

Études et Résultats

N° 583 • juillet 2007

L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005

Depuis le 1^{er} mars 2005, les activités médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A. En 2005, le chiffre d'affaires des cliniques privées a augmenté de 8,7%. Cette augmentation est due en partie à l'accroissement de l'activité mais aussi à une hausse des tarifs. Le nombre d'entrées et venues a progressé de 4,6% pour l'ensemble des cliniques ainsi que pour celles qui sont spécialisées en médecine, chirurgie et obstétrique. La rentabilité économique des cliniques MCO croît de 1 point et s'établit à 3,2% du chiffre d'affaires et cette croissance touche l'ensemble des grandes zones géographiques. Les cliniques du Nord, de l'Ouest et particulièrement du Nord-Est réalisent des bénéfices plus élevés qu'en 2004, de respectivement 1,2, 1,2, et 2,1 points de chiffre d'affaires. Les disparités entre les zones d'étude de l'aménagement du territoire (ZEAT) constatées en 2004 s'amenuisent en 2005.

L'amélioration de la situation financière des cliniques concerne principalement les cliniques MCO. La rentabilité de ces dernières s'établit à 15,1% des capitaux propres supérieure de 7 points à celle de 2004.

Dans l'ensemble, la trésorerie des cliniques privées reste stable.

Les résultats de cette étude sont provisoires du fait de la non-exhaustivité de la base de données actuellement.

Marie-Caroline LEGENDRE, Béatrice LERHUN

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

1. Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 546, décembre

2. Dans les activités de MCO du secteur privé à but lucratif est appliqué directement à 100 %, et non pas de façon progressive comme c'est le cas dans le secteur public et privé à but non lucratif.

3. Une extrapolation sur le CA de la part des séjours réalisée par l'échantillon de 825 cliniques (encadré 2) a permis cette estimation.

4. Depuis cette année et la mise en place de la T2A dans les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et dialyse, les activités de dialyse sont incluses dans les activités de MCO.

5. On parle de polyclinique dès lors que l'établissement réalise au moins deux activités différentes.

6. Cette forte hausse est à relativiser du fait de restructurations importantes et d'un nombre conséquent d'ouvertures de bâtiments ces dernières années, qui ont vu leur activité augmenter beaucoup en 2005 (encadré 1).

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

8. L'activité ambulatoire des cliniques, calculée à partir du nombre d'entrées et venues en hospitalisation partielle a augmenté de plus de 30 % entre 2002 et 2005. Cette progression s'élève à 6,5 % entre 2002 et 2003 et entre 2003 et 2004 et 15,5 % entre 2004 et 2005 (Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 546, décembre).

LE nombre d'entrées et venues réalisées par les cliniques privées à but lucratif représente en 2005 environ 30 % des entrées en hospitalisation complète et 25 % des venues en hospitalisation partielle¹. La part d'activité réalisée par ces établissements dans l'ensemble des établissements de santé est assez stable.

Depuis le 1^{er} mars 2005, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)² des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A. Les activités hors MCO, essentiellement soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie, ne sont pas concernées par ce nouveau mode de financement (encadré 1).

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

La hausse du chiffre d'affaires et l'amélioration de la rentabilité économique indiquent que la situation économique et financière des cliniques continue de s'améliorer. Il est à noter que l'évolution du chiffre d'affaires fait l'objet, chaque année, d'une révision, un certain nombre de cliniques déposant leurs comptes tardivement (encadré 2). Les indicateurs étudiés ici sont définis dans l'encadré 3.

Les résultats de cette étude sont provisoires du fait de la non-exhaustivité de la base de données actuellement.

La croissance du chiffre d'affaires encore plus forte en 2005 qu'en 2004

En 2005, le chiffre d'affaires (CA) des cliniques privées a augmenté de 8,7 % (tableau 1 et graphique 1), soit d'un point de plus qu'en 2004 (8,3 %). Le chiffre d'affaires total des cliniques privées à but lucratif peut ainsi être estimé à 11 milliards d'euros³ en 2005.

La moitié des 796 cliniques présentes dans l'échantillon à la fois en 2004 et en 2005 (encadré 2), voient leur chiffre d'affaires augmenter d'au moins 5,5 %. Un quart des cliniques ont une évolution de leur chiffre d'affaires inférieur à 1,8 %. Environ 14 % des cliniques, toutes catégories confondues, déclarent en 2005 un chiffre d'affaires inférieur à celui de 2004.

Cette amélioration du chiffre d'affaires concerne principalement le secteur MCO⁴ (tableau 1). En effet, le chiffre d'affaires des cliniques MCO a crû de 9,3 % en 2005 après une hausse de 8,3 % en 2004. Le secteur hors MCO, enregistre une moindre progression : +5,8 % du chiffre d'affaires en 2005, contre +6,6 % l'année précédente.

Parmi les cliniques MCO, la croissance du chiffre d'affaires des polycliniques⁵ s'établit à 9,4 %, soit 0,6 point de plus qu'en 2004. La hausse en 2005 du chiffre d'affaires des cliniques mono-disciplinaires spécialisées en chirurgie est de 7,7 %, soit 2,5 points de plus qu'en 2004. L'évolution du chiffre d'affaires le plus important est

de loin celle des cliniques spécialisées en dialyse : +17,1 % en 2005, après +7,8 % en 2004⁶.

