encore, l'achat d'un mammothome pour les activités de chirurgie gynécologique et de cancérologie répond à un enjeu de cohérence diagnostique ».

⁷² Michel PEPIN et Jean-Claude MOISDON, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », DREES, *Dossiers solidarité et santé*, n°16, 2010. Étude menée sur un échantillon de huit établissements dont deux cliniques privées disposant d'environ 200 lits MCO.

- [277] L'achat d'un robot pour la chirurgie urologique répond, dans les cliniques qui ont acquis cet équipement, aux souhaits des médecins concernés d'« être en situation d'en maîtriser l'usage quand cela deviendra un standard exigé des patients », comme aux souhaits de la clinique « de mieux servir les patients » et de conforter sa notoriété auprès des médecins concernés.
- [278] Autre conséquence, relevée par l'étude précitée de la DREES, le pilotage s'appuie sur des indicateurs très classiques. Dans une clinique MCO de taille importante, disposant d'un panel d'activité comparable à celui d'un centre hospitalier, le tableau de bord suivi par la direction générale est axé sur le nombre de journées et d'entrées, la DMS et la quantité de GHS, avec une attention particulière portée aux « services spéciaux » (réanimation, soins intensifs et surveillance continue).

3.2.2. L'apport des groupes et des fonds d'investissement : des outils de gestion formalisés, un système de « reporting » rigoureux

- [279] Le mouvement de concentration du secteur a fait reculer le mode d'organisation en « fédération de PME » des « pionniers » au profit du renforcement des fonctions centrales (voire d'échelons régionaux) caractéristiques des groupes intégrés. Ceux-ci reposent le plus souvent sur un échelon national prenant en charge le management et les fonctions transversales. Généralement localisées au sein d'un GIE, ces fonctions sont financées par les établissements via une cotisation. Dès lors, se pose la question de la plus-value des services fournis par ces GIE et de la captation de la rentabilité du groupe.
- [280] Aucun « modèle » d'organisation n'a encore pu s'imposer ces dernières années, et les configurations choisies par les groupes demeurent relativement instables. En témoignent la décision prise par la Générale de santé en 2003 de réduire l'effectif du GIE qui avait pour mission le management général et la gestion de certaines fonctions transversales, ou encore les hésitations de Vitalia quant à sa structuration régionale (mise en place de 9 puis 6 directions régionales, ultérieurement supprimées au profit de deux postes de directeurs d'exploitation au siège).
- [281] Cela étant, un certain nombre de traits communs méritent d'être signalés :
- une standardisation au niveau national des fonctions annexes aux soins (hygiène, lingerie, maintenance, comptabilité, achats – confiés le plus souvent à une centrale d'achat du groupe), pour réaliser des économies d'échelle ; le groupe Vitalia par exemple a une organisation clairement orientée vers les « process groupe » (communication, image, centrale d'achats, système d'information interne pour le reporting d'activité, etc.) ;
 - un développement de la fonction management (contrôle de gestion et pilotage en particulier) : les groupes disposent ainsi de reporting détaillés et rigoureux dans le domaine budgétaire d'une part, et dans le cadre du suivi de l'activité d'autre part, avec une fréquence réduite à 10 jours dans certains groupes. Ce suivi permet de connaître en temps réel et de manière très précise les prestations fournies et le chiffre d'affaires généré, jusqu'au niveau individuel du praticien. Par ailleurs, plusieurs groupes de cliniques intègrent à leur reporting un système de comparaison des performances des gestionnaires et incitent, ce faisant, au partage de compétences entre les cadres, sous l'impulsion et la coordination du siège ; cette démarche s'appuie, dans certains cas, sur un réseau de référents thématiques dans les établissements ;
 - la professionnalisation des directeurs d'établissements grâce au recours à des formations spécialisées et au passage de plusieurs d'entre eux par des groupes aux traditions gestionnaires bien établies ;
 - un appui technique en matière de formation, de certification et de qualité des soins, répondant aux exigences croissantes dans ce domaine ; le siège veille notamment à faciliter les échanges de pratiques entre professionnels ;
 - une mise en cohérence des plans stratégiques sur des bassins territoriaux, avec développement de coopérations et de complémentarités inter-établissements, et surtout une tentative de maîtrise des ressources à forte valeur ajoutée, à commencer par les ressources médicales ;

- une tentative d'intégration du corps médical dans la démarche de maîtrise des coûts (se traduisant notamment par une réflexion partagée sur les coûts et par un resserrement relatif du choix des prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux).

[282] Le poids du siège est souvent faible : 30 à 40 personnes dans les groupes nationaux⁷³ (sauf pour l'un d'entre eux, qui avait fait le choix d'effectifs plus étoffés au siège mais qui les a récemment réduits). Certains groupes (Générale de santé ou Capiro) travaillent leur identité comme une « marque » permettant au grand public de les différencier de leurs concurrents ; dans d'autres, la dimension « groupe » est purement et simplement occultée vis-à-vis des patients (Médi-Partenaires par exemple).

[283] Le groupe Médi-Partenaires a ainsi développé une culture de gestion au plus près des établissements et a pour l'instant contenu la croissance du siège malgré le doublement de la taille du groupe entre 2004 et 2007. Le groupe a localisé ses fonctions opérationnelles dans un GIE situé à Bordeaux et s'appuie sur un réseau de directeurs, directeurs financiers et directeurs RH régionaux en poste dans les établissements eux-mêmes. Le directeur régional a notamment pour mission de représenter le groupe, y compris dans ses relations avec les ARS, et de jouer un rôle de conseil et de formation pour les équipes dirigeantes des autres établissements. La présence de ces directeurs régionaux permet aussi de compenser la taille réduite des équipes dirigeantes des établissements (directeur, DSSI, chef comptable, chef de bloc et pharmacien en général). Le siège organise régulièrement des réunions nationales des cadres intermédiaires dans une optique de partage de compétences.

[284] Le groupe CAPIO France quant à lui cherche à responsabiliser les unités de soins les plus élémentaires tout en cherchant à standardiser les processus de soins (cf. annexe 15).

[285] L'encadré suivant résume les informations stratégiques plus particulièrement suivies par le président d'un groupe de cliniques d'envergure nationale – sans que celui-ci soit nécessairement représentatif du secteur.

Un exemple de pilotage stratégique au niveau de la présidence d'un groupe

Indicateurs clés suivis par le Président (cités dans cet ordre) :

- Reporting d'activité, nécessairement analytique (par médecin, par spécialité,), à raison de 3 pages par clinique transmises au siège le 5 du mois avec les commentaires du directeur de l'établissement.
- Evolution de l'EBITDA, ou plutôt à sa « conversion », définie comme sa variation par rapport aux évolutions du chiffre d'affaires. Exemples : conversion aussi poussée que possible en EBITDA d'une augmentation du chiffre d'affaire, ou à l'inverse atténuation, par une action du gestionnaire sur la structure des coûts, des effets sur l'EBITDA d'une baisse du chiffre d'affaires.
- Durée moyenne de règlement et pourcentage de dossiers rejetés. Cette durée était de 40 à 60 jours dans les cliniques rachetées, elle est actuellement de 25 et le groupe s'est donné une cible de 22 jours et moins de 1% des dossiers rejetés ; les directeurs d'établissement sont fortement mobilisés sur ces deux indicateurs, dont l'évolution défavorable peut les priver de prime.
- Ambiance dans les cliniques, avec une attention particulière, en plus du système de gestion des crises et de signalement des événements indésirables, aux réclamations directement adressées au président du groupe.

⁷³ Tel groupe national réalisant 550 000 séjours dispose ainsi de 42 personnes au siège. Parmi elles, 4 sont en charge de la GRH, 4 de la direction de l'exploitation (chacune suivant un portefeuille d'établissements) et 5 du pilotage de la qualité.

3.3. Une recherche active de volumes d'activité et de recettes complémentaires

[286] La recherche active de volumes d'activité n'est pas spécifique au secteur privé commercial, mais sa grande réactivité lui confère une dynamique particulière.

3.3.1. La recherche active de volumes d'activité

[287] La recherche affirmée de volumes d'activité sert plusieurs finalités :

- atteindre et dépasser les seuils réglementaires d'autorisation ;
- mieux couvrir les frais fixes et atteindre une « taille critique » dont la définition précise reste cependant assez floue mais qui semble avoisiner les 400 lits dans le champ MCO ;
- être attractif auprès des patients comme auprès des médecins, préoccupation désignée par un dirigeant de clinique comme « la logique gravitationnelle » des établissements de santé.

[288] Cette dernière préoccupation répond à deux enjeux : d'une part, le médecin reste le principal « apporteur d'activité », pour son compte personnel mais aussi pour l'équipe dont il fait partie : (« il faut prendre des parts de marché pour développer notre chiffre d'affaires et il faut aller chercher les bons médecins pour prendre des parts de marché », selon un dirigeant de clinique). D'autre part, le fait d'atteindre une taille critique en termes d'équipe médicale enclenche un cercle vertueux pour le recrutement de nouveaux médecins, l'organisation de la permanence des soins et la réputation de l'activité concernée : « Quand une clinique concentre 5 chirurgiens dans une même sous-spécialité, elle a la masse critique pour être centre de référence, avec un site d'urgences » (par exemple, à Rennes : sont rassemblés 5 chirurgiens de la main au CHP St-Grégoire, 5 chirurgiens de la rétine à la clinique Sévigné de la Générale de Santé).

[289] Cette recherche de volumes d'activité rejoint aussi les logiques de filière et de fonctionnement hors les murs, qui sont à l'œuvre aujourd'hui (cf. infra), dans la mesure où les consultations avancées sur des sites périphériques relativement isolés permettent d'orienter des patients nécessitant des soins plus lourds vers l'établissement de référence.

3.3.2. La recherche de recettes complémentaires

[290] Les recettes dites « annexes », par contraste avec la masse représentée par les recettes versées par l'assurance maladie, sont devenues un véritable enjeu dans un contexte d'évolution modérée voire de stagnation des tarifs et d'augmentation régulière des charges d'exploitation.

[291] Les deux principales sources de recettes sont constituées par la facturation aux patients des chambres particulières d'une part, et la « redevance » acquittée par les médecins d'autre part, au titre de prestations assurées par la clinique (facturation des honoraires, mise à disposition d'un cabinet de consultation, etc.).

[292] Enjeu majeur dans les relations entre les médecins libéraux et leur établissement d'exercice, et source parfois de contentieux, la redevance fait l'objet de développements au paragraphe 3.6 du présent rapport.

- [293] Les cliniques mettent la contribution des recettes annexes au chiffre d'affaires (soit environ 10% pour le champ MCO⁷⁴) en regard de leur taux de marge brute (6% en moyenne) pour en déduire que sans les recettes annexes - en particulier les majorations pour chambre particulière - le bénéfice, quand il existe, serait anéanti. Elles se trouveraient ainsi « condamnées » à une recherche permanente de nouvelles recettes, constat accrédité à leurs yeux par l'augmentation du nombre d'établissements déficitaires (voir supra § 1.3.2.3). Selon le président de la FHP-MCO, Lamine Gharbi, « les hôpitaux privés et cliniques qui arrivent à survivre dans ces conditions n'y parviennent que grâce à l'excellence de leur gestion et aux recettes annexes d'hôtellerie, de restauration et de services »⁷⁵.
- [294] Au sein de cet ensemble de recettes très diverses et qui ne font l'objet d'aucune liste limitative, les chambres particulières constituent un enjeu particulier, non seulement parce qu'elles représentent à elles seules une masse d'environ 4,1% du chiffre d'affaires des établissements MCO et 89,9% des ventes directes aux malades⁷⁶ mais aussi parce qu'elles sont directement impactées par l'évolution des modes de prise en charge, à savoir la baisse tendancielle des durées moyenne de séjour et le développement de l'ambulatoire.
- [295] Surtout, compte tenu du rattrapage amorcé dans ce domaine par un secteur hospitalier public confronté à des enjeux analogues d'augmentation des recettes, la chambre particulière n'est plus ce marqueur d'une prise en charge hôtelière de qualité qu'elle constituait traditionnellement pour le secteur privé commercial. Les hôpitaux publics importent cette « culture des recettes » non sans y associer une « culture du service au patient ».
- [296] Depuis la mise en œuvre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses dans les secteurs hospitaliers public et privé ex-DG, la majoration dite pour « régime particulier » n'est plus plafonnée. Chaque établissement est donc libre de fixer le prix d'une chambre particulière, à l'heure ou suivant un forfait, étant entendu que pour qu'il y ait facturation d'une chambre particulière, la demande doit provenir du patient. Un patient placé d'office en chambre seule pour des raisons de nécessité de soins spéciaux ne doit pas régler de supplément à ce titre.
- [297] La baisse des durées de séjour et la montée en charge de l'ambulatoire comportaient un risque important de baisse des facturations pour raisons de confort. Or, le décret n°2011-221 du 28 février 2011⁷⁷ est venu autoriser la facturation des chambres particulières pour exigence particulière du patient, sans fondement médical, dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement.
- [298] La recherche de plus en plus affirmée de « relais de valeur » hors assurance maladie n'est pas sans inconvénients : d'une part, elle peut conduire à perdre de vue d'autres objectifs tout aussi susceptibles de peser sur la performance économique globale ; d'autre part, elle contribue à alourdir le reste à charge du patient malgré l'intervention des organismes complémentaires d'assurance maladie (cf. § 3.6).
- [299] Une illustration du premier point réside dans le choix fait par certains établissements ayant connu une restructuration architecturale récente de démultiplier les places physiques dédiées à l'ambulatoire (pour un même nombre de places autorisées), pensant ainsi augmenter à due concurrence les recettes annexes hôtelières. Il s'avère que cette organisation est contraire à la logique même de la prise en charge ambulatoire qui repose plus sur une organisation favorisant la rotation rapide des patients sur une place donnée que sur la multiplication des places.

⁷⁴ Données 2010 de l'observatoire économique et financier des cliniques et hôpitaux privés – CTC Conseil

⁷⁵ Déclaration du président de la FHP-MCO, Lamine Gharbi, à l'AFP le 27/04/2011

⁷⁶ Source : CTC conseil, données 2010

⁷⁷ Au 1° de l'article R. 162-32-2, les mots : « avec l'hébergement » sont supprimés.

[300] Le second inconvénient peut être contourné de différentes façons, à l'image de ces références directes qui tendent à apparaître, dans les barèmes tarifaires des cliniques, aux niveaux des prises en charge proposées par les principales mutuelles partenaires. Les accords conclus avec les mutuelles peuvent également aboutir à la fixation d'un prix approprié. A cet égard, le décret précité du 28 février 2011 a suscité une vive réaction de la part de la Mutualité française qui considère que le coût de cette mesure pourrait représenter jusqu'à 10% des dépenses hospitalières couvertes par les organismes complémentaires d'assurance maladie (aux montants modestes). Il reste à ceux-ci deux possibilités :

- refuser la prise en charge des chambres particulières pour des soins ambulatoires ;
- créer un forfait spécifique pour ces soins.

[301] La recherche de recettes annexes se diversifie. Une initiative remarquée en la matière est à imputer à Vitalia, qui a mis en place le 1^{er} février 2011 un « forfait d'assistance aux démarches administratives » (6€, revalorisés à 9€ en février 2012), optionnel, à la charge des patients ou de leur mutuelle et supposé couvrir des prestations telles que la mise à jour de la carte vitale, la mise en place du tiers payant mais aussi les réservations de taxi, ou d'ambulances, la réalisation de devis pour les non-assurés sociaux, pour les actes non pris en charge par les caisses d'assurance », ou toute autre « démarche sortant du cadre prévu » selon la direction de Vitalia. Cette initiative a suscité de vives réactions de la part des représentants des usagers et notamment du CISS contre ce qu'il qualifie de « péage administratif pour l'accès au soins ».

[302] Au-delà de la liberté de choix laissée au patient et du rôle même d'un secteur privé commercial, ces pratiques soulèvent la question des capacités du régulateur à en suivre finement l'application et à s'assurer de la qualité de l'information des patients et du maintien d'un égal accès aux soins.

3.4. *D'une spécialisation vers une diversification des activités, stratégie de couverture contre les aléas tarifaires*

[303] Les tarifs et la rentabilité ont exercé une influence certaine sur les choix d'activités des cliniques dans le passé (cf. partie 1.2). Ils ont en effet contribué à l'orientation des cliniques vers les activités chirurgicales programmées. Cette influence semble plus confuse aujourd'hui, quand bien même demeurent des écarts importants entre les tarifs et les coûts de certains séjours, mis en évidence par des travaux récents conduits dans le cadre de l'évaluation de la T2A (cf. encadré).

Des écarts importants des tarifs de soins par rapport à la neutralité tarifaire

Un récent rapport de l'IGAS⁷⁸ a mis en évidence les écarts importants entre les tarifs des soins sur la base desquels sont rémunérés aujourd'hui les établissements de santé et ceux qui découleraient, suivant un principe de neutralité tarifaire, de l'échelle nationale des coûts établie par ailleurs (sur l'ensemble des secteurs d'hospitalisation depuis 2009 seulement).

Dans le secteur de l'hospitalisation privée, les écarts à la neutralité tarifaire représentaient en 2011 un montant de l'ordre de 0,4Md€, à la baisse comme à la hausse. Cela représentait une surtarification relative moyenne de 12,9% pour les GHS bénéficiaires, tandis que la sous-tarification relative moyenne était de 10,3% pour les GHS pénalisés. Ces écarts sont en termes relatifs plus marqués que dans le secteur public même si leur ampleur financière globale est moindre. Notons qu'ils sont par ailleurs supérieurs à la rentabilité moyenne du secteur pour les disciplines MCO (1,6% en 2010 – cf.. partie 1.3.2.2).

Dans le secteur privé, la médecine est la principale perdante tandis que les séances et l'interventionnel sont nettement favorisés. L'ampleur des écarts est marquée : la pénalisation tarifaire relative de la médecine est proche de 14%, celle de l'obstétrique-mère de plus de 6% tandis que l'avantage tarifaire relatif des séances dépasse 25% et celui de l'interventionnel 5%.

Les distorsions sont très différentes dans le secteur public, presque symétriques des précédentes, la médecine des hôpitaux étant la principale bénéficiaire (avantage tarifaire relatif de 1%), au détriment de la chirurgie, de l'interventionnel et de l'obstétrique-enfant (pénalisées respectivement de 1%, 3% et 5%).

[304] On a souligné par ailleurs (cf. 3.2.1) la méfiance des cliniques à l'égard d'un usage trop poussé de la comptabilité analytique, particulièrement pour orienter leurs choix d'activité. Dès lors, la nécessité de maintenir une certaine rentabilité dans un contexte tarifaire contraignant suscite d'autres types de réponses :

- la montée en gamme : « suite aux baisses de tarifs de 2012 sur les pontages coronariens, nous chercherons à mieux identifier les sévérités de niveaux 3 et 4, mais on ne diminuera pas l'activité pour autant » ;
- la diversification et l'élargissement du portefeuille d'activités, traduction d'un principe de précaution, afin de se prémunir contre des révisions tarifaires soudaines et de forte ampleur.

3.4.1. L'affirmation d'une diversification des activités dans la stratégie des grandes cliniques

[305] L'idée selon laquelle « les stratégies de niche sont condamnées » a été entendue à plusieurs reprises par la mission au cours de ses entretiens. Plus précisément, une tendance à la diversification de l'activité des grandes cliniques est à l'œuvre, y compris - fait récent - dans le domaine de la médecine, non seulement en cardiologie et cancérologie mais aussi désormais sur des activités de médecine qui étaient traditionnellement l'apanage de l'hôpital public : médecine polyvalente - soit en aval des urgences soit en lien avec la prise en charge de maladies chroniques -, éducation thérapeutique, hématologie, surveillance continue, soins palliatifs, etc. Une clinique importante à Rennes prévoit ainsi de doubler ses lits de médecine, sans typologie caractérisée.

[306] La diversification vers la médecine est, il est vrai, facilitée par le rééquilibrage des tarifs opéré par la T2A entre cette discipline et la chirurgie au bénéfice de la première (« les tarifs des GHM de médecine deviennent raisonnables », un dirigeant de clinique).

⁷⁸ *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, rapport de l'IGAS, op. cit.

- [307] Par exemple, les Nouvelles Cliniques Nantaises, clinique indépendante de plus de 300 lits réalisant un chiffre d'affaires d'environ 59 M€, enregistre, à côté des 33 000 admissions annuelles en chirurgie (partagées quasiment à égalité entre chirurgie conventionnelle et ambulatoire), quelques 5.000 admissions en médecine cardiologique et 2.700 en médecine polyvalente. La dominante chirurgicale demeure mais un élargissement est en cours⁷⁹.
- [308] L'existence d'un service d'accueil d'urgence est à cet égard structurante – sans que les cliniques concernées aient toujours anticipé ses effets.
- [309] Ainsi, au centre médico-chirurgical du Mans, le nombre de passages aux urgences a doublé en trois ans et la structure des cas traités s'est parallèlement transformée : de 12 000 urgences à 70% chirurgicales le Centre est passé à 25 000 urgences à 60% médicales. De même, les Nouvelles Cliniques Nantaises, enregistrent aujourd'hui 28.000 passages aux urgences contre 10.000 la première année de création de ce service (en 2004) et un tiers des entrées en hospitalisation résultent de cette voie d'accès : « C'était un pari à l'origine mais cela nous a conduit à structurer une offre de médecine de haut niveau et à recruter des internistes de profil hospitalier, ce qui n'était pas forcément prévu initialement ».
- [310] Les cliniques étendent leur l'activité également en direction de soins de plus en plus sophistiqués (pathologies du segment postérieur de l'œil par exemple) ; cette extension rejoint le choix stratégique d'une « montée en gamme ». « Notre avenir est d'être pointu », affirmait à la mission le dirigeant d'un groupe régional.
- [311] On voit ainsi émerger des case-mix de grosses cliniques similaires à ceux de gros centres hospitaliers en termes d'éventail des GHS et de niveau de sévérité des patients pris en charge. Tel est le cas de la polyclinique de Courlancy à Reims, de l'hôpital privé Jacques Cartier à Massy, des Nouvelles Cliniques Nantaises à Nantes, de la Clinique de l'Europe à Rouen, du CHP St Grégoire à Rennes, de la clinique St Augustin à Bordeaux, des cliniques du Tonkin et Mermoz à Lyon-Villeurbanne, entre autres exemples.

3.4.2. Cette diversification demande à être confirmée dans les statistiques relatives au case-mix des cliniques

- [312] Pour l'heure, cette diversification ne se lit pas aisément dans les travaux statistiques disponibles concernant le case-mix des cliniques.
- [313] Au contraire, ces statistiques tendent à montrer une concentration croissante de l'activité de ces établissements. Le dénombrement fait par l'ATIH des racines représentant 80% de l'activité des établissements de santé des trois secteurs montre que le nombre de racines diminue pour les cliniques entre 2006 et 2010, alors qu'il est stable pour les hôpitaux publics et diminue plus légèrement pour les ESPIC (cf. Tableau 7).

⁷⁹ Cet établissement consacre 166 de ses lits à la chirurgie, 115 à la médecine, 40 à la surveillance continue des patients et 8 lits aux soins intensifs.

[314] De même, le récent rapport IGF⁸⁰ relatif à la T2A évoque une accentuation de la spécialisation des cliniques entre 2003 et 2009, telle qu'elle peut être mesurée par le « taux d'entropie » moyen des établissements, un indicateur de la diversité des case-mix calculé par l'IRDES⁸¹. Comme pour les cliniques privées, ce taux décline également sur la période pour les établissements de santé privés à but non lucratif, mais il apparaît stable pour les hôpitaux publics. Une des limites à cette mesure réside dans la difficulté des comparaisons dans le temps sur une période marquée par l'introduction puis la généralisation de la T2A et par plusieurs modifications de classification des séjours. En toute hypothèse, elle s'arrête à 2009 et ne peut donc appréhender les évolutions les plus récentes dans la stratégie d'offre de soins des cliniques.

[315] Toutefois, il est probable que ces statistiques ne puissent pas encore traduire les stratégies décrites par les dirigeants de grandes cliniques quant à l'évolution de leur case-mix :

- ces stratégies de diversification sont récentes et touchent aux marges des case-mix des établissements. Si elles ne peuvent se lire dans l'éventail des séjours représentant 80% de l'activité, elles transparaissent en revanche dans les 20% restants analysés au niveau fin des GHS plutôt qu'au niveau plus agrégé des racines – cf. tableaux suivants ;
- en outre l'élargissement des case-mix est poursuivi en partie à l'intérieur des *groupes* de cliniques *et à leur échelle*, alors que les études et statistiques publiées sont toujours fondées sur la nomenclature SAE donc sur les *établissements*, et appréhendent en conséquence imparfaitement les évolutions dont rend compte le présent rapport.

[316] Ces évolutions sont donc à suivre et à affiner.

Tableau 19 : Nombre de GHS composant l'activité des établissements de santé

Nombre de GHS représentant 80% de l'activité (CMD 28 incluse)				Nombre de GHS représentant 80% de l'activité (Hors CMD 28)			
Année	ESPIC	Privé	Public	Année	ESPIC	Privé	Public
2006	281	129	322	2006	363	175	433
2007	274	124	323	2007	361	174	439
2008	262	117	322	2008	357	172	446
2009	260	116	331	2009	363	173	461
2010	260	112	331	2010	363	171	467

Nombre de GHS représentant les 20% de l'activité restants (CMD 28 incluse)				Nombre de GHS représentant les 20% de l'activité restants (Hors CMD 28)			
Année	ESPIC	Privé	Public	Année	ESPIC	Privé	Public
2006	1 904	2 049	2 054	2006	1 809	1 993	1 923
2007	1 903	2 065	2 065	2007	1 800	2 005	1 929
2008	1 939	2 065	2 066	2008	1 829	2 000	1 922
2009	1 932	2 089	2 064	2009	1 816	2 022	1 914
2010	1 959	2 095	2 072	2010	1 844	2 028	1 919

Source : ATIH pour mission IGAS

⁸⁰ P.Pascal, J.Coutard, E.Dupuy, F.Varnier, G.Welter, M.Olivier, B.Durieux « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », Rapport IGF n°2011-M-056-01, avril 2012.

⁸¹ Sur la méthode IRDES, voir « La diversification de l'activité de court séjour des établissements de santé : l'éclairage par l'indicateur d'entropie », M. Kerleau, M. Le Vaillant, Z. Or, in *Dossiers Solidarité et Santé*, n°2, 2005 / 04-06.

3.4.3. Perspectives

- [317] **Il est possible qu'une forme de polarisation soit en cours entre, d'une part, des petites cliniques qui se recentrent tout en s'adossant à des établissements de référence, et, d'autre part, des cliniques aux équipes et plateaux techniques très complets**, qui tiennent une place importante dans les volumes de soins délivrés sur leur territoire de santé, y compris pour des soins de recours et des missions de service public, et qui se rapprochent progressivement du profil d'un hôpital public de taille comparable.
- [318] **Les incidences de ces stratégies sur les coûts d'exploitation des cliniques sont incertaines.** L'élargissement des gammes d'activité de certains établissements comporte une forme de paradoxe eu égard aux études documentant les effets de gamme négatifs sur les coûts hospitaliers tant en France, qu'en Suisse ou aux Etats-Unis. « Les établissements spécialisés sur certaines interventions ont des coûts moyens plus faibles que des établissements qui sont obligés de faire face à une multitude de patients présentant des situations cliniques très variées. En France, il a été démontré que les établissements qui sont spécialisés dans une discipline médicale sont plus coût-efficaces »⁸². Une étude suisse récente conclut également que, toutes choses égales par ailleurs, le coût moyen d'un séjour augmente avec le nombre d'unités médicales dans un hôpital. Aux Etats-Unis enfin, les établissements privés spécialisés (« specialty hospitals »), qui se concentrent sur quelques activités ciblées de chirurgie cardiaque, digestive et orthopédique, en mode programmé ou ambulatoire, jouent un rôle important ; présentant des coûts de production très « compétitifs », ils sont financés à des tarifs inférieurs à ceux des hôpitaux classiques⁸³.
- [319] L'arbitrage stratégique opéré par certaines cliniques, privilégiant, à travers l'élargissement de leur case-mix, l'augmentation des volumes pour mieux absorber les frais fixes, la couverture contre les variations tarifaires et la consolidation de leur statut d'hôpital privé participant pleinement au service public hospitalier, **pourrait donc renchérir à moyen terme leurs coûts de production**. Il importe, du point de vue de la régulation du secteur et de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, de suivre attentivement ce sujet, tout en poursuivant l'expertise des effets de gamme et d'échelle sur les coûts de production hospitaliers.

3.5. *Le développement de filières de soins et le déploiement hors les murs*

- [320] La logique de filière – coopération formalisée entre plusieurs cliniques d'un même groupe dans le champ MCO ou entre celui-ci et les soins de suite – et le déploiement « hors les murs » visent à une diversification des spécialités associée à une répartition territoriale de celles-ci et à une gradation des modes de prise en charge des patients ; ce faisant, c'est aussi un objectif de sécurisation des volumes d'activité (conserver le patient au sein du groupe) qui est poursuivi.

3.5.1. Vers une organisation territorialisée de chaque acteur

- [321] Parallèlement au mouvement de consolidation engagé sous l'impulsion des groupes, se dessine progressivement une organisation territorialisée de ceux-ci, dans une logique de filière de soins constituée entre les établissements d'un même groupe, qui deviennent ainsi plus complémentaires. Ce faisant, les petits établissements disposant d'un plateau technique léger s'adossent aux établissements plus importants ou aux sites de référence du groupe : « Chaque établissement se tourne vers le plus fort de son statut » (un directeur d'ARS).

⁸² Z. Or, T. Renaud, L. Com Ruelle, « Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France », IRDES, *Document de travail*, n°25, mai 2009.

⁸³ Op. cit.

- [322] Ces choix s'exercent au détriment des coopérations et partages d'activités entre établissements de statuts divers sur un même territoire (la mission a eu connaissance d'incertitudes quant à la poursuite de la coopération entre un hôpital et une clinique voisine, après le rachat de celle-ci par un groupe national). Le contexte de recherche de volumes d'activité n'y est pas étranger, qui conduit chaque établissement à capter un maximum d'activité pour lui-même ou pour d'autres établissements du même groupe.
- [323] Plusieurs exemples peuvent être cités : le rachat récent par le groupe Vivalto de la clinique de Dinan devrait lui permettre d'organiser une filière de soins, assortie de partages d'équipements et de praticiens, avec la clinique qu'il détenait déjà à St Malo. A St-Brieuc, émergent deux filières : une filière publique autour du CHT St-Brieux-Lannion et une filière privée autour du nouveau pôle constitué par la Mutualité qui doit être installé dans des murs neufs d'ici 2014. Le rachat récent par les Nouvelles Cliniques Nantaises (NCN) du Centre d'imagerie et de cancérologie Catherine de Sienne, à travers une sorte de « joint venture » associant aux NCN le groupe mutualiste Hospitalisation Grand Ouest (HGO)⁸⁴, poursuit le même objectif par le déploiement d'un projet médical cohérent sur le confluent : « Beaucoup de patients des NCN viennent de Catherine de Sienne, nous pourrions ainsi avoir une filière et mieux garder ces patients ».

