HAL
open science

Les cliniques privées

Philippe Leroy, Jérôme Lionet

To cite this version:

Philippe Leroy, Jérôme Lionet. Les cliniques privées. Sciences de l'Homme et Société. 1998. hal-01908521

HAL Id: hal-01908521

https://minesparis-psl.hal.science/hal-01908521v1

Submitted on 30 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Septembre 1998

BIBLIOTHÈQUE
DE L'ÉCOLE DES MINES
60, boulevard St-Michel
75272 PARIS CEDEX 06
Téléphone : 40 51 90 56
IE 1 [374]

Ecole des Mines

Mémoire de troisième année

Philippe LEROY - Jérôme LIONET

Les cliniques privées

Pilote : François ENGEL
Centre de Gestion Scientifique

Consultation
sur place

Nous avons pu réaliser cette étude grâce au soutien de M. Alain COULOMB, Délégué Général de l'Union Hospitalière Privée que nous tenons à remercier sincèrement ainsi que Mme Anne BOTLOT-GITLER et l'ensemble des adhérents de l'UHP qui nous ont accueillis.

Ce mémoire a été conduit grâce au soutien de M ENGEL

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE 5

1.1. LE SECTEUR DE LA SANTÉ EN FRANCE 5

1.1.1. LA SANTÉ EN FRANCE 5

1.1.2. ORGANISATION DES STRUCTURES DE SOIN 6

1.2. LE SECTEUR PRIVE DE L'HOSPITALISATION 9

1.2.1. BREF RAPPEL HISTORIQUE 9

1.2.2. UNE ORIGINALITÉ DU CAS FRANÇAIS : UN SECTEUR PRIVE LUCRATIF TRÈS PRÉSENT 10

2. QU'EST CE QU'UNE CLINIQUE PRIVÉE? 13

2.1. UNE STRUCTURE ÉLÉMENTAIRE 13

2.1.1. UN PLATEAU TECHNIQUE 13

2.2. IMMOBILIER 13

2.2.1. DES MÉDECINS 14

2.3. STRUCTURE JURIDIQUE: UNE LOGIQUE DE SÉPARATION DES ACTIFS 14

2.4. LES RECETTES DES CLINIQUES 16

2.4.1. LOGIQUE HÔTELIÈRE 17

2.4.2. LOGIQUE INDUSTRIELLE 19

2.5. ACTIONNARIAT DE LA DISPERSION DES STRUCTURES FAMILIALES A L'ARRIVÉE DES INVESTISSEURS 20

2.5.1. PRIVE 20

2.5.2. GROUPES: UNE HISTOIRE MOUVEMENTÉE 20

3. RÉGULATION 23

3.1. RESTRICTION DE L'OFFRE DE SOINS 23

3.2. L'ENCADREMENT BUDGÉTAIRE. 24

3.2.1. L'OQN 25

3.2.2. LA PRESSION TARIFAIRE A MENÉ À UN MOUVEMENT DE CONCENTRATION... 27

3.3. UNE RÉGLEMENTATION INFLATIONNISTE 28

3.3.1. RÉGLEMENTATION 28

3.3.2. " LETTRE AU PÈRE NOËL" ET AFFAIRE DU SANG, DES INVESTISSEMENTS EN PLUS... 29

3.4. EVALUATION-ACCREDITATION 30

3.5. LA RÉGIONALISATION 32

3.5.1. L'ARH 32

3.5.2. OQR 32

3.6. PMSI : PROGRAMME MÉDICALISÉ DES SYSTÈMES D'INFORMATION. 33

3.7. LA SURVIE PASSE ALORS PAR LA CROISSANCE... 34

4. LES STRATÉGIES 35

4.1. L'IMAGE DE MARQUE ET LE CHOIX DES SPÉCIALITÉS 35

4.1.1. L'IMAGE DE MARQUE, CHOIX DES SPÉCIALITÉS... 35

4.1.2. LA CONSTRUCTION D'UNE GAMME: DES STRATÉGIES INDUSTRIELLES... 36

4.1.3. LE PARTAGE PRIVÉ / PUBLIC 37

4.2. UNE ORIENTATION FORTE VERS L'ACCUEIL DES CLIENTS 40

4.3. VERS UNE GESTION DU CORPS MÉDICAL 42

4.4. GESTION DU PERSONNEL NON MÉDICAL DES CLINIQUES 44

4.5. STRATÉGIE DES ACTIONNAIRES 45

4.6. UNE STRATÉGIE DE TAILLE POUSSÉE PAR LES POUVOIRS PUBLICS 46

4.6.1. LA RENTABILITÉ DES CLINIQUES SELON LA TAILLE 46

4.6.2. COMPARAISON DES NIVEAUX D'INVESTISSEMENTS 51

5. LE SYSTÈME D'INFORMATION 54

5.1. LES RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS 54

5.1.1. L'ETAT 54

5.1.2. LES CLINIQUES PRIVÉES 55

5.1.3. CNAMTS: UN OUTIL EN QUÊTE D'UTILITÉ 57

5.2. LES SOURCES D'INFORMATION 57

5.2.1. DONNÉES DE PRODUCTION 58

5.2.2. DONNÉES STATIQUES 59

5.2.3. COMPTES MACRO ÉCONOMIQUES 61

5.2.4. SOURCES D'INFORMATION DE LOBBYING 62

5.3. CONCLUSION: LES DIFFICULTÉS ACTUELLES 63

1. Présentation Générale

1.1. Le secteur de la santé en France

1.1.1. La Santé en France

Plus de 750 M.F. [1]seront dépensés en France en 1998 pour la santé. La moitié de ces dépenses concerne l'hospitalisation des français (on compte en plus 25% des dépenses pour les soins ambulatoires et 25% pour l'achat de biens médicaux). La part de ces dépenses de santé est passée de 6,2% du PIB en 1960 pour dépasser les 10% actuellement. Les dépenses de santé ont donc crû plus vite que la richesse nationale mais si ce différentiel de croissance tend a diminuer depuis la deuxième moitié des années 80. Ainsi pour les soins hospitaliers le taux de croissance est passé de plus de 8% en 1970 à un peu plus de 2% cette année. Nous n'entrerons naturellement pas dans le débat pour savoir si la France dépense trop pour sa santé ou pas. Cependant force est de constater que les sources de financement sont de plus en plus restreintes. Nous sommes ainsi entrés dans les années 1980 dans une période de forte maîtrise des dépenses de santé. La pression économique s'opère désormais sur tous les acteurs du secteur. Ainsi, l'hospitalisation qui est la première source de dépenses de santé est-elle fortement concernée par ce changement de direction par rapport aux décennies précédentes. Aussi notre propos concernera l'offre de soin privée, ses structures et son évolution. Dans ce secteur interviennent quatre acteurs qui ont des rôles financiers, réglementaires, de producteur ou d'offreur de soins:

- le patient,
- l'état,
- l'assurance maladie,
- les producteurs de soins.