Le chiffre d'affaires des établissements hors MCO augmente en 2005 (+5,8 %) moins vite qu'en 2004 (6,3 %), à l'exception de ceux spécialisés en psychiatrie (4,6 % pour 4,0 %). L'évolution des cliniques de SSR passe de 7,9 % en 2004 à 6,5 % en 2005.

En 2005, tous secteurs confondus, ce sont les « grandes cliniques »⁷ (CA supérieur à 12 millions d'euros) dont le chiffre d'affaires progresse le plus, avec +10,5 % entre 2004 et 2005, après 9,5 % entre 2003 et 2004. Le chiffre d'affaires des « moyennes cliniques » (CA compris entre 6 et 12 millions d'euros) et des « petites cliniques » (CA inférieur à 6 millions d'euros) a crû également de +6,1 % pour ces deux catégories, mais de façon plus modérée (encadrés 4 et 5).

Le CA moyen de l'ensemble des cliniques a augmenté de 9,3 %, l'évolution du secteur MCO est supérieure à celle du secteur hors MCO : 10,3 % et 4,2 %.

Augmentation du chiffre d'affaires due en partie à l'accroissement de l'activité et à une hausse des tarifs

L'évolution du chiffre d'affaires résulte à la fois de la hausse de l'activité⁸, des tarifs, mais aussi de la modification de l'éventail d'activités (*case-mix*) et d'autres composantes. En effet, depuis l'application de la T2A, le sang et certains implants oculaires

ENCADRÉ 1

La tarification à l'activité (T2A)

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

Le groupe homogène de séjours (GHS) est la base de facturation de la T2A et remplace les tarifs appliqués aux différentes prestations et les différents forfaits de mode de financement précédents. Le GHS est censé couvrir toutes les dépenses liées à l'hospitalisation, hormis certains éléments facturables en sus. Concrètement, chaque établissement est remboursé par prestation au prix moyen du GHS qui correspond à cette prestation, quel qu'en soit le coût pour l'établissement.

D'autres activités sont soumises à la T2A, bien que n'étant pas classées en GHS : la dialyse, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), l'hospitalisation à domicile (HAD)...

Des mesures ont été prises pour accompagner les établissements dans ce nouveau mode de financement : une augmentation moyenne des tarifs fixée chaque année correspond à la hausse moyenne des GHS et autres prestations T2A. Cette hausse tarifaire est ensuite modulée au niveau de chaque établissement par un coefficient correcteur composé de trois coefficients : un coefficient géographique, un coefficient de transition et un coefficient de haute technicité. Le coefficient géographique permet de tenir compte des surcoûts immobiliers et salariaux pour la France métropolitaine et des différences de coûts liées à l'éloignement pour les DOM-TOM. Le coefficient de transition vise à lisser l'impact de la réforme au sein du secteur privé en terme de redistribution des ressources. Ce coefficient doit être de 1 en 2012. Le coefficient de haute technicité permet le cas échéant de tenir compte des soins particulièrement coûteux en médecine et en chirurgie.

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

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

■ ENCADRÉ 2

La constitution de la base de données

Le champ de l'étude

Les cliniques privées à but lucratif étudiées sont les entreprises codées selon la nomenclature d'activités française (NAF) 851A (Activités hospitalières) ou 851C (Pratique médicale), qui ont déposé leurs liasses fiscales auprès des tribunaux de commerce et qui sont présentes dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2005. En effet, les cliniques privées à but lucratif ont l'obligation de dépôt de leurs comptes auprès des tribunaux de commerce. Cependant, certains comptes ne sont pas toujours disponibles plus d'un an après la clôture de l'exercice, en particulier les comptes des petites cliniques ou de celles en grande difficulté. Le champ étudié est constitué de 825 cliniques en 2005 et 931 en 2004. Ces données sont ainsi encore provisoires, elles devraient en effet concerner plus de 1 100 comptes pour l'ensemble du champ.

Ainsi, les comptes disponibles au titre de 2004 concernent désormais 931 cliniques, soit 97 établissements privés supplémentaires par rapport aux données collectées précédemment. Cependant, les résultats ainsi obtenus pour l'année 2004 sont très similaires à ceux déjà publiés ne remettent donc pas en cause les commentaires¹.

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

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

L'absence de comptes de l'ensemble des cliniques pour chaque année pose des problèmes de comparaison pour deux années successives, aussi bien en ce qui concerne l'évolution globale du chiffre d'affaires, que le calcul des ratios de rentabilité. L'évolution du chiffre d'affaires entre 2004 et 2005 est calculée sur les 796 cliniques présentes à la fois en 2004 et en 2005. À l'inverse, les autres indicateurs, comme la rentabilité économique,

moins sensibles aux modifications du champ sont calculés respectivement à partir des 931 cliniques présentes en 2004 et des 825 présentes en 2005. En outre, on exprime en termes de médiane les résultats les plus fragiles, comme les résultats régionaux par exemple.

Estimation de l'évolution du chiffre d'affaires

Le taux de croissance du chiffre d'affaires a donc été estimé ici sur le champ des seules cliniques présentes deux années consécutives dans la base (évolution à champ constant). Si l'on considère l'ensemble des cliniques présentes en 2004 et celles présentes en 2005 (champ non constant) on constate que le CA moyen est sensiblement le même et on a une idée de l'incertitude relative au chiffre d'affaires en niveau (cf. tableau).