3.5.2. Le déploiement « hors les murs »

- [324] Corollaire de la constitution de filières, le déploiement « hors les murs » offre un adossement aux petits établissements et un complément de clientèle et d'activité aux établissements de référence (développement d'une activité de proximité en même temps qu'une orientation et un recrutement avancé des patients exigeant des soins plus pointus).
- [325] La stratégie adoptée par exemple par le groupe Courlancy consiste ainsi, bien que le cœur de ses activités se trouve à Reims, à exploiter cinq autres établissements dans la région (à Soissons, Châlons-en-Champagne, Saint-Dizier, Château-Thierry et Vitry-le-François) dans une logique d'organisation décentralisée des soins de premier recours et d'orientation de l'activité de second recours vers les plateaux techniques du site principal. L'une de ces structures périphériques, exclusivement ambulatoire, n'atteint pas l'équilibre mais ses dirigeants considèrent « qu'il est important de maintenir cette offre de premier niveau, source de visibilité pour les patients et porte d'entrée du groupe ».
- [326] En dehors du cas des groupes, la clinique de l'Europe implantée à Rouen offre également un bon exemple de ce choix stratégique, avec son projet de centre exclusivement ambulatoire de chirurgie polyvalente à Yvetot. La holding de la clinique de l'Europe vient en effet de reprendre une petite clinique chirurgicale à Yvetot dans l'idée d'en faire un centre purement ambulatoire de chirurgie polyvalente, loin de tout centre chirurgical. Ce montage, qui repose sur l'intervention des praticiens de la clinique de Rouen et a reçu l'aval du conseil de l'Ordre, préfigure aux yeux de ses promoteurs l'avenir de nombreux établissements chirurgicaux publics ou privés de petite taille ; il offre l'avantage supplémentaire, quoiqu'indirect, d'un complément d'activité pour les chirurgiens de Rouen.
- [327] Cette orientation suppose une modélisation des prises en charge ambulatoires, y compris dans le cas de patients qui se trouvent dans l'obligation de rester le soir. La clinique de l'Europe bénéficie à cet égard de l'expérience du centre ambulatoire dédié sur Rouen (centre Méridienne situé juste à côté de la clinique mais autonome dans son fonctionnement opérationnel). Elle entend aussi s'appuyer sur une coopération avec l'hôpital local d'Yvetot (SSR et médecine) pour les patients restant le soir. En toute hypothèse, une bonne connaissance des territoires concernés est également nécessaire, qu'il s'agisse de leurs identités, de leur dynamique économique ou des habitudes de déplacements et de consommation de soins des populations.

⁸⁴ Dans la structure juridique créée pour ce rachat, 51% des parts sont détenues par les NCN et 49% par la holding du monde de la mutualité et de la prévoyance HGO.

3.6. La recherche d'une conciliation entre les intérêts potentiellement divergents des médecins et des cliniques

[328] La structure du personnel médical du secteur privé fait apparaître le poids prépondérant des professionnels libéraux (90%) qui sont rémunérés à l'acte directement par l'assurance maladie et non par l'établissement qui ne fait que recouvrer ces honoraires⁸⁵. Ces professionnels médicaux animent la clinique par leur pratique professionnelle et leur éventuelle participation au capital et à la gestion. Cette situation laisse néanmoins subsister de possibles divergences d'intérêts entre eux et l'établissement dans lequel ils exercent :

- l'existence de dépassements d'honoraires peut freiner la demande des patients et nuire à l'optimisation de l'utilisation des plateaux techniques ;
- le niveau et le mode de calcul de la redevance⁸⁶ sont des sujets de discussion récurrents et ont nourri une jurisprudence assez fournie sur ce sujet. Elle a permis de préciser que la redevance pour être licite, doit constituer la contrepartie de la valeur des services réellement rendus par la clinique au médecin (« évaluation normale des prestations », selon les termes de la Cour de cassation) ; Cf annexe 16.
- le renforcement des exigences des tutelles notamment en termes de sécurité des soins et de codification des séjours fait peser des obligations sur l'établissement qui ne dispose cependant pas du pouvoir hiérarchique sur les médecins, principaux acteurs concernés ;
- la plus grande technicité des pratiques médicales, leur segmentation croissante et l'emprise d'une médecine scientifique assortie de protocoles de soins nécessitent davantage de coordination entre les différents professionnels de santé et signifient donc moins d'autonomie pour chaque médecin ;
- la séparation de plus en plus profonde entre les activités de soins et la gestion des établissements pourrait rendre le dialogue entre les médecins et les gestionnaires plus complexe ;
- les contrats établis entre les médecins et les établissements d'exercice comportent des clauses de rupture au titre desquelles les indemnités peuvent être très contraignantes en cas de transferts d'activité d'un établissement à l'autre ou de restructuration. Certains contrats mentionnent que « dans l'hypothèse d'une résiliation non fondée sur une faute grave, la partie ayant pris l'initiative de la résiliation du contrat devra indemniser son cocontractant en fonction du préjudice subi ». Dans ce cas, la jurisprudence indemnise fréquemment les médecins en fonction d'une perte totale d'honoraires sur plusieurs années ;
- les actes externes dans le cadre de la T2A sont rémunérés pour le médecin mais n'entraînent aucune rémunération pour la clinique alors même que celle-ci met à disposition du praticien un environnement technique.

[329] Dans ce contexte, le rôle du directeur médical de la clinique est à la fois important et délicat : il vise à « réaligner les intérêts » ; d'où le partage parfois de cette fonction entre un chirurgien et un anesthésiste. Par ailleurs, certains de ces points de tension ont poussé les établissements à essayer de mettre en œuvre des arrangements contractuels mieux adaptés.

⁸⁵ « L'avenir des cliniques privées, quelle évolution des modèles économiques à l'horizon 2015 » Eurostaf 2011.

⁸⁶ Les prestations entrant dans le calcul sont de quatre type : la location de bureau de consultation et services associés, la gestion des opérations liées à la facturation des honoraires, la mise à disposition de personnels et de matériels, voire de petits consommables.

3.6.1. Les dépassements d'honoraires médicaux

- [330] Par nature, des dépassements d'honoraires trop importants incitent les patients à se reporter vers une offre hospitalière publique ou privée alternative à moindres coûts. En effet les dépassements d'honoraires et les suppléments pour chambres individuelles, ne sont pas systématiquement pris en charge par les assurances complémentaires. Dans certains établissements les médecins ont pu s'organiser spontanément pour assurer la disponibilité de praticiens exerçant en secteur 1 dans leur discipline offrant ainsi le choix au patient du praticien. Dans une des cliniques visitées, ce dispositif s'accompagne d'une mise en commun des dépassements d'honoraires perçus par les médecins de la spécialité (anesthésistes par exemple) et de leur redistribution.
- [331] Les dirigeants de leur côté estiment ne pas avoir les moyens de négocier avec les médecins une limitation des dépassements (même si certains groupes comme CAP santé s'y sont essayés) et renvoient aux pouvoirs publics le soin d'encadrer ces pratiques. Un projet de charte de bonnes pratiques a été adopté par le comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée (CLAHP) visant à assurer une transparence sur les honoraires pratiqués et les sommes à la charge des patients sans aller au-delà de cette exigence d'information.
- [332] Certaines cliniques ont donc cherché à négocier avec les organismes complémentaires d'assurance maladie des garanties pour les patients couvrant en partie les dépassements. Le groupe Courlancy par exemple a négocié un accord cadre avec des organismes mutualistes à l'échelon régional pour la prise en charge des dépassements d'honoraires et de la chambre individuelle en échange d'un plafonnement des dépassements à 50% des tarifs conventionnels. Cet accord doit faire ensuite l'objet d'une adhésion individuelle de chaque médecin.

3.6.2. La recherche d'une conciliation entre médecine libérale et animation collective de la clinique : rôle de l'actionnariat médical

- [333] En théorie, l'actionnariat médical pourrait permettre, mieux qu'un actionnariat exclusivement financier, de faire converger les intérêts de la clinique et des médecins libéraux qui y exercent. Les données et analyses disponibles ne permettent pas de trancher définitivement cette question. Tout au plus peut-on distinguer deux modèles et évoquer leurs caractéristiques respectives.

3.6.2.1. La constitution de l'établissement autour d'un petit nombre de chirurgiens actionnaires

- [334] Le modèle historique de création des cliniques a souvent reposé sur un petit nombre de médecins actionnaires, complété par la participation minoritaire de nouveaux entrants.
- [335] Il s'agit d'une gouvernance médicale concentrée, de ce point de vue comparable à d'autres petites et moyennes entreprises commerciales. La légitimité de l'exercice du pouvoir repose principalement sur la détention du capital, légitimité de type « légale-rationnelle » au sens de la typologie weberienne, doublée de la légitimité « traditionnelle » du diplôme ou de l'expérience. Bien que les nombreuses restructurations qu'a connues le secteur des cliniques depuis quinze ans ait fortement réduit le nombre de ces établissements, cette forme de gouvernance est encore présente. Si cette gouvernance a pu dans le passé favoriser l'adhésion des médecins en exercice à l'évolution collective de la clinique, ses effets aujourd'hui sont d'autant dilués que la clinique et sa communauté médicale ont pris de l'ampleur.
- [336] La distribution de dividendes ainsi que les potentielles plus-values de revente future peuvent constituer des sources de revenu de plus grande valeur que les seuls honoraires médicaux, contribuant à l'adhésion au projet collectif des actionnaires du noyau dur mais sans effet mobilisateur particulier pour les autres praticiens de l'établissement.

Encadré : le cas d'une clinique à actionnariat médical resserré :

Cet établissement, issu de la fusion de trois cliniques de chirurgiens, emploie au total quatre-vingts médecins libéraux avec un noyau dur de quatre actionnaires prépondérants. L'un d'entre eux exerce un pouvoir de décision plus important. La structure juridique initiale constituée de deux sociétés anonymes (l'une chargée de l'exploitation et l'autre à vocation immobilière) a évolué lorsque la nécessité de gros investissements (construction de bâtiments neufs) a conduit à opter pour la forme de société en nom collectif (SNC), souhaitée par les banques en contrepartie des prêts accordés. Ultérieurement la SNC a été transformée en SAS, au capital réduit. Les bonnes relations avec les banques locales et les conditions de financement avantageuses ont permis le maintien d'un actionnariat médical concentré.

- [337] En toute hypothèse, ce modèle est confronté aujourd'hui à plusieurs difficultés : une moindre attractivité du modèle pour les jeunes médecins en raison du coût élevé d'entrée dans le capital de la clinique, et un problème de transmission au moment où les médecins fondateurs arrivent à l'âge de la retraite ; ces difficultés risquent de se dénouer par le rachat de ces établissements par un groupe.

La forte valorisation des cliniques, élément d'explication d'une moindre attractivité de l'actionnariat médical

La forte valorisation des cliniques intervenue au milieu des années 2000 explique en partie la perte d'attractivité de l'actionnariat médical. Cette valorisation résulte elle-même de plusieurs facteurs structurels :

- l'augmentation tendancielle de la rémunération de l'établissement en tant que structure logistique, humaine et technique d'où résulte une dilution potentielle des parts de chaque praticien dans le chiffre d'affaires global de l'établissement ;
- l'augmentation de l'intensité capitalistique des séjours hospitaliers ;
- la spécialisation plus poussée de la gestion des établissements de santé, qui rend le profil du médecin gestionnaire plus difficile à trouver (néanmoins plus fréquent dans certains pays comme la Suède).

3.6.2.2. Le modèle « égalitaire »

- [338] Ce modèle consiste à rendre la prise de participation obligatoire et systématique au capital de l'établissement pour tous les praticiens exerçant dans la clinique – et pour les seuls médecins en activité - après une période d'essai généralement d'un an. Lorsqu'ils arrêtent leur exercice, les praticiens revendent alors leurs parts aux nouveaux entrants. Cette participation au capital est répartie de façon égalitaire entre l'ensemble des professionnels en exercice afin de permettre leur participation active à la gouvernance de la clinique. Le montant de cette participation (fixé par le conseil d'administration de la clinique) est plus accessible que dans le modèle précédent, la fourchette étant très large, entre 3.000 et 100.000 euros dans les établissements visités par la mission.
- [339] La politique de distribution de dividendes constitue alors rarement un outil de rémunération complémentaire – bien souvent le pacte d'actionnaire prévoit l'absence de dividendes pour une certaine période – la priorité étant donnée à un environnement professionnel permettant d'optimiser leurs honoraires.

Encadré : le cas d'un groupe régional à actionnariat égalitaire :

Les médecins sont actionnaires de la clinique (soit 250 médecins actionnaires) ; aucun d'entre eux ne peut détenir plus de 5% du capital. A son arrivée, un médecin doit acquérir une part de 110 000€ sur l'établissement principal du groupe, de 55 000€ pour les établissements périphériques. La valeur de cette part n'a pas augmenté depuis 2008. Elle est rachetée le 31 décembre de l'année de départ en retraite du médecin et dans les 5 ans qui suivent un départ pour d'autres causes (ce qui permet à l'établissement de freiner la mobilité des médecins vers des établissements de santé concurrents).

Une banque gère une société de portage qui a acquis elle-même environ 10% du capital de la clinique après avoir racheté les parts des gros actionnaires, afin notamment de faciliter l'entrée de jeunes médecins. Cette participation de 10% est flottante et permet un ajustement selon les flux d'entrée au capital et les flux de sortie.

[340] Certains des médecins exercent dans ce cas des fonctions transversales (participation au conseil de surveillance de l'établissement, au conseil d'administration, à des groupements d'achat) quel que soit leur niveau de participation au capital de la clinique.

[341] Le problème de la transmission, dans ce cas de figure, est allégé puisque chaque part est suffisamment faible pour permettre le renouvellement des praticiens actionnaires ; d'autant que certaines cliniques veillent à actualiser périodiquement la valeur des parts et à diminuer la participation détenue par le praticien à partir de 57 ans afin de faciliter son rachat au moment du départ en retraite. De fait, ces établissements comptent sur cette structure financière pour préserver leur indépendance, même si elle peut rendre difficile la mobilisation des ressources nécessaires à la conduite de grosses opérations de modernisation ou de restructuration.

4. LES ENJEUX DE LA REGULATION DU SECTEUR

4.1. Des principes de régulation progressivement harmonisés mais qui conservent encore des ambiguïtés

4.1.1. Un rapprochement bien engagé des cadres de régulation des établissements publics et privés....

[342] A l'image du processus engagé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 en matière tarifaire, les cadres de régulation applicables aux établissements publics et privés n'ont cessé de converger.

[343] La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite HPST) est venue confirmer, en l'amplifiant, ce mouvement d'harmonisation en touchant au cœur de l'activité des établissements : définition unique des missions qui leur incombent (nouvel article L. 6111-1 du code de la santé publique), liste de 14 missions de service public pouvant être assurées par les établissements indépendamment de leur statut (L. 6112-1) et procédure unique, à la main des directeurs généraux d'ARS, d'attribution de ces missions.

- [344] En matière tarifaire, les établissements de santé privés à but lucratif dans le champ MCO sont soumis à la tarification à l'activité depuis le 1^{er} mars 2005 ; depuis la généralisation de ce mode de financement au secteur public en 2008, les deux secteurs sont soumis au même mode de financement composé des tarifs propres à chaque séjour, de forfaits nationaux, du remboursement des médicaments et dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus, enfin des dotations pour missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC). Depuis 2009 est utilisée une « Echelle Nationale de Coûts à méthodologie Commune » (ENCC) pour les établissements publics et privés⁸⁷.
- [345] De même, les règles relatives à la description et à l'analyse de l'activité médicale⁸⁸ notamment dans le cadre du PMSI, les critères et procédures en matière de planification, d'autorisation des activités et de conditions techniques de fonctionnement, sont communes à l'ensemble des établissements de santé.
- [346] En outre, une même démarche de contractualisation, sous la forme des CPOM, régit depuis 1996 les relations entre la tutelle et les établissements de santé publics et privés.
- [347] L'harmonisation touche également la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des risques et la politique en faveur des usagers ; dans ce domaine, les missions et responsabilités incombant aux « commissions médicales d'établissement » ou aux « conférences médicales d'établissement » sont désormais identiques en vertu du décret du 5 novembre 2010 pris pour la mise en œuvre du nouvel article L. 6111-2 du code de la santé publique⁸⁹. Les CRUQPC (commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) ont été imposées simultanément aux hôpitaux publics et aux établissements de santé privés par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades ; poursuivant l'harmonisation des cadres législatifs et réglementaires, l'Etat est ainsi amené à intervenir dans le fonctionnement même des cliniques comme dans celui des hôpitaux.
- [348] C'est aussi le cas de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. C'est vrai également du dispositif de certification et d'évaluation des établissements.
- [349] Sur le plan institutionnel, les ARS sont désormais l'interlocuteur et le « régulateur » des cliniques comme des hôpitaux publics et établissements privés à but non lucratif. Une partie (variable selon les régions) des équipes des CRAM auparavant chargées du suivi et des négociations tarifaires avec les cliniques ont été transférées aux ARS.

⁸⁷ Jusqu'alors les tarifs applicables aux cliniques avaient été construits sur la base des forfaits en vigueur dans le système de financement antérieur. La campagne 2009 a été la première pour laquelle l'administration disposait de données de coûts concernant les cliniques privées.

⁸⁸ Art. L. 6113-7 du code de la santé publique.

⁸⁹ Dans d'autres domaines en revanche (budgétaire par exemple), les attributions des commissions et conférences médicales d'établissements sont restées différentes.

4.1.2. Qui n'efface pas les différences de situation entre établissements de santé

[350] La logique de la loi HPST établit une primauté de l'activité et des missions sur le statut juridico-économique des établissements. Cependant, certaines différences juridiques ou économiques persistent, qui affectent et tempèrent l'application des principes précédemment évoqués : il en est ainsi de l'accès des établissements aux capitaux, de la possibilité de disposer de leurs actifs, du risque de faillite, du statut de leurs personnels, du rôle dévolu aux directeurs généraux d'ARS en matière de recrutement et d'évaluation des dirigeants d'établissements (qui s'applique aux seuls hôpitaux)⁹⁰. De façon générale, les cliniques doivent atteindre une rentabilité satisfaisante pour des actionnaires de plus en plus exigeants et défendent en conséquence la protection de secrets commerciaux et de gestion.

[351] Il faut ajouter à ces différences juridiques objectives un poids inégal des deux secteurs dans les représentations des administrations chargées de la régulation et de la tutelle. Ceci résulte à la fois de l'histoire des établissements (les cliniques ont longtemps eu pour interlocuteur financier et partenaire contractuel non pas l'Etat mais l'assurance maladie), d'un faible degré de connaissance du secteur privé lucratif par l'administration (et réciproquement), enfin d'expressions sectorielles nationales qui, s'agissant des cliniques privées, manquent d'unité et de direction claire (expressions publiques concurrentes de la FHP et de la FHP-MCO).

4.1.2.1. La mise en œuvre des missions de service public

[352] L'élaboration et les conditions de mise en œuvre du nouvel article L. 6112-2 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, relatif à l'attribution des missions de service public, ont donné lieu à un débat particulièrement vif entre les secteurs hospitaliers, public et privé. Le secteur privé se préparait à la mise en concurrence de l'ensemble des missions. Les représentants de l'hospitalisation publique, quant à eux, en appelaient à la défense du service public hospitalier et entendaient restreindre l'intervention des opérateurs privés aux situations de carence dûment constatées par le directeur général de l'ARS ; la loi a finalement adopté au bénéfice des établissements publics le principe de la reconnaissance prioritaire.

[353] Près de trois ans après la loi HPST, ce débat a donné lieu, au décret n°2012-561 du 24 avril 2012 qui précise les modalités de la procédure d'appel à candidatures applicable lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée. L'objet de la procédure est certes de placer sur un pied d'égalité l'ensemble des candidats et de garantir la transparence et l'objectivité du processus décisionnel. Mais en sont exclues plusieurs des 14 missions énumérées par la loi et notamment celle qui a trait à l'enseignement (stages d'internes).

[354] Si le législateur a identifié et énuméré des *missions* de service public, les contours de la notion plus générale de service public hospitalier sont devenus flous depuis la loi HPST : il n'existe pas un grand service public de l'hospitalisation auquel participeraient sous certaines conditions des établissements publics et privés.

[355] Quant aux missions les plus emblématiques, de l'enseignement et de l'accueil des urgences, les volontés des acteurs comme les évolutions demeurent incertaines.

[356] En ce qui concerne l'accueil des internes, la concrétisation de la loi HPST se révèle lente. Une soixantaine d'internes sont accueillis en 2012 dans des établissements d'hospitalisation privée⁹¹ (sur un total de 20 000 internes environ). En région Bretagne par exemple, seulement 2 internes ont été accueillis en clinique sur un total de 350 internes pour la région.

[357] Deux explications sont régulièrement avancées, sans objectivation très poussée des faits : la réticence des CHU – dont les équipes doivent agréer les terrains de stage – et la nécessité d'assurer aux internes des terrains de stage adaptés à leur besoin de formation.

[358] Il s'agit d'un enjeu important pour les pouvoirs publics comme pour les maîtres de stage :

⁹⁰ Hors CHU et CHR, cf. article L. 6143-72 du code de la santé publique

⁹¹ Source : FHP-MCO

- d'une part, en termes de formation des médecins eu égard à la fois à certaines disciplines majoritairement pratiquées dans le secteur privé lucratif et à des modes d'organisation des soins qui peuvent être différents selon les types d'établissements (promotion de la pratique ambulatoire ou de la récupération rapide après chirurgie, gestion efficace des blocs et des plannings, etc.) ;
- d'autre part, en termes de reconnaissance et de valorisation des praticiens libéraux maîtres de stages ; ceux-ci y trouvent en effet une stimulation intellectuelle et une occasion d'échange avec le CHU, qui rendent l'expérience très positive à leurs yeux quand bien même le montage économique de l'opération est jugé peu satisfaisant, le coût de l'interne pour la clinique étant supérieur au montant de la dotation (MERRI) allouée.

[359] La recherche clinique constitue une autre mission à laquelle certaines cliniques de grande taille, déjà impliquées dans les missions de service public et offrant une gamme de soins proche de celle d'un gros centre hospitalier, souhaitent participer. Au reste, il a été signalé à la mission que quelques structures étaient déjà engagées dans des protocoles de recherche clinique.

[360] S'agissant des urgences hospitalières, le nombre de cliniques autorisées à ouvrir un site d'urgences médicales est passé de 126 en 2008 à 132 en 2010, totalisant environ 2,2 millions de passages⁹², reflétant une évolution, certes modérée. Ce chiffre reste naturellement très inférieur au volume d'urgences accueillies dans les hôpitaux publics ou ESPIC (respectivement 14 millions et environ 900 000 passages en 2009). Soulignons à ce sujet l'ambiguïté de la voie d'accès par les urgences dans le contexte d'une concurrence vive entre établissements : cette voie d'accès est certes source de désorganisation (plus ou moins importante selon les organisations et les flux) de l'activité de soins (en tant qu'activité non programmée) et génératrice de frais de structure (lits de médecine en aval, gardes et astreintes) ; mais elle se présente aussi comme un apport d'activité et un mode de recrutement de patients, y compris pour des interventions ultérieures programmables.

[361] Le rôle des SAMU dans l'adressage des patients est majeur. Or leur rattachement au CHU, la connaissance acquise des interlocuteurs et des institutions traditionnellement impliqués dans l'accueil des urgences ainsi que les problèmes de saturation rencontrés par certains sites privés au début de la nuit ont entretenu une relation privilégiée des SAMU avec l'hôpital public – ou avec les très grandes cliniques investies de cette mission depuis de nombreuses années. L'analyse des flux de patients orientés par le SAMU de Nantes sur le mois de janvier 2012 montre que 11,4% des 5 620 passages ont été orientés vers des cliniques du territoire considéré (9 cliniques se sont partagé ces flux, mais l'une d'entre elles en a concentré 85%).

4.1.2.2. La non sélection des patients

[362] Ce sujet est depuis longtemps polémique et fausse le débat sur les places respectives de l'hospitalisation publique et privée, en raison des soupçons de sélection adressés par les acteurs de l'hospitalisation publique à l'égard des établissements privés lucratifs. Il existe en la matière un besoin d'objectivation.

[363] La sélection des patients est un problème en termes de politiques publiques si :

- elle aboutit à des difficultés d'accès aux soins pour certains patients, sur des critères médico-économiques ou sociaux, et à des carences dans l'offre de soins sur certains territoires ;
- elle aboutit à pénaliser certains établissements qui réaliseraient des prises en charges sous-rémunérées en dépit de leur caractère justifié et essentiel (hétérogénéité des patients ou pathologies mal prise en compte par la structure tarifaire) tandis que d'autres prises en charge bénéficieraient de rentes, sans garantie naturellement que celles-ci puissent au sein d'un même établissement subventionner les précédentes.

⁹² DREES, *Panorama des établissements de santé*, Edition 2011 et FHP, rapport sectoriel édition 2012.

[364] On peut regretter qu'il n'existe pas, notamment du côté de l'ATIH ou de la CNAMTS, d'étude spécifique relative à la réalité et à la portée de la sélection des patients, particulièrement sous l'angle social (au-delà d'une étude de la CNAMTS conduite en 2008 qui mériterait d'être mise à jour et approfondie). Il est souhaitable qu'un tel travail soit mené afin d'objectiver et de mieux situer ce risque.

[365] Sans prétendre clore ce sujet, la mission a donc rassemblé quelques éléments qui contribuent à l'éclairer.

*** La version 11 de la classification des séjours a réduit l'intérêt pour les établissements d'une sélection des patients sur le plan médico-économique.**

[366] Les parties précédentes du rapport ont montré que les portefeuilles d'activités des établissements publics et privés diffèrent tout comme la structure des séjours en termes de sévérité. Or, la version 11 de la classification de séjours de la T2A, mise en œuvre en mars 2009, a sensiblement amélioré la capacité des GHM à décrire à ces deux égards l'activité hospitalière et à en traduire les conséquences financières (cf. annexe 17).

[367] Avec ses 28 catégories majeures de diagnostic, 633 racines pour près de 2 300 GHM, des milliers de codes diagnostiques ainsi que la prise en compte de l'âge et des niveaux de sévérité des patients, cette version de la T2A a réduit sensiblement l'hétérogénéité résiduelle des GHM ouvrant droit à une rémunération donnée. Cette hétérogénéité est désormais plus limitée et liée à certaines situations (transferts de patients, cas de réhospitalisation etc.).

[368] Le débat sur la sélection des patients selon des critères médicaux doit alors se déplacer autour des questions suivantes :

- les établissements maîtrisent-ils tous de manière égale les techniques de codage ? Selon l'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission, les établissements publics et ESPIC ont rapidement progressé dans leur maîtrise du codage et « codent aujourd'hui aussi bien que les cliniques » ;
- comment réduire l'hétérogénéité résiduelle au sein d'un même GHM ? Cela dépend de la capacité des pouvoirs publics à améliorer la traçabilité et le traitement par la T2A des transferts de patients, des cas de ré-hospitalisation d'un même patient et des actes faisant suite à une admission aux urgences ;
- l'appréhension des niveaux de sévérité des patients repose-t-elle sur des critères pertinents ? A cet égard, le fait que la durée moyenne de séjour soit un marqueur de sévérité apparaît contestable ; en effet, des techniques innovantes utilisées sur des cas graves permettent de réduire la durée de séjour, ce qui contribue à déclasser un niveau de sévérité élevé vers le niveau inférieur⁹³. La durée moyenne des séjours en MCO, qui en France se situe dans la partie basse de la fourchette des pays de l'OCDE (5,2 jours), signifie-t-elle que le niveau de sévérité des cas traités y est moindre ?
- les niveaux de sévérité supérieurs sont-ils suffisamment rémunérés ? Selon l'ATIH, la réponse est sans ambiguïté affirmative ;

⁹³ Ainsi certains protocoles de récupération rapide après chirurgie peuvent abaisser sensiblement la perte d'autonomie momentanée du patient et la durée de son séjour hospitalier ; il en va de même de certaines modalités de traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale par une technique intra vasculaire avec anesthésie locale.

- l'échelle des tarifs des séjours reflète-t-elle correctement l'échelle de leurs coûts de façon à ne pas pénaliser les établissements positionnés sur des soins complexes et à ne pas laisser de rente à ceux qui offrent des soins plus courants ? C'est tout l'enjeu de l'ajustement des tarifs sur l'échelle des coûts des GHM ; à cet égard, le poids des tarifs historiques reste fort et les évolutions tarifaires apparaissent lentes et peu lisibles⁹⁴. C'est également l'enjeu de travaux visant à affiner la connaissance des conditions économiques de réalisation de certaines activités, comme les surcoûts possibles d'une activité non programmée (groupe de travail en cours sous l'égide de l'ATIH).

*** En termes sociaux, les patients des cliniques sont cependant moins marqués par la précarité que ceux des hôpitaux publics.**

- [369] La T2A et le système d'information qui la sous-tend ne prennent pas explicitement en compte la précarité des patients. Une étude de la CNAMTS publiée fin 2008 (cf. annexe 18) se penche sur la question de l'impact de la précarité sur la durée et le coût des séjours hospitaliers, en croisant les données issues du PMSI avec les fichiers de remboursement du régime général ; la précarité est appréhendée par des critères administratifs et monétaires que sont le bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) ou complémentaire (CMUC) ou de l'aide médicale d'Etat (AME) – laissant donc de côté la notion d'isolement social qui est pourtant une autre dimension de la précarité.
- [370] Il apparaît dans cette étude que le secteur public est sensiblement plus concerné que le secteur privé à la fois en nombre et en proportion de ces patients, qui représentaient globalement, en 2007, 10% des séjours produits par l'ensemble du secteur hospitalier public contre 6% dans le secteur privé. Du fait de la grande dispersion de ces taux entre établissements au sein d'un même secteur, les médianes se révèlent plus élevées, à hauteur de 14% et 9% respectivement, soit un écart légèrement plus important. On peut supposer que cela relève en partie du choix des patients eux-mêmes redoutant le coût final d'un séjour en clinique privée.
- [371] Ces patients engendrent-ils des coûts plus importants pour les établissements qui les accueillent ? L'étude de la CNAMTS montre que, à case mix identique, la durée moyenne de séjours des patients bénéficiaires de la CMUC est très légèrement inférieure à celle des autres patients, dans chacun des secteurs public et privé, avec toutefois une dispersion plus forte entre établissements publics qu'entre établissements privés et une dispersion également forte entre séjours.
- [372] En toute hypothèse, l'impact final en termes de coûts semble limité. Cependant, l'étude de la CNAMTS ne mesure ces coûts que sur la base de la seule durée du séjour à pathologie équivalente, sans tenir compte d'autres facteurs plus qualitatifs et d'autres surcoûts éventuels. On peut s'étonner que, depuis ce travail, l'exploitation des données du PMSI et de la facturation croisée avec les informations de la CNAMTS sur les assurés n'ait pas conduit à une analyse plus fine sur ce sujet⁹⁵.

Recommandation n°1 : La mission rappelle l'importance qui s'attacherait à ce qu'une étude soit réalisée par la CNAMTS sur la réalité de la sélection des patients, sous l'angle social notamment, afin de mieux situer ce risque et d'en objectiver les conséquences pour les établissements et les patients.

⁹⁴ *Evolution de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, rapport de l'IGAS, op. cit.

⁹⁵ On ne peut ignorer qu'il existe un autre risque de sélection des patients, lié aux incitations tarifaires contenues dans la T2A. La T2A utilisée à des fins d'orientation de l'activité des établissements ou de régulation de la pertinence des actes, plutôt que de la seule couverture des coûts, pourrait pénaliser les patients dont les pathologies ne se prêtent pas aux prises en charge privilégiées par la tarification au titre du développement de la chirurgie ambulatoire (patients isolés avec des risques de complication), ou dont les séjours sont mal rémunérés (IVG) ou stigmatisés sous l'angle de la pertinence des actes (césarienne par exemple).

4.1.2.3. La politique de qualité et de sécurité des soins

- [373] En matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le législateur a soumis les deux secteurs aux mêmes exigences. Celles-ci passent par des organisations différentes s'agissant notamment des positionnements et moyens d'action respectifs de la CME des établissements publics de santé et de la conférence médicale des établissements privés. L'implication de ces dernières dépend largement du contexte de chaque établissement et de la mobilisation du corps médical ; pour faciliter cette implication en son sein, le secteur privé revendique une indemnisation par la puissance publique du temps consacré à ces missions transversales – comme c'est le cas pour les chefs de pôle et présidents de CME à l'hôpital public⁹⁶.
- [374] Plus généralement, les recommandations de bonnes pratiques, les indicateurs de qualité ou sécurité des soins et la procédure de certification visent à responsabiliser l'établissement de santé et non le service, pôle ou praticien. L'articulation entre la responsabilisation formelle de l'établissement et la part de responsabilité inéluctable des praticiens soulève des difficultés particulières lorsque ceux-ci sont libéraux, a fortiori lorsqu'ils sont sous contrat non exclusif et à temps partiel. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les cliniques font de plus en plus appel à du personnel salarié pour prendre en charge ces sujets souvent mutualisés au niveau des groupes.
- [375] Au-delà de ces quelques observations en termes d'organisation, la mission n'a pu cependant, faute de temps, mener au fond une analyse approfondie de la qualité des soins dispensés par les cliniques, pas plus qu'une analyse comparée de cette qualité selon la catégorie juridique ou économique des établissements de santé, sujets au demeurant suffisamment complexes pour occuper une mission à part entière.