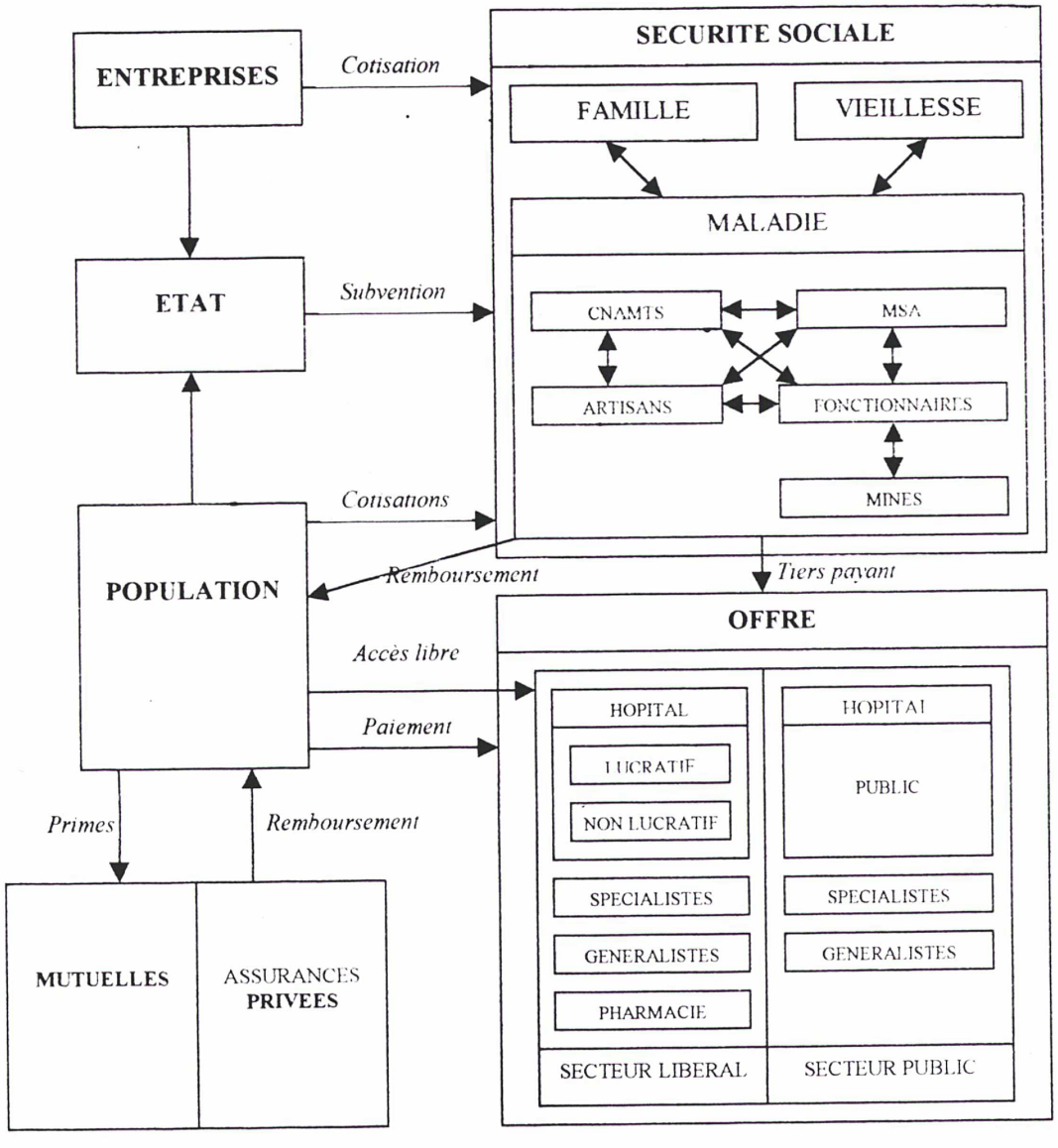
Acteur	Sécurité Sociale	Mutuelle	Etat	Société d'assurance	Prévoyance	Ménages
Taux de prise en charge	74%	6,8%	0,8%	3,1	1,5%	13,8%

Tableau 1 taux de prise en charge des dépenses d'assurance maladie

[1] ce montant inclut les dépenses pour les malades, les dépenses de prévention, les dépenses en faveur du système de soi ainsi que les dépenses de gestion générale de la santé.

1.1.2. Organisation des structures de soin

L'organisation générale de la santé peut être représentée par le schéma suivant :



Organisation Générale de la Santé en France

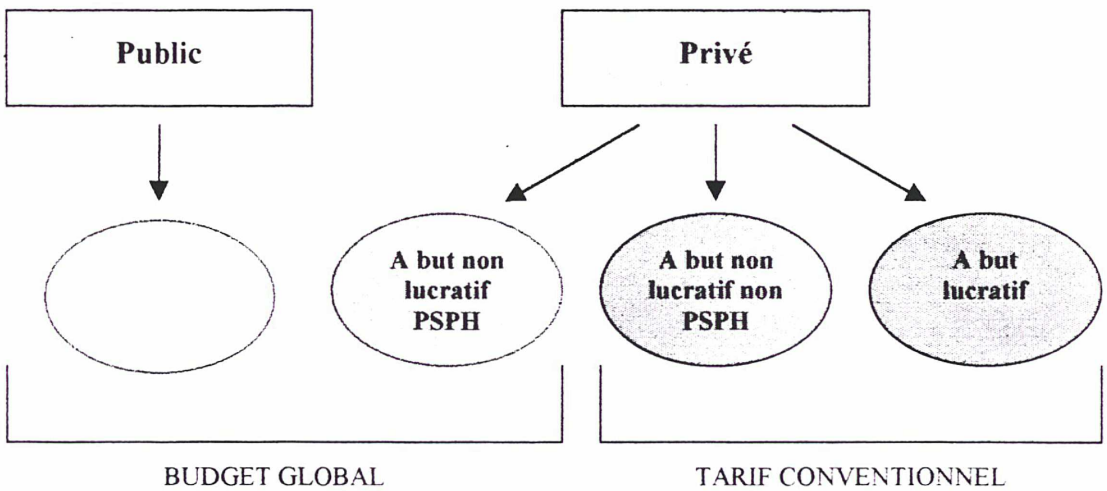
Figure 1Organisation du système de santé en France

Nous allons ci-après expliciter ce schémas, l'action des opérateurs et les relations qui les unissent. Nous nous limiterons dans cette étude au secteur hospitalier.

1.1.2.1.L'offre de soin

En ce qui concerne l'organisation des structures de soin en France, on peut distinguer deux grandes catégories qui se rapportent chacune à des principes spécifiques quant aux objectifs, aux relations avec les pouvoirs public, les organismes payeurs et avec les usagers. Ces deux catégories ne s'articulent cependant pas exactement autour de la distinction privé/ public mais d'appartenance ou non au service public (PSPH : Participant au Service Public Hospitalier).

Les établissements privés se répartissent en trois catégories selon leur statut , à but lucratif ou non, et leur mission, PSPH ou non. Le système hospitalier, hors secteur psychiatrique, peut alors être représenté de la manière suivante :



Cette représentation ne présume en rien de l'importance de chaque secteur dont nous donnerons une idée de leur poids dans les parties suivantes. Ce schéma montre que la mission des établissements détermine leur mode de rémunération.

Les hôpitaux publics et certains établissements privés à but non lucratif sont investis d'une mission de service public et placés sous la tutelle de l'état. L'activité de ces structures est financée depuis 1985 par des enveloppes globales dont le montant est déterminé à priori en début d'année. Un telle organisation relève d'une conception administrative de la production de soin non marchande. Le volume de cette activité est précontraint par l'allocation des ressources financières : la notion de prix est inexistante.

D'autre part, certaines cliniques privées à but non lucratif (non PSPH) et toutes les cliniques privées commerciales composent le secteur libéral qui se caractérise par une logique d'entreprise sous contrainte de respect des comptes sociaux. La rémunération est effectuée à l'acte sur la base de tarifs fixes conventionnellement entre les syndicats professionnels et les régimes d'assurance maladie. Dans la suite, on désignera couramment par secteur privé l'ensemble des cliniques soumis au tarif conventionné.

1.1.2.2.L'état

L'état ne se contente pas de subventionner les caisses de sécurité sociale comme indiqué sur le schéma, il assure des missions d'ordre régalien concernant les problèmes généraux de santé, l'organisation des structures, la tutelle des établissements publics et de la protection sociale. Il intervient aussi sur le plan économique en participant à la fixation des tarifs.

Le gestion du secteur de la santé se caractérise par un nombre élevé d'acteurs et est soumis à de fortes instabilités. Il est significatif que le nom de ce ministère change régulièrement, aujourd'hui il est sous l'autorité d'un ministre et d'un secrétaire d'Etat, se pose alors le problème du partage des rôles : le ministre s'occupe des questions financières et des dépenses, le secrétaire d'Etat définit les politiques de santé. Du coté administratif, trois directions sont en charge : Direction générale de la Santé, Direction de la Sécurité sociale, Direction des Hôpitaux. La DGS est responsable des questions de sécurité sanitaire et oriente la politique de santé, La DSS s'occupe du financement et alloue les ressources, enfin la DH assure la coordination entre les deux précédentes, elle combine donc les moyens et la politique. De plus, les ordonnances de 1996 ont introduit un nouvel acteur, l'ARH dont le directeur est qualifié de préfet sanitaire et qui a la particularité de fédérer des acteurs privé et public : la CNAM et l'Etat c'est-à-dire au niveau régional essentiellement les DRASS (Direction Régionale des Affaires Sociales et Sanitaires). L'ARH est une " autorité de décision cohérente [..] qui doit remédier à l'actuelle dispersion des responsabilités, des moyens et des compétences entre les différents services de l'état et de l'assurance maladie[2] ". Son rôle n'est cependant pas stabilisé. Il sera plus longuement question de cette création et de l'impact des ordonnances dit JUPPE par la suite..