	Champ non constant		Champ constant	
	2004	2005	2004	2005
CA (millions d'euros)	8457	8 189	7 340	7 982
Nombre de cliniques	931	825	796	796
CA moyen (millions d'euros)	9,1	9,9	9,2	10,0

Les ratios de rentabilité

La rentabilité économique en 2004 et en 2005 est sensiblement la même qu'elle soit calculée sur un champ restreint aux seules entreprises présentes à la fois en 2004 et 2005 ou sur l'ensemble du champ, comme l'illustre le tableau suivant :

Taux de rentabilité économique	2004		2005	
	Champ non constant	Champ constant	Champ non constant	Champ constant
Ensemble dont CA (en millions d'euros)	2,1	1,9	3,2	3,2
Moins de 6	3,4	3,1	3,3	3,4
De 6 à 12	2,1	1,6	3,1	3,1
Plus de 12	1,7	1,6	3,2	3,2
Polycliniques dont CA (en millions d'euros)	1,3	1,2	2,9	2,9
Moins de 6	-1,4	-1,8	-1,2	-1,4
De 6 à 12	0,4	-0,2	1,7	1,7
Plus de 12	1,6	1,5	3,2	3,2
Secteur MCO hors polycliniques	2,5	2,4	3,4	3,5
Secteur MCO y compris polycliniques	1,5	1,4	3,0	3,0
Hors MCO	4,9	4,1	4,3	4,3

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2005, calculs DREES.

1. Le Rhun B., Legendre M.-C., 2006, «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004», *Études et Résultats*, DREES, n° 498, juin.

■ TABLEAU 1

Évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

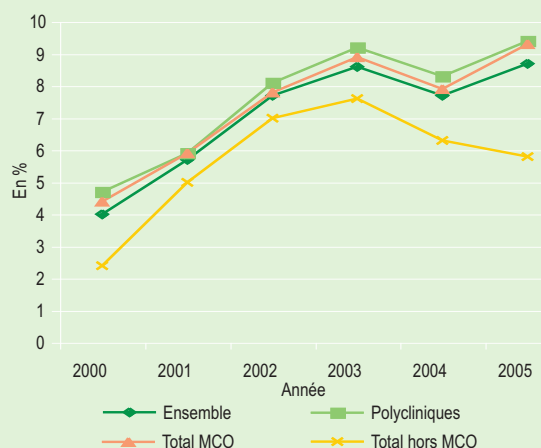
		Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total (en M d'euros)	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL		825	8 189	5,7	7,7	8,6	8,3	8,7
MCO	Polycliniques	315	5552	5,9	8,1	9,2	8,8	9,4
	Médecine	21	162	9,6	10,6	14,3	10,8	9,9
	Chirurgie	127	935	5,0	6,5	6,9	5,2	7,7
	Obstétrique	7	40	9,8	7,1	7,4	0,4	7,1
	Dialyse	40	167	3,5	5,8	7,9	7,8	17,1
	Total MCO	510	6856	5,9	7,8	8,9	8,3	9,3
Hors MCO	Suite et réadaptation	172	770	7,1	7,6	9,3	7,9	6,5
	Psychiatrie	113	489	2,0	5,3	5,3	4,0	4,6
	Divers	30	74	5,0	6,6	2,0	8,4	5,6
Total hors MCO	315	1333	5,0	7,0	7,6	6,6	5,8	
Dont CA	de moins de 6 millions d'euros	391	1298	3,6	6,6	7,5	5,9	6,1
	de 6 à 12 millions d'euros	221	1889	5,0	6,2	7,2	4,7	6,1
	de plus de 12 millions d'euros	213	5001	7,7	9,3	9,9	9,5	10,5

Champ • Constant pour le nombre de cliniques et le chiffre d'affaires total et champ non constant pour l'évolution du chiffre d'affaires.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2005, calculs DREES.

■ GRAPHIQUE 1

Progression du chiffre d'affaires selon la catégorie d'établissements



Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2005, calculs DREES.

sont intégrés dans le CA de toutes les cliniques alors qu'ils ne l'étaient pas toujours avant ; l'évolution des tarifs des médicaments, les dispositifs médicaux facturés en sus (etc.), contribuent à la croissance du CA.

Entre 2004 et 2005, le nombre d'entrées et venues a progressé de 4,6 % pour l'ensemble des cliniques présentes les deux années ainsi que pour celles qui sont spécialisées en MCO⁹.

La hausse tarifaire, fixée à 1,98 %¹⁰ et applicable à compter du 1^{er} mars 2005, quoique relativement plus faible que celles enregistrées les quatre années précédentes¹¹, contribue aussi en partie à l'augmentation du chiffre d'affaires. Le chiffre d'affaires rapporté au nombre d'entrées et venues s'établit à 1 326 euros en 2005 contre 1 266 en 2004, soit une hausse de 4,7 % pour l'ensemble des cliniques. Pour le secteur MCO, ces chiffres d'affaires moyens sont respectivement de 1 214 et 1 156 euros ce qui correspond à une hausse de 5,0 %.

Une nette progression de la rentabilité économique des cliniques MCO

En 2005, la rentabilité économique, rapport du résultat net au chiffre d'affaires, des 825 cliniques présentes en 2005 s'établit à 3,2 % du CA. Elle progresse très nettement pour la deuxième année consécutive de 1 point par rapport à 2004 (2,1 %) et de 2 points par rapport à 2003 (1,3 %). Elle était plus faible en pourcentage du CA et en variation les années précédentes (tableau 2).