4.1.2.4. Le coût des séjours hospitaliers pour l'assurance maladie et le patient

* Pour l'assurance maladie

- [376] Une autre source d'asymétrie entre secteurs public et privé de soins réside dans le différentiel de coûts pour l'assurance maladie entre un séjour réalisé dans une clinique privée et le même séjour réalisé à l'hôpital : le premier est, sauf exception, moins coûteux pour l'assurance maladie, même si l'on intègre les honoraires des praticiens - y compris les dépassements d'honoraires sur la base d'un montant moyen par spécialité. Ceci découle mécaniquement des échelles tarifaires différentes appliquées aux deux secteurs, dont la convergence progressive d'abord prévue pour être achevée en 2012 puis repoussée à l'horizon 2018 vient d'être remise en case dans son principe même.
- [377] La meilleure objectivation des structures d'activité des établissements publics et privés opérée par la V11 a mécaniquement réduit les écarts de coûts moyens entre établissements publics et privés, qui sont passés de 36% en 2006 à environ 20% en 2011 pour un même case-mix.
- [378] Le principe même de la convergence dite intersectorielle continue cependant à susciter les débats. Rappelons qu'aux Etats-Unis des prix différents sont payés pour le traitement d'une fracture de la cheville selon que celui-ci est réalisé en hospitalisation complète, en hôpital de jour ou dans un centre spécialisé en chirurgie ambulatoire (ce dernier étant payé quatre fois moins que l'hôpital de jour). Le système *Medicare* américain ajuste ses paiements aussi en fonction de la taille des établissements, considérant que, dans le cadre d'une tarification à l'activité, les petits établissements ont plus de difficultés à absorber leurs coûts fixes en fournissant un large spectre des soins sur un faible nombre de séjours⁹⁷. Ceci laisse penser que le modèle économique sous-jacent à la tarification à l'activité mérite d'être encore affiné.

⁹⁶ Cette revendication a été récemment relancée par la mise en place au profit des présidents de CME, vice-présidents de directoire d'une indemnité mensuelle de 300€ bruts.

⁹⁷ Voir Z. Or, T. Renaud, L. Com Ruelle, « Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France », IRDES, *Document de travail*, n°25, mai 2009. Voir aussi A. Mason, A. Street, M. Miraldo, L. Siciliani, « Should prospective payments be differentiated for public and private healthcare providers ? », *Health Economics, Policy and Law*, october

- [379] Indépendamment de la convergence intersectorielle, les enjeux restent importants au sein de chaque secteur en raison des écarts persistants par rapport à la neutralité tarifaire.
- [380] Dans le secteur privé lucratif, l'étude de coûts a en effet révélé des écarts importants entre les tarifs historiques et la neutralité tarifaire⁹⁸. Ces écarts, qui représentaient en 2011 une sur-tarification relative moyenne de 12,9% pour les GHS bénéficiaires, et une sous-tarification relative moyenne de 10,3% pour les GHS pénalisés, sont en termes relatifs plus marqués que dans le secteur public, ce qui ne manque pas d'alimenter des tensions.
- [381] La médecine est, dans le secteur privé lucratif, la principale perdante (avec une « pénalisation tarifaire » relative proche de 14%), et le pôle obstétrique-mère apparaît également sensiblement sous-tarifé (de plus de 6%) tandis que les séances et l'interventionnel sont nettement favorisés (leur avantage tarifaire relatif dépasse respectivement 25% et 5%). Les distorsions sont très différentes dans le secteur public, presque symétriques des précédentes : la médecine des hôpitaux est la principale bénéficiaire (avantage tarifaire toutefois modeste, d'environ 1%), au détriment de la chirurgie, de l'interventionnel, et de l'obstétrique enfant (pénalisées respectivement de 1%, 3% et 5%). Ces distorsions tarifaires expliquent en partie les positionnements historiques des deux secteurs en termes d'activité.
- [382] Une analyse plus fine à partir des catégories majeures de diagnostics (CMD) confirme, pour le secteur privé lucratif, l'avantage tarifaire important en 2011 de la CMD 28 (séances de chimiothérapie, radiothérapie, hémodialyse) et la CMD 02 (affections de l'œil), même si un ajustement des tarifs de cette dernière a été engagé depuis trois ans. Si les avantages tarifaires sont concentrés, les distorsions négatives apparaissent sur un plus vaste éventail d'activités : des pénalisations relatives de plus de 15% sont ainsi observées notamment pour la CMD 18 (maladies infectieuses et parasitaires), la CMD 16 (affections du sang), la CMD 06 (affections du tube digestif) et la CMD 04 (affections de l'appareil respiratoire)⁹⁹. De plus, « *l'activité des cliniques privées étant plus concentrée [sur certains GHM] que celle des établissements publics, même des écarts faibles peuvent s'appliquer à des volumes importants et se traduire par des montants de transferts financiers significatifs.* »
- [383] La question du rapprochement entre tarifs historiques et neutralité tarifaire est un enjeu régulièrement débattu des politiques de régulation des soins hospitaliers pour l'ensemble des établissements publics et privés. Pour l'heure, l'engagement de l'Etat sur ce rapprochement n'a cependant pas été affirmé ni appliqué sans équivoque ; le degré de transparence de ses modalités et de sa programmation dans le temps est aussi jugé très insuffisant par l'ensemble des fédérations concernées. Il est vrai que la FHP de son côté n'a pas affirmé son soutien à la logique de neutralité tarifaire et au redéploiement de ressources qu'il implique inévitablement entre activités « rentières » et activités sous-tarifiées.

2009, vol. 4, Cambridge University Press.

⁹⁸ Cf. rapport IGAS, *Evolution de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, op. cit..

⁹⁹ La tarification des soins palliatifs dans le secteur privé a été corrigée en 2011, ce qui a éliminé la pénalisation dont ces soins faisaient l'objet.

*** Pour le patient**

- [384] Pour le patient, le séjour en clinique comporte plusieurs catégories de coûts qui rendent difficile la comparaison avec le secteur public. Le patient doit en effet assumer des dépassements d'honoraires, sauf cas de pratique en secteur I – dépassements d'honoraires il est vrai très variables selon les spécialités et les territoires de santé – ainsi que des coûts « hôteliers », en particulier pour chambre individuelle, qui peuvent être plus élevés dans les cliniques. Quant au ticket modérateur également supporté par le patient en rapport avec les soins reçus, il est calculé sur des bases différentes dans les deux secteurs : sur la base des tarifs des GHS dans les cliniques (ce qui semble cohérent avec le mode de financement des établissements) et sur la base des tarifs journaliers de prestations dans les hôpitaux publics ; cette subsistance d'un mode de financement plus ancien aboutit paradoxalement à une assiette de calcul du ticket modérateur plus élevée dans le cas des hôpitaux publics, avec des effets variables selon les disciplines, plus importants en médecine qu'en chirurgie par exemple. La nécessaire réforme de ce dispositif a été maintes fois soulignée et, à la date de la rédaction de ce rapport, une mission de l'IGAS est prévue sur ce sujet.
- [385] L'incidence économique du lieu de réalisation d'un séjour hospitalier tant pour le patient que pour l'assurance maladie est donc la résultante complexe de multiples facteurs qui entretiennent non seulement une certaine confusion mais aussi une divergence potentielle d'intérêts entre patients et assurance maladie.

Recommandation n°2 : Il importe de mettre en lumière les différences de coûts complets des séjours, sur un échantillon de GHS, pour l'assurance maladie et pour le patient selon le secteur d'hospitalisation dans lequel ils sont réalisés. La mission rappelle également l'importance des recommandations formulées dans le rapport de l'IGAS RM 2012-024P relatif à l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, visant à assurer une plus grande neutralité des tarifs au regard des coûts.

- [386] Cet effort de transparence doit contribuer à préserver les incitations à l'efficience à travers les tarifs ; si l'objectif de convergence tarifaire intersectorielle prévu dans le cadre de la T2A soulevait un certain nombre de difficultés, il importe que les tarifs ne convergent pas spontanément vers les coûts les plus élevés, à la satisfaction des secteurs public et privé.

4.1.3. Les attentes des cliniques à l'égard du régulateur

- [387] Les entretiens menés par la mission de l'IGAS avec les dirigeants de plusieurs cliniques, indépendantes ou non, et les équipes situées au siège des groupes, ont fait ressortir trois types d'attente à l'égard du régulateur, régional ou national.

4.1.3.1. Une demande de décision claire et de gestion économe du temps

- [388] Le souhait « que le régulateur tranche », « qu'il ne diffère pas les restructurations là où les surcapacités sont manifestes » a été entendu maintes fois. Il peut même s'exprimer de manière paradoxale dans l'idée que « l'ARS devrait catalyser la fusion entre deux cliniques autour d'un projet de filière de soins » ; une telle intervention peut devenir particulièrement délicate lorsque ce qui est demandé à l'ARS est en réalité de trancher entre deux groupes concurrents.
- [389] Une demande de même nature vise le régulateur au niveau national pour que ne soient pas différés les ajustements tarifaires. Elle est justifiée par « la nécessité de ne pas laisser des établissements bâtir des stratégies sur des tarifs artificiels et condamnés ou sur des forfaits instables » (ainsi d'une clinique de chirurgie et d'obstétrique qui a réalisé en 2008 un investissement important destiné à installer une unité de soins continus, sur la base des forfaits-jours alors en vigueur, dont l'éligibilité a été fortement restreinte quelques années plus tard, contribuant à déstabiliser l'économie de l'établissement).

4.1.3.2. Une demande de visibilité et de projection stratégique à moyen terme

- [390] La capacité des SROS et PRS à éclairer l'évolution projetée du système de soins à l'échelle régionale est reconnue (pour certains dirigeants de cliniques, le SROS a notamment servi à « identifier les manques » dans l'offre de soins, et à se positionner pour y répondre), l'éclairage stratégique est néanmoins jugé insuffisant. Cela tient pour partie au fait que dans un tissu hospitalier qui confère aux différents établissements, publics ou privés, des rôles à la fois complémentaires et concurrents (selon les disciplines), chacun a besoin, pour son propre pilotage, de connaître un peu la stratégie des autres. Alors que les cliniques regrettent le manque de communication sur la stratégie des hôpitaux publics situés dans le même bassin, les ARS regrettent simultanément d'avoir peu d'informations sur la stratégie des cliniques, tout particulièrement lorsqu'elles appartiennent à un groupe.
- [391] Par ailleurs, cette demande visibilité rejoint celle de proximité et de dialogue avec les ARS, dont les équipes sont parfois perçues comme plus lointaines et moins expertes (en termes économiques et financiers notamment) que ne l'étaient celles des ARH.
- [392] Enfin, la recherche de visibilité de la part des cliniques englobe la revendication d'une programmation pluriannuelle des ajustements tarifaires. Sans doute s'agit-il d'une revendication partagée par les hôpitaux publics, même si l'enjeu pour des cliniques réalisant de gros volumes d'activité sur des case-mix plus étroits est particulièrement important.

4.1.3.3. Une demande d'adaptation des tarifs aux coûts

- [393] Cette position est exprimée notamment par le président de la FHP-MCO, qui met en exergue l'importance des efforts réalisés par les établissements du secteur pour améliorer leur productivité et le « déséquilibre fondamental », selon lui, entre le chiffre d'affaires généré par l'assurance maladie et le total des charges : « Nos établissements doivent faire face à d'importants investissements pour rester en pointe et sont lourdement endettés. Les remboursements de l'assurance-maladie ne couvrent plus les charges d'exploitation qu'à hauteur de 90,3% ».
- [394] La mission de l'IGAS relative à la T2A a étudié avec l'appui de l'ATIH les coûts directement imputables aux séjours des patients en les comparant aux tarifs. Elle a montré, sous réserve de certaines limites méthodologiques¹⁰⁰, que dans le secteur privé (ex-OQN) « *le montant total des tarifs de la campagne 2011 se situe 5,2% au-dessus du niveau du montant total des coûts moyens 2009 ajustés au périmètre tarifaire* ». Dans le secteur public (ex-DG), ces deux montants sont identiques. Le rapport n'établit cependant pas un lien entre le niveau des tarifs et la situation financière des établissements de santé, pas plus qu'il n'en tire de conclusion directe sur le niveau des tarifs.
- [395] Tout au plus peut-on avancer que certains déficits ou excédents peuvent être liés aux distorsions tarifaires et aux financements extra-tarifaires ; ce sont bien ces deux sujets qui sont au cœur des critiques des établissements de santé quant à leur financement et qui doivent retenir toute l'attention du régulateur.

¹⁰⁰ La mission a demandé à l'ATIH de retraiter les coûts complets pour les ramener sur un périmètre le plus comparable possible à celui des tarifs, en retirant les charges non financées à travers la facturation des séjours. La méthode présente des limites, certains écarts de périmètres entre les charges ainsi retraitées et les tarifs restant irréductibles. En outre les données de coûts se rapportent à l'année 2009 tandis que les tarifs utilisés aux fins de comparaison sont ceux en vigueur en 2011.

4.1.3.4. Une demande de neutralité

- [396] Les cliniques visitées ont été unanimes pour demander plus de neutralité de la part du régulateur, qu'il s'agisse de l'allocation des crédits MIGAC, du soutien aux restructurations, de l'attribution des autorisations¹⁰¹ et de l'application des seuils d'activité réglementaires, ou encore d'une conception plus équilibrée des GCS de moyens avec des établissements publics ;
- [397] Une même attente de neutralité s'exprime à l'égard des partenaires des cliniques tels que les CHU s'agissant de l'accueil d'internes en cliniques, ou les SAMU s'agissant de l'orientation des patients en urgence.
- [398] Les cliniques invoquent à cet égard la nécessité de respecter l'esprit de la loi HPST, c'est-à-dire de « raisonner sur des missions et des résultats plutôt que sur des acteurs ». Le positionnement même des ARS, à la fois régulateur régional et garant du redressement économique des hôpitaux publics, est perçu à cet égard comme une source de distorsion. Il en va de même du SAMU, régulateur des urgences mais rattaché au CHU pour son fonctionnement.

Les efforts récents du régulateur en matière de neutralité

Sur la question toujours sensible du financement, la première circulaire budgétaire de 2011¹⁰² a introduit de nombreuses évolutions. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la transparence et de la précision de l'allocation des crédits, mais aussi de neutralité et d'objectivité, avec notamment :

- l'introduction de la justification au premier euro comme mode de délégation des crédits (99% des nouveaux financements accordés en 2010 aux établissements de santé l'ont été à titre non reconductible) ;
- la consolidation du modèle des MERRI (marquée notamment par un recul de la part fixe au profit de la part variable et modulable) ;
- la modélisation de plusieurs missions, l'objectif étant d'allouer des financements identiques dès lors que les missions assurées sont les mêmes. Ont ainsi été « mises à plat » la part fixe des MERRI, la rémunération des internes accueillis en stage, la permanence des soins en établissement de santé et la qualité des soins en cancérologie.

Dans cet esprit et comme pour les aides à la contractualisation, la DGOS a publié un guide de contractualisation des dotations finançant des MIG. A terme, l'idée est de procéder à une révision de l'ensemble des dotations pour s'affranchir des bases historiques au profit de l'objectivation des déterminants des financements et du suivi de leur utilisation : budget base zéro pour les MERRI dès 2011, pour les autres MIG en 2012 ; passage à la T2A des établissements SSR en 2013, psychiatriques et USLD ensuite. Ce mouvement, qui doit être confirmé, est de nature à répondre à une des attentes fortes exprimées par le secteur privé commercial.

¹⁰¹ Selon certaines cliniques, « l'ARS protège les situations acquises » : exemple du refus d'une autorisation supplémentaire de cardiologie interventionnelle alors qu'existeraient des files d'attente dans les établissements qui détiennent les autorisations en vigueur.

¹⁰² Circulaire n° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

4.2. Des objectifs divergents laissés à l'arbitrage des ARS

[399] A l'évidence, les enjeux de la régulation de l'hospitalisation, dans un contexte de diversité statutaire des établissements, se posent bien aux ARS en termes de neutralité et d'efficacité. Or l'analyse de ces enjeux met en évidence les ambiguïtés qui entourent les objectifs assignés aux ARS et leurs contradictions potentielles.

[400] En toute hypothèse, l'organisation d'une offre de soins sûre, pertinente et de qualité sur le territoire, à la fois rationnelle et harmonieusement répartie, est au cœur des missions des ARS. Ces missions soulèvent plusieurs questions :

- Dans quelle mesure, les ARS, dans l'accomplissement de leurs missions, prennent-elles en compte les statuts des établissements de santé ?
- Leurs outils d'intervention sont-ils neutres à cet égard et doivent-ils l'être ?
- Comment est appréciée l'utilité propre du secteur privé lucratif dans l'organisation de l'offre de soins ? En quoi le secteur privé lucratif est-il préfigurateur éventuellement de certaines évolutions pour l'hôpital public ?
- Quel est le compromis trouvé par le régulateur entre l'administration des parts de marché et le financement à l'activité ?

4.2.1. Régulation neutre de la concurrence et équilibre économique des hôpitaux publics

[401] Les ARS sont amenées à intervenir dans le maintien ou le rétablissement de l'équilibre économique des hôpitaux publics. Cela passe fréquemment par la préservation d'un niveau d'activité suffisant, ce qui se traduit différemment selon le territoire : soit que l'on se trouve dans une grande agglomération disposant d'une offre de soins dense et très concurrentielle, soit que l'on se trouve, à l'opposé, dans un petit bassin de population disposant d'établissements publics et privés en surcapacités, aux équipes médicales peu renouvelées, donc fragilisés financièrement.

[402] Dans la première configuration, l'ARS est généralement soucieuse de :

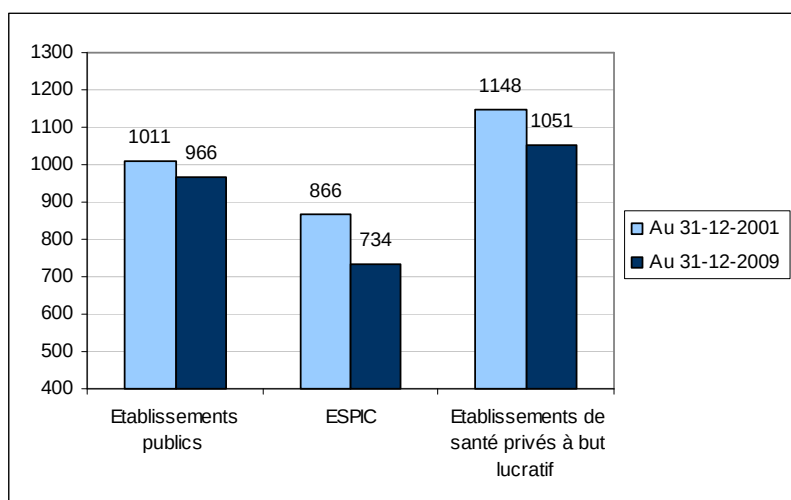
- protéger l'hôpital public de la concurrence des cliniques en ce qui concerne la ressource médicale (clauses de non concurrence, saisine de la commission de déontologie) ;
- stimuler l'efficacité de l'hôpital public par sa réorganisation ;
- fidéliser les patients à travers des filières de prise en charge comparables à celles mises en place par le secteur privé (via des postes médicaux à temps partagé et des consultations avancées, notamment en cardiologie, en pneumologie et pour les endoscopies - ex : CHU de Nantes avec le centre hospitalier de Châteaubriant).

[403] Pour certaines ARS, dans les grands bassins de population (ex : Rennes, Brest) et sites de références (ex : Vannes, Lorient, St-Brieuc), l'heure est à la révision des stratégies hospitalières, dans un contexte de concurrence exacerbée, notamment par l'arrivée des groupes et la constitution de filières intra groupe.

[404] Dans les petits bassins de population - deuxième configuration - il s'agit souvent, pour l'ARS, de resserrer les capacités et de choisir lequel des plateaux techniques doit demeurer. La politique menée pendant la décennie précédente consistant à rapprocher deux établissements public et privé de taille modeste, souvent relocalisés sur un même site avec une aide financière publique, s'est révélée coûteuse et n'a pas toujours produit les résultats escomptés, ne parvenant ni à stimuler l'activité (par la réduction du taux de fuite des patients) ni à renouveler les équipes médicales ni à rationaliser les équipements.

- [405] La mission en a eu des exemples dans certains sites de l'Ardèche et de Bretagne (obstétrique et chirurgie). Confrontées à ces cas de figure, les ARS cherchent aujourd'hui plutôt à initier les regroupements ou recombinaisons entre *équipes médicales* pour faciliter la fermeture d'établissements – solution jugée plus favorable au maintien d'une attractivité suffisante tant pour les médecins que pour les patients plutôt que de chercher à travers des coopérations à maintenir les établissements.
- [406] Les représentants du secteur des cliniques mettent en avant la contribution importante de ce secteur aux réductions de capacités et fermetures d'établissements ; les chiffres l'attestent : le nombre de cliniques privées a diminué d'un peu plus de 8% entre 2001 et 2009 tandis que le nombre d'hôpitaux publics diminuait d'environ 4% - mais le nombre d'établissements ESPIC de 15%. A l'échelle d'une région comme le Languedoc Roussillon, le nombre de cliniques privées dans les champs MCO, SSR et psychiatrie est passé de 124 en 1997 à 98 en 2011, soit 22% d'établissements en moins, ce processus ayant surtout affecté les petites maternités et les cliniques moyennes spécialisées en médecine ou en chirurgie, ainsi que les établissements de soins de suite. Il est vrai aussi que les cliniques avaient une taille moyenne très inférieure à celle des hôpitaux publics, qui les a rendues plus vulnérables face à l'alourdissement de l'intensité capitalistique de l'activité et des normes de fonctionnement. L'existence de groupes de cliniques a d'ailleurs pu faciliter la négociation par les ARH puis les ARS d'opérations globales impliquant plusieurs établissements sous forme de restructuration, de repositionnement et de soutien.

Graphique 20 : Evolution du nombre d'établissements de santé par catégorie juridique (2001-2009)



Source : DREES-SAE

- [407] Le bilan macro-économique de ces transferts d'activité est ambivalent : une activité donnée est certes, dans l'état actuel du différentiel tarifaire, plus coûteuse pour l'assurance maladie si elle est assurée par l'hôpital public seul que par une clinique privée seule, mais elle est certainement moins coûteuse que si elle est produite concurremment par deux structures voisines en sur-capacité. Dans l'esprit du rapport¹⁰³ de l'IGAS relatif aux fusions et regroupements d'hôpitaux, la mission préconise que soient mieux évalués ces transferts d'activité (en termes de dépenses publiques, de niveau d'activité, de qualité des soins, de taux de fuite des patients, etc). Les fins de contrats pluriannuels entre l'administration centrale et les ARS en offrent l'occasion. Cette démarche contribuerait à conforter la neutralité de la régulation.

¹⁰³ P.Y. Bocquet, J.L. Bonnet, F. Lalande, C. Scotton, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan ?*, rapport de l'IGAS n° RM 2011-127, 2012. Ce rapport recommandait notamment de développer les études sur l'impact des recombinaisons hospitalières, et notamment des fusions.

Recommandation n°3 : L'évaluation des résultats médico-économiques des recompositions de l'offre de soins, tout particulièrement des transferts d'activité entre établissements privés et publics, doit être activement développée.

4.2.2. L'équilibre des territoires, enjeu des stratégies publiques et privées d'organisation de l'offre de soins

4.2.2.1. Partage administré des parts de marché et émulation entre établissements

- [408] Si l'on considère que la planification est la garantie d'une répartition harmonieuse de l'activité sur le territoire, l'administration des parts de marché prolonge logiquement la planification. On peut dès lors se demander jusqu'où les ARS peuvent aller dans le partage administré des parts de marché et jusqu'où elles doivent laisser jouer la concurrence.
- [409] A titre de comparaison, dans le service public de l'enseignement, les parts de marché sont de fait figées entre acteurs publics et privés. Tel n'est pas le cas pour les établissements de santé sous l'effet de plusieurs facteurs :
- la mobilité de la ressource médicale,
 - le libre choix des patients,
 - le libre choix des spécialités par le secteur privé sous réserve des autorisations,
 - la T2A, aux termes desquels le financement suit le patient.
- [410] Ces facteurs introduisent de la variabilité dans la répartition des parts de marché et conduisent les ARS à intervenir dans leur répartition, par le jeu des autorisations qui contribuent à l'influence qu'elles peuvent exercer dans les opérations de restructuration.
- [411] Les régions sont à cet égard très différentes. En Pays de Loire par exemple, sur l'agglomération nantaise, les parts de marché semblent stabilisées sur la base d'un partage géographique de l'offre : un pôle ESPIC mutualiste à l'Est (plus de 300 lits), une grosse clinique indépendante (les Nouvelles Cliniques Nantaises) au sud (plus de 300 lits), plusieurs cliniques du groupe VEDICI au nord ouest (600 lits au terme d'un regroupement en cours) et le CHU en centre ville. Au Mans, un schéma comparable a été mis en place.
- [412] D'autres ARS du fait de surcapacités persistantes en court séjour et d'une implantation historique des établissements font face à des situations complexes, encore incertaines en termes de répartition géographique et médicale des parts de marché. C'est le cas par exemple des villes de Lyon et de Brest.
- [413] Il existe donc une tension entre la tentation de figer des parts de marché (qui rejoint la préoccupation exprimée plus haut du redressement économique des hôpitaux publics) et la tentation de laisser l'attractivité relative des différents établissements vis-à-vis des équipes médicales et des patients déplacer les parts de marché. Si la nécessité de maîtriser la dépense d'assurance maladie conduit à supprimer des équipements et capacités surnuméraires ou des activités redondantes, l'utilité d'un secteur privé d'hospitalisation réside notamment, selon une opinion largement partagée, dans l'émulation aux fins d'efficacité et de qualité de service et dans la capacité d'innovation des établissements particulièrement sur le plan des modes d'organisation et de gestion.
-

4.2.2.2. La couverture des territoires isolés

[414] Il existe une autre configuration caractérisée par la présence résiduelle du seul secteur privé lucratif dans certaines zones rurales reculées, où est ainsi maintenue une offre minimale, généralement de premier recours. Ceci soulève plusieurs difficultés pour le régulateur :

- le maintien d'une attractivité pour les professionnels de santé concernés et la viabilité économique des structures ;
- la régulation de ce monopole et la posture du régulateur au cas où l'actionnaire de la clinique déciderait sa fermeture, lorsque des questions de santé publique sont en jeu.

[415] Ainsi dans le département des Pyrénées orientales, les cliniques assurent 80% des séjours chirurgicaux (68% globalement sur la région) et 68% des séjours de soins de suite (57% sur la région) ; à Lodève, Céret, Prades, Bédarieux ou Ganges par exemple, l'offre de soins de court séjour résulte essentiellement du seul secteur privé. Cette situation conduit l'ARS de Languedoc Roussillon à prévoir dans les CPOM conclus avec les cliniques privées des clauses stipulant que, si l'établissement est en situation de monopole sur son territoire (pour une discipline ou un mode de prise en charge donné), il s'engage à garantir un accès au secteur I, et, pour les cliniques reconnues sites d'urgence, qu'aucun dépassement ne peut être appliqué aux patients hospitalisés après un passage aux urgences. Des situations analogues existent en région Rhône-Alpes par exemple, dans certaines zones de la Drôme, de la Loire, de l'Ardèche ou du sud de l'Isère.

4.2.2.3. Les questions soulevées par les filières et l'activité hors les murs

[416] Les stratégies de constitution de filières et de déploiement hors les murs (cf §3.5), qui sont malgré tout encore occasionnelles, peuvent constituer un point d'appui pour le régulateur régional, en offrant l'opportunité d'accords globaux avec des groupes, dans une approche inter-disciplinaire (MCO, SSR, voire médico-social), éventuellement à un niveau interrégional. L'intérêt ne fait aucun doute pour les ARS de discuter avec un interlocuteur unique la mise en cohérence de projets médicaux sur un territoire de santé et de d'activer simultanément plusieurs leviers pour régler des situations complexes. Ces stratégies permettent a priori d'offrir aux patients des prises en charge complètes autour d'un établissement de référence et sont susceptibles de conforter la situation des petits établissements périphériques en termes d'accès aux ressources médicales.

[417] Les groupes de cliniques y voient aussi un avantage pour fidéliser en son sein le patient (dans une chaîne allant du soin de premier recours jusqu'au plateau technique sophistiqué voire aux soins de suite), sécuriser un apport d'activité vers l'établissement de référence mais aussi renforcer leur capacité de négociation vis-à-vis des ARS.

[418] Ces évolutions soulèvent toutefois quelques questions stratégiques pour le régulateur, qui ne seront éclaircies que dans la durée, et qui imposent de mobiliser, éventuellement à l'échelle interrégionale, sa capacité de suivi et d'évaluation :

- quant aux effets réels de ces modes d'organisation sur la gradation de l'offre de soins et sur la cohérence, la qualité et la pertinence des prises en charge ;
- quant aux incidences éventuelles sur l'équilibre des territoires ;
- quant à l'intensification éventuelle de la concurrence public-privé qui pourrait en résulter ;
- quant à l'éventuelle préfiguration de réseaux de soins à la française, inspirés des « Preferred Provider Organizations » (PPO) ou « Health Maintenance Organizations » (HMO) nord-américains, qui seraient ici initiés par les prestataires de soins et non par leurs financeurs.

4.2.3. L'étendue incertaine du soutien et de la garantie implicite de l'Etat

4.2.3.1. Un soutien public perçu par les cliniques comme très asymétrique au bénéfice de l'hôpital public

[419] Les établissements publics de santé bénéficient de facto du soutien de l'Etat et de sa garantie implicite. Celle-ci découle de leur statut d'établissement public de l'Etat depuis la loi HPST, mais aussi de l'existence de la fonction publique hospitalière et de la compétence à leur égard du contrôle de l'Etat.

[420] Cette garantie implicite se manifeste de plusieurs manières :

- dans le cadre de la gestion des emprunts structurés¹⁰⁴ souscrits par certains hôpitaux et pour lesquels a été prévu un soutien de l'Etat à la structure chargée de reprendre les créances correspondantes de la banque Dexia ;
- dans le cadre de la mise en place future du pôle de financement du secteur public autour de la Banque Postale et de la Caisse des Dépôts : une enveloppe de 2 Md€ de prêts sur fonds d'épargne est ainsi disponible depuis avril 2012 pour les collectivités locales et les hôpitaux publics dont les opérations d'investissement auront été validées par les ARS. ;
- dans le cadre des aides financières allouées à titre exceptionnel à un établissement public fragilisé pour reprendre l'activité et les moyens d'une clinique à vendre.

[421] Ce soutien prend aussi la forme, s'agissant d'établissements confrontés à des difficultés financières, de contrats de retour à l'équilibre, voire d'un placement sous administration provisoire, qui peuvent être assortis d'aides de trésorerie.

[422] Mais c'est de toute évidence l'utilisation des crédits d'aide à la contractualisation (AC) au titre du soutien aux établissements déficitaires qui concentre les critiques les plus vives. Le secteur privé commercial voit en effet dans la répartition de l'enveloppe correspondante (et, au-delà, de la dotation MIGAC dans son ensemble - cf. encadré ci-après) la manifestation la plus criante d'un avantage donné aux hôpitaux publics et du manque de neutralité des ARS.

[423] Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette répartition déséquilibrée des aides à la contractualisation :

- la répartition historique des missions de service public ;
- l'exercice par les hôpitaux publics de missions "non rentables" et mal financées, sans possibilité de sélection des patients et avec l'obligation d'assumer leurs missions de service public même en l'absence de moyens suffisants issus de la facturation des séjours ;
- une certaine méfiance ou méconnaissance de la part des ARS à l'égard des montages juridiques des cliniques et des circuits de financement internes aux groupes ;
- l'absence de levier sur les cliniques et leurs dirigeants pour tracer les sommes allouées et garantir dans la durée le bon usage des mesures de soutien accordées (notamment en cas fermeture ou de rachat de l'établissement).

¹⁰⁴ Dits emprunts toxiques.

Encadré : répartition de la dotation MIGAC.

L'enveloppe MIGAC nationale représentait 7 798 M€ en 2010¹⁰⁵, dont 2 240 M€ (soit quelque 29% du total) dédiés aux seules « aides à la contractualisation » (AC).

Les établissements de santé privés antérieurement placés sous OQN ont perçu 82 M€ au titre des MIGAC en 2010, soit 1,05% du total de l'enveloppe déléguée aux établissements (proportion en légère diminution par rapport à 2009 (elle était alors de 1,3% du total de l'enveloppe)).