---

[2] ordonnance du 24 avril 1996

1.1.2.3.Assurance maladie

Elle a avant tout un rôle de gestionnaire. Elle applique les directives de l'état concernant les modalités de remboursement et de tarification des actes et biens médicaux. Elle négocie avec les syndicats professionnels des conventions dans lesquelles sont fixées les modalités d'exercice et de tarification. Elle est aussi partie prenante dans la mise en oeuvre des dispositions relatives a la maîtresse des dépenses de santé. Depuis peu, elle participe à la définition des Références Médicales Opposables (RMO), définition qui dépasse le champ de la maîtrise des dépenses pour atteindre celui de la qualité des soins.

1.1.2.4.Patients

Evidement le patient doit se retrouver au coeur du système de soin. Aussi en France l'organisation des soins de santé est-elle extrêmement libérale:

- Il a le libre choix du médecin. Certains pays comme la Grande-Bretagne ont opté pour un régime différent et cette question revient régulièrement à l'ordre du jour en France.
- Il dispose d'un accès illimité aux structures sanitaires. Il n'y a ni contingent ni quota de soin.

1.2. Le secteur Prive de l'hospitalisation

La forte présence du secteur hospitalier privé dans le système français est une originalité en Europe. C'est en fait un héritage historique.

1.2.1. Bref rappel historique

Nous citerons Nicolas Tanti-Hardouin[3]: une " approche historique s'articule autour de deux idées essentielles :

- la première consiste à considérer que quatre grandes valeurs successives ont été à l'origine de la mise en place des établissements hospitaliers privés. Il s'agit d'abord de la charité (du Haut Moyen Age au XVIIIème siècle), de la solidarité (fin XIXème et début XXème siècle), de l'art médical et, enfin, plus récemment, de l'art de faire des affaires, du " business " ;
- la seconde consiste à identifier quatre pouvoirs (ou groupe d'acteurs) porteurs de ces valeurs : se succèdent ainsi dans l'histoire le pouvoir religieux et congréganiste, le pouvoir patronal et mutualiste, le pouvoir médical et, enfin, le pouvoir des gestionnaires et des hommes d'affaires. "

---

[3] Nicolas Tanti-Hardouin, *L'Hospitalisation privée, crise identitaire et mutation sectorielle*, Les études de la documentation française.

L'hospitalisation privée est donc, aussi surprenant que cela paraisse, l'héritière des institutions d'assistance aux pauvres du XVIIIème siècle. La distinction but lucratif ou non n'a pas eu lieu d'être avant la fin de la seconde guerre mondiale. C'est après 1950 que les cliniques à but lucratif vont connaître leur essor, 80% d'entre elles seraient nées après cette date. Le mythe libéral prévaut et la puissance publique se préoccupe peu de la montée en puissance du secteur privé. Ces cliniques privées bénéficient d'une meilleure image de marque, l'hôpital public apparaît comme le lieu où l'on va mourir. La situation s'est inversée côté client. L'hôpital privé s'adressait aux indigents au XIXème siècle, ce sont désormais les classes aisées qui s'y rendent.

Entre 1946 et 1962, en moyenne 60 cliniques privées sont crées par an. L'activité est très rentable, les hommes d'affaires s'y intéressent. " le secteur privé échappe largement au contrôle de la tutelle en raison du secret qui entoure son état actuel et encore davantage ses projets. Il n'existe en effet aucun inventaire précis et diversifié des équipements privés " ; (source C. Maillard cité par Tanti-Hardouin). Cette euphorie connaîtra un coup d'arrêt au début des années 70, la puissance publique cherchera, essentiellement pour des raisons budgétaires, à encadrer le développement du secteur. La France n'a plus les moyens de s'offrir un secteur sanitaire dont le taux de développement annuel peut dépasser les 20%. Les lois et les dispositifs de régulation vont dès lors se succéder. La morphologie du secteur hospitalier héritée de ces années fastes n'en demeure pas moins présente. Le secteur privé se caractérise donc par une très forte présence et une extrême hétérogénéité.

1.2.2. Une originalité du cas français : un secteur prive lucratif très présent

1.2.2.1.Etablissements

Le tableau ci-dessous permet de voir la répartition entre secteur du nombre de lits par spécialité.

	Public	Privé lucratif	Autres
Lits d'hospitalisation complète	333000	101 000	82 000
dont lits MCO	160000	70 000	27000
Places d'ambulatoire MCO	4700	1 300	570
Etablissements	1059	1800	450

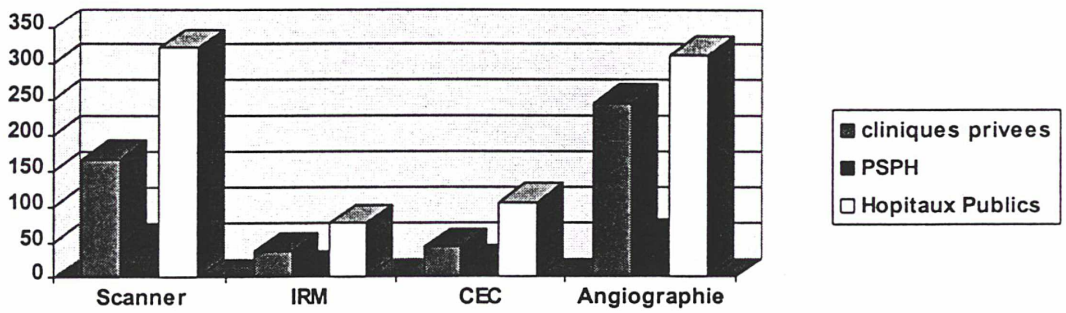
Tableau 2 répartition des lits par secteur et spécialité

Ainsi il apparaît que ces chiffres bruts d'autorisation donnent une image différente du secteur hospitalier que celle donnée par la loi de financement de la sécurité sociale. Les établissements privés lucratifs sont petits avec une moyenne nationale de 80 lits. De plus, leur activité est concentrée sur la médecine, la chirurgie et l'obstétrique.

1.2.2.2. Des équipements lourds en nombre

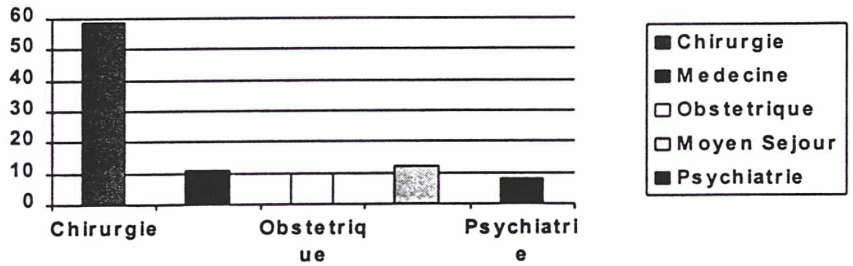
Les équipements les plus coûteux et les plus structurants pour les cliniques sont:

- le scanner,
- l'imagerie par résonance magnétique,
- les appareils de circulation extra-corporelle,
- les angiographies numérisées.



graphique 1 équipements lourds par secteur

Le tableau ci-dessus montre qu'en dépit de leur poids budgétaire faible par rapport aux hôpitaux publics, les cliniques privées sont en générales fortement équipées en matériel lourd. Ceci traduit la volonté du secteur privé d'investir dans du matériel de pointe et ce depuis de nombreuses années. Le privé se concentrant ainsi sur les actes chirurgicaux, obstétriques et d'examen technique.



graphique 2 répartition du secteur privé par spécialité

On voit ainsi apparaître une forte spécialisation en chirurgie pour les cliniques privées a but lucratif.