La lecture du tableau 2 montre que l'effet cumulé de l'augmentation du CA moyen, de la diminution de la part des charges d'achats et charges externes et des frais de personnel dans le CA entraîne une amélioration du taux de marge brute d'exploitation (excédent brut d'exploitation rapporté au chiffre d'affaires). Plus précisément, l'évolution provient de la baisse de la part des charges des salaires bruts dans le CA (-1,1 point de CA) et de celle des autres achats et charges externes¹² (-0,5 point de CA). La fiscalité liée à l'exploitation rapportée au CA est stable. En conséquence, le taux de marge brute d'exploitation vaut 8,1 % du CA¹³ en 2005, soit 2 points de plus qu'en 2004.

L'augmentation du taux de marge brute d'exploitation n'est pas compensée par la hausse relative des charges de dotations nettes aux amortissements dans le CA (0,3 point). Le résultat d'exploitation s'établit ainsi à 5,7 % du CA en 2005, soit 1,7 point de plus que l'année précédente. La hausse de ce ratio, amorcée en 2001, se poursuit donc.

Le résultat financier s'établit à -0,3 % du CA. Il est négatif puisque les charges financières rapportées au CA sont supérieures aux produits financiers rapportés au CA. Le résultat exceptionnel s'établit à 0,1 % du CA. Ces deux résultats sont stables entre 2004 et 2005.

À noter que la moitié des cliniques privées à but lucratif enregistre une rentabilité économique supérieure à 3,2 %, valeur médiane supérieure de 0,9 point à celle de 2004. Un dixième des cliniques déclare un taux de rentabilité économique supérieur à 10,6 %. Ces établissements réalisent par ailleurs 6 % du CA total de l'ensemble des cliniques. Les cliniques déclarant des pertes sont légèrement

moins nombreuses en 2005 (18 %) qu'en 2004 (22 %). Le CA de ces cliniques déficitaires en 2005 représente 16 % du CA total de l'ensemble des cliniques contre 21 % en 2004. Toutefois, 10 % de l'ensemble des cliniques de 2005 affichent une rentabilité économique inférieure à -2,4 %.

La hausse de la rentabilité économique bénéficie en 2005 surtout aux cliniques de taille moyenne et grande, et à celles du secteur MCO

L'année 2005 profite surtout aux moyennes et grandes cliniques, leurs taux de rentabilité économique augmentant respectivement de 1,0 et 1,5 point de CA. Après une année 2004 particulièrement bénéfique aux petites cliniques, la rentabilité de ces dernières reste stable en 2005. *In fine*, en pourcentage, les taux de rentabilité économique sont en 2005 proches de leur CA des petites, moyennes et grandes cliniques (graphique 2a). Les petites cliniques ont ainsi des taux de renta-

9. Ces évolutions sont proches de celles observées sur les données exhaustives (source statistique annuelle des établissements de santé-SAE) pour l'ensemble du secteur privé à but lucratif (+4,9 %) et des cliniques réalisant des activités de MCO (+ 4,2 %)

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

11. Les augmentations tarifaires moyennes sont de 2,3 % en 2001, 3,93 % en 2003, 2,6 % en 2003 et 4,4 en 2004.

12. La sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurances font notamment partie des « autres achats et charges externes ».

13. Le ratio EBE/CA est aussi appelé « taux de marge brute d'exploitation ».

■ TABLEAU 2

Compte de résultat des cliniques privées

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre d'entreprises incluses	1042	1023	980	937	931	825
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	6,5	6,7	7,5	8,3	9,1	9,9
Achats et charges externes (en % du CA)	-43,6	-44,2	-43,9	-43,8	-43,3	-42,6
- Achats consommés	-17,4	-17,6	-17,5	-17,3	-17,2	-17,0
dont - Autres achats et charges externes	-26,1	-26,6	-26,5	-26,4	-26,1	-25,6
- Variation de stocks	-0,1	0,1	0,1	-0,1	0,1	0,1
Frais de personnel (en % du CA)	-44,7	-45,9	-46,5	-45,8	-45,0	-43,8
dont - Salaires bruts	-32,7	-33,7	-33,9	-33,0	-32,2	-31,1
- Charges sociales	-12,0	-12,2	-12,6	-12,7	-12,8	-12,7
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-6,4	-6,3	-4,8	-5,6	-5,6	-5,5
dont - Impôts, taxes et versements assimilés	-6,5	-6,4	-6,0	-5,9	-5,8	-5,8
- Subvention d'exploitation	0,1	0,2	1,2	0,3	0,3	0,2
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	5,3	3,6	4,8	5,0	6,1	8,1
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-3,2	-3,0	-2,9	-2,5	-2,1	-2,4
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,4	0,4	0,5	0,4	0,1	0,1
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	2,5	1,0	2,4	2,8	4,0	5,7
Résultat financier	-0,3	-0,5	-0,4	-0,2	-0,3	-0,3
dont - Produits financiers	0,8	0,7	0,6	0,8	0,5	0,5
- Charges financières	-1,1	-1,2	-1,0	-1,0	-0,8	-0,9
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	2,2	0,5	2,0	2,6	3,6	5,4
Résultat exceptionnel (en % du CA)	0,7	0,7	0,5	0,1	0,2	0,1
dont - Produits exceptionnels	3,0	2,4	2,7	1,9	1,8	1,8
- Charges exceptionnelles	-2,3	-1,8	-2,1	-1,8	-1,6	-1,7
Participation des salariés (en % du CA)	-0,3	-0,2	-0,3	-0,3	-0,4	-0,6
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,3	-0,9	-1,0	-1,1	-1,3	-1,7
RÉSULTAT NET (en % du CA)	1,3	0,1	1,1	1,3	2,1	3,2

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

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2005, calculs DREES.

bilité s'établissant à 3,3% de leur CA, tandis que les moyennes et grandes cliniques dégagent des bénéfices correspondant à 3,1 et 3,2% du CA.