Le montant correspondant en valeur absolue a ainsi diminué d'environ 20% par rapport à 2009 (passant de 102 à 82 M€), du fait notamment des gels de crédits AC opérés en 2010, qui ont fortement touché les cliniques, pour lesquelles ces crédits représentent une part importante des crédits de MIGAC alloués (43% en moyenne).

Ces crédits AC peuvent être définis comme la marge de manœuvre laissée aux agences régionales de santé afin de répondre à des orientations ou à des problématiques régionales non prises en compte par les autres sources de financement. Il est désormais demandé aux ARS d'allouer ces crédits de façon non reconductible afin de pouvoir en reconsidérer chaque année la justification.

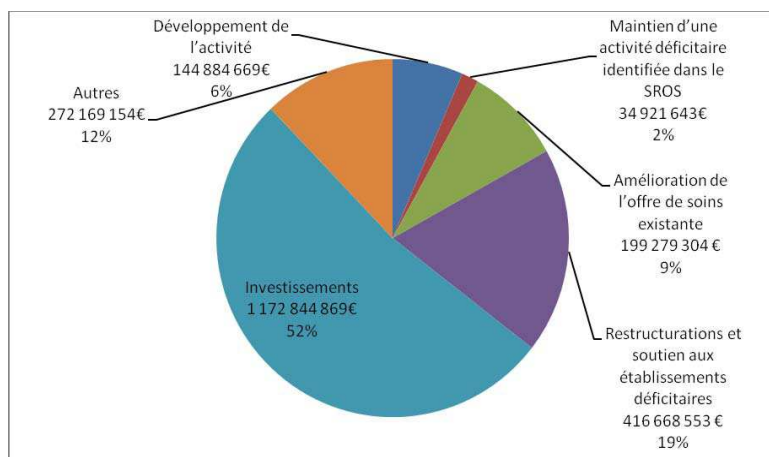
Une typologie héritée de la campagne budgétaire 2006 distingue six catégories d'AC, figurant dans le tableau et le graphique ci-dessous :

Tableau 20 : AC : les montants totaux, les montants attribués aux cliniques

	Enveloppe totale	dont cliniques	%
Amélioration de l'offre de soins existante (renforcement de moyens)	199 279 304	2 544 491	1,28
Développement de l'activité	144 884 669	12 427 441	8,58
Investissements	1 172 844 869	7 319 575	0,62
Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	34 921 643	4 043 038	11,58
Restructurations et soutien aux établissements déficitaires	416 668 553	1 357 421	0,33
Autres	272 169 154	7 457 680	2,74
TOTAL	2 240 768 192	35 149 646	1,57

Source : rapport au Parlement 2011 sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation. Chiffres 2010.

Graphique 21 : Affectation des aides à la contractualisation notifiées en 2010 aux établissements de santé, tous statuts confondus :



Source : rapport au Parlement 2011

S'agissant des établissements ex-OQN du champ MCO, les financements AC vont davantage au développement de l'activité (35%) puis à l'investissement (21%). S'y ajoutent des affectations diverses (catégorie « Autres ») pour une proportion de plus de 20%, certes en diminution mais encore supérieure à la moyenne nationale.

Cf. annexe 19 pour une présentation plus détaillée.

¹⁰⁵ Au moment de la rédaction de ce rapport, mi 2012, les chiffres se rapportant à l'année 2011 ne sont pas encore disponibles à l'échelle nationale.

4.2.3.2. Ce soutien des hôpitaux publics connaît cependant des limites

- [424] Selon le directeur France de Dexia Crédit Local, Jean-Luc Guitard, « le marché hospitalier change beaucoup alors même que le risque n'a que très légèrement évolué car c'est un secteur adossé à l'Etat »¹⁰⁶. Pourtant, la raréfaction des crédits bancaires aux hôpitaux est un sujet de préoccupation ; en outre, le taux d'intérêt auquel ils peuvent emprunter n'est pas toujours proche de celui de l'Etat et dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels l'effet d'un adossement à l'Etat est de plus en plus incertain. Ainsi, l'encours de la dette des hôpitaux supporte-t-il un taux moyen de 3,5% en augmentation de 0,2% par rapport à l'année précédente avec des situations très variables : ainsi le taux d'intérêt auquel empruntait l'AP-HM début 2012 était de 4,1% et se négociait autour de 5,5% pour un nouvel emprunt à l'automne. Il se pourrait que les émissions obligataires récentes par un pool de grands hôpitaux aient pu bénéficier de taux proches de ceux de l'Etat grâce à l'effet de la mutualisation de leur capacité de remboursement plutôt que de sa garantie implicite¹⁰⁷.
- [425] Le soutien dont bénéficient les hôpitaux publics (voire ESPIC) fait l'objet de vives critiques de la part des cliniques. Il bénéficie pourtant également aux cliniques.

4.2.3.3. Le soutien public bénéficie aussi aux cliniques

- [426] Pour marginale que soit la part des établissements privés ex-OQN dans la dotation MIGAC, elle n'en connaît pas moins une évolution sensible et continue : de 0,4 % en 2005 (soit 53 M€), à 0,7 % en 2006, 0,9 % en 2007, puis 1,05% en 2010 (82 M€).
- [427] Surtout, les établissements privés ne sont pas a priori exclus du bénéfice des dotations MIGAC. Ils en ont perçu notamment dans le cadre du plan cancer pour financer des équipes mobiles de soins palliatifs, ainsi que pour la prise en charge des patients en situation de précarité (voir en annexe 19 le détail des missions correspondantes). Les masses les plus importantes pour le secteur privé concernent la cancérologie (coordination et actions de qualité transversales) et les patients en situation de précarité.
- [428] La région Languedoc Roussillon offre un exemple intéressant quoique non représentatif. La part du secteur privé dans la dotation MIGAC régionale en 2011 représentait 5%, soit une proportion bien supérieure à ce qui est observé à l'échelle nationale. Cela n'est pas sans lien avec la place importante qu'y occupe ce secteur dans l'offre de soins régionale : 68% des séjours de chirurgie, 45% de l'activité d'obstétrique, 35% de la médecine, 57% des séjours de SSR et 46% de la psychiatrie (chiffres 2011). Parmi ses critères d'allocation des crédits AC, l'ARS a fait une priorité du soutien aux cliniques isolées dont la zone de recrutement ne permet pas de garantir une activité suffisante (versement à ce titre de 1,5 M€ en 2011); l'appui à la permanence des soins des établissements privés, en l'attente des autorisations de services d'urgences, constitue un autre critère important (près d'1 M€ versé en 2011 à ce titre).
- [429] Par ailleurs, les cliniques ont bénéficié ces dernières années d'aides à l'investissement découlant des plans « Hôpital 2007 » puis « Hôpital 2012 ».

¹⁰⁶ Dépêche APM International, 4 avril 2012

¹⁰⁷ Deux émissions obligataires ont déjà été réalisées en 2009 et 2010 respectivement pour 250 et 167 millions d'euros. Une nouvelle opération portant sur 200 millions d'euros est actuellement en préparation par une vingtaine de CHU. « Après les collectivités locales, les hôpitaux prévoient un recours à l'emprunt obligataire », *Les Echos*, 22 mai 2012.

- [430] Le Plan Hôpital 2007 est intervenu alors que le secteur des cliniques connaissait un ralentissement de ses investissements. Pour autant, un certain nombre de projets de regroupement de structures étaient déjà planifiés et financés indépendamment du plan. Bien que la Cour des comptes qualifie d'inégal le soutien financier apporté aux cliniques (absence de directive aux ARS sur le taux d'accompagnement applicable aux projets notamment), 290 projets ont été retenus, soit 30% environ du nombre total d'opérations mais moins de 20% du montant total des dotations régionales (ORPI¹⁰⁸) en raison du moindre montant unitaire de opérations privées.

Tableau 21 : Montants d'investissement du plan Hôpital 2007 (M€)

	ORPI Plan cible	ORPI Constaté	Aide FMES PP versée	Aide ONDA M versée	Aides attribués es ONDA M + FMESP P	Montant final de l'investisse ment
Cliniques	1 553	1 631	399	1	411	1 906
PSPH	1 003	919	86	41	580	1 375
EPS	7 256	5 764	33	376	5 054	12 732
Total	9 812	8 314	1 018	418	6 057	16 013

Source : MAINH, Synthèse du plan national d'investissement hôpital 2007, août 2009

- [431] Le plan « Hôpital 2012 », quant à lui, a été doté de 10 Mds€ répartis en trois tranches sur la période 2008-2012, au service de deux priorités :
- les opérations de recomposition hospitalière et de mise en œuvre des SROS 3, notamment les regroupements de plateaux techniques publics et privés ;
 - l'accélération de la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers (SIH), dès lors qu'elle correspond à une informatisation du processus de soins.
- [432] Par ailleurs, les surcoûts des opérations de mise aux normes exceptionnelles (normes parasismiques, désamiantage) pouvaient faire l'objet d'un financement spécifique accordé au niveau national par prélèvement sur l'enveloppe de la seconde tranche du plan.
- [433] Selon un bilan d'étape de la DGOS¹⁰⁹, le secteur privé a reçu 40% de l'enveloppe totale Hôpital 2012 en matière de systèmes d'information et 10% en matière immobilière (première tranche). Sur les deux premières tranches du plan Hôpital 2012, 250 projets portés par des cliniques ont été validés sur les 343 déposés (dont 93 projets immobiliers, 155 projets SI et 2 opérations de mise aux normes) ; sur un coût total des projets de 1,9 Mds€, l'aide publique apportée a ainsi représenté 906 M€ (dont 677 pour les projets immobiliers et 230 pour les projets SI).

¹⁰⁸ La répartition des financements du plan « Hôpital 2007 » a nécessité la création d'objectifs régionaux pluriannuels d'investissement (ORPI), en complément des traditionnels programmes pluriannuels régionaux d'investissement (PPRI) émergeant sur le budget de l'agence régionale.

¹⁰⁹ Sur la seule première tranche, 24 cliniques ont bénéficié de financements immobiliers pour un total de 165,6 M€ représentant en moyenne 40% des investissements engagés. Une part non négligeable concerne soit des établissements de SSR, soit des unités de soins de suite créées en prolongement d'une unité de court séjour. En outre, 94 cliniques ont bénéficié d'enveloppes SI, pour des montants unitaires compris entre 50 et 250 K€.

- [434] Enfin, dans le cadre des restructurations, les cliniques privées peuvent bénéficier d'une forme de soutien public, peu éloignée dans certains cas de la garantie *implicite* de l'Etat. Il en va ainsi lorsque l'hôpital reprend l'activité ainsi que les moyens humains et matériels d'une clinique en liquidation, parce que l'activité présente un enjeu de santé publique ou tient une place importante dans l'organisation territoriale des soins, ou encore parce que l'emploi local doit être préservé ou encore parce que des pressions politiques se sont exercées en ce sens).

Le soutien public dans la restructuration des cliniques : quelques exemples en Bretagne

- Guingamp : présence d'un hôpital de proximité et d'une petite clinique ne disposant pas de la taille critique ; rapprochement public-privé entrepris au début des années 2000 parallèlement à la reprise de la clinique par la Mutualité avec construction de nouveaux bâtiments sur le site de l'hôpital ; faillite de la clinique en 2007, le site unique n'ayant pas suffi à redynamiser l'activité et à faire émerger un pôle cohérent avec le site voisin de Lannion ; reprise par l'hôpital des moyens de la clinique : son personnel non médical, les médecins (via un groupement de coopération sanitaire), le matériel et les murs (en raison du continuum architectural avec les locaux de l'hôpital).
- Pontivy : clinique installée il y a quelques années dans des locaux neufs contigus à ceux de l'hôpital, avec une forte subvention publique allouée dans le cadre d'Hôpital 2007. Toutefois, les surcapacités sur ce petit bassin, le vieillissement de la communauté médicale et des erreurs de gestion (relatives notamment à la souscription d'un crédit bail immobilier au coût exorbitant) ont conduit au placement de cette clinique en redressement judiciaire à l'automne 2011. Deux candidats se sont présentés pour la reprise : le groupe Vivalto et l'hôpital public (selon les déclarations de l'ARS, sans apport financier de celle-ci et sans reprise des murs). La reprise a été attribuée par le tribunal en juin 2012 au groupe Vivalto.
- Polyclinique St-Michel - St-Anne à Quimper : décision prise par la polyclinique en 2011 de cesser son activité d'obstétrique (maternité de niveau 1, ayant réalisé 828 accouchements en 2010), en raison de l'impossibilité de recruter les praticiens requis ; décision anticipée et préparée en association avec l'ARS, pour faciliter la reprise de l'obstétrique par l'hôpital, avec une partie seulement des personnels de la clinique et une partie de ses médecins.

- [435] Un directeur général d'ARS a évoqué le cas type d'une clinique de chirurgie gynécologique et d'obstétrique pratiquant 4 000 accouchements par an mais en difficulté financière en raison d'un crédit bail trop onéreux (ou amorti sur une durée trop courte) et d'une diminution d'activité liée notamment à des dépassements élevés (eux mêmes liés aux difficultés de recrutement d'obstétriciens et à des pratiques peu orthodoxes de redevance à la clinique). Dans ce cas de figure, le DG d'ARS estime qu'« on ne peut pas prendre le risque de la liquidation » eu égard à l'importance du volume d'activité, et qu'il importe de contribuer à préserver la pérennité de cet établissement.

- [436] Ces divers exemples montrent que les ARS peuvent s'impliquer dans la stratégie des cliniques privées ; elles se considèrent en effet comme « légitimes à accompagner des opérations de recomposition concernant le secteur privé ». Cela se conçoit bien eu égard à leur intégration dans la planification hospitalière et à leur place importante, parfois dominante, dans le système de santé. L'ambiguïté vient de la non conceptualisation d'un service public hospitalier qui reposerait explicitement sur des établissements publics et privés liés par un cahier des charges rigoureux.

4.2.4. Une hybridation progressive ?

- [437] On observe à maints égards un rapprochement - certes très graduel - des établissements de santé publics et privés. La régulation de ces secteurs y a sa part. Ce rapprochement est en effet lié à l'unification progressive des normes, procédures et modes de financement de ces établissements, à l'intervention plus poussée du pouvoir législatif ou réglementaire dans le fonctionnement des établissements, et à l'implication des ARS dans la recomposition de l'offre hospitalière à la fois publique et privée.
- [438] D'autres facteurs, propres à l'évolution du modèle économique des cliniques, jouent également :
- la progression du salariat dans le corps médical des cliniques¹¹⁰, sous l'effet des besoins de recrutement en spécialités médicales pour lesquelles la rémunération à l'acte est peu satisfaisante, des coûts de la responsabilité civile professionnelle, et des préférences des intéressés¹¹¹, fortement marquées par un effet de génération ;
 - le développement, symétrique, des possibilités pour des médecins libéraux d'exercer à l'hôpital
 - la volonté des plus grandes cliniques d'être pleinement associées aux missions de service public, et la position d'ores et déjà essentielle qu'elles détiennent dans l'offre de soins.
- [439] De fait la mission de l'IGAS a constaté pour plusieurs cliniques la tentation du mimétisme par rapport à l'hôpital public, en termes d'étendue des gammes d'activités, de non sélection des patients, de régulation des dépassements d'honoraires et de participation à la continuité des soins.
- [440] Le rôle de la Mutualité française Finistère Morbihan qui en janvier 2010 a créé son propre groupe hospitalier (Hospitalisation Grand Ouest) composé d'établissements privés à but lucratif ex OQN, illustre aussi l'émergence d'une zone de recouvrement entre les champs statutaires, qui pourrait s'étendre progressivement.
- [441] Cette hybridation progressive porte en elle un possible renouvellement du compromis fondant la participation des cliniques au système de soins, avec plusieurs enjeux :
- la question des contours des missions de service public (continuité des soins, enseignement, recherche clinique), aussi délicate que celle de leur attribution ;
 - les nécessaires engagements des établissements en termes de transparence financière, de dialogue avec le régulateur sur leur stratégie, de non sélection des patients et de modération des dépassements d'honoraires ;
 - les nécessaires progrès en termes d'évaluation de la pertinence des actes ;
 - la réalisation d'une adéquation satisfaisante entre tarifs et coûts pour les activités particulièrement lourdes (comme la réanimation) et de la couverture juste de contraintes ou missions spécifiques supportées par certains établissements (activité non programmée, enseignement, urgences, effets de taille ou de gammes spécifiques....).

¹¹⁰ Les effectifs de médecins salariés exerçant dans les cliniques ont progressé de presque 15% entre 2007 et 2010 (même s'ils restent très minoritaires, avec une part de 11% dans le corps médical de ces établissements). Les effectifs de médecins libéraux ou à statut mixte ont progressé de 1,4% seulement.

¹¹¹ Selon l'*Atlas de la démographie médicale* présenté en juin 2011 par l'Ordre des médecins, seulement 507 des 5392 médecins nouvellement inscrits en 2010, soit 9,4% d'entre eux, ont choisi le mode d'exercice libéral. Cette proportion était comparable en 2009 et 2008 (8,6% et 10% respectivement). Voir Jacques Bichot, « Quel avenir pour la médecine libérale ? Le cas des spécialités du bloc opératoire », *Droit social*, n°12, décembre 2011.

- [442] Autant de sujets difficiles pour le régulateur comme pour le secteur de l'hospitalisation privée, qui tracent cependant quelques perspectives de moyen terme pour la régulation des établissements de santé.

4.3. Des outils d'intervention qui doivent encore évoluer

- [443] La connaissance du secteur des cliniques par l'administration apparaît limitée alors même que la place qu'il occupe, les enjeux pour les patients et les interférences avec la planification de l'offre ou la régulation du secteur public justifient l'attention du régulateur et requièrent une capacité d'expertise de sa part. Au-delà, les modalités d'intervention des ARS dans la recomposition de l'offre de soins, qui impliquent souvent une clinique, appellent certaines évolutions destinées à en renforcer l'efficacité, tandis que la contractualisation est un instrument à privilégier et à renforcer au service notamment de la qualité et de la pertinence des soins. Reste l'épineuse question des dépassements d'honoraires : les dirigeants de clinique soulignent la divergence d'intérêts entre médecins à titre individuel et établissements mais se déclarent étonnamment dépourvus de moyens d'agir dans ce domaine vis-à-vis des praticiens et se tournent vers l'Etat ou l'assurance maladie pour encadrer ces pratiques ; les tentatives de ces derniers ayant connu peu de succès jusqu'à présent, ce sont surtout des compromis négociés localement qui ont permis de mieux prendre en compte l'intérêt du patient à cet égard.

4.3.1. Une connaissance du secteur limitée

- [444] Il existe une asymétrie en termes d'information financière entre établissements de santé des secteurs public et privé : si la lisibilité des comptes et prévisions financières des hôpitaux a progressé, notamment avec l'adoption des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), la connaissance de la situation économique et financière des cliniques est limitée : rares sont les régions dans lesquelles les liasses fiscales des cliniques sont effectivement transmises automatiquement à l'ARS, comme le prévoit pourtant l'article L. 6161-3, introduit dans le code de la santé publique par l'ordonnance du 4 septembre 2003, relative à la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Certaines ARH et après elles quelques ARS ont repris ce principe dans les CPOM (en Pays de Loire par exemple). Cette réglementation, sans doute mal connue, doit être rappelée et son respect assuré.
- [445] L'ATIH, qui centralise l'information financière des établissements ex-DG, est plus démunie s'agissant des établissements privés, en l'absence de centralisation des données des ARS (ou des ARH avant elles) et d'obligation véritable de transmission de leurs comptes imposée aux cliniques. La FHP n'a jusqu'à présent pas été promoteur de cette transparence vis-à-vis des autorités sanitaires, faisant valoir que les cliniques satisfaisaient déjà aux obligations d'informations financières à l'égard des autorités fiscales.
- [446] L'ANAP réalise pour HOSPIDIAG une analyse financière à partir des liasses fiscales achetées à l'INPI ; il s'agit des comptes au niveau des établissements, et non des groupes, et de données comptables non retraitées en ce qui concerne les charges liées aux actifs immobiliers et techniques (charges de location ou d'amortissement, crédit-bail). Ces analyses se heurtent à la faible lisibilité des comptes d'exploitation des cliniques, en raison de leur structuration en plusieurs sociétés (pour l'immobilier, l'imagerie médicale, les fonctions support du groupe, etc), comme l'illustre le cas d'un petit groupe local de cliniques présenté en annexe 20. Appréhender rigoureusement la rentabilité des cliniques suppose de retraiter leurs données comptables afin de neutraliser techniquement certains choix, relatifs à la gestion des actifs et passifs notamment ; de tels retraitements ont été réalisés jusqu'en 2005 dans le cadre du projet STEFIE porté par la CNAMTS et mis en œuvre par les CRAM en lien avec leurs responsabilités dans la régulation de l'OQN¹¹².

¹¹² Des équipes avaient été formées au sein des CRAM à certaines techniques d'expertise financière et comptable ; un questionnaire transmis chaque année aux cliniques permettait de recueillir les quelques informations clés nécessaires à ces retraitements.

[447] A l'échelon national, un dialogue stratégique devrait être établi entre autorités sanitaires et dirigeants de groupes nationaux ou multirégionaux.

[448] Les comptes consolidés des groupes nationaux de cliniques, pas plus que leur stratégie globale, ne font pas non plus l'objet d'une analyse au niveau de l'administration centrale. C'est à la fois l'information écrite et le dialogue régulier entre dirigeants qui font à cet égard défaut.

Recommandation n°4 : Il importe que la DGOS comme les ARS suivent précisément les évolutions économiques et financières ainsi que les stratégies des cliniques. La transmission systématique aux ARS des comptes certifiés et des liasses fiscales doit être assurée, sur la base de l'article L. 6161-3 du Code de la Santé Publique.

Recommandation n°5 : Les ARS doivent être dotées d'une réelle capacité d'expertise des montages juridiques et des situations financières des cliniques, particulièrement dans le cadre de groupes. Cela peut passer par un droit de tirage sur une prestation de conseil qu'il reviendrait au secrétariat général en lien avec la DGOS de mettre en place. Il importe également de reconstituer au niveau régional la capacité à opérer les retraitements comptables nécessaires à une bonne appréhension des niveaux de rentabilité économique et financière des cliniques, y compris à l'échelle des groupes.

4.3.2. Des outils d'efficacité inégale au service de la recomposition de l'offre de soins

4.3.2.1. Un outil puissant : le pouvoir d'autorisation

[449] La réglementation confère aux ARS le pouvoir d'attribuer, de refuser ou de retirer les autorisations relatives à certaines activités de soins et équipements lourds, en conformité avec les orientations des projets régionaux de santé et les plans d'action définis par les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Ce pouvoir est extrêmement structurant et de ce fait ne peut être utilisé comme un outil courant d'intervention dans l'organisation de l'offre de soins. Par ailleurs, l'articulation entre autorisations, CPOM, Indicateurs de Pilotage de l'Activité (IPA), Objectifs de Répartition de l'Offre de Soins (OROS), instruments aux portées juridiques variables, apparaît confuse et appelle des clarifications.

4.3.2.2. Un outil privilégié : la diplomatie de la persuasion

[450] Dès lors, les ARS font appel à la « diplomatie de la persuasion » selon les termes d'une directrice générale d'agence régionale de santé, d'autant plus que le pouvoir d'autorisation renforce leur pouvoir dans la négociation.

[451] A l'appui de cette « diplomatie », les ARS peuvent utiliser divers leviers tels que les crédits d'aide à la contractualisation (cf. supra), les actions de l'ANAP (cf. annexe 21) ou les crédits du FMESPP. La permanence des soins – c'est-à-dire l'organisation du dispositif permettant l'accueil en hospitalisation non programmée des malades dont l'état de santé le nécessite – mobilise les ARS aux côtés des acteurs de terrain. au sein d'un territoire donné, l'enjeu est de mutualiser la réponse apportée par l'ensemble des établissements de santé publics et privés à toutes les situations qui, en aval des services d'urgence nécessite le recours sans délai à un plateau technique spécialisé.

4.3.2.3. Sur les coopérations public-privé : l'heure est à la prudence

[452] Des coopérations entre établissements publics et privés, notamment à travers des groupements de coopération sanitaire, apparaissent comme une des modalités d'aménagement de la concurrence public-privé et d'organisation de l'offre de soins sur certains territoires avec regroupement des plateaux techniques.

[453] Les circonstances et finalités poursuivies à travers ces rapprochements public-privé sont diverses :

- réponse à un problème de surcapacités de court séjour ;

- réponse à des difficultés de recrutement de médecins par l'hôpital ou la clinique ;
- réponse à un manque de taille critique eu égard aux critères d'autorisation de certaines activités, ou aux conditions d'équilibre et de pérennité d'un établissement ;
- réponse face au risque de perte de couverture médicale de certains territoires (ex : dans une région comme Champagne Ardennes confrontée au déclin démographique).

[454] Cette logique de mutualisation intersectorielle des ressources est appelée sans doute à se développer. Nombreuses sont d'ores et déjà les expériences positives dans ce domaine. Exemple en Champagne Ardennes : le GCS de moyens entre une clinique du groupe Courlancy et l'hôpital Sud-Ardennes : les médecins libéraux font des consultations à l'hôpital (en urologie par exemple), sans dépassement d'honoraires, et l'hôpital perçoit les GHS correspondants. Les patients les plus lourds sont orientés vers la clinique principale du groupe située à Reims.

[455] Les autorisations de chimiothérapie et de chirurgie en cancérologie peuvent être attribuées au GCS qui atteint les seuils réglementaires d'activité que les établissements qui le composent ne pourraient atteindre individuellement ; ceci permet de pallier l'émiettement des structures dans les territoires confrontés à des problématiques d'isolement et de déclin démographique, comme en Champagne Ardennes.

[456] Selon plusieurs interlocuteurs de la mission, il est plus facile pour un grand centre hospitalier ou un CHU de se rapprocher d'une grande clinique indépendante disposant d'une forte ancienneté que d'une clinique de groupe dont les dirigeants sont plus éloignés et moins bien identifiés, dont le processus de décision apparaît plus complexe, et dont la stratégie et la structure capitalistique semblent porteurs d'aléas.

[457] Au-delà, les ARS ont aussi fait l'expérience de nombreux échecs. Il est vrai que les ambiguïtés et les écueils rencontrés dans ces rapprochements public-privé se révèlent importants.

[458] Il existe tout d'abord des difficultés générales liées à la perception par les cliniques privées d'un manque de reconnaissance de leur place dans l'offre de soins et de leur instrumentalisation, sous couvert de coopération, aux fins de consolidation de la position de l'hôpital. D'autres difficultés sont d'ordre culturel : les médecins libéraux sont très attachés à leur indépendance et, quoiqu'issus de l'hôpital public pour leur formation, restent méfiants quant au mode de fonctionnement de l'hôpital public, jugé plus hiérarchique, plus cloisonné et moins réactif.

[459] Il peut y avoir par ailleurs, entre les deux parties publique et privée, des désaccords quant à la logique poursuivie : certaines cliniques sollicitées comme partenaires critiquent ainsi « la tendance de l'hôpital public à construire des murs ou des blocs avant de se préoccuper d'organisation », pour chercher ensuite les flux d'activité susceptibles d'entrer dans ces infrastructures ; « mieux vaudrait partir de l'organisation, sur la base de l'expérience des équipes, pour en déduire les moyens à mobiliser dans le GCS ». Dans le même ordre d'idée, le partage des coûts au sein du GCS est parfois délicat : ainsi, à Chalon, le transfert de la chimiothérapie d'une clinique du groupe Courlancy vers l'hôpital dans le cadre d'un GCS se traduit selon les dirigeants de la clinique par un fonctionnement plus coûteux et un surcoût net pour elle de 200 000 €.

[460] Dans certaines configurations démographiques et sanitaires, les coopérations ont pu se révéler coûteuses et insuffisantes à opérer la nécessaire rationalisation de l'offre de soins ou la consolidation espérée des équipes médicales. Des cadres d'ARS évoquent à ce titre l'échec des coopérations « palliatives » ou « faux-semblants » dans les petits bassins de population : « on s'interroge aujourd'hui fortement sur la pertinence de la stratégie suivie depuis 10 ans, à savoir la politique de rapprochement, avec mutualisation, entre établissements publics et privés, souvent relocalisés sur un même site, voire dans un même bâtiment, avec une mise de fonds publics importante et des résultats très mitigés, voire beaucoup d'échecs ». Les exemples précités des opérations réalisées à Dinan ou Pontivy en Bretagne sont illustratifs.

[461] Les explications de ces échecs tiennent, selon les équipes des ARS interrogées :

- au fait que les établissements impliqués dans le rapprochement restent malgré tout concurrents et continuent à fonctionner selon des statuts très différents ;

- au fait que les moyens rassemblés dans le GCS étaient encore surdimensionnés (reconstruction de plateaux techniques en double, ou maintien d'effectifs de personnels inchangés, engendrant des frais de structure trop lourds au regard d'une activité restée faible - cas d'une activité chirurgicale de 3.700 interventions par an dans une petite ville isolée par exemple) ;
- à la persistance d'un taux de fuite élevé des patients sur ces petits bassins, à la fois cause et conséquence de la difficulté à maintenir des équipes médicales de taille satisfaisante et au renouvellement satisfaisant.

[462] Dans ces cas de figure, la coopération apparaît, quelques années après sa mise en place, comme ayant simplement différé l'inévitable fermeture de l'une des structures de soins présentes. « On a levé une hypothèque, à savoir que le régulateur n'investira plus dans les projets de coopération public-privé dans certaines villes périphériques » (un cadre d'ARS)¹¹³.

[463] « Dans les petits bassins de population, l'enjeu est aujourd'hui la fermeture de l'un ou l'autre des établissements présents. La question est : de quels plateaux techniques avons-nous encore besoin? Il s'agit désormais de concevoir des coopérations ou recompositions entre équipes médicales pour pouvoir fermer les établissements » (un directeur d'ARS). Le rôle de l'ARS est d'initier et de soutenir ces « **coopérations restructurantes** ».

Recommandation n°6 : Il est essentiel que les coopérations public-privé partent désormais d'une réflexion conjointe sur l'organisation des flux de patients, sur les modes de prise en charge les plus efficaces et sur la construction des équipes médicales, plutôt que de la construction de nouveaux murs.

[464] Quant aux coopérations entre équipes médicales, leviers de restructuration des établissements, elles s'appuient notamment sur les possibilités d'exercice des médecins libéraux à l'hôpital. Ces possibilités ont été récemment élargies par le décret du 28 mars 2011 et devraient permettre d'atteindre une taille critique pour un territoire de santé comme pour les équipes médicales concernées.

[465] Si l'intégration de médecins libéraux à l'hôpital public se heurte aux différences de culture, de fonctionnement et de management entre les deux secteurs, elle se heurte également à la faible attractivité du contrat d'exercice libéral pour les médecins. En effet, la redevance de 30 % prévue par le décret (par extension de la disposition applicable à l'activité privée des praticiens hospitaliers) et l'interdiction des dépassements d'honoraires ont fortement freiné l'application du dispositif, pourtant jugé intéressant par les ARS (seulement 10 contrats d'exercice libéral ont été conclus en région Rhône Alpes).

Recommandation n°7 : La mission préconise que, dans le cadre d'opérations de restructuration, les possibilités d'association des médecins libéraux à l'hôpital public soient confortées, en s'inspirant du contrat d'exercice libéral prévu par le décret du 28 mars 2011 et en l'adaptant à cette fin. La fonctionnalité du dispositif pourrait être améliorée en laissant aux ARS la possibilité de moduler localement avec les communautés médicales et établissements concernés, certains aspects du contrat, comme le taux de redevance.

¹¹³ Voir aussi le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2011 sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale, au bilan critique sur les coopérations hospitalières.

- **La question de l'aide financière publique**

[466] L'implication des ARS dans la recomposition de l'offre hospitalière à la fois publique et privée a conduit certains acteurs à suggérer la création d'un « fonds des recompositions hospitalières » : ce fonds pourrait être alloué à chaque région sur la base du nombre de recompositions hospitalières réalisées (suspension d'activité mais aussi fongibilité entre permanence des soins ambulatoires et permanence des soins en établissements de santé, etc.). Selon les défenseurs de cette proposition, cela supposerait cependant de mettre en place au niveau national comme au niveau régional de véritables cellules d'évaluation des politiques publiques permettant de mieux évaluer les impacts médico-économiques des recompositions (cf. recommandation (cf. recommandation n°2).