1.2.2.3. Un secteur privé très hétérogène.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître une extrême hétérogénéité au secteur privé. Cette hétérogénéité, qui tient en partie de la liberté qui a prévalu, et prévaut toujours peut-être, conduit notamment à un système de régulation extrêmement complexe et décentralisé. Elle s'exprime par exemple au travers d'un système de 14 types de rémunération qui ont chacun leur propres règles pour les établissements conventionnés, de différents statuts, de la diversité de l'exercice médical, des différences régionales de gestions publiques, d'héritages historiques variés... On peut dès lors comprendre la difficulté à concevoir des systèmes d'information capables de fournir des indicateurs significatifs et avoir une vision prospective sur ce secteur (impact des nouvelles réglementations, effet de la tarification).

1.2.2.4. Un secteur privé menacé.

Le nombre de journées passées dans le secteur privé décroît, d'où une diminution des rémunérations qui lui sont attachées. Cependant, les cliniques dynamiques s'en sortent très bien. Elles ont décidé d'orienter leurs spécialités, d'appliquer des stratégies, de sélectionner les actes qu'elles pratiquent. En se concentrant sur les actes rentables, elles arrivent à prospérer. Cette évolution est dénoncée par certains. N'est-ce là pourtant pas son rôle de se concentrer sur les secteurs où elle excelle? Cependant, Ces stratégies appliquées avec détermination heurtent le sens commun qui voudrait que l'argent et la santé ne fassent pas ménage commun. De plus, le principe libéral qui sous-tend leur mode d'intervention se heurte aux volontés de contrôle budgétaire strict de la puissance publique. On évoque donc régulièrement des changements radicaux et certains voient dans l'existence des cliniques privées non pas une opportunité de diversité et de complémentarité mais un accident historique.

2. Qu'est ce qu'une clinique privée?

2.1. Une structure élémentaire

Comme toute entité industrielle, une clinique privée possède un actif de production - le plateau technique - un actif immobilier et des opérateurs de production - les médecins praticiens et le personnel infirmier. Suivant le type de spécialité pratiquée par la clinique, ses trois composantes qui concourent à l'exercice de la médecine voient leur poids relatif varier.

2.1.1. un plateau technique

Le plateau technique rassemble l'ensemble des installations autour desquelles les médecins exercent leur art, c'est la capacité de production de l'établissement. Ces installations sont en fait souvent centrées autour du bloc opératoire, centre nerveux de la clinique. Il comporte des tables opératoires, du matériel de suivi des patients (instruments de mesure) et d'assistance. On peut rajouter à ce matériel l'ensemble des machines d'imagerie (Résonance Magnétique Nucléaire, Imagerie par résonance magnétique, scanner) et de radiographie (scintigraphie, radiologie conventionnelle par rayon X), même si bien souvent celles-ci n'appartiennent pas stricto sensu à la clinique. L'acquisition et le renouvellement aujourd'hui de plus en plus rapide de ces matériels représentent de forts investissements pour les établissements de santé, ce qui en fait de nos jours l'un des premiers secteurs économique pour l'investissement en matériel technologique. De plus on note actuellement une politique du secteur privé de forts investissements en matériel lourd. Alors que les cliniques ne possédaient que moins du quart des scanners, RMN, angiographies numérisées dans les années 85, ce taux est aujourd'hui supérieur a 35%.

2.1.2. Immobilier

A l'origine de la création des cliniques privées, celles-ci avaient avant tout une fonction hôtelière face à l'absence d'un secteur public hospitalier de qualité, on pouvait alors parler de maisons de santé. De nos jours, comme nous l'analyserons par la suite cette fonction hôtelière est toujours une caractéristique déterminante du secteur prive hospitalier. Les investissements de base sont des achats de foncier et la construction immobilière. Il ne faut pas pour autant oublier les coûts d'aménagement de ces locaux et surtout leur adaptation aux nouvelles normes. L'apparition de ces nouvelles normes de sécurité impose en effet aux établissements de mettre en place de nouvelles installations: portes coupe feu et détecteurs de fumée pour la sécurité incendie, circuit de ventilation adaptés, aménagement de locaux pour assurer une meilleure gestion des flux propres et de produits souillés. Notons de plus que la présence quasi exclusive des cliniques privées en secteur urbain les rend très sensibles au marche immobilier.

En effet, de nombreuses opérations de restructuration imposent l'acquisition de foncier en pleine ville pour d'éventuels regroupements entre établissements ainsi que la construction de nouveaux bâtiments. Ainsi l'envolée des prix de l'immobilier entre les années 85 et 95 n'a-t-elle pas été sans conséquence sur la santé des cliniques et la faisabilité des opérations de restructuration.

Cet aspect immobilier permet aux cliniques privées de disposer de véritables capacités d'hébergement: les lits. Toutes spécialités confondus les secteurs privés aujourd'hui plus de 35% des lits autorisés, dont 20% pour les secteur privé commercial.

2.1.3. des médecins

Nous avons en introduction rapidement assimilé les « opérateurs de production » aux médecins et au personnel hospitalier. Ce dernier est sans contestation rattaché à la clinique puisqu'il en est salarié. Par contre les médecins n'ont qu'un lien contractuel avec les cliniques. En effet le principe fondamental de l'exercice libéral de la médecine interdit - sauf rares exceptions - que les médecins soient salariés des établissements. Les médecins exercent librement leur art en vertu de conventions qui les lient aux cliniques leur mettant à disposition du personnel et des capacités (de production et hôtelières).

Nous étudierons par la suite l'ensemble des formes contractuelles qui lient cliniques et médecin ainsi que l'évolution observée depuis quelques années de ces relations.

2.2. structure juridique: une logique de séparation des actifs

En analysant un clinique comme une entreprise privée, il convient de repérer les logiques de gestion des actifs qui les motivent. La logique première qui prévaut à la constitution juridique des cliniques privées est celle de la séparation des actifs. Ceci mène à la multiplicité des entités juridiques. Ainsi il n'est pas rare lorsqu'on entre dans une clinique au sens physique du terme de pénétrer dans un enchevêtrement de plus de 10 sociétés juridiques. On peut ainsi identifier les principales sociétés en présence:

- **société d'exploitation de la clinique en général une SA**: c'est la société que le patient identifie à la clinique lieu de traitement, c'est la société de production. Ces actionnaires sont soit des médecins en activité soit des groupes financiers. Ces ressources viennent à la fois des remboursements de la Sécurité Sociale, des redevances versées par les médecins et de diverses ressources hôtelières (chambre seule, location T.V., parking...). Ces charges correspondent aux frais de personnel, aux investissements médico techniques et aux dépenses de renouvellement immobilier. Il n'y a qu'une société d'exploitation par clinique.
- **société civile immobilière (SCI)**: C'est ou ce sont les sociétés qui possèdent les investissements immobiliers. Suivant son histoire, l'immobilier peut être découpé en plusieurs tranches qui correspondent à tout autant de SCI. On trouve parmi les actionnaires des SCI de nombreux praticiens qui ont cessé leur activité mais pour qui les ressources de ces sociétés fournissent un complément de retraite.

- **société civile professionnelle (SCP)**: Elles peuvent regrouper tout ou partie des praticiens exerçant dans la clinique
- **société civile de moyens (SCM)**: ces sociétés ne sont pas en général présentent stricto sensu dans les structures juridiques des cliniques. Elles ont pour but de regrouper les actifs de radiologie et d'imagerie. Ceux-ci appartiennent à des médecins qui bien souvent ne sont pas actionnaires de la cliniques. Mêmes si les investissements réalisés par ces sociétés sont physiquement situés dans les cliniques, ils constituent une activité qui en est bien séparée.

Cette multitude de sociétés procure de nombreux avantages de gestion avec en particulier une bonne identification des emplois et des ressources. Cependant si l'on se reporte au secteur industriel marchand un si grand nombre de sociétés serait jugé source d'inefficacité, de lenteur de décision et parfois de confusion d'intérêts.

En fait on peut estimer que ces structures superposées ont trois raisons principales:

- la mise en place de sociétés juridiquement séparées pallie l'absence de comptabilité analytique dans les cliniques. En effet moins de 20% des cliniques privées possèdent une comptabilité analytique,
- la constitution de société ad hoc lors d'un besoin ponctuel d'investissement et des capitaux privés disponibles pour pallier l'absence de concours bancaire,
- des logiques capitalistes différentes.