La rentabilité économique des cliniques du secteur MCO est en forte hausse, elle atteint 3,0% du CA, soit le double de 2004 (tableau 3, graphique 2b). Le secteur hors MCO réalise des bénéfices moindres qu'en 2004 (-0,6 point) et s'établit à 4,3%

du CA. Le secteur hors MCO reste plus rentable, malgré ces évolutions.

Au sein du secteur MCO, les cliniques mono disciplinaires de médecine déclarent une hausse particulièrement importante de leurs bénéfices rapportés à leur CA de +5,0 points, soit 6,6% de leur CA¹⁴. La hausse du taux de rentabilité économique des cliniques spécialisées en dialyse et les polycliniques est également forte: res-

pectivement de +2,9 et +1,6 points de CA. Ce sont les moyennes et grandes polycliniques qui réalisent les bénéfices rapportés au CA les plus importants (encadré 2). Le taux de rentabilité des cliniques spécialisée en chirurgie reste stable.

Les taux de rentabilité des cliniques du secteur hors MCO diminuent, quelle que soit l'activité. Quant aux taux des cliniques spécialisées en psy-

14. La forte hausse de la rentabilité économique des établissements de médecine est due essentiellement à celle de deux établissements. Pour l'une, c'est le résultat d'exploitation qui croit nettement et pour la deuxième, c'est à la fois le résultat d'exploitation et le résultat financier qui augmentent.

ENCADRÉ 3

Annexe relative à la définition des indicateurs

Indicateurs	Signification	Formule comptable
Produits ou chiffre d'affaires (CA)	Mesure l'activité. Les produits ou CA correspondent essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient)	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises)
Valeur ajoutée (VA)	Représente un second indicateur d'activité, centré sur la valeur de l'activité produite en interne. Il correspond aux produits ou CA, complétés des productions stockée et immobilisée, dont on déduit les consommations intermédiaires (achats et charges externes)	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) + Compte 71 (Production stockée) + Compte 72 (Production immobilisée) – Compte 60 (Achats et variations de stocks) – Compte 61 (Services extérieurs) – Compte 62 (Autres services extérieurs)
Taux de valeur ajoutée	Mesure le degré d'intégration de l'activité de l'établissement, en mettant en exergue le recours à des consommations intermédiaires, notamment l'achat de matières premières, la sous-traitance et l'intérim	VA/(CA)
Charges de personnel	Correspondent aux charges salariales et patronales mobilisées par l'établissement pour la rémunération de ses salariés	Compte 64 (Charges de personnel)
Taux de charges de personnel	Mesure le poids des charges de personnel par rapport à l'activité de l'établissement	(Charges de personnel)/(CA)
Résultat net comptable (RNC)	Lorsqu'il est positif, il correspond à l'excédent dégagé par l'établissement dans le cadre de l'ensemble de son exercice comptable. Lorsqu'il est négatif, il s'agit d'un déficit	Classe 7 (Produits) – Classe 6 (Charges)
Rentabilité économique	Permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement	RNC/(CA)
Capitaux propres	Capitaux apportés lors de la création de l'établissement ou ultérieurement (principalement par les actionnaires pour les cliniques et par l'État pour les hôpitaux publics) ou laissés à la disposition de l'établissement en cas d'excédents	Compte 10 (Capital et réserves) + Compte 11 (Report à nouveau) + Compte 12 (Résultat de l'exercice) + Compte 13 (Subventions d'investissements) + Compte 14 (Provisions réglementées)
Rentabilité financière	Mesure les marges potentiellement dégagées en direction de leurs actionnaires pour les cliniques	RNC/(Capitaux propres)
Taux de renouvellement des immobilisations	Indique le rythme d'investissement d'un établissement	[Investissements réalisés sur la période: augmentations par acquisitions, créations, apports des comptes d'immobilisations (Comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)]/ [Total de l'actif immobilisé brut enregistré en fin de période: solde des comptes d'immobilisations (Comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)]
Capacité d'autofinancement (CAF)	Mesure les ressources restant à la disposition de l'établissement à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur	[Classe 7 (produits), hors Compte 775 (produits de cessions d'éléments d'actifs), Compte 777 (quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice), Compte 778 (autres produits exceptionnels) et Compte 78 (Reprises sur amortissements et provisions)] – [Classe 6 (charges), hors Compte 675 (valeurs comptables des éléments d'actif cédés), Compte 678 (autres charges exceptionnelles) et Compte 68 (Dotations aux amortissements et provisions)]
Dettes financières	Liquidités mises à disposition par les créanciers de l'établissement avec une échéance de remboursement	Compte 16 (emprunts et dettes assimilées) + Compte 17 (dettes rattachées à des participations)
Taux d'endettement	Mesure le poids des dettes au sein des ressources stables de l'établissement	(Dettes financières)/(Capitaux propres + Dettes)
Capacité de remboursement	Mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement	(Dettes financières)/ CAF
Fonds de roulement net global (FRNG)	Indique essentiellement si les capitaux propres et les dettes financières permettent de financer l'actif immobilisé brut (lorsqu'il est positif)	(Ressources stables - Emplois stables) * 365/(CA)
Besoin en fonds de roulement (BFR)	Traduit essentiellement les décalages entre règlements des créances clients et des dettes fournisseurs ainsi qu'entre achats et ventes de stocks. Lorsque le BFR est négatif, les décalages à court terme entre encaissements et décaissements apporte des ressources supplémentaires à l'établissement	(Actif circulant - Passif circulant) * 365/(CA)
Trésorerie	Lorsque la trésorerie est positive, l'établissement dispose de liquidités. Lorsque la trésorerie est négative, l'établissement peut avoir à recourir à des financements supplémentaires à court terme (concours ou découverts bancaires)	(Trésorerie active - Trésorerie passive) * 365/(CA)

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

chirurgie ou en soins de suite et de réadaptation, ils accusent un léger fléchissement respectivement de 0,2 et 0,1 point de CA.