[467] Une telle proposition soulève la question de la capacité du régulateur à expertiser la réalité et l'origine des difficultés financières des cliniques ainsi que leur contribution présente et future à la prise en charge des besoins de santé d'un territoire. Cette capacité est aujourd'hui limitée par la faiblesse de l'information dont disposent les ARS (mais aussi l'Etat au niveau national) sur la situation financière et la stratégie des différentes structures (groupes ou cliniques indépendantes) – cf. infra. Or, il est difficile pour le régulateur régional d'attribuer une aide financière sans avoir une assurance suffisante que cette aide ne servira pas à couvrir les frais de structure d'un siège peu contrôlé, à distribuer des dividendes au niveau de la holding ou déboucler un LBO audacieux, ou encore à alimenter une foncière dont l'exigence serait assise sur un actif survalorisé ou un taux de rendement excessif. La revendication de neutralité du secteur de l'hospitalisation privée ne peut s'entendre sans un minimum de transparence financière à l'égard du régulateur (cf. recommandation n°4).

4.3.3. Une contractualisation à nourrir

[468] Il importe enfin, comme le préconisait déjà le rapport de l'IGAS précité¹¹⁴, de développer de manière rigoureuse l'usage de la contractualisation pour orienter les pratiques vers la qualité et l'efficience, tout en recentrant l'outil tarifaire sur ses objectifs propres.

- **Pour renforcer la pertinence des actes**

[469] La T2A apparaît comme un outil mal adapté aux fins de régulation de la pertinence des actes. L'exemple le plus flagrant est celui des césariennes qui subissent en 2011, principalement au titre des objectifs « de santé publique », une sous-tarification relative de 15,6% dans le secteur public et de 21,8% dans le secteur privé. Même si l'on sait que les taux de césariennes présentent de fortes variations interrégionales qui laissent douter de la pertinence médicale de cette prestation dans certains cas, on peut supposer que toutes les césariennes ne sont pas injustifiées au plan sanitaire. *« Faire de l'outil tarifaire un censeur aussi général de la pertinence des actes, par surcroît dans de telles proportions financières, laisse donc perplexe. Il n'est pas sain, pour décourager les pratiques non pertinentes, de pénaliser les établissements et les services dont les pratiques sont pertinentes. Une approche plus fine à travers une contractualisation locale sur les objectifs de qualité de prise en charge, fondés sur des référentiels, semblerait plus appropriée, quitte à donner aux ARS des leviers de pénalisation tarifaire des établissements ne remplissant pas leur contrat ».*¹¹⁵

¹¹⁴ P.-L.Bras, J.L. Vieilleribière, P. Lesteven, op. cit.

¹¹⁵ P.-L.Bras, J.L. Vieilleribière, P. Lesteven, op. cit.

- **Pour poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire**

- [470] La poursuite du développement de ce mode de prise en charge pourrait utilement s'appuyer sur une contractualisation entre ARS et établissements, qui préciserait des objectifs, fonction du positionnement des établissements et de leur bassin de population, et qui pourrait prévoir des rétributions temporaires, à travers les MIGAC, visant à soutenir les réorganisations nécessaires des processus de soins – le soutien n'ayant pas vocation à être prolongé une fois la pratique ambulatoire entrée dans son rythme de croisière.

- **Pour accompagner le déploiement d'une neutralité tarifaire**

- [471] Le souci d'éviter les chocs financiers susceptibles d'être occasionnés par l'alignement des tarifs en vigueur sur un principe de neutralité à regard des coûts pourrait être atteint sans manipuler les signaux tarifaires comme cela est pratiqué aujourd'hui, mais en recourant plutôt aux aides à la contractualisation, lesquelles ont été conçues justement pour fournir un accompagnement financier transitoire aux établissements qui le nécessitent. Elles devraient donc constituer le moyen privilégié d'accompagnement temporaire des établissements qui seraient mis en difficulté en perdant leur rente historique du fait de la mise en œuvre de la neutralité tarifaire. Une telle approche permettrait de ne pas faire bénéficier d'un effet d'aubaine prolongé des cliniques qui peuvent faire face aux évolutions tarifaires liées à la réduction de leur rente relative. Mais cela suppose une fois encore que le régulateur régional puisse apprécier cette capacité différentielle à « faire face ».

- **La place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**

- [472] Les CPOM qui ont été transmis à la mission apparaissent assez imprécis dans leurs engagements mais ils appartiennent à la génération de contrats qui s'achèvent. Par exemple, dans un CPOM signé en 2007 avec une polyclinique, il est écrit, à plusieurs reprises, au nombre des « engagements généraux » et des « orientations stratégiques de l'établissement », que celui-ci « souhaite participer à la mise en place » de tel réseau, « souhaite se positionner » dans certaines activités ou « souhaite orienter son activité » vers telle discipline ; au titre d'autres engagements, l'établissement déclare « étudier » la possibilité de mettre en place telle ou telle structure. Lorsque l'établissement prend formellement des engagements, ceux-ci apparaissent souvent minimalistes, imprécis et difficiles à évaluer (ainsi d'un engagement « à développer les coopérations », ou « à développer les prises en charge transversales »). Lorsque l'établissement s'engage « à participer à la déclinaison du plan régional de santé publique », la clause renvoie à un avenant le soin de préciser les actions à mettre en œuvre ; la mission n'a pas trouvé celui-ci parmi les 40 avenants signés sur la période 2007-2012, qui vont de l'énoncé des financements alloués à divers titres jusqu'au récapitulatif des lits autorisés en passant par des avenants qui se contentent de prévoir le respect des bonnes pratiques ou encore le signalement des incidents et effets indésirables aux agences nationales compétentes.
- [473] Une nouvelle génération de CPOM est en cours de renégociation pour la période 2012-2017 sur la base du décret¹¹⁶ du 4 octobre 2010 et du guide méthodologique fourni par la DGOS. Le principe retenu dans ce guide méthodologique fait du CPOM l'élément central du dialogue entre l'ARS et les établissements de santé, à la fois lors de sa discussion initiale et lors de la revue annuelle prévue. s

Recommandation n°8 : Il importe que les nouveaux CPOM ne soient pas seulement la traduction de la planification régionale (PRS et SROS) mais un support véritable d'engagements réciproques entre l'établissement et l'ARS, et un moyen d'accompagnement concret de l'évolution de l'établissement autant que d'information respective des deux parties ; la visibilité et la transparence financières en sont une composante importante.

¹¹⁶ Décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé.

4.3.4. Un régulateur démuni face aux dépassements d'honoraires

- [474] L'existence de dépassements d'honoraires, par ailleurs très variables selon les spécialités et les territoires de santé, complique incontestablement la régulation du secteur. En Languedoc-Roussillon par exemple, la proportion des séjours d'obstétrique en clinique majorés d'un dépassement d'honoraires est passée de 13% à 33% entre 1999 et 2010, se rapprochant ainsi de la proportion observée pour les séjours de chirurgie, soit 41% (avec un dépassement d'honoraires moyen de 210 euros)¹¹⁷. Dans la région des Pays de la Loire en revanche, ou en Champagne Ardennes, par exemple, les dépassements d'honoraires restent peu nombreux et modérés.
- [475] La réintégration des honoraires médicaux dans les tarifs des séjours payés par l'assurance maladie et leur opposabilité aux patients pourrait permettre de concilier les intérêts de ceux-ci et de l'assurance maladie ; mais une telle évolution, portée par certaines voix au sein de la FHP, est loin de faire l'unanimité.
- [476] A défaut, divers dispositifs négociés localement dans certains établissements ont pu amoindrir la portée des dépassements d'honoraires :
- affichage par la clinique d'un tarif global par acte pour le patient en obstétrique comme en chirurgie,
 - affichage clair par l'établissement du secteur de conventionnement des praticiens dans chaque discipline, une partie d'entre eux devant être en secteur I, avec dans certains cas, un accord entre praticiens visant à redistribuer au sein de la spécialité (anesthésistes par exemple) l'ensemble des honoraires facturés,
 - accord passé entre une clinique et l'hôpital public proche pour des prises en charge ambulatoires en périnatalité assorties d'honoraires conventionnés.
- [477] Ces compromis locaux sont à l'évidence contingents aux acteurs concernés. Les ARS ont peu de leviers d'action sur ce sujet, au-delà de quelques engagements parfois inscrits dans les CPOM et de l'éventuelle modulation des crédits d'aide à la contractualisation en fonction d'engagements sur les dépassements d'honoraires. Le guide méthodologique de la nouvelle génération de CPOM, présenté par la DGOS en janvier 2012, indique que « *l'établissement doit décrire les moyens mis en place visant à contraindre ou garantir que les praticiens appliqueront au sein de leur structure et pour certaines missions ciblées, des tarifs conventionnés, sans possibilité de dépassements d'honoraires* ». Il est à ce stade difficile d'apprécier la portée de cette disposition.
- [478] L'Etat et l'assurance maladie, de leur côté, ont pris quelques initiatives au cours des années récentes pour encadrer les pratiques de dépassement d'honoraires (cf. annexe 22) : protocole d'accord signé le 15 octobre 2009 entre l'Etat, l'assurance maladie, les représentants des professionnels de santé et les assurances complémentaires concernant la mise en place d'un secteur optionnel pour les médecins libéraux exerçant des spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation ou gynécologie-obstétrique ; option de coordination prévue par la convention nationale des médecins conclue le 26 juillet 2011 ; décret du 21 mars 2012 qui, en l'absence d'accord entre les parties, définit les conditions de mise en place de l'option de coordination, limitant à 150 % des tarifs opposables le montant des dépassements autorisés pour les médecins des trois spécialités adhérant à ladite option. Plus récemment, tandis que le Conseil national de l'ordre des médecins rappelait en mai 2012 le principe de modération et de modulation des dépassements d'honoraires en fonction de la situation des patients ainsi que la nécessité d'une information préalable du patient, la ministre des affaires sociales et de la santé a annoncé, fin juin, l'ouverture d'une nouvelle négociation entre l'assurance maladie, les syndicats de médecins et les organismes complémentaires afin de maîtriser l'évolution de ces dépassements.

Recommandation n°9 : Expertiser à nouveau, dans une optique de moyen long terme, la possibilité de réintégrer les honoraires médicaux (dépassements compris) dans les tarifs des séjours payés par l'assurance maladie aux établissements de santé privés. Dans l'immédiat,

¹¹⁷ Source : ARS Languedoc-Roussillon

encourager la modulation de financements contractuels par les ARS en fonction des pratiques des établissements en matière de dépassements d'honoraires (qualité de l'information du patient, possibilités effectives d'accès au secteur I, niveau des dépassements en secteur II).

Fabienne BARTOLI

Nathalie DESTAIS

Isabelle YENI

Hubert de BEAUCHAMP

Liste des personnes rencontrées

Administration centrale, agences, assurance maladie

Direction Générale de l'Offre de Soins

M. Francois-Xavier Selleret, directeur général

M. Yannick Le Guen, sous-directeur, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Ahmed El-Bahri, chef du bureau de l'efficience des établissements de sante publics et privés, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Mme Sandrine Billet, chef de bureau de la synthèse organisationnelle et financière, sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Etudes Statistiques

Christelle Minodier, chef du bureau des établissements de santé

Denis Raynaud, chef du bureau des dépenses de santé et des relations avec l'assurance maladie

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

M. Housseyni Holla, directeur

M. Max Bensadon, directeur adjoint, chef du service Architecture et Production informatiques

M. Georges Perrot, chef du service Information sur la Performance des établissements de santé

Mme Françoise Bourgoïn, chef de la cellule de réponse aux demandes externes

Mme Florence Naudin, responsable du pôle Suivi de l'ONDAM hospitalier

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Dr Gilles Bontemps, directeur associé

Mme Eva Battaglia, chargée du projet Pôles d'Excellence

Mme Marie-Noëlle Billebot, chargée des actions sur les systèmes d'information

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Dominique Polton, directrice de la stratégie, des études et des statistiques

Claude Gissot, directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques

Véronique Besse, adjointe au responsable du département de l'hospitalisation, direction de l'offre de soins

Organisations syndicales et fédérations professionnelles

Fédération de l'Hospitalisation Privée

M. Dominique Coudreau, délégué général par interim

M. David Costello, économiste, chargé de mission, direction des affaires économiques

M. Michel Couhert, directeur de la stratégie, des affaires économiques et réglementaires

Fédération de l'Hospitalisation Privée –Médecine chirurgie obstétrique

M. Lamine Gharbi, président

M. Thierry Béchu, délégué général

Agences régionales de santé

ARS Pays de la Loire

Mme Marie-Sophie Desaulle, directrice générale

M. Bruno Carret, chargé de projet, département Accès aux Soins Hospitaliers

Mr Laurent Castra, directeur, direction de l'accompagnement et des soins

M. le Dr Gagner, adjoint au directeur et responsable du département Accès aux Soins Hospitaliers, direction de l'accompagnement et des soins

Mme Florence Savary, responsable de la cellule Pilotage des Emplois et des Compétences

ARS Bretagne

M. Hervé Goby, directeur de l'offre de soins et de l'accompagnement

M. Dominique Penhouet, directeur adjoint chargé de l'offre hospitalière

M. Jean-Pierre Lesage, responsable du pôle Organisation des établissements sanitaires

ARS Rhône-Alpes

M. Christophe Jacquinet, directeur général

ARS Champagne Ardennes

M. Houlier, directeur de l'offre de soins

Mme Agnès Gerbaud, chef de l'unité fonctionnelle Etablissements de santé

ARS Languedoc Roussillon (conférence téléphonique)

Mme Aoustin, directrice générale

M. Marchand, directeur général adjoint

M. Le Quellec, directeur de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Mme Moraillon, responsable du pôle des soins hospitaliers

Mme Davila, responsable du service Gestion financière, pôle des soins hospitaliers

Mme Saintin, responsable du service Gestion hospitalière et contractualisation, pôle des soins hospitaliers

Mme Niel, chargée de mission à la cellule financière

Mme Bauduin, chargée de mission contrôle de gestion

Cliniques et groupes de cliniques

Groupe Vedici

Siège

M. Nouzarède, président directeur général

M. Chiche, directeur général

M. Sylberg, directeur administratif et financier

Polyclinique de l'Atlantique :

M. Cailliau, directeur général

M. L. Leroux, chef comptable

Mme N. Bodin, directrice des soins en chirurgie

Mme M.F. Pointeau, directrice des soins de la maternité

Centre de soins de suite Roz Arvor

Mme Marie-Agnès Michaud, directrice

Mme Lamotte, responsable RH et comptabilité

Clinique du Tertre Rouge

M. Valat, directeur de la clinique et directeur général du Pôle Santé Sud du Mans

Groupe Médi-Partenaires

Siège :

M. Dubois, président

Mme Péquignot, directrice générale

Mme Hazard, directrice générale adjointe chargée des opérations

M. Legendre, directeur des ressources humaines

M. Thibaud, directeur administratif et financier

Mme le Dr. Dostert, directrice des relations médicales

Groupe Générale de Santé

M. Filippo Monteleone, directeur général délégué

M. Arnaud Jeudy, directeur financier

M. Marc-David Seligman, directeur des relations institutionnelles

Hôpital Privé Jacques Cartier, Massy

Mme Haddad, directrice générale

Groupe Vitalia,

M. le Dr Le Dorze, Président

Compagnie Stéphanoise de Santé (C2S)

M. Valentin, directeur général adjoint et directeur régional Rhône-Alpes du groupe, directeur de la Clinique du Parc, Lyon.

Vivalto Santé

M. Silvano, secrétaire général du groupe Vivalto Santé et directeur du GIE Vivalto Santé Management

Clinique de la Côte d'Émeraude, St-Malo

Mme Marie-Annick Bondiguel, directrice

M. le Dr. François-Bruno Le Bot, président de la CME

Mme Mireille Le Peillet, directrice des soins

Mme Carol Tardivat, responsable du bloc opératoire

Groupe CAPIO

M. le Dr. Sveneric Svensson, directeur général de Capiro France

M. Philippe Durand, directeur général délégué, chargé des finances, de l'administration et du développement, directeur régional Lyon Est

Mme Catherine Viatgé, directeur général délégué, directeur des ressources humaines, directeur régional Midi-Pyrénées

M. le Dr. François Demesmay, directeur général délégué, directeur médical, directeur régional Est/PACA

Cliniques indépendantes

Clinique du Val d'Ouest, Lyon

M. Varichon, directeur

M. le Dr Rondelet, président du conseil de surveillance

M. le Dr Lepoutre, président du directoire

M. le Dr Gratien, directeur médical

Clinique de l'Europe, Rouen

M. Dominique Poels, président

Mme Nadine COCATRIX, directrice adjointe et coordonnatrice des soins

Dr Frédérique Briand, médecin DIM

Nouvelles Cliniques Nantaises

M. Ronan Dubois, directeur général

M. Fabrice Evain, directeur financier

Dr. Huonny Tregouet, médecin DIM

Mme Céline Mogan, responsable des plateaux techniques

Mme Sylvie Rousselot, responsable de l'hospitalisation

Dr Julien Frappier, président de la CME

Mutualité française

Mutualité française Finistère Morbihan / Services de soins et d'accompagnement

M. André Beaudic, directeur général

M. Gérard Pouly, directeur général adjoint

FNMF

M. Etienne Caniard, président

Jean-Martin Cohen Solal, directeur général

Emmanuel Roux, directeur général adjoint

Jean-Jacques Monteil, président du directoire du Groupe Hospitalier de la Mutualité Française

Sylvie Guérin, conseiller, responsable de la mission des affaires réglementaires et économiques

Etablissements de santé publics et ESPIC

CHU de Nantes

Mme Christiane Coudrier, directrice générale

M. Hubert Jaspard, directeur général adjoint

M. Thierry Biais, directeur des affaires médicales et de la recherche

M. le Pr Pottel, président de la CME et chef du service des urgences

M. le Dr Frédéric Berthier, chef du SAMU 44

CH Broussais, St-Malo

M. Laurent Donadille, directeur général des CH de St-Malo et Dinan et de l'hôpital de Cancale (direction commune), directeur de la CHT Rance-Emeraude

Mme Dominique Radureau, directrice adjointe chargée de la stratégie communautaire et des affaires médicales

Investisseurs financiers

GECINA

M Loïc Hervé, directeur de l'immobilier résidentiel et santé

ICADE

Mme Françoise Delettre, directeur des Equipements Publics & Santé, directeur général d'Icade Santé

M Xavier Cheval, responsable des investissements

Personnalités qualifiées

Philippe Burnel, délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé (ministère de la santé), délégué général de la FHP de mars 2007 à novembre 2011

Hubert Garrigue-Guyonnaud, inspecteur général à l'IGAS, président du collège « appui conseil aux établissements de santé » de l'IGAS

Pierre-Louis Bras, inspecteur général à l'IGAS, président du collège santé et coordonnateur de la mission de l'IGAS relative à l'évolution de la T2A

Anne Bruant-Bisson, inspectrice générale à l'IGAS, coordinatrice de la mission de l'IGAS relative aux effets de la T2A sur le management des établissements de santé

Pierre-Yves Bocquet, inspecteur général à l'IGAS, président du collège protection sociale et coordonnateur de la mission de l'IGAS relative aux fusions et coopérations hospitalières publiques

Loïc Geffroy, conseiller général des établissements de santé à l'IGAS, délégué général de la FHP de janvier 2003 à décembre 2006

Paul Castel, inspecteur général en service extraordinaire à l'IGAS

Annexe 1 : Données synthétiques relatives à la place des cliniques dans l'offre de soins de court séjour

Place des cliniques dans l'offre de soins de court séjour en termes d'activité ou de capacité (2009) :

Statut	Capacités		Activités		Séances		Ratio séjours/capacités
	Lits et places	Parts de marché	Séjours	Parts de marché	Nombre	Parts de marché	
Privé lucratif	67 410	27%	5 827 096	36%	1 558 331	24%	86
Privé non lucratif	19 127	8%	1 235 751	8%	1 384 741	22%	65
Public	160 857	65%	9 127 631	56%	3 477 007	54%	57
Total	247 394		16 190 478		6 420 079		65

Source : FHP- groupe Montaigne rapport sectoriel édition 2011

Annexe 2 : Données complémentaires relatives à l'évolution de l'activité de chirurgie des établissements de santé

Evolution 2005-2009 de l'activité de chirurgie sur quelques segments d'activité :

Segment d'activité	Secteur	Nombre de séjours 2009	Parts des séjours valorisés en 2009	Evolution en valeur à tarifs constants 2005-2009	dont effet séjours	dont effet structure
Digestif	Public	306 000	48,7%	8,6%	8,7	-0,1
	Privé lucratif	318 000	41,4%	-3,1%	-5,4	2,3
Orthopédie, Rhumatologie	Public	648 000	43,5%	15,0%	10,1	4,9
	Privé lucratif	870 000	49,8%	4,9%	2,5	2,4
Uro-néphrologie	Public	148 000	38,8%	14,0%	18,1	-4,1
	Privé lucratif	242 000	52,1%	5,4%	6,7	-1,3
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires)	Public	130 000	78,8%	24,3%	12,0	12,3
	Privé lucratif	24 000	16,9%	72,1%	59,3	12,8
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires)	Public	64 000	60,0%	19,4%	22,1	-2,7
	Privé lucratif	45 000	30,2%	7,0%	6,0	1,0
Vasculaire périphérique	Public	75 000	34,1%	7,6%	8,7	-1,1
	Privé lucratif	168 000	55,8%	-4,1%	-7,1	3,0
ORL, Stomatologie	Public	172 000	33,5%	7,9%	10,9	-3,0
	Privé lucratif	467 000	59,4%	-8,6%	-8,5	-0,1
Ophtalmologie	Public	176 000	24,2%	13,0%	18,0	-5,0
	Privé lucratif	548 000	68,2%	7,9%	8,0	-0,1
Gynécologie	Public	178 000	37,3%	4,4	3,2	1,2
	Privé lucratif	227 000	48,1%	-12,7	-14,3	1,6
Tissu cutané et tissu sous-cutané	Public	155 000	44,5%	24,9	19,1	5,8
	Privé lucratif	182 000	47,3%	-5,3	-17,3	12,0

Source : ATIH, PMSI-MC, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances

Progression des taux de chirurgie ambulatoire dans les secteurs public et privé :

Catégorie d'établissements	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2004-2009
Public	34,6%	36,1%	37,8%	40,6%	45,2%	49,9%	+ 44,4%
Privé	50,2%	54,6%	57,8%	59,6%	62,9%	68,3%	+ 36,2%

Champ : 19 catégories d'actes étudiées ; établissements publics et privés sauf établissements à but non lucratif.

Sources : DREES, E. Cash, R. Cash, E. Dupilet, « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », Dossier Solidarité et Santé, n° 21, 2011.

Le tableau précédent reflète l'accélération notable de la progression du taux de chirurgie

ambulatoire dans les hôpitaux publics, avec une progression annuelle supérieure à 10% depuis 2007/2008.

Evolution comparée (2005-2009) des hospitalisations complètes et partielles en chirurgie pour les différentes catégories d'établissements :

CHIRURGIE	Catégorie d'établissement	Nombre de séjours 2005	Nombre de séjours 2009	Evolution nombre de séjours 2005-2009	Séjours 2005 valorisés au tarif moyen par GHM 2009 (en M€)	Séjours 2009 valorisés au tarif moyen par GHM 2009 (en M€)	Evolution en valeur à tarifs constants 2005-2009
Hospitalisation complète	Public	1 575 522	1 645 938	4,5%	6 457,7	7 177,8	11,2%
	Privé non lucratif	311 190	295 719	-5,0%	1 227,3	1 272,9	3,7%
	Privé lucratif	1 932 036	1 658 856	-14,1%	6 404,0	6 104,0	-4,7%
	Ensemble	3 818 748	3 600 512	-5,7%	14 089,0	14 554,6	3,3%
Hospitalisation partielle	Public	374 894	550 322	46,8%	412,7	633,9	53,6%
	Privé non lucratif	150 496	177 941	18,2%	171,0	210,6	23,2%
	Privé lucratif	1 301 195	1 525 721	17,3%	1 494,5	1 824,3	22,1%
	Ensemble	1 826 585	2 253 985	23,4%	2 078,2	2 668,9	28,4%

Source : ATI, PMSI-MC, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances

Annexe 3 : Evolution des parts de marché sur quelques pathologies courantes

Pathologie	Secteur	Nombre de séjours 2009	Part des séjours valorisés en 2009	Evolution 2005-2009 en valeur à tarifs constants	dont effet séjours	dont effet structure ¹¹⁸
Appendicectomies	Public	45 000	53,5	2,3	1,0	1,3
	Privé non lucratif	6 000	6,6	-8,8	-9,3	0,5
	Privé lucratif	34 000	39,8	-19,8	-21,3	1,5
Amygdalectomies, végétations, drains trans-tympaniques	Public	43 000	23,1	0,2	-0,3	0,5
	Privé non lucratif	15 000	7,4	-16,8	-16,5	-0,3
	Privé lucratif	138 000	69,5	-21,0	-20,6	-0,4
Interruptions de grossesse	Public	192 000	69,9	-0,5	1,0	-1,5
	Privé non lucratif	12 000	5,3	-4,8	-3,6	-1,2
	Privé lucratif	55 000	24,8	-16,3	-16,5	0,2
Cataractes	Public	116 000	18,4	26,9	28,2	-1,3
	Privé non lucratif	49 000	7,8	20,9	21,6	-0,7
	Privé lucratif	467 000	73,8	12,5	13,0	-0,5
Césariennes	Public	102 000	64,7	11,8	10,0	1,8
	Privé non lucratif	13 000	7,5	12,3	13,5	-1,2
	Privé lucratif	47 000	27,7	-1,1	-3,1	2,0
Accouchements par voie basse	Public	420 000	65,8	4,6	4,1	0,5
	Privé non lucratif	52 000	8,0	9,7	9,9	-0,2
	Privé lucratif	171 000	26,2	-9,4	-9,8	0,4
Interventions plastiques	Public	11 000	30,2	55,5	40,2	15,3
	Privé non lucratif	2 000	6,4	18,3	4,9	13,4
	Privé lucratif	22 000	63,4	23,9	11,9	12,0
Infections des reins et des voies urinaires, lithiases	Public	95 000	67,5	5,0	2,6	2,4
	Privé non lucratif	12 000	6,9	20,2	23,2	-3,0
	Privé lucratif	54 000	25,6	16,3	18,0	-1,7

Source : ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES. Champ : France métropolitaine et DOM, court-séjour, hors séances.

¹¹⁸ En dehors des interventions plastiques, les « effets structure » sont ici très faibles, ce qui est logique, car plus on observe l'activité à un niveau fin, plus les séjours sont homogènes entre eux.

Annexe 4 : Parts de marché régionales des cliniques privées

Données 2010	Part de marché* MCO	dont Médecine	dont Chirurgie	dont Chirurgie ambulatoire	dont Obstétrique	Part de marché* SSR	Part de marché* Psychiatrie	Part de marché* HAD
Alsace	10%	8%	14%	16%	2%	5%	3%	0%
Aquitaine	43%	31%	62%	73%	29%	46%	13%	3%
Auvergne	36%	24%	57%	72%	19%	18%	12%	24%
Bourgogne	34%	21%	56%	72%	12%	46%	21%	15%
Bretagne	30%	18%	51%	63%	20%	12%	15%	17%
Centre	37%	27%	57%	67%	18%	31%	25%	37%
Champagne Ardenne	39%	26%	61%	75%	27%	15%	3%	7%
Corse	56%	50%	72%	87%	26%	80%	38%	45%
Franche Comté	28%	18%	45%	58%	19%	19%	0%	0%
Ile de France	38%	28%	55%	69%	29%	33%	16%	2%
Languedoc Roussillon	44%	33%	59%	70%	44%	54%	45%	21%
Limousin	35%	24%	53%	68%	23%	10%	7%	0%
Lorraine	29%	20%	43%	54%	27%	12%	2%	4%
Midi-Pyrénées	45%	35%	61%	70%	38%	47%	29%	9%
Nord Pas de Calais	33%	21%	53%	68%	19%	21%	11%	11%
Basse-Normandie	28%	16%	51%	61%	14%	42%	0%	5%
Haute-Normandie	40%	28%	63%	75%	18%	28%	5%	40%
Pays de la Loire	43%	28%	64%	73%	25%	10%	10%	13%
Picardie	27%	11%	42%	53%	18%	9%	3%	0%
Poitou-Charentes	34%	20%	56%	69%	25%	25%	10%	7%
PACA	41%	31%	59%	74%	26%	66%	34%	21%
Rhône-Alpes	33%	22%	51%	64%	21%	23%	21%	11%
Guadeloupe	43%	39%	54%	73%	35%	70%	0%	71%
Guyanne	17%	17%	24%	61%	10%	100%	0%	100%
Martinique	23%	13%	40%	61%	21%	33%	8%	0%
La Réunion	34%	22%	56%	76%	27%	68%	12%	0%
Ensemble national	36%	25%	54%	67%	24%	33%	17%	11%

* En proportion des séjours MCO, proportion des journées en SSR, psychiatrie et HAD.

Source : PMSI, in Rapport sectoriel 2012, FHP Groupe Montaigne

Annexe 5 : Les 20 activités les plus fréquentes dans les cliniques privées

Liste des 20 activités les plus fréquentes (hors séances) dans les cliniques privées en 2007 :

- Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire
- Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
- Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours
- Nouveau-nés de 2500 g et plus
- Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires
- Accouchements par voie basse
- Ligatures de veines et éveinages
- Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels
- Motifs de recours de la CMD 23¹¹⁹ sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire
- Ménisectomie sous arthroscopie
- Actes diagnostiques par voie vasculaire
- Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins
- Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites
- Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans
- Autres interventions sur la main
- Interventions transurétrales ou par voie transcutanée
- Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans
- Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde
- Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans
- Circoncision

Source : ATIH, « L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? », 2009

La quasi totalité de ces 20 activités fait référence à un acte classant (qu'il soit opératoire ou non). Une seule racine médicale est présente (maladies diverses du tube digestif) mais une bonne partie des séjours comporte une endoscopie pour des hospitalisations qui ne relèvent pas de l'ambulatoire. L'activité des cliniques ex-OQN apparaît donc bien majoritairement chirurgicale, tandis que celle des CHU et CH est très majoritairement, celle des PSPH représentant une situation intermédiaire.

¹¹⁹ La CMD 23 désigne les « autres motifs de recours aux soins » ; elle reflète surtout la surveillance négative (sans diagnostic précis) de patients entrés aux urgences, et le suivi de pathologies chroniques.

Annexe 6 : Essai de typologie des établissements MCO publics et privés, étude du CHU de Montpellier

[479] Une étude nationale portée par le CHU de Montpellier¹²⁰ conjointement avec la FHF, propose une typologie des établissements de santé publics et privés, sur la base de données d'activité issues du PMSI croisées avec des données de taille et des informations tenant à la localisation issues de l'INSEE. Ces données se rapportent à l'année 2009.

[480] Selon les résultats de cette étude, les cliniques commerciales sont dominantes dans 3 des 7 classes ainsi constituées :

*** Etablissements de proximité et de petite taille, centrés sur une activité de chirurgie relativement spécialisée et très ouverte sur l'ambulatoire, situés dans des communes petites ou moyennes :**

Classe nombreuse composée à 92% de cliniques.

Etablissements de taille modeste (un peu moins de 8 000 séjours en moyenne), peu diversifiés : nombre de racines représentant 80% de l'activité = 39 (séances incluses).

Activité de chirurgie majoritaire. Taux de chirurgie ambulatoire de plus de 60%, taux de suppléments de surveillance continue supérieur à la médiane.

DMS (3 jours) inférieure à la moyenne.

Faible activité de recours (faible part des séjours de sévérité 3 et 4, faible proportion d'entrée par transfert, proportion de séjours dépassant la borne haute inférieure à la médiane).

Etablissements situés dans de petites communes (32 000 habitants environ).

Activités médicales centrées sur les segments : digestif, orthopédie, rhumatologie, ORL/ Stomatologie.

*** Etablissements très spécialisés, jouant sur des volumes d'activité plus importants, souvent centrés sur un pôle mère-enfant, situés en zone urbaine d'assez grande taille**

Classe moins nombreuse que la précédente mais composée à 83% de cliniques.