Voici une forme simplifiée de la structure d'une clinique que nous avons rencontrée.

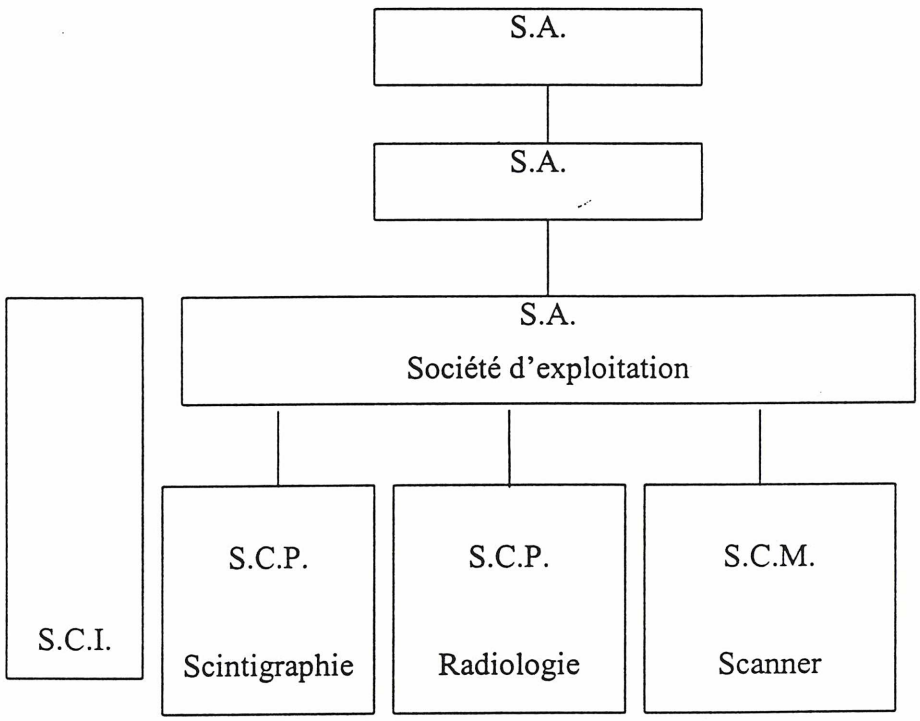


Figure 2 structure juridique type d'une clinique

Ces structures juridiques complexes permettent donc une claire séparation et un isolement des intérêts des différents médecins. Elle participe cependant dans le même temps à l'opacité financière du secteur. Il est en effet difficile de discuter de la rentabilité d'une clinique tant il est d'abord difficile de savoir de quoi on parle, les transferts financiers entre toutes ces entités peuvent être multiples.

2.3. Les recettes des cliniques

Alors que les établissements du secteur public hospitalier sont rémunérés en fonction d'un budget globale décidé par leur administration de tutelle, les cliniques privées lucratives sont elles financées en fonction de leur activité sur la base de tarifs négociés avec l'administration - depuis les ordonnances du 24 avril 1996 avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation. La nature réglementaire de ces tarifs est fonction de chaque établissement. Le versement de ces tarifs généraux et directement effectué aux cliniques. On note trois tarifs différents en fonction des liens qu'ont les établissement avec les Caisses Régionales d'Assurance Maladie:

- **le tarif préfectoral**: Décide par le préfet ce tarif global rémunère les prestations réalisées en fonction d'un prix global établi à partir d'un prix de revient prévisionnel. Ce régime disparaît depuis la publication des ordonnances Juppé qui imposent les établissement assujettis à ce tarif à choisir entre le budget global et un tarif conventionnel.

- **le tarif d'autorité**: le prix des prestations est fixé par l'établissement, la CRAM (l'ARH maintenant) fixant elle d'autorité le taux de remboursement.

- **le tarif conventionnel**: ce tarif, après conventionnement des activités par la CRAM, est fixé par négociation entre celle-ci et la clinique. Il comporte trois composantes principales
  - **le forfait journalier de séjour et de soins hospitalier ou prix de journée (P.J.):** ce forfait couvre en moyenne l'ensemble des frais de séjour, de soin et d'hébergement des patients hors frais spécifiques et auquel on ajoute parfois un forfait d'accueil et de soin. Il permet la prise en charge de l'hébergement (hôtelier, chauffage et éclairage), de la blanchisserie, du matériel médical consommable (pansements, petits matériel médical) et du personnel non médical.
  - **le forfait de salle d'opération (FSO):** lié spécifiquement à la cotation en K des actes réalisés, il est directement fonction de l'activité de la clinique. On peut lui rajouter un forfait de sécurité et d'environnement (FSE).
  - **le forfait journalier pour les médicaments coûteux:** utilisé pour soigner des pathologies très lourdes (principalement en chirurgie et hémodialyse).

Il existe d'autres types de rémunération moins importants en général : les frais d'anesthésie - réanimation, les frais de salle de travail, les frais d'accouchement gémellaire, les frais de transport des produits sanguins, les supplément alimentation parentérale, les suppléments chambre particulière (pour raison médicale), les majorations de frais d'environnement pour la nuit,), les majorations de frais d'environnement pour le week-end, les majorations de frais d'anesthésie pour la nuit, les majorations de frais d'anesthésie pour le week-end.

Les autorités de tutelle tentent d'homogénéiser ces tarifs au niveau régional par une matrice de spécialités (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, long séjour) et de classe de l'établissement (A, B, C, D, E)[4]. Cependant, aujourd'hui, pratiquement tous les établissements sont en catégorie A, la catégorie dont les tarifs sont les plus élevés. A ce classement se substitue donc une autre forme de distinction. En effet, ces classements s'accompagnent d'un label, SPC (Soins Particulièrement Coûteux), qui permet d'obtenir un tarif encore plus élevé pour certains lits.

Ces rémunérations, le P.J. et le FSO, constituent la majeure partie des ressources financières d'une clinique. Ils représentent respectivement 60% et 30% des financements publics d'une clinique en chirurgie. La part du prix du journée grimpe à 70% pour l'obstétrique et 85% pour la chirurgie.

Il faut rajouter à ces rémunérations de l'activité les remboursements directs sur facture pour certains produits tels que les prothèse ou les dérives sanguins. Mais ces remboursements sont transparents pour la clinique qui facture au prix coûtant. Enfin, les établissements privés lucratifs reçoivent des redevances des médecins praticiens pour la mise a disposition de moyens (secrétariat...) et de recettes pour diverses prestations (suppléments hôteliers, locations de T.V., frais de parking...). Ces redevances sont en général exprimées en pourcentage de leur rémunération propre pour leur activité au sein de la clinique, ces ressources peuvent représenter 5% des ressources totales. Ces diverses méthodes de rémunération place la gestion d'une clinique entre celle d'un hôtel et celle d'une usine.

2.3.1. logique hôtelière

Une clinique, c'est d'abord un nombre de lits. Un directeur lorsqu'il présentera sa clinique, il commencera toujours par indiquer le " nombre de lits ". Cependant, en se promenant dans les couloirs d'une clinique, on comptera sûrement beaucoup plus de lits qu'indiqué. En effet, un lit, pour un directeur de clinique ou d'hôpital, est une autorisation administrative d'accueillir un patient en hospitalisation par jour. Cette autorisation a une valeur. En 1989, elle pouvait valoir jusqu'à 500 kF. Aujourd'hui, elle peut valoir 100 kF, mais plus souvent 0F vu le niveau de suroffre. Un lit est donc un véritable actif, un outil productif. Sa valeur découle du fait qu'elle peut être revendue sous certaines conditions.

---

[4] Ce classement correspond a un coefficient résultant de l'équipement hôtelier, des équipements médicaux et du personnel. Plus de 80% des établissements prives lucratifs sont de classe A

Mais lors d'une vente, un certain nombre de lits sont perdus au travers d'un taux de change dépendant du fait qu'on change de secteur géographique ou non. Un lit possède donc une valeur puisque c'est une source de recettes. Pour chaque jour/nuit qu'un patient passe hospitalisé dans l'établissement, la clinique touchera le prix de journée ou forfait journalier de séjour et de soins hospitaliers comme il a été expliqué précédemment.