La rentabilité financière, calculée par le ratio Résultat net/Capitaux propres, mesure le revenu que tirent les actionnaires de l'entreprise, et appréhende l'attractivité du secteur en termes d'actionariat. En 2005, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques croît nettement (+5 points) pour atteindre 15,7%. Cette amélioration concerne les cliniques MCO (+7 points à 15,1%), tandis que le taux de rentabilité des cliniques hors MCO diminue de 3,3 points et s'établit à 18,3%. En conséquence, les taux de rentabilité financière des deux secteurs se rapprochent pour la première fois.

Cette embellie économique touche l'ensemble des grandes zones géographiques

L'ensemble des grandes zones géographiques françaises (France métropolitaine) profitent de l'amélioration du taux de rentabilité économique (tableau 4).

En 2005, le taux de rentabilité économique médian de l'ensemble des cliniques françaises est de 3,2%. Les taux de rentabilité économique médians de l'ensemble des zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT¹⁵) augmentent. Les cliniques du Nord, de l'Ouest et particulièrement du Nord-Est réalisent des bénéfices bien plus élevés qu'en 2004 : les hausses de leur taux de rentabilité médian sont ainsi respectivement de 1,2, de 1,2 et de 2,1 points de CA. Les taux médians des cliniques de l'Île-de-France, du Bassin parisien, du Sud-Ouest et du Centre-Est augmentent de 0,6 point de CA. Les cliniques du Sud-Est connaissent une évolution moins importante (+0,2 point) de leur taux de rentabilité médian. En conséquence, les fortes disparités entre ZEAT constatées en 2004 s'amenuisent en 2005 : il n'y a plus qu'un point de différence entre les taux de rentabilité médians le plus faible (Bassin parisien avec 2,6%) et le plus élevé (Île-de-France avec 3,6%)

En 2005, le taux de rentabilité économique médian des cliniques MCO s'établit à 2,6%. Le taux de rentabilité

augmente dans toutes les ZEAT, mais de façon plus ou moins sensible, tandis que les disparités régionales sont plus marquées. Par exemple, le taux de rentabilité dans les cliniques du Sud-Ouest (+3,4 %) est le double de celui des cliniques du Centre-Est (1,6%).

La situation financière des cliniques MCO est très bonne

Le niveau de l'actif immobilisé est minoré dans la mesure où un certain nombre de cliniques louent à des sociétés

civiles immobilières (SCI) les locaux au sein desquels elles réalisent les soins. Le taux d'investissement¹⁶ estimé par le rythme de renouvellement des immobilisations des cliniques passe de 9,8 à 13,3% (tableau 5). Cette augmentation est encore plus marquée dans le secteur hors MCO (+5,3 points à 14,1%) que dans celui des cliniques MCO (+3,2 points à 13,2%). Les cliniques investissent plus en 2005 quelle que soit leur taille, mais particulièrement celles de taille, petite et moyenne.

■ TABLEAU 3

Rentabilité économique selon la catégorie d'établissement par année

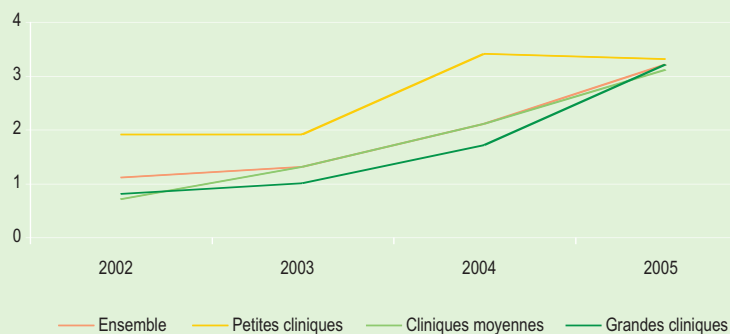
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ensemble	1,3	0,1	1,1	1,3	2,1	3,2
Polycliniques	0,4	-1,1	0,2	0,3	1,3	2,9
Médecine	1,1	1,1	1,2	1,1	1,6	6,6
Chirurgie	0,1	-1,2	0,5	1,1	2,1	2,1
Obstétrique	3,3	0,6	-1,7	1,1	1,4	0,8
Dialyse	20,7	17,1	7,7	4,5	5,4	8,3
Total MCO	0,4	-1,1	0,3	0,5	1,5	3,0
Suite et réadaptation	2,5	3,7	3,1	4,1	5,4	5,2
Psychiatrie	6,4	4,0	4,4	4,9	4,4	4,3
Divers	0,7	1,3	3,7	2,3	1,5	-4,0
Total hors MCO	5,3	4,8	4,0	4,3	4,9	4,3

Champ • Non constant.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2005, calculs DREES.