Etablissements de plus grande taille (environ 10 000 séjours), très peu diversifiés : nombre de racines représentant 80% de l'activité (séances incluses) = 29, avec forte représentation des racines relatives à la maternité, la néonatalogie et la pédiatrie.

Activité globalement répartie entre chirurgie (pour laquelle le taux de pratique ambulatoire est de plus de 60%), médecine et obstétrique.

DMS de 4 jours

Faible activité de recours (faible part des séjours de sévérité 3 et 4, faible proportion d'entrée par transfert, proportion de séjours dépassant la borne haute très faible).

Situés dans des communes de relativement grande taille (76.000 hbts en moyenne).

¹²⁰ F. Seguret, C. Ferreira, « Essai de typologie des établissements MCO publics et privés à partir de la base nationale PMSI », Etude du CHU de Montpellier - FHF présentée au Séminaire ENCC 2011. Etude fondée sur les données 2009 issues du PMSI et de la SAE, concernant les établissements de santé publics, privés et ESPIC de France métropolitaine, sauf APHP, APM, HCL, établissements de Corse et hôpitaux locaux ; sont exclus également quelques types d'établissements extrêmes (établissements hyper spécialisés par exemple) ; soit au total 1010 établissements retenus. Les données hospitalières ont été croisées avec celles de l'INSEE relatives aux territoires considérés.

*** Etablissements de grande taille, présentant une activité peu diversifiée mais haut de gamme offrant une fonction de recours marquée, dans des zones urbaines importantes**

Classe composée à 73% de cliniques.

Degré de diversification comparable à la première classe ; nombre de racines = 38.

Activité majoritairement chirurgicale à laquelle s'ajoute une activité de séance très importante (hémodialyse, cancérologie).

Fonction de recours plus marquée : part des séjours de sévérité 3 et 4 supérieure à la médiane, un quart des séjours en « référence », proportion de séjours « caractéristiques des CHU » (liste ATIH) la plus élevée (2%) en dehors des CHU eux-mêmes (où elle n'atteint que 5%), proportion de soins intensifs et de surveillance continue élevée.

[481] Selon ces travaux, les cliniques figurent également, mais minoritaires, dans deux autres classes :

*** Etablissements de très petite taille, situés en zone rurale, centrés sur la gériatrie**

Moins de 600 séjours par établissements en moyenne.

Une trentaine de racines représentant 80% de l'activité, centrées sur la gériatrie, avec des spécialités médicales plus représentées telles que la pneumologie, la psychiatrie, la cardiologie et le système nerveux. Des patients âgés en moyenne de 81 ans.

DMS élevée : de 10 jours avec les taux les plus élevés de journées EXH (durées de séjour dépassant les bornes hautes).

Etablissements situés en zone rurale (communes d'environ 5 000 habitants en moyenne) sur des offres de soins essentiellement occupées par des établissements publics ou ESPIC.

*** Etablissements polyvalents très diversifiés auxquels l'accès par les urgences est important**

Classe nombreuse composée à 92% de CH mais qui compte aussi, pour une petite part, des cliniques.

Etablissements dont l'activité est très diversifiée (80% de l'activité étant représenté par 81 racines, concernant notamment le digestif, l'obstétrique, la cardiologie, l'orthopédie-rhumatologie et la pneumologie) et fortement liée aux admissions en urgence (40% des entrées environ) mais de taille modeste (5 500 séjours) et situés sur des communes elles-mêmes de petite taille.

[482] Il faut noter que les auteurs de l'étude ont renouvelé l'analyse des activités et positionnements des établissements de leur échantillon sans prendre en compte les séances. Ce changement méthodologique modifie quelque peu la classification : un petit nombre d'établissements privés se déplace alors vers une classe qui, dans le précédent exercice, est exclusivement représentée par des établissements publics, celle des établissements très diversifiés (99 racines pour 80% de l'activité), de grande taille (plus de 24000 séjours), où l'on entre dans 40% des cas par les urgences, avec une forte activité de recours et de soins intensifs, et situés sur des territoires urbains sur lesquels leur part de marché est élevée (30%) - en somme, le modèle des gros centres hospitaliers.

Annexe 7 : Analyse des situations déficitaires et bénéficiaires parmi les cliniques MCO de deux régions

L'exploitation faite par les ARS de Bretagne et des Pays de la Loire des liasses fiscales des cliniques a permis à la mission de réaliser une analyse plus micro-économique que ne le permettent les statistiques nationales des caractéristiques des cliniques bénéficiaires ou déficitaires, d'où découlent les résultats suivants.

• En Bretagne

Situation économique régionale du secteur

L'ensemble des 17 cliniques MCO de la région est globalement déficitaire en 2010, à hauteur de 3,3 M€, soit 0,9% du chiffre d'affaires correspondant. En 2008 déjà, le secteur était déficitaire mais beaucoup plus légèrement, pour 752 K€ ou 0,2% du chiffre d'affaires.

Si le chiffre d'affaires des cliniques sur ce territoire a progressé de 3,6% entre 2008 et 2009, il s'est contracté globalement de 0,2% entre 2009 et 2010, et il diminue sur la période pour 5 des 17 cliniques. L'EBE se contracte de manière nettement plus forte, puisqu'il diminue en valeur absolue de 14% entre 2009 et 2010 et de 9% depuis 2008 (passant de 3,3% à 2,9% du chiffre d'affaires) - mais cela peut refléter des opérations comptables liées à l'externalisation des murs¹²¹.

Les cliniques déficitaires

Sur les 17 cliniques MCO de la région Bretagne, 9 ont un résultat net déficitaire en 2010 (contre 5 en 2008), dans une proportion du chiffre d'affaires variant de 0,7% à 14% ; globalement, leurs déficits en 2010 se montent à près de 9 M€ et représentent 5,3% de leur chiffre d'affaires cumulé, ce qui indique un léger alourdissement par rapport à 2008 (la proportion était alors de 4,8%) malgré la diminution du montant moyen de ces déficits (999 K€ en 2010 contre 1433 K€ en 2008).

Les cliniques déficitaires en 2010 ont un chiffre d'affaires moyen plus faible que les autres (18,8 M€ contre 26,8 M€). La situation était l'inverse en 2008 : les cliniques déficitaires avaient alors un CA moyen sensiblement plus important que les cliniques bénéficiaires (30 M€ contre 18,5 M€). Cela laisse penser qu'un CA très faible (de l'ordre de 10-15 M€) est de moins en moins soutenable.

Trois cliniques enregistrent un résultat net négatif pendant trois ans de suite entre 2008 et 2010 ; chacune d'elles appartient à un groupe de cliniques d'envergure nationale. Par ailleurs, 4 cliniques sont restées déficitaires pendant deux de ces trois années ; elles appartiennent à la Mutualité, sauf l'une d'elles placée en redressement judiciaire début 2012 (déficit 2010 égal à 14% du chiffre d'affaires).

¹²¹ L'externalisation des murs auprès de sociétés foncières conduit à substituer des loyers, donc des « charges externes », déduites de l'EBE, à des dotations aux amortissements, qui ne pesaient pas sur l'EBE. Elle dégrade donc mécaniquement l'EBE, indépendamment de son incidence finale sur la profitabilité de l'exploitation.

Six cliniques ont également une rentabilité brute d'exploitation négative en 2010, dans une proportion globale de 3,1% du chiffre d'affaires; elles étaient 5 en 2008, mais le poids relatif des déficits d'exploitation est inchangé. Le chiffre d'affaires moyen des cliniques dont le cycle d'exploitation n'est pas équilibré en 2010 est inférieur de 30% à celui des autres.

Les cliniques bénéficiaires

8 cliniques des 17 cliniques MCO de cette région sont bénéficiaires en 2010, dans une proportion variant de 0,9% à 6%. Leur nombre a diminué - elles étaient 12 en 2008 - et leur excédent moyen, s'il a augmenté en valeur absolue (de 534,5 K€ en 2008 à 707,5 K€ en 2010) a diminué en proportion du chiffre d'affaires (passant de 2,9% à 2,6%). Les établissements excédentaires en 2010 ont un CA moyen nettement plus important que ceux qui l'étaient en 2008 (+45%, pour représenter 29,8 M€ en 2010), confirmant le durcissement des seuils de chiffre d'affaires pour équilibrer l'exploitation. Au même moment, les opérations de rachat et d'intégration dans les groupes se multiplient dans la région ; elles peuvent apparaître comme hasardeuses au regard de la récente contraction de l'activité, ou au contraire comme une réponse au déclin de certains établissements....mais ces intégrations contribuent en retour à rapidement intensifier la concurrence entre établissements privés et entre ceux-ci et leurs homologues publics.

• Dans les Pays de la Loire

Alors même que la rentabilité économique de l'ensemble des 24 cliniques MCO de la région s'est améliorée en 2010 par rapport aux trois années précédentes, le nombre d'établissements en déficit est plus élevé qu'auparavant. Le phénomène de déficit structurel est par ailleurs visible : sur la période 2006-2010, 7 cliniques MCO sont en déficit sur trois exercices ou plus.

On constate comme en Bretagne que les cliniques déficitaires ont un chiffre d'affaires moyen plus faible que les autres : environ 20 M€ contre 24 M€ en 2010, 15 M€ contre 23 M€ en 2009, 11 M€ contre 23 M€ en 2007. Il importe de noter que le chiffre d'affaires moyen des cliniques déficitaires a tendance à augmenter, laissant penser que le seuil de rentabilité des cliniques s'élève d'année en année – sous réserve d'une analyse plus fine tenant compte du case-mix et du positionnement des établissements concernés.

Annexe 8 : Compléments relatifs à l'analyse de la rentabilité du secteur des cliniques

1. Comparaison des méthodes de la DREES et de la FHP dans l'analyse financière du secteur

L'analyse de la situation financière des cliniques fournie par la DREES a pour champ l'ensemble des entités en exercice, figurant dans la SAE de l'année considérée, soit, pour l'année 2010, 1030 établissements (1100 en 2005) fournissant des soins aigus (MCO), des soins de suite et de réadaptation ou de psychiatrie. L'étude est fondée sur l'exploitation des comptes que les cliniques à but lucratif sont tenues de déposer auprès des tribunaux de commerce. Toutefois, chaque année, 15 à 20 % des comptes n'ont pas encore été déposés au moment de la réalisation de l'étude ; en 2010, cette proportion était particulièrement élevée (25%) et oblige à considérer les statistiques correspondantes comme provisoires. La DREES procède toutefois au redressement des données pour tenir compte des non-réponses, de sorte que les résultats fondés sur l'échantillon constitué des établissements ayant déposé leurs comptes soient représentatifs de l'ensemble du champ des cliniques privées à but lucratif (sous réserve des limites propres à la SAE).

En 2011, le rapport sectoriel publié par la FHP conjointement avec le Groupe Montaigne se fondait sur un ensemble de 682 établissements ayant présenté des comptes sur une durée d'exercice homogène (2007-2009) et dont le chiffre d'affaires n'avait pas connu de trop forte variation sur la période (150 cliniques dont le chiffre d'affaires avait augmenté ou diminué de plus de 15% d'une année sur l'autre avaient ainsi été retirées de l'échantillon). Se trouvaient donc écartés les établissements qui, au cours des trois ans considérés, avaient disparu, avaient été rachetés ou avaient acquis eux-mêmes un autre établissement ; or on sait que les opérations de restructuration, de fusion et acquisition ont été nombreuses dans ce secteur depuis plusieurs années. Dès lors, l'analyse économique et financière des cliniques fournie par la FHP saisit la réalité d'un noyau relativement stable, mais ses résultats diffèrent inévitablement de ceux fournis par la DREES – des écarts faibles au demeurant quant aux niveaux de rentabilité, les tendances décrites restant similaires.

Un travail d'harmonisation méthodologique a été réalisé fin 2011 entre la DREES et FHP, conduisant celle-ci à se rapprocher de celle-là pour la définition du champ et les méthodes de redressement. Le rapport sectoriel 2012 de la FHP porte la marque de ce changement de méthode.

2. Les disparités dans l'évolution du chiffre d'affaires des cliniques : analyse de la FHP

La FHP fournit - sur la base d'un échantillon d'établissements qui n'est certes pas représentatif, comme indiqué précédemment - une présentation de l'évolution des chiffres d'affaires présentations sont cohérentes entre elles.

Le tableau suivant montre notamment que 18% des cliniques étudiées connaissent en 2009 une évolution atypique de leur chiffre d'affaires, de plus de 15% dans un sens ou dans l'autre, en raison de variations de paramètres structurels de leur activité (perte ou obtention d'autorisations, extension ou fermeture de capacités, fusion - absorption d'un autre établissement). Cela donne la mesure des mouvements de recomposition qui affectent le secteur depuis plusieurs années, et qui sont appelés à se poursuivre au-delà d'une pause relative observée en 2010-2011.

Tableau 22 : Répartition des cliniques selon l'évolution de leur chiffre d'affaires

La répartition des établissements selon la variation de chiffre d'affaires entre 2008 et 2009

Tranche d'évolution	Cliniques et hôpitaux privés		Chiffre d'affaires 2009		Chiffre d'affaires 2008		Chiffre d'affaires 2007
	Nombre	Part	Montant	Part	Montant	Part	
$10\% \leq CA < 15\%$	59	7,1%	595 020	6,5%	532 255	6,1%	520 119
$5\% \leq CA < 10\%$	165	19,8%	2 083 411	22,9%	1 947 917	22,5%	1 896 704
$0 \leq CA < 5\%$	328	39,4%	4 077 349	44,8%	3 987 910	46,0%	3 863 314
$CA < 0\%$	130	15,6%	1 395 039	15,3%	1 452 335	16,7%	1 420 311
Sous-total	682	82,0%	8 150 819	89,7%	7 920 417	91,3%	7 700 448
$CA > 15\% $	150	18,0%	1 616 959	17,8%	1 398 384	16,1%	1 136 044
Total	832	100,0%	9 091 759	100,0%	8 671 862	100,0%	8 364 766

NB : les données financières sont exprimées en K euros.

Source : Greffes des tribunaux de commerce via Altarès

Source : « Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé »,
Rapport sectoriel, édition 2011, FHP - Groupe Montaigne.

Annexe 9 : Une illustration régionale : situation économique et financière des cliniques privées dans la région Pays de la Loire

Les 24 cliniques MCO de la région Pays de Loire¹²² présentent globalement en 2010 une rentabilité économique de 2.9%, niveau plus élevé que pour chacune des trois années précédentes.

Les situations des établissements sont cependant très contrastées puisque ce taux varie entre une borne basse négative de - 10% et une borne haute de 19%. 7 des 24 établissements ont une rentabilité supérieure à 3% tandis que 10 sont déficitaires.

La rentabilité économique des 6 cliniques psychiatriques de la région, qui d'un peu plus de 5% en 2008 et 2009 est descendue à 1,4% en 2010, se situe nettement en-dessous de la moyenne nationale. Il en va de même des 9 cliniques de soins de suite, qui sont globalement déficitaires en 2010 comme en 2009 (à hauteur de 6.7% du chiffre d'affaires en 2010, et de 2.8% du chiffre d'affaires en 2009).

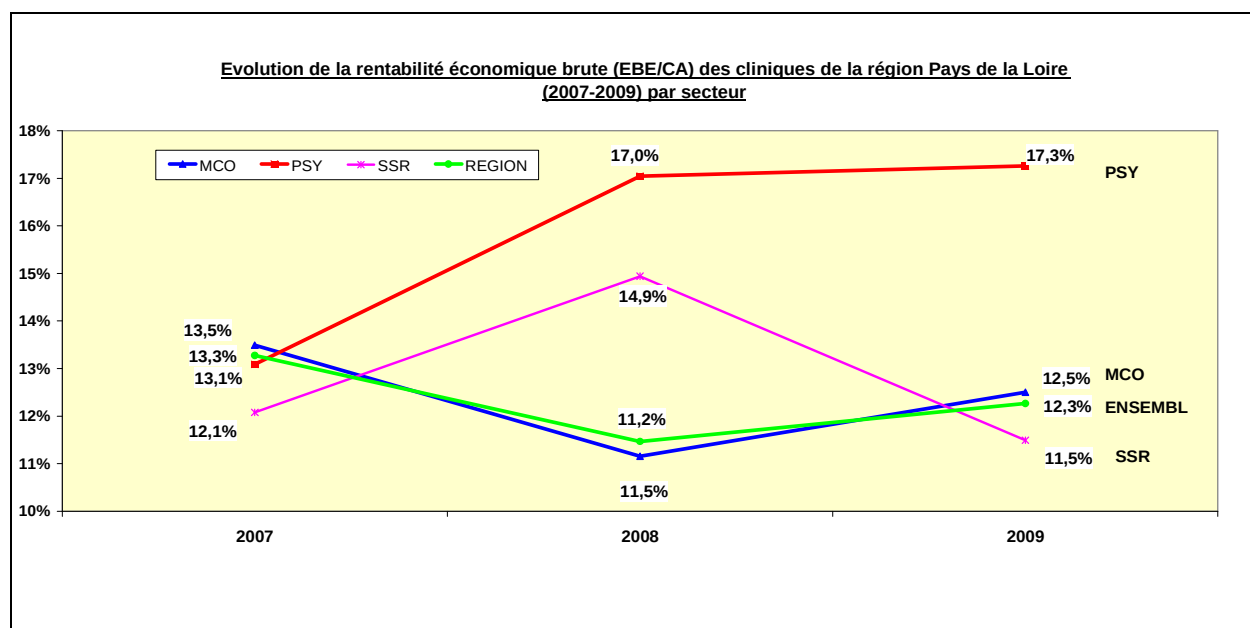
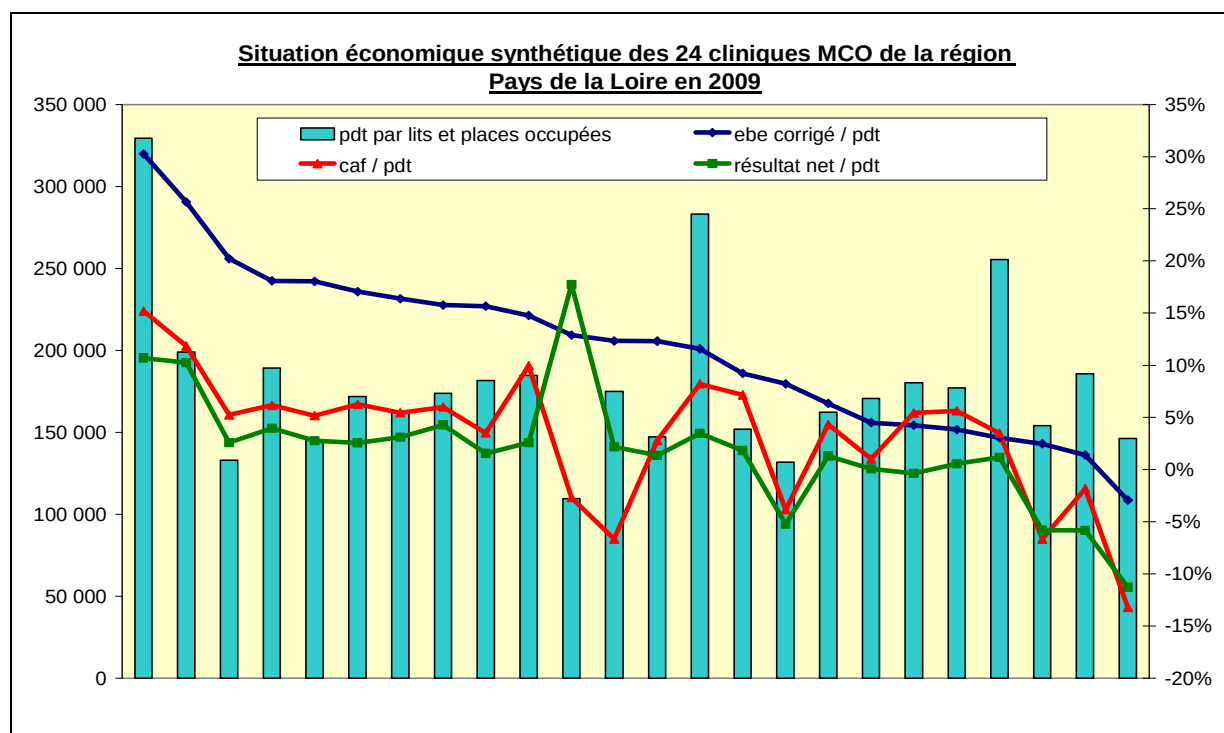
Contrastant avec la relative fragilité des cycles d'exploitation, la rentabilité financière des cliniques disposant de fonds propres positifs apparaît plus confortable, et proche des moyennes nationales. Ainsi en 2009 (dernière année disponible pour ce ratio) la rentabilité des fonds propres des cliniques MCO s'établit globalement à 9.4% ; parmi les cliniques bénéficiaires ce taux atteint 12.2%. Une clinique MCO présente des fonds propres négatifs.

La rentabilité financière des cliniques psychiatriques atteint 25% en 2009 et celle des cliniques de soins de suite près de 8% (en dehors des deux établissements dont les fonds propres sont devenus négatifs).

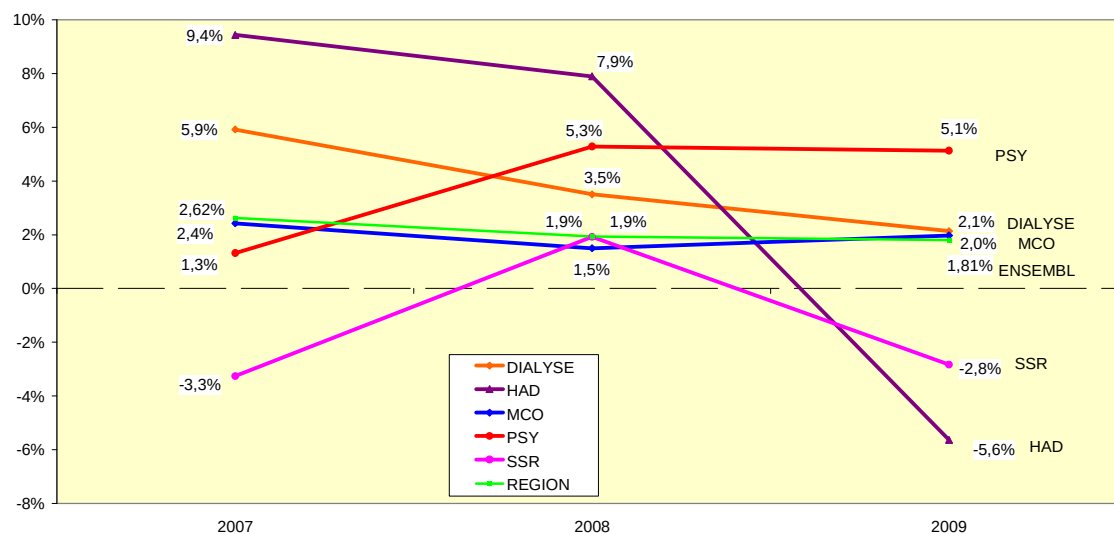
Les graphiques suivants montrent, dans ce contexte régional, l'évolution sur trois ans des principaux ratios de rentabilité des cliniques ainsi que leur variabilité entre établissements.

¹²² Analyse de la mission IGAS sur les données de l'ARS Pays de la Loire issues de l'exploitation des liasses fiscales des cliniques.

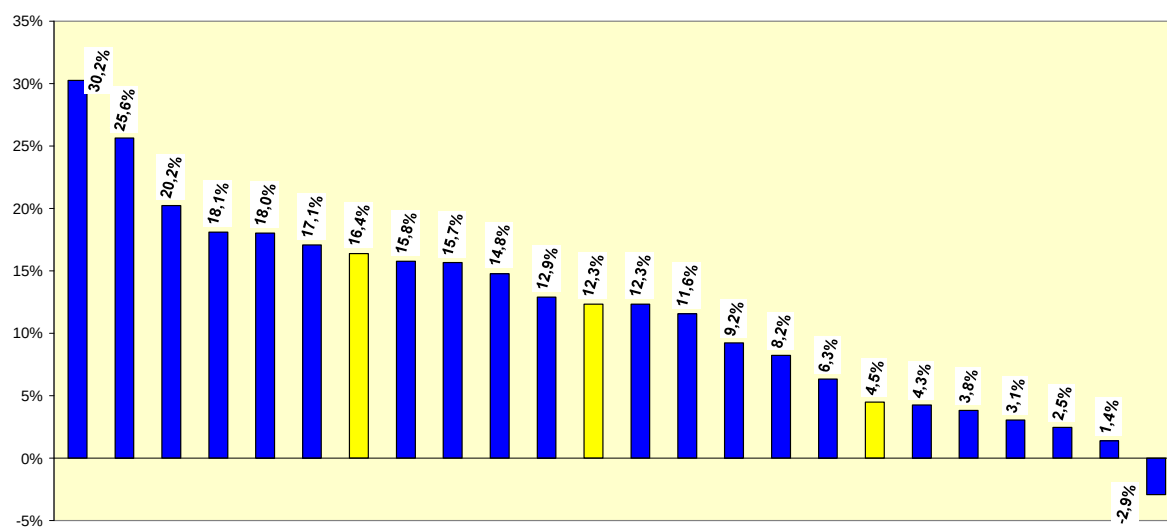
Graphique 22 : principaux ratios de rentabilité des cliniques privées dans la région Pays de la Loire



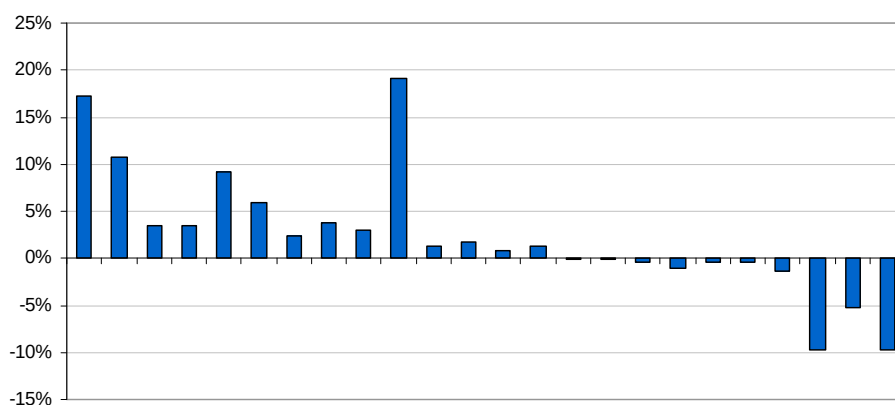
**Evolution de la rentabilité économique nette des cliniques de la région Pays de la Loire (2007-2009)
par secteur**

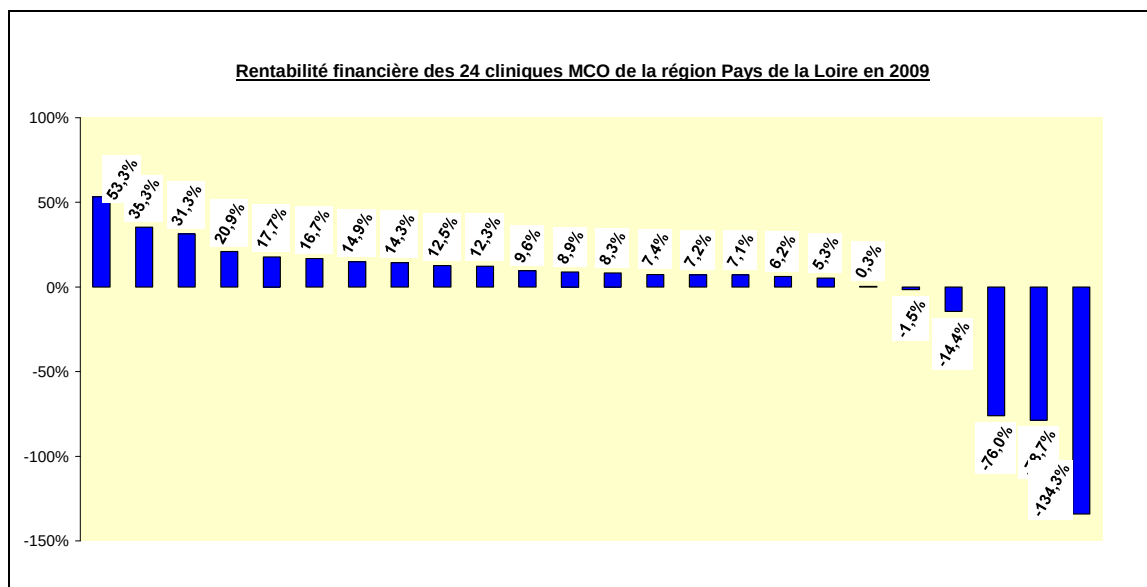


Rentabilité économique brute (EBE/CA) des 24 cliniques MCO de la région Pays de la Loire en 2009



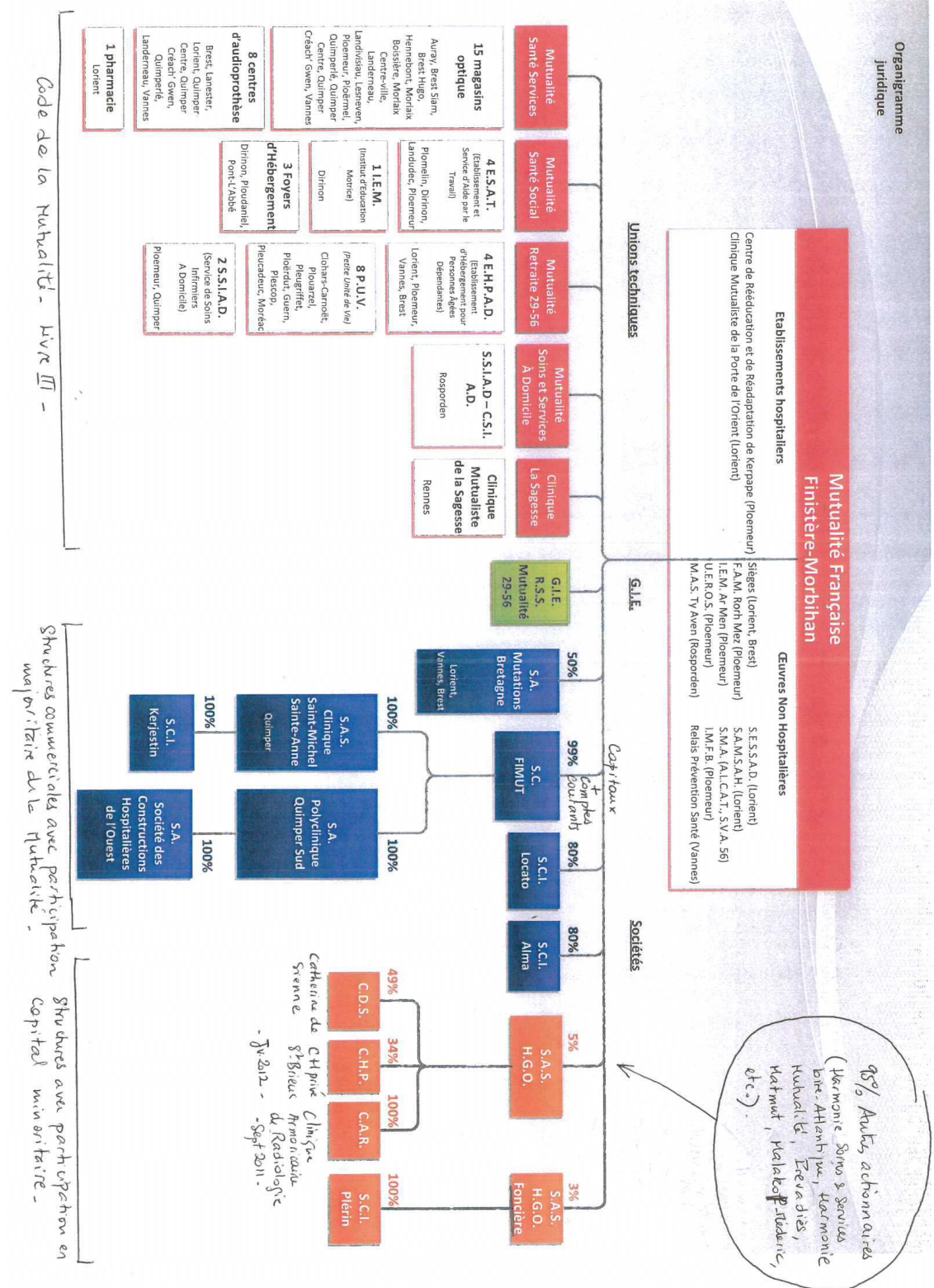
**Taux de rentabilité économique nette des 24 cliniques MCO de la région
Pays de la Loire en 2010**