Un lit n'est pas seulement une source de recettes, c'est aussi directement une charge. En effet, l'écrasante majorité des charges est fixe (personnel, location immobilière et matérielle). Mais, en plus, il existe des normes de personnel exprimée en quota par lit qui sont d'ordre réglementaire ou plus officieuse pour obtenir les niveaux de rémunération les plus élevés. Un lit coûte donc, c'est une charge.

Une clinique a donc très intérêt à remplir un maximum de ses lits tous les jours pour ne pas rapidement voir sa survie menacée. C'est une tactique hôtelière. Cette performance est suivie au travers un indicateur classique dans toute clinique, le taux de remplissage, qui est égal au nombre de jours passés par des patients en hospitalisation sur le nombre de lits multiplié par 365 (ou 366).

Ce taux peut être supérieur à 100%. En effet, il peut arriver que sous le coup d'urgences, on accepte des patients supplémentaires. Mais surtout, le jour d'entrée et de sortie d'un patient seront comptabilisés comme jour entier. Ainsi, un lit peut donner lieu à deux prix de journée le même jour si un patient en remplace un autre. Ce sera le jeu des cliniques dynamiques, faire tourner les patients le plus vite possible. Les moins dynamiques pourront être tentées de rallonger un peu la durée de séjour de leurs patients. Cependant, cette tendance peut être contrôlée par le deuxième indicateur classique: la DMS ou Durée Moyenne de Séjour. Une clinique qui aura recours à une prolongation artificielle du séjour des patients verra sa DMS augmenter.

Les cliniques se livrent à une autre tactique avec leur patient, cette tactique s'apparente au jeu des " chaises musicales ". Une clinique a généralement plusieurs types de lits avec des rémunérations différentes rattachées. Ces différences peuvent être considérables, le cas le plus classique concerne les lits de réanimation par rapport aux lits d'hospitalisation normaux. L'objectif est naturellement de remplir les lits pour laquelle la rémunération journalière est la plus élevée. On ne sortira un patient d'un lit de réanimation pour n'en placer qu'autre. Certaines cliniques ont même 3 types de lits au sein d'une même spécialité, l'objectif sera ici de remplir en priorité les deux premières catégories de lits.

Ainsi, une clinique dynamique aura une DMS courte et un taux d'occupation élevé. Cependant, même si la tactique hôtelière du remplissage est la base de la gestion quotidienne d'une clinique, elle ne suffit plus à la survie des cliniques. Les prix de journée sont relativement modestes. Il faut se concentrer sur le taux de rotation des patients en particulier pour rentabiliser le plateau technique. On aborde là une logique industrielle qu'hôtelière.

2.3.2. logique industrielle

En effet, les cliniques les plus performantes se soucient moins du taux de remplissage que du nombre de K qu'elles récoltent. Un K, rappelons-le, est une unité servant à la cotation des actes chirurgicaux. Il existe d'autres unités : Z pour radiologie, B pour biologie... Un acte chirurgical vaut donc un certain nombre de K. Par exemple, une appendicectomie vaut 50 K. A chaque unité est fixée par convention avec la CRAM (caisse régionale d'Assurance maladie) une valeur en Franc, la valeur d'un acte est alors le FSO, frais de salle d'opération. C'est le coeur du système du tarif conventionné. La valeur du K est laissée à l'appréciation de la CRAM qui l'établit selon l'équipement disponible, les conditions d'exercice. Il varie d'une clinique à une autre et peut varier très fortement entre les différentes régions.

La production d'actes chirurgicaux est donc stratégique, c'est elle bien plus que la partie hôtelière qui va déterminer de la rentabilité d'une clinique.

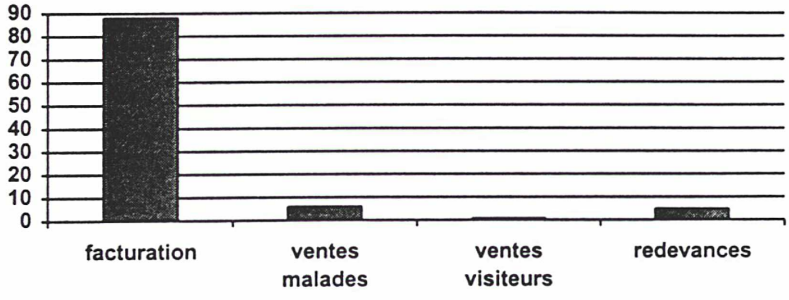


Figure 3: ressources des cliniques

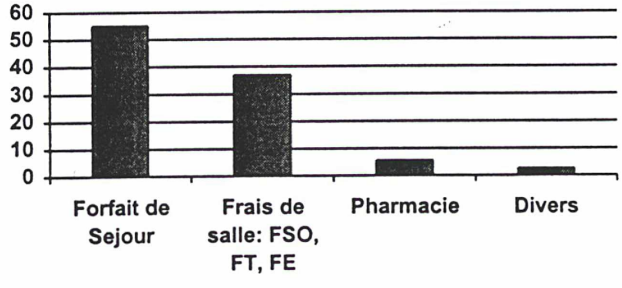


Tableau 3: Remboursements Sécurité Sociale

2.4. actionnariat: de la dispersion des structures familiales a l'arrivée des investisseurs

2.4.1. privé

L'actionnariat des cliniques privées lucratives est souvent identifié au médecin / propriétaire. Cette logique a prévalu à la création de nombreuses. Le besoin de plus en plus fort d'investissements et la diversité des spécialités a poussé ceux ci à ouvrir leur capital. Cette histoire de l'actionnariat privé a fait l'objet de longs développements dans de nombreux ouvrages. Il n'est donc pas nécessaire de la rappeler ici.

2.4.2. groupes: une histoire mouvementée

Par contre, l'histoire de la présence des investisseurs institutionnels dans le secteur de la santé est celle de la peur d'une main mise par quelques opérateurs sur la pratique médicale. Il faut tout d'abord différencier ces investisseurs appuyés par de forts groupes financiers et ayant une logique (plus ou moins centralisée) de groupe industriel, des investisseurs familiaux qui n'ont pas de prétention nationale.

En effet jusqu'au milieu des années quatre vingt, les capitaux investis dans les cliniques privées étaient des capitaux recyclés en interne dans le secteur, il n'y avait pas d'apport extérieur. Les échanges de capitaux se réalisaient uniquement entre praticiens, les cliniques appartenaient à des médecins. Cependant au milieu des années quatre vingt des investisseurs ont estimé que le secteur de l'hospitalisation privée pouvait être source de confortables marges dans le futur après restructuration.

Leur analyse stratégique reposait sur différents éléments:

- un marche en croissance de par l'augmentation de la demande sociale et le vieillissement de la population,
- le secteur est actuellement atomisé, des regroupements pourront être source d'économie d'échelle,
- le management par le corps médical des établissements est source de gaspillage (compromis entre praticiens, syndrome du retour de colloque),
- devant la montée en puissance de la régulation seuls les acteurs forts survivront et ceux-ci auront une part privilégiée,
- l'externalisation de fonctions internes aux cliniques peut faire naître des groupes de service.

Ces investisseurs pariaient donc sur un rétablissement des marges après restructuration industrielle et capitalistique. Cependant force est de constater que cette déferlante n'a pas eu lieu. En effet aujourd'hui moins de 10% des lits sont détenus par des groupes industriels. Ceux que certains qualifiaient d'investisseurs - envahisseurs n'ont donc fait qu'une timide entrée dans le secteur. On peut penser que les causes de l'arrêt de cette « invasion » sont multiples

- coûts des acquisitions: de nombreux praticiens se sont séparé de leur établissement à prix d'or et ainsi créé une inflation qui a porté les coûts d'acquisition à un niveau très élevé au début des années quatre vingt dix (un lit pouvait alors se négocier plus de 150 000F)
- poids de l'immobilier dans la structure des bilans, ceci n'est pas sans lien avec la crise de l'immobilier vécue au début de la décennie,
- poids de plus en plus grand de la réglementation sanitaire qui impose de lourds investissements,
- surestimation des possibilités des économies d'échelle.