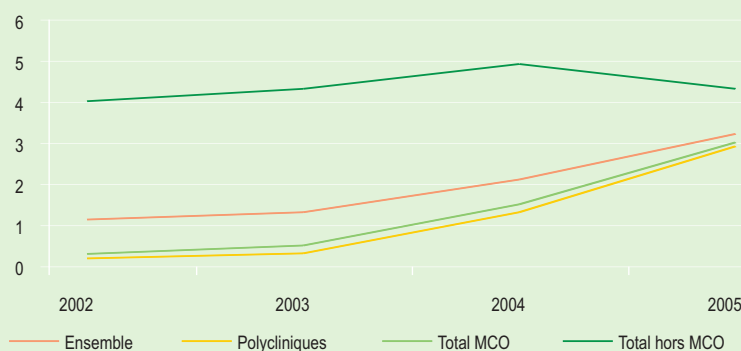
■ GRAPHIQUE 2A

Évolution de la rentabilité économique selon la taille des établissements



■ GRAPHIQUE 2B

Évolution de la rentabilité économique selon la catégorie d'établissement



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

16. L'investissement est calculé à partir des augmentations par acquisitions, apports et créations des comptes d'immobilisations de l'exercice en cours. Là encore, la définition retenue dans cette étude est différente de celle utilisée les années précédentes qui se caractérisait par l'ensemble des flux d'immobilisations intervenues entre les deux années. C'est là aussi la définition utilisée dans l'Études et Résultats n° 576.

En effet, leur taux d'investissement augmente de plus de 5 points et celui des grandes cliniques d'1 point seulement. En termes de niveau, les grandes cliniques investissent plus (11,2%) que les moyennes (10,3%) et petites (8,9%).

La capacité d'autofinancement (CAF) permet d'évaluer les ressources des entreprises qui restent disponibles à la clôture des comptes pour le financement de leur développement. Elle comprend principalement

le résultat net comptable augmenté des dotations aux amortissements et aux provisions. La situation financière des cliniques s'est également améliorée à cet égard. En effet, leur CAF s'établit en 2005 à 6,4% du chiffre d'affaires, niveau supérieur de 1,2 point par rapport à 2004. La capacité d'autofinancement est moins importante dans le secteur MCO (6,2% contre 7,2% dans le secteur hors MCO), mais comme en 2004, elle progresse plus vite dans le secteur

MCO (1,4 point contre 0,2 point). En outre, environ 10% des cliniques possèdent une CAF négative en 2005 contre 13% en 2004.

L'endettement total des cliniques, mesuré par le ratio dettes financières sur capitaux permanents, était de 38,0% en 2004 et augmente de 0,2 point en 2005. Les cliniques du secteur MCO sont plus endettées (38,6%) que celles du secteur hors MCO (36,1%). L'endettement des cliniques du secteur hors MCO pro-

ENCADRÉ 4

Activité principale et taille des cliniques

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

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

La taille des cliniques

Le chiffre d'affaires des sociétés d'exploitation des cliniques en 2005 permet d'estimer leur taille et de les classer en trois catégories : celles qui réalisent moins de 6 M€ de chiffre d'affaires, celles dont le chiffre d'affaires est compris entre 6 et 12 M€ et celles dont le chiffre d'affaires dépasse les 12 M€. Le tableau qui suit donne, en fonction de la catégorie étudiée, une idée de la correspondance entre la taille du chiffre d'affaires et la taille de la clinique en nombre de lits et places.

* M : millions d'euros.

Secteur	Catégorie	Chiffre d'affaires réalisé en 2005	Effectif	Nombre moyen de lits et places
MCO	Polycliniques	Inférieur à 6 M	31	60
		Entre 6 et 12 M	99	94
		Supérieur à 12 M	185	190
		Ensemble	315	147
	Chirurgie	Inférieur à 6 M	58	45
		Entre 6 et 12 M	53	83
		Supérieur à 12 M	16	132
		Ensemble	127	71
	Médecine	Inférieur à 6 M	12	49
		Supérieur à 6 M	9	106
		Ensemble	21	73
	Obstétrique	Ensemble	7	50
	Total MCO	Inférieur à 6 M	138	47
Entre 6 et 12 M		165	91	
Supérieur à 12 M		207	182	
Ensemble		510	121	
Hors MCO	Soins de suite et réadaptation	Inférieur à 6 M	135	65
		Entre 6 et 12 M	31	110
		Supérieur à 12 M	6	200
		Ensemble	172	78
	Psychiatrie	Inférieur à 6 M	90	64
		Supérieur à 6 M	23	151
		Ensemble	113	81
	Divers	Ensemble	30	58
	Total hors MCO	Inférieur à 6 M	253	64
		Entre 6 et 12 M	56	126
		Supérieur à 12 M	6	200
		Ensemble	315	78

ENCADRÉ 5

Évolution du chiffre d'affaires moyen par lit et place

		Chiffre d'affaires moyen par lit et place en millions d'euros	Évolution en %
		2005	2005-2004
TOTAL		111	7,7
Par catégorie	MCO	114	7,6
	Polyclinique	117	7,5
	Chirurgie	103	7,8
	Médecine	127	11,0
	Obstétrique	89	10,0
	Hors MCO	65	9,5
	Soins de suite et de réadaptation	73	12,1
	Psychiatrie	51	2,1
	Divers	40	1,0
Par taille	Grandes	123	8,1
	Moyennes	94	6,2
	Petites	72	5,7
Par répartition lits et places	<Q1	105	8,3
	Q1-Q2	99	7,0
	Q2-Q3	105	8,8
	>Q4	120	7,2

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2005, calculs Drees.