Source : ARS Pays de la Loire

Annexe 10 : organigramme juridique des participations de la Mutualité française Finistère Morbihan



Annexe 11 : L'arrivée des fonds d'investissement dans le capital des principaux groupes de cliniques

L'arrivée des fonds d'investissement dans le capital des leaders du secteur

Groupe	Fonds d'investissement	Commentaires	Réseau de cliniques mi-2011
Les spécialistes de l'hospitalisation			
Générale de Santé	Santé développement Europe (60 %) Santé SA (24 %) SCA Attia Villard Fribourg (11 %)	En mars 2007, le principal actionnaire de la Générale de Santé, l'homme d'affaires Antonino Ligresti, a annoncé une OPA sur le groupe. Avec ses partenaires, il détient aujourd'hui près de 80 % du capital de la Générale de Santé	110 (fin 2010)
Vitalia	Blackstone	Créé en 2006 par le docteur Christian Le Dorze, Vitalia a connu un développement très rapide, entièrement soutenu par le fonds d'investissements américain qui a investi plus de 900 MEUR	48
Capio	Apax Partners (45 %) Nordic Capital (44 %) Apax France (11 %)	OPA en septembre 2006 d'Optica AB, une entreprise contrôlée par les fonds d'investissement Apax Partners et Nordic Capital	26
Médi-Partenaires	LBO France Barclays Private Equity	Entrée en 2007 dans le capital de Médi-Partenaires à hauteur de 38 % du fonds d'investissement LBO France qui a racheté les parts détenues par Sagard et Cobalt	25
Vedici	Fonds 3i N.I. Partners (Natixis)	Les fonds 3i et N.I. Partners sont entrés au capital de Vedici en 2010. Apax Partners SA, partenaire de Vedici depuis 2006, est sorti du capital à cette occasion	23
Les spécialistes de la dépendance			
Clinéa (Orpéa)	Sempre : 9,54 % Neogema (Philippe Austruy) : 8,27 % FFP en 2011	En 2011, le fonds FFP acquiert 6 % du capital de la société Orpéa pour 88 MEUR. Une augmentation du capital du groupe en 2007 (62,4 MEUR) a permis de financer les acquisitions futures	64
Korian	Predica : 31,4 % Batipart : 23,6 % Malakoff Médéric : 13,75 % MASCF : 10,3 % ACM Vie : 10,1 %	Le groupe Korian est coté à la Bourse de Paris depuis 2006. En Juin 2009 a eu lieu une augmentation de capital de 70 MEUR	45
Médica-France	Sociétés du groupe Covéa (19 %) Predica (11 %) Groupe Batipart (10 %) TBU 3 International (3 %)	Après un échec d'introduction en Bourse sur l'Eurolist d'Euronext en juin 2006, Médica-France est entrée en Bourse en février 2010	37
DVD	Sagesse (60 %) Macif (17 %) Caisse Nationale des Caisses d'Épargne (CNCE) (17 %) Vivalto (6 %)	Entrée en 2007 de la Macif et de la Caisse d'Épargne dans le capital de DomusVi, à hauteur de 17 % chacun. Sagesse est le holding personnel d'Yves Journel, Président du groupe, associé au fonds d'investissements Barclays Private Equity France en 2003 pour acquérir les actions DomusVi jusqu'alors détenue par la Générale de Santé	9
Le Noble Age	Groupe A&B (environnement dirigeants) : 51,41 % Cogepa : 10,38 % Salvepar : 5,85 % Groupama : 4,68 %	En 2008, une opération d'augmentation de capital réservée à Groupama Centre-Atlantique s'est traduite par l'émission de 400 000 nouvelles actions ordinaires d'une valeur nominale de 2 euros chacune, portant le capital social de 15,3 MEUR à 16,1 MEUR	6

Source : Eurostat

Annexe 12 : Présentation synthétique des chiffres clés et des grandes orientations stratégiques de quelques groupes de cliniques ou cliniques indépendantes

Nom du groupe	Classe stratégique	Implantation géographique	Nombre de cliniques privées en 2010 Nombre de lits & places	Chiffre d'affaires 2010 [et taux de marge nette]	Principales caractéristiques en termes de stratégie ou de gestion
Générale de Santé	Leader	Implantation nationale. Notamment : grandes villes des régions Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Nord-Pas de Calais.	110 (dont 60 MCO, 20 SSR, 25 psy, et 5 cancer). 16 194 lits & places	1,9 Md€ ↘ (car cession d'une clinique en 2011) [1,8% ↘]	Groupe créé en 1987 (au sein de la Compagnie Générale des Eaux, dissocié d'elle en 1997) ; introduit en bourse en 2001 ; tentative d'OPA en 2007 ; 1 actionnaire majoritaire: Dr Ligresti (60%). Cession entre 2008 et 2010 de la plupart des cliniques détenues en Italie. Cession en 2010 des prestations médico-techniques à domicile. Réorganisation des structures du siège en 2010. Réorganisation du groupe (en cours) autour de la construction de parcours de soins régionaux. Mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires, ayant une fonction de pont ville-hôpital. Regroupement d'établissements pour accroître la rentabilité (le taux de marge nette est passé de 4,4% en 2008 à 1,8% en 2010 pendant que le chiffre d'affaires diminuait de 3% ; la marge brute est restée stable proche de 12%). Création en 2009 d'une OPCI pour accompagner financièrement le développement et la modernisation du parc de cliniques.
Vitalia	Challenger	Multirégions (notamment Centre, Nancy et Clermont-Ferrand, Strasbourg). Ciblage sur villes moyennes. Groupe absent des grandes agglomérations.	48 (dont 42 MCO et 6 SSR) 5700 lits & pl + HAD (80 pl) + Formation (université)	650 M€ (en 2007)	Groupe créé en 2006 par un médecin (issu de la Générale de Santé) avec le fonds d'investissement américain Blackstone (dont le directeur est devenu directeur général de Vitalia). Tentative de sortie de Blackstone en 2008 ; échec ; attentisme depuis. Fort développement entre 2006 et 2008 par croissance externe et extension de capacité des établissements existants. Ciblage des investissements sur des villes moyennes et sur certains territoires de santé pour constituer une offre de soins coordonnée. Recherche de synergies (ex : sur Nancy et Clermont Ferrand). Modèle de gestion très décentralisé (seulement 30 personnes au siège) avec 7 directions régionales (sur les territoires de santé). Rationalisation de la gestion des cliniques rachetées (GRH, équipements, procédures techniques et administratives, achats).

Nom du groupe	Classe stratégique	Implantation géographique	Nombre de cliniques privées Nombre de lits & places	Chiffre d'affaires 2010 [et taux de marge nette]	Principales caractéristiques en termes de stratégie ou de gestion
Capio France (groupe suédois)	Challenger	Côte atlantique (Bayonne, La Rochelle), Sud-Est (Lyon et Vaucluse), Midi-Pyrénées (Toulouse avec la plus grosse clinique de France) + Scandinavie, Allemagne et RU	26 en France (dont 20 MCO, 4 SSR 1 psy, 1 centre cancérologie/réadaptation/in suffisance rénale) 60 établissements au niveau européen. 3 914 lits & pl en France.	555 M€ en F ↗ 1 Md€ au niveau européen.	Groupe européen arrivé en 2002 sur le marché français (par rachat de Clininvest à Suez). Répartition du capital entre 3 fonds d'investissement. Stratégie de rachat de petits groupes comprenant des établissements importants (ex : Le Tonkin sur région lyonnaise). Constitution de pôles régionaux forts (ex : pôle maternité à Bayonne) et développement des unités de soins ambulatoires. Gestion de type industriel (optimisation des taux d'occupation des services, optimisation des RH entre plusieurs services). Bonnes pratiques » de GRH et mesure de la satisfaction du personnel.
Vedici	Challenger	Région parisienne, Centre-Ouest (Poitiers, Angoulême, Le Mans, Nantes, Bretagne) et Sud-Ouest (Lot-et-Garonne)	23 (dont 17 MCO, 4 SSR, 1 psy, 1 HAD) 3 032 lits & pl	350 M€ ↗ [-1,3% ↘]	Groupe créé en 2000 par 2 anciens cadres de la Générale de Santé. Actionnariat : branche Investissement de Natixis (majoritaire) et dirigeants fondateurs (minoritaires). Rachat d'établissements en difficulté financière. Regroupements d'établissements et constitution de pôles de santé (entre 250 et 800 lits, ex : Le Mans, Soyaux près d'Angoulême, Villeneuve-sur-Lot) afin de mutualiser des moyens, de combiner médecin libérale programmée et médecin d'urgence et de disposer d'un pouvoir de négociation vis-à-vis de la tutelle ; participation à des opérations de restructuration associant public et privé (ex : projet de Villeneuve-sur-Lot, dans le cadre du plan Hôpital 2012). Endettement élevé malgré hausse de la participation des fonds d'investissement. Externalisation de l'immobilier (Icade).

Nom du groupe	Classe stratégique	Implantation géographique	Nombre de cliniques privées Nombre de lits & places	CA 2010 [et taux de marge nette]	Principales caractéristiques en termes de stratégie ou de gestion
Medi-Partenaires	Challenger	Multi-régions Quelques pôles en Lorraine	25 4 032 lits & pl	500 M€ ↗ [-13,4% en 2009 malgré marge brute de 17%, mais frais financiers très élevés. Fonds propres <0]	Groupe fondé en 1991. Répartition du capital aujourd'hui entre 2 fonds d'investissement (Barclays Private Equity et LBO France entrés respectivement en 2005 et 2007). Tentative de sortie de ces 2 fonds en 2010 : échec (idem Vitalia). Cession d'actifs immobiliers en 2010-2011 (auprès d'Icade notamment) pour désendetter le groupe et rétablir sa rentabilité immédiate. « Externalisation de la gestion des risques et de la qualité ».
Vivalto Santé (ex-CPA)	Outsider	Bretagne et Normandie	6 935 lits & pl	120 M€ ↗ [2,9% en 2008 ↘]	Groupe né en 1994, repris en 2009 et présidé depuis par D. Caille, fondateur de la Générale de Santé. Actionnariat des médecins (40% du capital en 2010 vs 100% en 2009) et de plusieurs fonds d'investissement via holding (60% : Crédit Agricole Private Equity, BNP-Paribas Développement, ING Parcom, Crédit Mutuel Arkea). Choix de rester propriétaire des murs. Vive concurrence avec Vedici en Bretagne. Politique affirmée de croissance externe (fort potentiel).
Groupe Medipôle Sud Santé	Outsider	Languedoc-Roussillon (Gard, Aude, Pyrénées Orientales) + Vaucluse	10 (tous MCO dont 5 avec urgences, 2 avec SSR et 1 avec HAD) + 2 unités HAD 1 410 lits & pl	175 M€ en 2010, 220 M€ en 2011 ↗ [2,6% en 2009]	Groupe créé en 2006. Entrée au capital de Bridgepoint en 2011 (50% du capital) à la faveur d'une augmentation de capital et de la sortie des fonds BNP-Paribas Développement et Azulis Capital. Autre moitié du capital détenue par le PDG et sa famille. Choix d'être présent dans les zones délaissées, moins densément peuplées et moins concurrentielles. Chaque établissement doit développer des spécificités. Logique de complémentarité et de proximité entre cliniques. Objectif stratégique : doublement du chiffre d'affaires dans les 4-5 ans à venir (il a déjà augmenté de 51% entre 2009 et 2011) et être 1 ^{er} acteur MCO privé dans le Sud de la France d'ici 5 ans.

Nom du groupe	Classe stratégique	Implantation géographique	Nombre de cliniques privées Nombre de lits & pl.	CA 2010 [et taux de marge nette]	Principales caractéristiques en termes de stratégie ou de gestion
Compagnie Stéphanoise de Santé (C2S)	Outsider	Rhône-Alpes (6 cliniques), Auvergne (2), Aquitaine (2)	10 (MCO dont 1 avec SSR et 1 avec HAD) 1 191 lits & pl	110 M€ ↗ [-3,4% ↘]	Groupe créé en 2006. Entrée au capital du fonds Bridgepoint en 2011 (51% du capital) à la faveur d'une augmentation de capital pour accompagner le rachat d'une clinique majeure à Lyon (Clinique du Parc). Médecins actionnaires (49%). Gouvernance impliquant les médecins dans la gestion. Hausse du chiffre d'affaires de 85% entre 2008 et 2011 mais marge nette dégradée et endettement élevé. Recherche de différenciation des établissements (pédiatrie, obésité...) ou spécialisation sur certaines pathologies bien valorisées (héματο-cancérologie, SSR gériatriques) ; participation aux urgences.
Groupe Bordeaux Nord Aquitaine	Outsider	Agglomération de Bordeaux	8 (MCO et SSR) 1 003 lits & pl + Centre de formation (aides-soignants) + EHPAD + centres d'auto-dialyse	124 M€ ↗ [1% →]	Groupe né en 1971. Développement pluridisciplinaire avec pôles de spécialisation et d'excellence ; insertion dans des réseaux de soins (périnatalité, cancérologie, urgences) et partenariats public-privé.
OC Santé	Outsider	Hérault et Gard	10 (MCO, SSR, psy) 1 172 lits & pl + HAD + centre de consultations médicales + EHPAD	150 M€	Groupe né en 1989. Actionnariat familial. 1 ^{er} réseau de soins privés dans la région Languedoc-Roussillon. Position dominante sur certains segments comme la cardiologie interventionnelle, la cancérologie (le groupe concentre la moitié des équipements et de l'activité de chimiothérapie de l'agglomération de Montpellier) ou l'obstétrique (OC Santé réalise les 2/3 des accouchements de l'agglomération de Montpellier). Fermeture en 2008 des activités chirurgicales d'une clinique qui, malgré de lourds investissements, perdait des patients et n'a pas réussi à recruter un nouveau chirurgien. Développement de la rééducation neurologique en lien avec le CHU et conformément aux directives de la tutelle. Développement de l'HAD. Liens étroits avec les centres hospitaliers de la région (Béziers, Nîmes, Carcassonne, Sète). Structures MCO de grande taille pour le secteur (200 lits/places en moyenne).

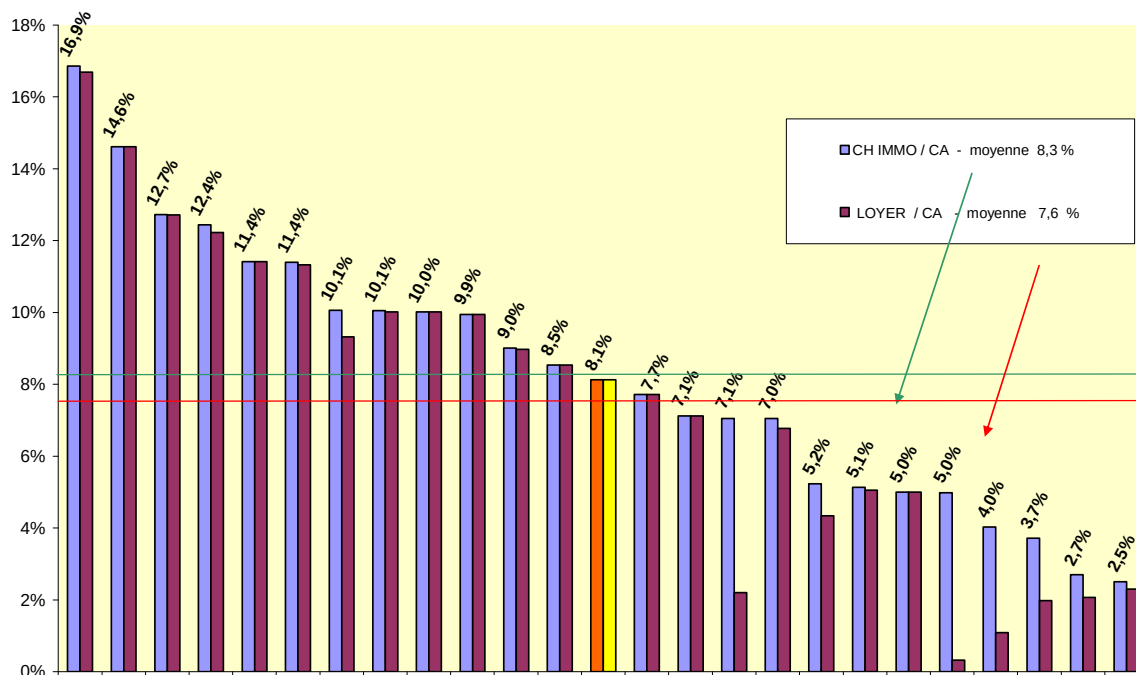
					Centralisation des services logistiques et des fonctions support.
Groupe Courlancy	Outsider	Champagne-Ardenne (Reims surtout)	6 (MCO et SSR) 1 049 lits & pl	136 M€ en 2009 ↗ [-1% ↗]	Groupe créé en 1999. Actionnariat médical. Réinvestissement intégral des bénéfices, aucun dividende. Rachat de cliniques à un rythme régulier (tous les 3 ans environ). Position quasi-monopolistique de la maternité sur Reims et ses environs. SSR développé en complémentarité des spécialités de médecine et chirurgie, permettant aussi d'apporter des activités plus rémunératrices et en forte croissance. 3 polycliniques MCO/SSR de grande taille (entre 250 et 400 lits/places) à Reims dont 2 ont vocation à être regroupées dans un nouvel établissement de 600 lits/places environ inséré dans le projet urbain Reims 2020 et en complémentarité avec le CHU. Participation à un GCS (Sud-Ardenne-Courlancy) dans un contexte de difficultés de recrutement médical des hôpitaux publics (recours de ceux-ci à des praticiens libéraux). Endettement du groupe cependant important, lié aux acquisitions du milieu des années 2000 à des prix élevés.
Groupe Saint-Georges	Outsider	Nice	5 (MCO, esthétique, SSR, psychiatrie) 727 lits & pl	64 M€ en 2009 ↘ [9,2% ↘]	Groupe créé en 1992. Forte réputation de la clinique St Georges qui fournit des prestations de chirurgie esthétique haut de gamme à une clientèle internationale. Fermeture en 2010 d'une polyclinique du groupe (L'Hermitage à Menton, MCO) après l'échec de plusieurs projets dont un projet de regroupement avec l'hôpital de Menton.
Groupe Polyclinique de Picardie	Outsider	Picardie	5 (MCO et SSR) 549 lits & pl + EHPAD	24 M€ en 2009 ↗ 6,3% en 2009 ↗	Groupe créé en 1991.
Groupe Avenir Santé	Micro-groupe	Bourgogne (Sens et Mâcon)	2 298 lits & pl	30 M€ ↗ [2,5 % ↘]	Groupe créé en 2002. Prise de participation majoritaire (75%) du fonds Montefiore Investment en 2010 ; les médecins et fondateurs ne détiennent plus que 25% du capital. Ambition régionale fondée sur des projets de rachat d'autres établissements.

Nom de la clinique	Classe stratégique	Implantation	Nombre de lits & pl.	Chiffre d'affaires en 2011 [et taux de marge nette]	Principales caractéristiques en termes de stratégie ou de gestion
Clinique de l'Europe	Cliniques indépendantes. Actionnariat médical	Rouen	328 lits et places. Muli-spécialités médicales et chirurgicales (orthopédie, ORL, traumatologie, chirurgie vasculaire, urologique, digestive, gynécologique, stomatologique) + Dialyse et Chimiothérapie + SSR. Centre ambulatoire dédié autonome.	45,4 M€ [6,5%] 27.000 interventions au bloc. Plus de 20 000 passages aux urgences. 47 praticiens intervenant au bloc. 400 salariés	Quelques axes du projet de l'établissement : - Renforcer les pôles d'excellence existants en chirurgie et prendre en charge les pathologies les plus sévères par un renforcement des moyens humains et matériels ; continuer à développer la chirurgie ambulatoire en centre dédié autonome (centre de Rouen et petite clinique d'Yvetot récemment rachetée). Demande de reconnaissance de l'activité de réanimation déposée en 2011. - « <i>Le développement de la médecine en hospitalisation complète est un axe majeur de la volonté de la clinique de l'Europe de se diversifier</i> » (d'où l'ouverture de 22 lits de médecine placés sous la responsabilité d'un médecin interniste spécialisé en infectiologie). - Diversifier également les pathologies prises en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelle.
Nouvelles Cliniques Nantaises	Cliniques indépendantes. Actionnariat médical	Nantes	484 lits et places (dont 59 places en ambulatoire). 29 salles de bloc. Muli-spécialités médicales et chirurgicales (y compris surveillance continue et soins intensifs).	58,8 M€ [- 0,04 %] 17.000 admissions en chirurgie conventionnelle, 16.000 en chirurgie ambulatoire. 28.000 passages aux urgences. 146 médecins, dont 77 en contrat exclusif ; 4 médecins salariés. 830 salariés (767 ETP).	Développer un pôle de santé sur le confluent s'appuyant sur la définition d'un projet médical cohérent et l'organisation en filière pour l'imagerie et la cancérologie, grâce à la récente acquisition d'un établissement complémentaire des NCN.
Clinique Val d'Ouest	Cliniques indépendantes. Actionnariat médical	Lyon - Ecully	Environ 200 lits. Activité de médecine, chirurgie et obstétrique (maternité de niveau 2A) + autorisation de cancérologie récemment obtenue.	28 M€ [1,4% pour un taux de marge brute de 3,4%] Environ 25 000 admissions par an au total. Environ 300 ETP.	Poursuite du développement des pôles adultes enfants, sur la base d'une analyse fine des segments peu couvertes par les établissements concurrents, en mettant l'accent sur la qualité de prise en charge des patients et en confortant la participation de la clinique aux missions de service public (permanence et continuité des soins, enseignement). Nécessité de préparer le prochain LBO, programmé pour 2017-2018 (« passer le relais à une nouvelle génération de médecins désireux de consacrer du temps au management de la clinique »).

Source : *L'avenir des cliniques privées. Quelle évolution des modèles économiques à l'horizon 2015 ?*, Eurostaf, Groupe Les Echos, 3^{ème} trimestre 2011.

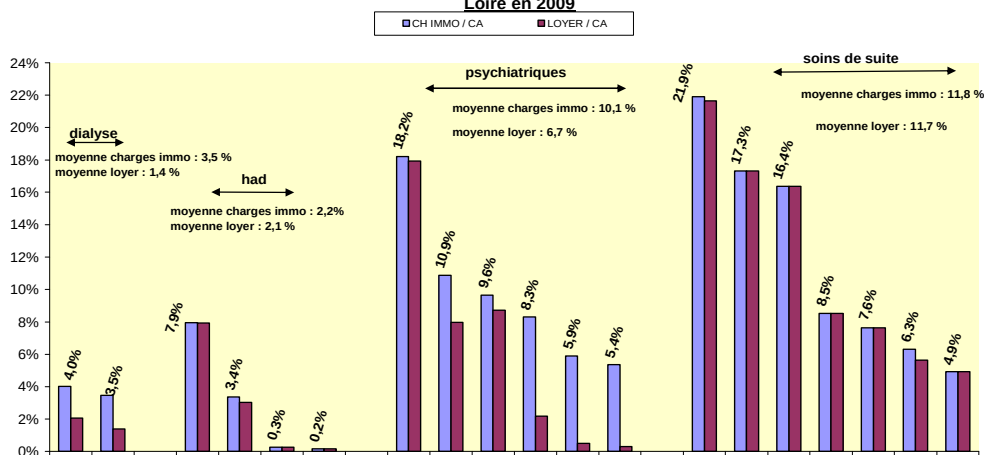
Annexe 13 : Poids des charges immobilières et loyers des cliniques dans la région Pays de la Loire

Charges immobilières et loyers en % du CA par établissement MCO (24) dans la région Pays de la Loire en 2009



Source : ARS Pays de la Loire sur données issues des liasses fiscales des cliniques

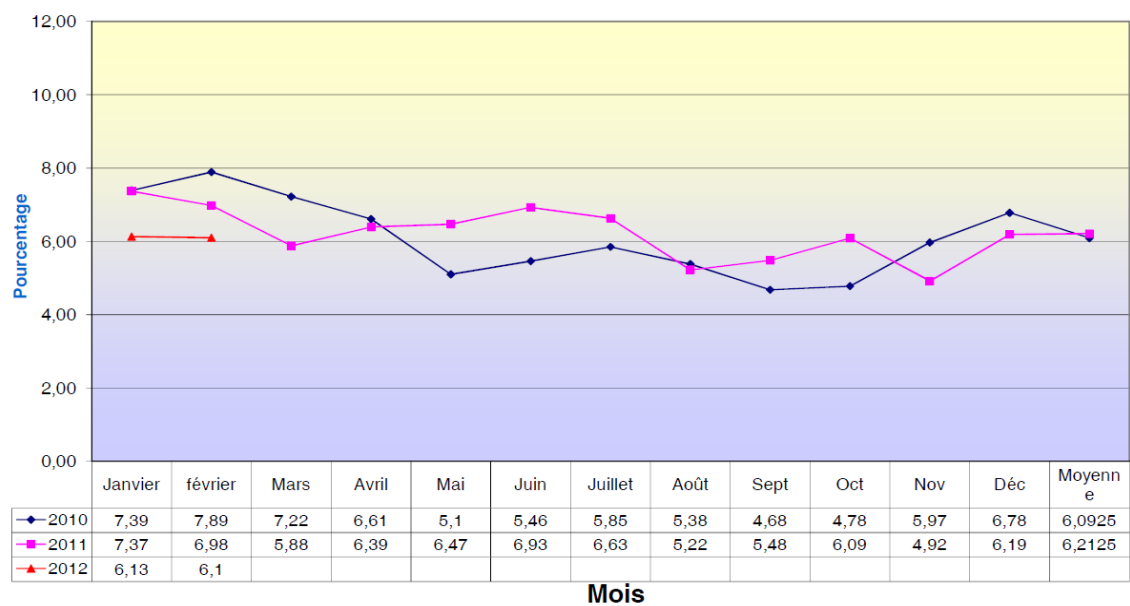
Charges immobilières et loyers en % du CA des établissements hors MCO dans la région Pays de la Loire en 2009



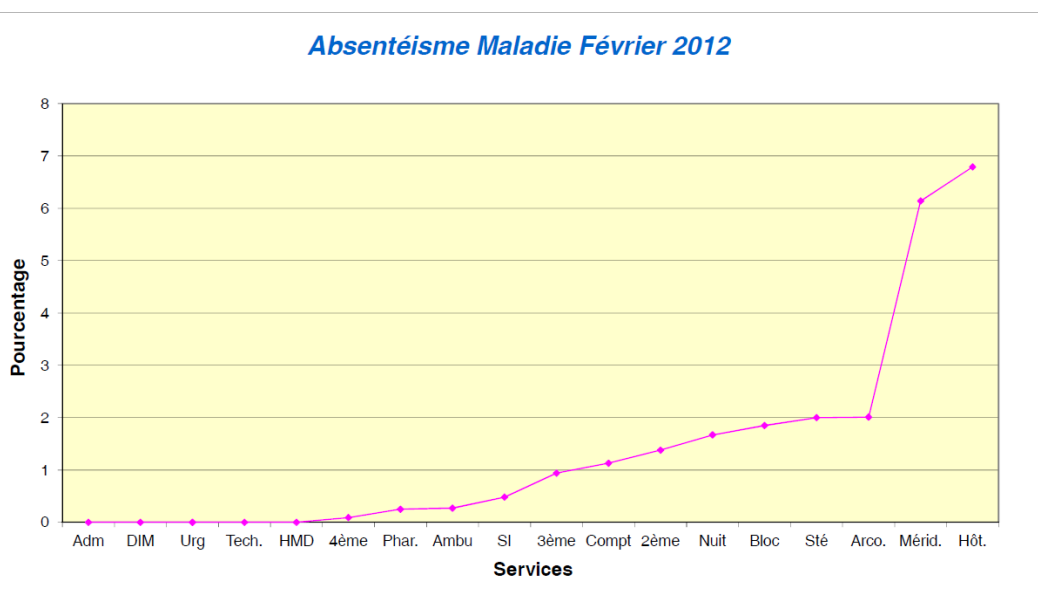
Source : ARS Pays de la Loire sur données issues des liasses fiscales des cliniques

Annexe 14 : Exemple de tableaux de bord de gestion des ressources humaines dans une clinique de taille importante (400 salariés)

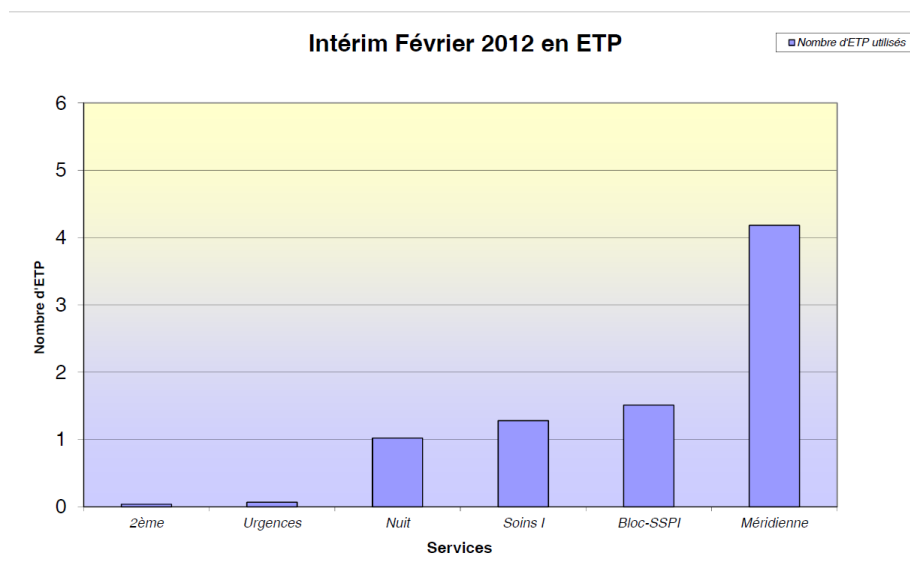
Graphique 23 : suivi de l'absentéisme par mois



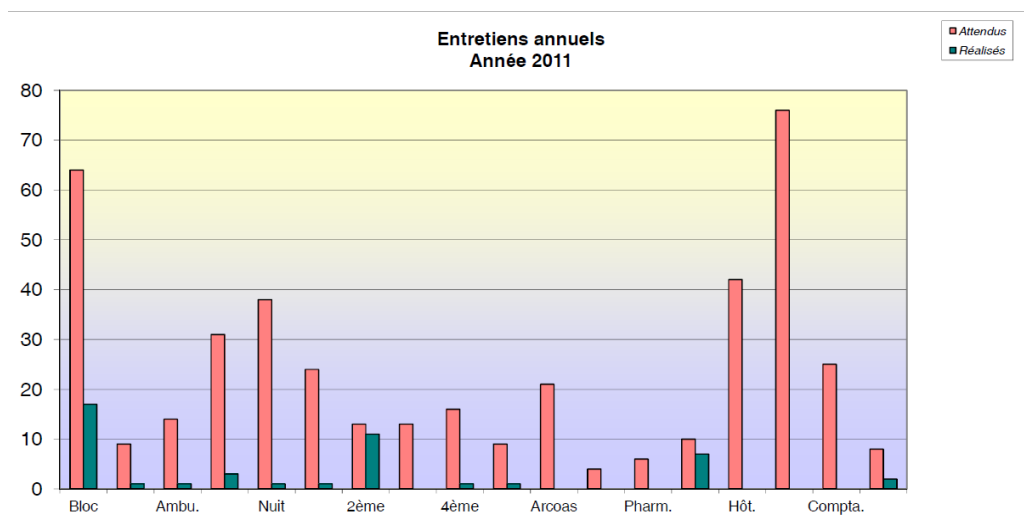
Graphique 24 : suivi de l'absentéisme par service



Graphique 25 : suivi de l'intérim



Graphique 26 : nombre d'entretiens d'évaluation attendus et réalisés, par service



Annexe 15 : Principes de management au sein du groupe Capio France

Capio France est une filiale du groupe Capio basé en Suède, présent également en Norvège et en Allemagne. Son implantation en France remonte à 2002 et représente aujourd'hui la moitié du chiffre d'affaires total du groupe. Son mode de management, marqué par les pratiques développées en Suède, confère à Capio France certains traits particulièrement intéressants.