2.4.2.1. La Compagnie Générale de Santé

L'arrivée de la compagnie Générale de Santé (CGS) dans le secteur des cliniques est symptomatique d'une stratégie globale de la Compagnie Générale des Eaux dans le développement du métier de la concession de service public auprès des collectivités locales. Crée en 1987 par Guy Dejouany, la CGS devrait être le fer de lance de la CGE dans le secteur pour construire un métier de gestionnaire de maison de soin. Ce métier développe dans le prive pourrait par la suite s'étendre dans le secteur public sous la forme de concession de service public. Cependant cette stratégie s'est heurtée à de fortes réticences psychologiques ainsi qu'à une faible rentabilité liée au poids de l'immobilier dans le bilan. Cette aventure a pris fin en juillet 1997 par le retrait de la CGE au profit du fond britannique CIMVEN. La cession c'est effectuée pour un montant de 9 M.F. avec un endettement de 5 M.F.

Avec un chiffre d'affaires de 4 M.F. au moment de sa cession la CGS compte plus de 2500 lits en France dans

- 60 cliniques MCO,
- 15 cliniques psychiatriques,
- 10 établissements de rééducation fonctionnelle,
- 70 établissements de longs séjours.

Ces établissements français sont pilotés par une structure de tête qui anime la mise en place des synergies médicales et centralise les fonctions financières et juridiques. A côté de cette activité médicale en France la CGS a une très forte activité au Royaume Uni.

Ceci donne à la CGS la place de numéro un dans le paysage de l'hospitalisation prive en Europe. Cependant la CGS ne se résume pas seulement aux cliniques. Le groupe a développé une véritable stratégie de service. Issues à l'origine de l'externalisation des fonctions propres aux cliniques, les activités de service constituent maintenant un véritable groupe autonome ouvert sur des établissements qui n'appartiennent pas a la CGS. La Générale de Santé Service réalise 1 M.F. de chiffre d'affaires dans:

- gestion et maintenance d'équipements biomédicaux,
- nettoyage et hygiène hospitaliers,
- gestion de l'audiovisuel, téléphone et boutiques,
- informatique de santé,
- gestion des services aux laboratoires d'analyse biologique.

Contrairement à l'activité de gestion des cliniques, le métier des services mobilise peu de fonds propre et généré une rentabilité de 20% sur fonds propres sur un marché en développement grâce aux restructurations du service public.

2.4.2.2. Clininvest

Ce groupe a été créé en 1987 par la Compagnie Financière de Suez au côté d'autres investisseurs institutionnels: Crédit Agricole, CDC, Mutuelle du Mans. A l'origine fonds commun de placement ayant pour vocation d'apporter des capitaux aux cliniques en restructuration, la structure s'est peu a peu transformée en société anonyme. Clinivest possède aujourd'hui 22 établissements pour un total de 2000 lits réalisant un chiffre d'affaires de 1 M.F. principalement dans le MCO.

2.4.2.3. Alphamed

Contrairement aux deux groupes institutionnels précédents qui ont une vocation nationale, le groupe Alphamed est localisé en région parisienne. Constitué dans les années 70 par le Docteur ATTIA, le groupe dénommé alors Parly 2, a vu Paribas entrer dans son capital en 1987. Actif en MCO, Alphamed compte aujourd'hui 2000 lits regroupes dans 15 établissements qui réalisent un chiffre d'affaires d'1 M.F.

A côté de ces trois principaux groupes existent des groupes locaux qui possèdent moins d'une dizaine de cliniques. On peut citer le groupe Dalbis en région parisienne, le groupe Santé France qui a pour principal actionnaire le fond d'investissement Legal & Général Venture, Paracelsius.

3. Régulation

Les chocs pétroliers et le rythme de croissance des dépenses de santé largement supérieur au taux d'inflation et à la croissance du PIB ont motivé des interventions décisives de l'Etat au début des années 1970. Les économistes de la santé[5] ont montré une croissance exponentielle des dépenses de santé sur les années 1950-1980. Deux lois vont radicalement modifier l'encadrement du secteur de la santé , la loi du 31 décembre 1970 et la loi du 31 juillet 1991.

3.1. restriction de l'offre de soins

Le premier aspect de la montée en force des instruments de régulation s'incarne dans la restriction de l'offre de soins. La loi du 31 décembre 1970 soumet à autorisation préalable " la création et l'extension de tout établissement privé comportant des moyens d'hospitalisation ". Doivent donc être autorisées la création de lits ou l'implantation d'équipements lourds. Or les décisions d'autorisation peuvent être prises selon des critères de rationalisation de l'offre de soins et de réponse à des besoins sanitaires, pas seulement de respect de normes sanitaires et techniques. Cette loi instaure, en effet, *une carte sanitaire* qui, à partir de critères démographiques, indique des normes chiffrées d'équipement par secteur sanitaire géographique.

L'application de cette carte sanitaire s'avéra facile pour les hôpitaux publics par le biais de la tutelle étatique. Il en fut autrement pour le secteur privé, sa mise en oeuvre dans ce secteur marquait le pas vu la difficile régulation d'un secteur libéral par l'Etat. " Les dérogations aux principes d'encadrement devenaient la règle "[6]. En dépit de cette tentative de régulation, le secteur privé a poursuivi son développement au détriment du secteur public.

La loi de 1991 se veut un remède et vise à unifier l'encadrement des 2 secteurs. Elle renforce le dispositif de la carte sanitaire et le rend plus contraignant pour les cliniques privées. Des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROSS) sont institués qui précisent géographiquement les capacités et l'organisation optimale pour répondre aux besoins sanitaires de la population. Les coûts et les alternatives à l'hospitalisation sont prises en compte. Ces schémas sont de plus opposables au tiers. Ils sont élaborés au sein des conférences sanitaires de secteur et des Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) auxquelles appartiennent des représentants des deux secteurs hospitaliers. Les contrats obligatoires entre la CRAM et un établissement (voir ci-après) qui précisent les objectifs et le plan de développement de cet établissement doit être compatible avec le SROSS.

---

[5] D. Bertrand 1985Economie de la santé. Faculté de Médecine Lariboisière-Saint Louis

[6] Deramon, " le secteur public hospitalier entre 1976 et 1986 ", solidarité Santé, études statistiques, n°2, mars-avril 1988

3.2. L'encadrement budgétaire.

La maîtrise des dépenses de santé, outre l'encadrement de l'offre, va se traduire par des modifications profondes du système de rémunération.

La loi de 1970 contenait les dispositions nécessaires à l'encadrement des dépenses de santé du secteur public avec la possibilité d'instaurer un taux directeur qui fixe l'évolution maximale des dépenses de santé par établissement. Celui-ci est mis en place en 1978. Il est uniforme et c'est ce qui lui est reproché. Il ne tient pas compte des hétérogénéités du secteur et des différences dans la satisfaction des besoins. Il entérine les inégalités. De plus, il est très difficle à mettre en oeuvre. En 1979, le taux initialement fixé était de 9,80%, le taux de progression réelle fut de 17,2%.

Ce dispositif s'accompagne nécessairement d'un deuxième versant: le budget global défini par la loi du 4 janvier 1978 est réellement instauré par la loi du 19 janvier 1983 : " Le budget des établissements d'hospitalisation publics est un acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles de ces établissements. "

Le taux de progression initial en 1984 fut de 6,60% et le taux réel fut de +8,0%.

Le budget global concerne les hôpitaux publics, mais aussi les établissements hospitaliers privés participant au service public hospitalier depuis 1985. Il ne s'applique pas aux autres catégories d'établissements hospitaliers privés. Le principe libéral qui prévaut pour le secteur privé en partie à but lucratif est de manière général incompatible avec l'instauration de telles mesures d'encadrement financier. Les cliniques privées ont donc été relativement épargnées par cet encadrement progressif. Est institué cependant par la loi du 31 décembre 1970 le mécanisme du " budget conventionnel ". Ce budget est négocié entre la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et la clinique concernée. Cette convention fixe les obligations, la nature des prestations et les tarifs applicables. Ces tarifs comprennent notamment le forfait journalier de séjour et de soins infirmiers et le forfait de salle d'opération évoqués au premier chapitre. A la différence du budget global, le budget conventionnel ne permet pas de limiterles dépenses des cliniques privées

Les cliniques peu touchées par les mécanismes de restriction de l'offre et non placées sous la chappe d'une enveloppe globale connaissent donc une bonne prospérité dans les années 70. Malgré l'instauration de la carte sanitaire, leur capacité en nombre de lits croit fortement. Cependant, les années 80 marquent un tournant avec la chute du nombre de nouvelles autorisations de lits, la carte sanitaire est alors mise en oeuvre de manière plus restrictive. Cependant, les cliniques sont libres d'effectuer le volume d'actes que leur permettent ces moyens, ce qui va changer par la suite.