Note : Seuls les établissements ayant rempli les variables lits et places dans la SAE sont comptabilisés.

Lecture • Q1, Q2 et Q3 correspondent respectivement aux 1^{er}, 2^e et 3^e quartiles de la variable (nb lits/nb de lits et places).

TABLEAU 4

Rentabilité économique médiane par région

en % du chiffre d'affaires

Rentabilité	Ensemble				MCO			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
France	1,8	1,9	2,3	3,2	0,8	1,0	1,6	2,6
1. Île-de-France	1,8	2,9	3,0	3,6	1,4	1,9	1,9	2,3
3. Nord	1,6	2,2	2,3	3,5	0,5	1,5	2,1	2,8
8. Sud-Est	1,7	2,2	3,3	3,5	0,4	0,7	1,6	3,2
6. Sud-Ouest	2,0	1,7	2,7	3,3	1,5	0,7	1,9	3,4
4. Nord-Est	1,9	1,7	1,2	3,3	0,2	1,2	1,1	2,8
5. Ouest	2,0	1,5	1,8	3,0	0,7	1,1	1,1	1,9
7. Centre-Est	1,8	1,7	2,0	2,7	0,5	-0,2	1,4	1,6
2. Bassin Parisien	1,6	1,7	2,0	2,6	0,9	0,8	1,3	2,3

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2005, calculs DREES.

gresse davantage en 2005 (+2 points).

La capacité de remboursement¹⁷ des cliniques passe de 2,5 à 2,2 années de CAF entre 2004 et 2005. Elle reste moindre en 2005 pour les établissements hors MCO (2,0%) que pour les cliniques du secteur MCO (2,2%), même si elle diminue plus dans le secteur MCO.

En 2005, le secteur encore faiblement capitalisé et le ratio « Chiffre d'affaires/Capitaux propres » qui est en moyenne de 4,9, reste à un niveau élevé. Ce taux est en outre plus élevé en 2005 dans le secteur MCO (5,1) que dans l'autre secteur (4,2).

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

La trésorerie moyenne de l'ensemble des cliniques reste constante à 25 jours de CA entre 2004 et 2005 (tableau 6). Les trésoreries des cliniques MCO et hors MCO sont également stables à respectivement 24 et 34 jours de CA. Cette stabilité de la trésorerie, qui équivaut à la différence entre le fonds de roulement net global (FRNG) et le besoin en fonds de roulement (BFR), résulte simultanément d'une amélioration générale du FRNG et d'une détérioration relative¹⁸ du BFR – relative puisque la valeur du BFR reste négative. Toutefois, sur l'ensemble de la période, 18% des cliniques présentent une trésorerie négative.

Le ERNG, différence entre les ressources et les emplois stables, appréhende la façon dont les liquidités de l'entreprise lui permettent d'honorer ses dettes à court terme par la réalisation de l'actif circulant. Il doit donc en principe être positif pour que l'équilibre financier soit assuré. En 2004, le FRNG des cliniques était proche de 0. En 2005, il s'élève en moyenne à 9 jours de CA. Cette nette amélioration concerne les deux secteurs mais particulièrement le secteur MCO puisque le FRNG de ce dernier augmente de 11 jours de CA et devient positif.

Le BFR traduit le décalage entre les achats et les ventes de stocks, ainsi

que celui entre les règlements des créances clients et des dettes fournisseurs. Ces décalages sont liés aux diverses contraintes d'ordre social ou technique supportées par l'entreprise. Ainsi, dans l'industrie, une entreprise doit souvent conserver un stock de matières premières ou de produits finis afin d'éviter les ruptures du pro-

cessus de production. Dans le cas des cliniques, la nécessité d'anticiper le cycle d'exploitation est moins prégnante. Le BFR des cliniques est négatif, mais augmente sur les deux années étudiées : de -26 à -16 jours de CA entre 2004 et 2005. Cette évolution apparaît dans les deux secteurs MCO ou hors MCO. ■

■ TABLEAU 5

Indicateurs financiers

En %

	2004	2005
Rentabilité financière (en % du CA)		
Total cliniques privées	10,8	15,7
MCO	8,1	15,1
Hors MCO	21,6	18,3
Taux de renouvellement des immobilisations (en %)		
Total cliniques privées	9,8	13,3
MCO	10,0	13,2
Hors MCO	8,8	13,6
Capacité d'autofinancement (en % du CA)		
Total cliniques privées	5,2	6,4
MCO	4,8	6,2
Hors MCO	7,0	7,2
Taux d'endettement (en %)		
Total cliniques privées	38,0	38,2
MCO	38,9	38,6
Hors MCO	34,0	36,1
Capacité de remboursement (en années de CAF)		
Total cliniques privées	2,5	2,2
MCO	2,8	2,2
Hors MCO	1,8	2,0
Capitaux propres/Total Passif en %		
Total cliniques privées	5,2	4,9
MCO	5,4	5,1
Hors MCO	4,4	4,2

Sources • Diane, Calculs DREES.

■ TABLEAU 6

Évolution de la trésorerie

	2004			2005		
	MCO	Hors MCO	Ensemble	MCO	Hors MCO	Ensemble
FRNG (en jours de CA)	-4	21	0	7	23	9
BFR (en jours de CA)	-29	-13	-26	-18	-9	-16
Trésorerie (en jours de A)	24	34	26	24	33	25

Champ • Non constant.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2005, calculs DREES.

17. La capacité de remboursement mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement.

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