Chiffres clés concernant Capio France (2011) :

Principales données physiques	Principales données financières
25 établissements implantés dans 9 régions. Capacité de 3.000 lits et 600 places. 7 services d'urgence. 5.100 personnes employées. 1.300 médecins libéraux en exercice. 560.000 patients pris en charge, dont : - 93.000 par les urgences, - 323 000 en ambulatoire, - 144 000 en hospitalisation complète programmée. Toutes les spécialités sont représentées, principalement chirurgicales.	Chiffre d'affaires : 490 M€ Résultat d'exploitation avant immobilier : 17 M€. Taux de marge opérationnelle avant immobilier : 3,5% (2,3% en 2007). Résultat immobilier : 21,5 M€ (établissements étant en pleine propriété ou en crédit-bail immobilier). Résultat d'exploitation après immobilier : 38,5 M€. Taux de marge opérationnelle après immobilier : 7,9% (6,4% en 2007). Capitaux investis = 637 M€ dont : - 40% de fonds propres et 60% de dettes, - investis à 70% sur l'immobilier et 30% sur l'opérationnel. Rendement des capitaux investis, avant impôt : 6%, dont : - rendement sur l'immobilier : 5% - rendement sur capitaux investis dans l'opérationnel 9%.

Quelques principes de management du groupe :

L'organisation du groupe se veut responsabilisante à l'égard des personnels soignants (notion « d'empowerment »). Dans cet esprit la mise en place de protocoles par exemple doit être initiée par les cadres de soins et non pas le management du groupe ou de l'établissement.

La **responsabilisation** des services (de chirurgie, obstétrique, dialyse, réhabilitation, etc) et des unités de soins (« **care units** » : orthopédie, urologie, maternité, endoscopies, dialyse, chimiothérapie, soins continus, réanimation, bloc, etc.) est donc une préoccupation centrale. Cela passe par la mise en place, plus que dans d'autres groupes, d'outils de comptabilité analytique - avec des comptes de résultat au niveau des services et prochainement au niveau des « care units » - et par la production d'indicateurs à ces deux échelons, permettant les comparaisons au sein du groupe.

Les « **Key Performance Indicators** » portent sur :

- les ressources mobilisées : nombre de lits, de places et de salles de bloc utilisées, nombre d'heures travaillées ;
- la production : nombre de patients traités en ambulatoire ou en hospitalisation complète, nombre de journées-lits, nombre d'interventions, temps d'incision ;
- la productivité : nombre de patients ambulatoires par place, durée moyenne de séjour¹²³ et taux d'occupation des lits en hospitalisation complète, taux d'utilisation des blocs, nombre d'heures travaillées par journée-lit.

S'y ajoute une **mesure quotidienne des temps de travail** dans les unités de soins, selon une décomposition fine des tâches, à l'aide d'un logiciel spécifique.

Animation des communautés métiers, à l'échelle française et internationale (directeurs des soins infirmiers, chefs de bloc, médecins DIM, qualitiens, pharmaciens, directeurs des ressources humaines, etc), par les cadres du groupe.

Promotion de méthodes efficaces éprouvées dans d'autres pays : par exemple, le « reprocessing des dispositifs médicaux » (alternative à l'usage unique pour certains matériels), très utilisé aux Etats-Unis, en développement en Allemagne, en Suède et au Canada, et objet d'une réglementation européenne en cours de préparation.

Formation et échanges professionnels pour accompagner le **changement culturel** recherché dans le management des unités de soins et des services (promotion d'une logique « bottom-up »), confié à des surveillantes expérimentées, en relation et négociation permanente avec les médecins.

Fonctions support traitées au niveau du siège de Capio France, où les responsabilités fonctionnelles sont combinées à des responsabilités de coordination régionale (DRH du groupe également en charge du suivi de la région Midi-Pyrénées, directeur médical de la région PACA, directeur administratif et financier du pôle de Lyon, par exemple).

¹²³ Durée moyenne de séjour pour une prothèse du genou : 7,4 jours au sein du Capio France, 9,5 jours en moyenne en France, 3 jours à l'hôpital Saint-Goran de Stockholm géré par le groupe Capio.

Annexe 16 : Les redevances des médecins libéraux aux cliniques

Il s'agit d'un élément important des relations entre les cliniques et les praticiens libéraux y exerçant. Le principe de la perception d'une redevance d'un établissement de santé privé auprès des professionnels de santé repose sur l'interdiction de « partager » ses honoraires avec un confrère (hors relations légalement justifiées par un exercice en groupe) comme avec l'établissement dans lequel il exerce son activité. Cette interdiction provient du code de déontologie de l'activité médicale.

D'un point de vue juridique, il s'agit d'une dérogation à l'article L.4113-5 du CSP qui encadre la protection du médecin en particulier en ce qui concerne ses honoraires et ne permet le versement d'une redevance, rétrocédée à partir de ses honoraires, **qu'à la seule condition qu'elle corresponde exclusivement à un service rendu au praticien**. Ce texte précise également qu'elle ne correspond aucunement à un versement spécifique des organismes de sécurité sociale.

Par ailleurs, deux jurisprudences importantes ont permis d'en poser les principes. L'arrêt du 28 mai 1976 de la Cour de Cassation en assemblée plénière¹²⁴ a officialisé des modalités de calcul proportionnel pour le paiement de la redevance. Toutefois, dans son arrêt du 5 novembre 1996¹²⁵, la Cour de Cassation a rappelé que le remboursement des prestations doit correspondre strictement à de véritables prestations rendues aux médecins.

1. La redevance : définition et modes de calcul

Il s'agit d'une prestation qui doit toujours faire l'objet d'une facturation explicite, détaillée qui reprend de façon précise les prestations et services que fournit l'établissement au praticien libéral en contre partie de ce paiement. En général cela correspond à divers prestations de services, tels que le recouvrement de ses honoraires, les factures d'eau, d'électricité, la mise à disposition de personnels ou de matériels.

Il existe toutefois plusieurs méthodes habituellement utilisées pour calculer cette prestation : l'une consiste à mettre en place des taux forfaitaires et fixes (par exemple pour la chirurgie 6% du montant des honoraires par contrat avec chaque médecin ou montant fixe facturé par ligne), l'autre consiste pour les médecins à payer une redevance aux frais réels de l'établissement à partir des justifications exactes de dépenses engagées par l'établissement.

Il s'agit d'une des clauses des contrats d'exercice libéral utilisée pour régler les relations entre les praticiens libéraux et les établissements de santé privés :

a. La facturation par l'intermédiaire de taux forfaitaires fixes.

Il s'agit de la méthode la plus couramment appliquée qui consiste pour la clinique à prélever mensuellement un pourcentage, dont le taux est fixé de façon forfaitaire, sur les honoraires versés au praticien.

¹²⁴ N° de pourvoi: 75-10371, Publication : Bulletin des arrêts Cour de Cassation Assemblée plénière N. 8 P. 10

¹²⁵ Chambre civile 1, Publication: Bulletin 1996 I N° 376 p. 263

Il n'existe pas de sources statistiques officielles de recensement des niveaux moyens de redevances. Une enquête, effectuée en 2006 par le syndicat des médecins exerçant en hospitalisation privée, a montré une très grande disparité des pratiques, et même l'absence parfois de mention dans les contrats d'exercice libéral. Toutefois, les niveaux relevés se situent entre 10% et 30% des honoraires perçus (secteur 1 et 2). Par ailleurs, il existe également des cas où ils ne représentent que 3% à 5% lorsque les établissements n'y font entrer que le simple recouvrement des honoraires et la gestion du compte mandataire médecins. Enfin, le cas de la radiologie est traité de façon distincte avec un taux de l'ordre de 60-75% dans la mesure où l'établissement et la société qui recouvre ces activités fournit l'équipement représentant ainsi les investissements dans les équipements.

b. La facturation aux frais réels.

Il s'agit d'un cas mentionné mais qui se rencontre le moins fréquemment. Le principe présuppose l'existence d'une comptabilité analytique, qui seule peut permettre à l'établissement de réaliser une facturation sur justification de frais réels, qui peut lorsque l'outil le permet, être mensuel.

2. La place de la redevance pour les médecins et pour les établissements

a. La redevance comme source de revenu de l'établissement de santé

Comme un certain nombre de prestations telles les recettes annexes ou la facturation des chambres particulières, le versement de la redevance constitue pour l'établissement en propre une de ses sources de revenu. Cette particularité peut mettre en porte à faux praticiens et établissement dans certains cas et nourrit un important contentieux sur ce sujet¹²⁶.

b. La redevance comme une forme d'investissement des médecins actionnaires

D. Piovensan cite dans sa thèse, le cas des cliniques détenues par des médecins, dans lesquelles la redevance peut-être utilisée comme « une source de capitalisation de la clinique ». Cela peut alors consister à une augmentation de capital lorsque les fonds propres sont limités. Cette pratique se distingue toutefois de la part que prennent les nouveaux médecins au capital de la clinique lorsque celle-ci est détenue par un actionnariat médical dispersé (cf. partie 2).

3. La redevance reste un acte de contractualisation important entre médecins et établissement

Le premier cas est une pomme de discorde fréquente entre médecins et gestionnaires d'établissements, alimentant ainsi de nombreux contentieux sur la réalité des prestations fournies en contrepartie du versement de cette redevance. Ainsi, la FHP dans une synthèse de la direction juridique sur ce sujet¹²⁷, mentionne l'existence d'un taux-plancher et plafond par l'exégèse de la jurisprudence des arrêts de la cour de cassation sur ce sujet.

Un des principes posé par la justice administrative est de considérer la gratuité des prestations offertes au médecin comme un acte « anormal de gestion » (Conseil d'Etat n°20750 du 24 juillet 1981). Ce principe est particulièrement contrôlé et encadré par l'administration fiscale. En cas de manquement, l'avantage ainsi procuré doit pour la clinique être réintégré afin de diminuer les recettes dans la base du bénéfice soumis à l'impôt sur les sociétés et pour le praticien être réintégré dans la base de ses impôts sur le revenu en tant qu'avantage en nature perçu.

¹²⁶ Gérard MEMETEAU, « Questions sur la redevance, source intarissable de contentieux. Actualité et gestion des relations conventionnelles entre les cliniques et les médecins libéraux », 27 septembre 2006.

¹²⁷ Pierre de Calan, « Synthèse relative à la redevance », FHP - Direction des Affaires Juridiques, juin 2009.

L'établissement peut modifier le pourcentage de la redevance fixé par contrat si le dit contrat le mentionne, alors qu'en cas contraire elle ne peut résilier ou modifier le contrat du praticien. La décision de la cour de cassation du 21 novembre 2006 (clinique Stella) montre que les praticiens peuvent toujours contester le montant de la redevance au regard de la réalité des prestations fournies. Il en demeure une certaine dissymétrie de relation sur ce sujet entre médecins et établissements.

Enfin, il existe une instance professionnelle gérée par la FHP, le Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée (CLAHP), qui émet régulièrement des recommandations afin de donner des normes pour établir ces relations et éviter des contentieux. Les dernières datent de 2003¹²⁸.

¹²⁸ Recommandations du 18 décembre 2003 relatives aux relations établissements-praticiens et aux remboursements des prestations en exercice libéral du 24 février 1994

Annexe 17 : Les modifications introduites par la version 11 de la classification des séjours utilisée pour la tarification à l'activité

La version 11 (dite V 11) de la classification des séjours utilisée pour la tarification à l'activité, mise en œuvre en mars 2009, a sensiblement affiné la classification et amélioré la capacité descriptive du codage en réformant la liste des « complications et morbidités associées » (CMA), en prenant en compte les effets de l'âge du patient et en introduisant, pour la plupart des racines de GHM, quatre niveaux de sévérité.

Précisons que la notion de sévérité des séjours est elle-même liée aux complications et morbidités associées, à l'âge du patient (qui joue le rôle de CMA pour environ la moitié des racines) et à la DMS.

Ces règles permettent de mieux ajuster la rémunération des établissements au profil des patients effectivement pris en charge et à la mobilisation des ressources de l'établissement.

Simultanément, la V11 permet de mieux identifier certaines pratiques par la création des GHM correspondants : il en va ainsi notamment des prises en charge de jour en chirurgie ambulatoire, radiologie et cardiologie interventionnelle et en médecine ; il en est de même des séjours de très courte durée (moins de 2 jours) pour des types de pathologie pouvant conduire à des DMS élevées. On rappellera que ces disciplines et types de pratiques présentent des enjeux importants pour les cliniques.

Enfin, des GHM «explorations et surveillance » ont été créés parmi les catégories majeures de diagnostic pour améliorer l'orientation de ces séjours en tenant compte d'une information enrichie en termes de diagnostics (« diagnostic principal » et « diagnostic relié »).

De manière générale, depuis la V11, l'algorithme de classification des séjours utilise une information plus riche et plus précise que précédemment concernant le diagnostic du patient pris en charge.

Ainsi, au diagnostic principal, qui décrit le problème de santé (maladie, syndrome, symptôme) existant à l'admission du patient et ayant motivé celle-ci, s'ajoute le diagnostic relié qui complète le DP lorsque celui-ci, parfois imprécis, ne suffit pas à rendre compte correctement de la prise en charge médico-économique ; le diagnostic relié est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, effectivement identifié pendant le séjour (y compris un état justifiant des soins palliatifs).

Annexe 18 : Etude de la CNAMTS sur la précarité dans les établissements de santé

La T2A et le système d'information qui la sous-tend ne prennent pas explicitement en compte la précarité des patients. Une étude de la CNAMTS publiée fin 2008 se penche sur la question de l'impact de la précarité sur la durée et le coût des séjours hospitaliers¹²⁹, en croisant les données issues du PMSI avec les fichiers de remboursement du régime général ; la précarité est appréhendée par des critères administratifs et monétaires que sont le bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) ou complémentaire (CMUC) ou de l'aide médicale d'Etat (AME) – laissant donc de côté la notion d'isolement social qui est pourtant une autre dimension de la précarité.

Il apparaît dans cette étude que le secteur public est sensiblement plus concerné que le secteur privé à la fois en nombre et en proportion de ces patients, qui représentaient globalement, en 2007, 10% des séjours produits par l'ensemble du secteur hospitalier public contre 6% dans le secteur privé. On peut supposer que cela relève en partie du choix des patients eux-mêmes redoutant le coût final d'un séjour en clinique privée.

Au niveau des établissements, le taux de séjours pour bénéficiaires de la CMUC sur l'ensemble des séjours de l'établissement varie fortement de 0,6 % à près de 45 % (hors DOM compte tenu des taux particulièrement élevés dans ces zones). Toutefois, en excluant les 10 % des établissements aux taux extrêmes, les taux ne varient plus que de 3,8 % à 27 %.

Dans les établissements du secteur public, les taux de patient bénéficiaires de la CMUC varient de 2 % à 45 %, mais de 5 % à 30 % si on exclut les 10 % établissements extrêmes (moins de 50 établissements) ; ce taux est inférieur à 14% dans la moitié des établissements publics. Dans ceux du secteur privé, les taux de patient bénéficiaires de la CMUC varient de 0,6 % à 40 %, mais de 3,5% à 23 % si on exclut les 10 % établissements extrêmes (45 établissements) ; le taux médian est de 9%.

Ces patients engendrent-ils des coûts plus importants pour les établissements qui les accueillent ? L'étude de la CNAMTS montre que à case mix identique la durée moyenne de séjours des patients bénéficiaires de la CMUC est très légèrement inférieure à celle des autres patients, dans chacun des secteurs public et privé. Le calcul sur les seuls établissements de l'APHP montre toutefois, à case mix équivalent, un écart de 8% entre les DMS des bénéficiaires et des non bénéficiaires de la CMUC. De fait la dispersion apparaît nettement plus forte entre établissements publics – pour environ 20 % d'entre eux l'écart de DMS est supérieur à 1 jour – qu'entre établissements privés. Une dispersion importante existe par ailleurs selon les GHS : on constate des durées de séjour des bénéficiaires de la CMUC plus courtes pour les 2/3 des CMD (40% des GHS), des durées plus longues pour le autres types de séjours.

En toute hypothèse, pour les établissements qui enregistrent une DMS plus longue pour les patients bénéficiaires de la CMUC, l'impact final en termes de nombre de jours d'hospitalisation supplémentaires assurés et en termes de coûts semble très limité : pour les 5% d'établissements extrêmes, le nombre de journées supplémentaires serait accru de 1 à 2% ; et une hausse de 10 % des RSA « CMU ou AME » renchérirait de 1,5 % maximum le coût moyen d'un séjour dans l'établissement concerné – avec cette limite que le surcoût est mesuré dans l'étude de la CNAMTS sur la base de la seule durée du séjour, ce qui n'est pas tout à fait satisfaisant.

¹²⁹ Isabelle Girard, Claude Gissot, Gwenaëlle Pilon, « La précarité a-t-elle un impact sur la durée et le coût des séjours hospitaliers ? », CNAMTS - Direction de la stratégie, des études et des statistiques, octobre 2008.

Annexe 19 : part des cliniques privées dans les crédits MIGAC distribués en 2010

MISSION	MONTANT TOTAL	Part Cliniques	en %
Recherche médicale et innovation	1 993 645 762	1 576 093	0,08
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	181 021 563		0,87
PHRC	92 393 575	45 000	0,05
Emploi TRC et ARC recherche cancer	8 410 315	192 495	2,29
Structures d'appui recherche clinique	55 421 596	9 564	0,02
MERRI, activités de recours exceptionnel	24 796 077	1 329 034	5,36
Pathologies et activités hautement spécialisées	217 394 627	100 548	0,05
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	12 353 618		
Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal	12 353 618	100 548	0,81
Activités de soins réalisées à titre expérimental / hors nomenclature	464 984 357	303 668	0,07
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	347 979 211		0,09
Médicaments bénéficiant d'une ATU - CSP L5121-12	94 569 303	243 608	0,26
Actes dentaires, biologie, anapat non inscrits sur la liste	253 409 908	60 060	0,02
Enseignement et formation des personnels médicaux et paramédicaux	4 987 232	7 000	0,14
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	555 372	7 000	1,26
Actions de téléenseignement et téléformation	555 372	7 000	1,26
Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise	74 454 616	3 643 885	4,89
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	30 374 699		12,00
Centre national de ressources de la douleur	670 688	227 700	33,95
Centre de coordination des soins en cancérologie	29 704 011	3 416 185	11,50
Aide médicale urgente	890 708 683	1 568 623	0,18
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	667 772 550		
SMUR	667 772 550	1 568 623	0,23
Collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine	22 001 971	15 963	0,07
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	15 409 997		
Recueil, traitement et conservation des gamètes et conservation des embryons	15 409 997	15 963	0,10
Formation, soutien, coordination, évaluation des besoins du patient	234 815 128	1 871 416	0,80
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	219 807 278		0,85
Equipes hospitalières de liaison en addictologie	42 461 598	97 135	0,23
Equipes mobiles de gériatrie	65 258 144	233 703	0,36
Equipes mobiles de soins palliatifs	112 087 536	1 540 578	1,37
Intervention des équipes pluridisciplinaires pour certaines pathologies	349 613 387	27 430 171	7,85
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	315 367 211		8,70
Consultations mémoire	52 809 920	458 714	0,87
Consultations hospitalières d'addictologie	48 958 531	1 006 585	2,06
Psychologues ou AS dans les services de soins / plans nationaux de santé pub	30 193 071	4 640 725	15,37
Structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle	59 363 523	1 853 885	3,12
Consultations hospitalières de génétique	26 823 152	211 045	0,79
Actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	97 219 014	19 259 217	19,81
Missions de prévention et d'éducation pour la santé	67 510 908	2 255 949	3,34
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	67 510 908		
Actions de prévention et d'éducation thérapeutique / maladies chroniques	67 510 908	2 255 949	3,34
Définition et mise en œuvre des politiques publiques	24 365 889	648 110	2,66
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	18 898 359		3,43
Contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation type ENC	3 043 303	543 408	17,86
Rémunération des agents MAD auprès des services de l'Etat....	15 855 056	104 702	0,66
Assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux - maintien des soins de proximité	972 845 255	7 197 040	0,74
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	207 797 678		3,46
Permanences d'accès aux soins de santé	37 582 282	558 311	1,49
Mise à disposition de moyens au bénéfice des maisons médicales	13 546 010	300 000	2,21
Réseaux de télésanté, notamment télé médecine	9 313 035	226 973	2,44
Dépenses spécifiques / prise en charge des patients en situation de précarité	147 356 351	6 111 756	4,15
Soins aux détenus et femmes enceintes	211 958 350	398 308	0,19
sous total : enveloppes ayant bénéficié aux cliniques	17 877 642		2,23
Centres périnataux de proximité	17 877 642	398 308	2,23
Aide à la contractualisation	2 240 768 193	35 149 646	1,57
Amélioration de l'offre de soins existante (renforcement de moyens)	199 279 304	2 544 491	1,28
Développement de l'activité	144 884 669	12 427 441	8,58
Investissements	1 172 844 869	7 319 575	0,62
Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS	34 921 643	4 043 038	11,58
Restructurations et soutien aux établissements déficitaires	416 668 553	1 357 421	0,33
Autres	272 169 154	7 457 680	2,74
TOTAUX	7 770 054 358	82 166 420	1,06

Source : rapport au Parlement 2011 sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation. Chiffres de 2010.

Annexe 20 : les difficultés d'analyse des comptes d'un groupe local clinique : une illustration

Analyse financière réalisée par l'ARS de Languedoc-Roussillon d'un petit groupe de cliniques local :

Le groupe local de cliniques X, dirigé par la société mère, X. SAS créée en 1991, exploite trois établissements de soins de suite et de réadaptation ; il comprend 8 sociétés.

La société mère X. SAS détient 100 % des parts ou actions de ces sociétés et à ce titre exerce un pouvoir de contrôle complet. Elle a opté pour une politique de séparation des fonctions (soins, repas, immobilier, formation), confiées à 8 filiales (dont 3 pour l'exploitation des établissements de santé en SSR).

L'actif immobilier des terrains et des murs (estimé à 10 millions d'euros environ en 2006) est détenu en totalité par la société filiale (constituée sous forme de SCI) chargée de sa gestion, qui perçoit en conséquence des loyers (603 K€ en 2006 – ce qui semble d'ailleurs correspondre à un faible taux de rendement) versés par les sociétés utilisant ces actifs, en premier lieu les sociétés d'exploitation des établissements de santé ; celles-ci sont également clientes de la société de restauration et lui règlent à ce titre une rémunération correspondant à la quasi-totalité de son chiffre d'affaires (près d'1 M€).

La société mère exerce en outre, pour le compte de ses filiales, des fonctions supports telles la tenue de la comptabilité générale, des salaires ou la gestion des systèmes d'information. Elle se substitue pour partie à celles-ci pour le paiement des factures aux fournisseurs ou prestataires de services et fait à ce titre l'avance des fonds, gérant la trésorerie pour l'ensemble du groupe (à une exception près).

Au plan fiscal, le groupe a opté pour le régime de l'intégration fiscale : la société-mère est donc seule redevable de l'impôt sur les sociétés pour le groupe. Trois sociétés actuellement déficitaires (chargées de l'immobilier, de la restauration et de la formation) bénéficient en application de ce régime, d'une avance, sans intérêt, de la société-mère à concurrence de l'économie d'impôts ainsi transférée au groupe.

Au plan financier, la société mère pratique une politique de prélèvement massif à son profit, des bénéfices et des réserves non réglementées accumulées par les filiales. Ne demeurent en 2006, au passif du bilan des filiales que leur capital social et les réserves légales ou réglementées.

Les flux entre les sociétés ainsi générés compliquent la lecture et l'interprétation des comptes annuels des sociétés exploitant les trois établissements de santé considérés.

Toutefois, l'analyse des comptes de ce groupe par l'ARS en 2006 avait permis de faire les constats suivants.

Confortant au fil des ans son assise financière - en prélevant la totalité des bénéfices des filiales excédentaires, à savoir essentiellement les établissements de santé, la société mère affiche des excédents, qu'elle distribue pour partie (à hauteur de 13 %) à ses associés et met en réserve pour la partie restante (soit 87%). Entre 2004 et 2006, les résultats distribués ou mis en réserve avoisinent en moyenne 1 M€ par an.

La situation financière du groupe apparaît florissante avec un rendement financier attractif (13 % par an en moyenne) et un fonds de roulement très positif.

La gestion des trois établissements de santé apparaît globalement maîtrisée avec un taux global de marge nette de 5,4 %. Pour l'un des trois toutefois, relativement endetté, les prélèvements massifs sur ses bénéfices opérés par la société mère et la réalisation de travaux d'aménagement importants ont amenuisé sensiblement son fonds de roulement qui est devenu négatif. La diminution tendancielle d'activité de cet établissement confirme sa fragilisation

Annexe 21 : Les actions de l'ANAP en direction des cliniques

De façon générale et en dépit des textes fondateurs, les actions de l'ANAP sont perçues comme plutôt orientées vers l'hôpital public, ce que déplore notamment la FHP qui siège au conseil d'administration. L'une des actions les plus médiatisées de l'ANAP, l'accompagnement des « projets performance », cible en effet exclusivement les hôpitaux publics. Néanmoins, les cliniques privées, outre leur participation à l'outil d'information partagée Hospidiag, sont aujourd'hui parties prenantes dans trois actions de l'ANAP :

* **Opération « 100 pôles d'excellence »** : cette opération, qui vise aujourd'hui « 300 pôles », se traduit par une formation - « coaching » des chefs de pôle. 8 cliniques privées en étaient bénéficiaires en 2011 ; il s'est agi de 3 coordonnateurs des soins et de 5 médecins (médecins libéraux avec un positionnement de référent) ; noter que l'ANAP a élargi cette action aux coordonnateurs des soins pour s'adapter à la spécificité des cliniques.

* **Accompagnement des projets systèmes d'information d'Hôpital 2012** : Il s'agit d'un suivi exhaustif des projets SI du plan Hôpital 2012 (1ère tranche) aux côtés des responsables informatiques et des cadres de direction concernés. En raison de la réactivité nécessaire pour présenter des projets rapidement, les 2/3 des bénéficiaires sont des établissements de petite et moyenne taille, partagés quasiment à égalité entre cliniques et établissements publics ; cette action concerne ainsi 166 centres hospitaliers, 160 cliniques privées et 55 ESPIC. L'ANAP fournit un accompagnement sous la forme de « revues régionales » mixtes associant les ARS et rassemblant acteurs publics et privés.

* Développement de la chirurgie ambulatoire

Les 40 établissements de santé bénéficiaires de cet ensemble d'action comptent 19 cliniques privées. A ce titre, l'ANAP :

- formule des recommandations organisationnelles sur la chirurgie ambulatoire¹³⁰, sur la base d'un travail avec 15 établissements de santé parmi les plus expérimentés, dont 7 cliniques commerciales ;
- accompagne 20 établissements en retard dans leur développement de la chirurgie ambulatoire (10 publics et 10 privés) sur la base de candidatures volontaires des directeurs et présidents de CME ;
- construit un outil médico-économique qui mette en regard les coûts et les recettes de la chirurgie ambulatoire, en s'appuyant sur 5 établissements dont 2 cliniques.

¹³⁰ On rappellera que le taux de chirurgie ambulatoire en France est de 25% dans le secteur public, de 45% dans le secteur privé – soit une moyenne nationale de 37% ; ce taux est très supérieur dans les pays d'Europe du Nord et aux Etats-Unis.

Annexe 22 : Les récentes tentatives de régulation des dépassements d'honoraires par les pouvoirs publics

L'Etat et l'Assurance maladie ont pris quelques initiatives au cours des années récentes pour limiter les dépassements d'honoraires des médecins. Ces derniers représentent aujourd'hui plus de 2,5 Mds d'euros, avec une proportion de médecins spécialistes en secteur 2 de plus en plus importante (54% en 2010 contre 23% en 1985). Parmi ces initiatives, deux textes sont à relever :

- le décret du 10 février 2009¹³¹, qui améliore l'information des patients en prévoyant des devis à partir de 70€ de dépassement ;
- le décret du 21 mars 2012 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Ce dernier texte a été publié après des négociations qui auraient dû permettre d'aboutir à un accord entre l'Assurance maladie, l'Etat, les assurances complémentaires et les représentants des professionnels de santé. La mise en place d'un **secteur optionnel** avait en effet été l'objet d'un protocole d'accord entre ces parties, signé le 15 octobre 2009. Le conseil de l'UNCAM avait alors souhaité en parallèle un engagement effectif précis des organismes complémentaires et des représentants des médecins signataires.

Il s'agissait de mettre en place un secteur optionnel pour « les professionnels de santé libéraux conventionnés relevant de spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique, pour les professionnels ayant une activité technique prépondérante ».

Selon ce projet d'accord, les médecins de secteur II ou titulaires du droit permanent à dépassement, adhérant à l'option, devaient s'engager à :

- réaliser 30% ou plus de leurs actes au tarif opposable,
- facturer pour les autres actes des compléments d'honoraires inférieurs ou égaux à 50%,
- s'inscrire dans une démarche de transparence à la fois sur les tarifs et sur la qualité des pratiques professionnelles.

L'UNOCAM incitait quant à elle les organismes d'assurance maladie complémentaires à prendre en charge ce nouveau secteur et les compléments d'honoraires maîtrisés des médecins adhérant au secteur optionnel.

L'objectif étant que « l'attractivité du secteur optionnel permette d'entraîner à terme l'adhésion d'une grande majorité de praticiens de secteur 2 », l'Assurance maladie s'engageait, en contrepartie, à prendre en charge une partie des cotisations sociales du praticien sur la part de l'activité réalisée en tarifs opposables.

L'accord recherché devait conduire à la mise en place du secteur optionnel pour trois ans à l'issue desquels un bilan global devait permettre d'évaluer sa montée en charge et l'adhésion des praticiens en vue de son éventuelle pérennisation ou extension à d'autres spécialités.

Les négociations ont échoué du fait de la suppression par l'Etat au même moment du traitement fiscal plus favorable des contrats responsables. Seul un accord sur l'encadrement et la couverture des dépassements d'honoraires aurait pu prolonger l'application de ces avantages fiscaux, accord qui n'a pas été signé.

¹³¹ Pris en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009.

En l'absence d'accord, le décret du 21 mars 2012 définit les conditions de mise en place d'une « **option de coordination** ». Il dispose que les contrats d'assurance maladie complémentaire dits « responsables » bénéficiant à ce titre d'aides fiscales et sociales doivent prendre en charge les dépassements d'honoraires pratiqués par des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation adhérant à l'option de coordination prévue par la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011. L'option de coordination limite à 150 % du tarif opposable de sécurité sociale le montant des dépassements autorisés pour ces trois spécialités.

Sigles utilisés

AC	Aides à la contractualisation
AME	Aide médicale d'Etat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agences régionales de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CLAHP	Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COMEDIMS	Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisses régionales d'assurance maladie
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département de l'information médicale (dans les établissements de santé)
DM	Dispositifs médicaux
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DMS	Durée moyenne de séjour
DREES	Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques
EBE	Excédent brut d'exploitation
EBITDA	Earnings before interest, tax, depreciation and amortization
EBITDAR	Earnings before interest, tax, depreciation, amortization and rent
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ENCc	Echelle nationale de coûts à méthodologie commune
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Equivalent temps plein
Ex-DG	Anciennement financé par dotation globale
Ex-OQN	Anciennement financé au sein de l'Objectif quantifié national

FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FHP – MCO	Fédération de l'hospitalisation privée – Médecine - Chirurgie - Obstétrique
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GIE	Groupement d'intérêt économique
GRH	Gestion des ressources humaines
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
ICC	Indice du coût de la construction
ILC	Indice des loyers commerciaux
INPI	Institut national de la propriété industrielle
IPA	Indicateurs de Pilotage de l'Activité
LBO	Leveraged Buy Out
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
MERRI	Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG	Missions d'intérêt général
MIGAC	Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OROS	Objectifs de répartition de l'offre de soins
ORPI	Objectifs régionaux pluriannuels d'investissement
OQN	Objectif quantifié national
PH	Praticien hospitalier
PPRI	Programmes pluriannuels régionaux d'investissement
PRS	Projet régional de santé
PU-PH	Praticien hospitalo-universitaire
SCI	Société civile immobilière
SI	Systèmes d'information
SNC	Société en nom collectif
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STEFIE	Situation économique et financière des établissements de santé privés
T2A	Tarification à l'activité
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