3.2.1. L'OQN

L'OQN (objectif quantifié National) a été institué suite à un accord signé le 4 avril 1991 par l'UHP et le 15 avril par la FEHAP. Il vise à contenir les dépenses médicales de l'hospitalisation privée avec un mécanisme d'enveloppe globale dont l'efficacité est assurée à posteriori via un mécanisme de sanction. Chaque année est fixée une augmentation des volumes d'actes et des tarifs rémunérant les actes médicaux et les prestations hôtelières, ce qui fixe une dépense globale (Dépense Globale = Prix*Quantités). Cependant, chaque clinique a toujours la liberté de réaliser l'activité qu'elle désire. Les comptes sont faits à la fin de l'année. Si la quantité finale nationale des actes est supérieure à celle qui était fixé initialement, un remboursement de la différence est exigée au travers d'une baisse a posteriori des prix. Dans le cas contraire, on paie aux médecins la différence sous forme d'une augmentation de tarifs. Ainsi, Pfinal = Pinitial*Qinitial/Qfinal

On vise donc à limiter le volume d'actes en agissant sur les tarifs. Quoiqu'il arrive, le budget initialement décidé sera respecté. Dans la pratique, aucune somme n'est directement déboursée et c'est là que le système perd un peu en transparence puisque la différence est reportée sur la fixation des tarifs de l'année suivante.

[redacted]

Or il paraît difficile d'affirmer que ce mécanisme macro économique est responsable de la maîtrise relative des dépenses de santé ou de la restructuration du secteur. En effet, il n'a jusqu'ici pas eu à fonctionner. De 1992 à 1997, le volume objectif n'a, à notre connaissance, été dépassé qu'en 1992 et 1997 (cette dernière année de très peu).

Le mécanisme de sanction des dépassements de volume par les prix n'a donc pas eu à jouer. De plus, cet outil est macro économique. Chaque agent micro économique, une clinique, ne représentant qu'un deux millième du budget, a toujours intérêt à augmenter le nombre d'actes qu'elle effectue et augmenter son chiffre d'affaires. Il paraît aussi très difficile de parler d'un effet induit d'autodiscipline solidaire du secteur. On imagine mal les gestionnaires de clinique limitant leur chiffre d'affaires volontairement. De surcroît, les acteurs que nous avons rencontrés n'avaient qu'une vague idée de ce que pouvait être cet OQN voire pas d'idée du tout. Ils indiquent de toute façon que leur réaction à une baisse des prix est plutôt de chercher à maintenir leur chiffre d'affaires en multipliant le nombre d'actes.

L'OQN n'est donc pas un outil de régulation mais un moyen efficace d'encadrement budgétaire qui garantit que la loi de financement parlementaire a un sens. Le terme parlementaire n'est d'ailleurs qu'un nouveau paravent : l'administration prépare la loi de financement en fixant le budget, le parlement l'approuve, l'administration peut alors se prévaloir de l'intangibilité de l'enveloppe globale des dépenses avec un mécanisme de sanction, l'OQN, et commencer les négociations...

Pression financière, restriction de l'offre de soin, évolution des techniques sont les véritables freins des dépenses...

Une variation des dépenses médicales peut se décomposer en une variation du nombre d'actes (effet volume) et une variation du tarif des actes (effet prix). Les tarifs étant décrétés dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, la diminution du taux de variation de l'effet prix est directement imputable à la tutelle administrative. Par exemple, les ordonnances Evin de janvier 1993 ont réduit unilatéralement drastiquement certaines tarifications. Il en est autrement du volume d'actes qui n'est pas rationné et est laissé à la discrétion des médecins. Or l'augmentation du volume d'actes a aussi considérablement ralenti[7].

Tout d'abord, la demande de soin est peu élastique, moins qu'un bien de consommation courante, mais elle l'est néanmoins [8]. Or le nombre de contraintes limitant l'offre de soins s'est multiplié depuis 1991 : la loi du 31 juillet 1991 renforce le rôle de la carte sanitaire en créant les SROSS [9]qui ceux-ci fixent géographiquement des quotas d'équipements; le nombre d'activités soumises à autorisation s'est accru; la pression financière due à une moindre revalorisation des tarifs a conduit à la faillite et à la fermeture de certains établissements.

---

[7] *Comptes nationaux de la santé – rapport juillet 1997*, graphique 11, consommation de soins hospitaliers privés, p42.

[8] *L'hypothèse de demande induite : un bilan économique*, Lise Rochaix, Stéphane Jacobzone, Economie et prévision N°129-130, pp 25-36,1997

[9] *L'hospitalisation privée*, Nicolas Tanti-Hardouin, Les études de la documentation française

Les lits d'une clinique qui ferme ne disparaissent pas avec elle mais sont en général rachetés par une clinique plus performante sur un véritable marché du *lit papier*. Une diminution globale du nombre de lits intervient tout de même car il existe un système de taux de change qui, la plupart du temps, impose une perte de 40% des lits lorsque ceux-ci sont transférés dans leur nouvelle clinique. La pression financière combiné à ce rachat des lits conduit donc à un mouvement de concentration, la taille des cliniques croît, point sur lequel nous reviendrons.

Tous ces éléments ont donc provoqué une restriction de l'offre de soin (plus précisément une moindre augmentation qu'avant 1991[10]), d'où via l'élasticité et l'induction de la demande, une diminution des dépenses de santé (ou moindre augmentation).

D'autres parts, suite à l'évolution des techniques, la DMS, Durée Moyenne de Séjour, a diminué[11], cette diminution conjuguée à la réduction du nombre de lits d'hospitalisation a réduit la rémunération hôtelière du secteur hospitalier[12], compensant ainsi une partie de l'augmentation des dépenses liées aux actes médicaux. Des techniques substitutives sont aussi apparues (par exemple, la chirurgie digestive a considérablement diminué suite à l'évolution de la pratique), le résultat global de cet effet reste toutefois difficile à évaluer[13].

3.2.2. La pression tarifaire a mené à un mouvement de concentration...

Comme indiqué ci dessus, une des conséquences de la tension financière qui repose sur le secteur hospitalier privé conduit à une concentration, les cliniques sont plus souvent rachetées pour les autorisations de lits qu'elles détiennent que pour poursuivre leur activité. Ces restructurations n'ont pas de liens avec une spirale prix-volume[14] qu'aurait pu initier un dépassement systématique des objectifs de volume dans l'OQN (les cliniques cherchant à rétablir leur chiffre d'affaires en augmentant le volume lorsque suite à un dépassement du volume objectif l'année précédente, les tarifs ont été diminués rétroactivement) mais sont uniquement le fruit des pressions tarifaires.

---

[10] *Comptes nationaux de la santé - rapport juillet 1997*, pp 80-117

[11] diminution de la DMS : c. f. *L'hospitalisation privée*, Nicolas Tanti-Hardouin, p 54, 1996

[12] *Comptes nationaux de la santé rapport juillet 1997*, pp116-117

[13] Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique, Yannick d'Horty, Alain Quinet, Frédéric Rupprecht, Economie et Prévision, n° 129-130, 1997

[14] *Les nouveaux enjeux des politiques de santé*, Ecole Nationale d'Administration, La documentation française, 1995

3.3. Une réglementation inflationniste

3.3.1. Réglementation

Pourquoi évoquer la réglementation dans le chapitre portant sur la régulation ? Non seulement parce que les systèmes de régulation sont mis en oeuvre via une réglementation, mais aussi parce que la réglementation en matière sanitaire a un impact incontournable sur les processus de régulations.

L'environnement réglementaire des cliniques s'est profondément modifié depuis 1991. Un exemple l'illustrera. Le 20 octobre1997 était signée une lettre circulaire[15] portant sur la stérilisation. Un groupe privé chiffrait les investissements induits à 2 M.F. par établissement la première année puis 0,9 M.F annuel. On criait à l'inconséquence des actes de l'administration, celle-ci répliquait que cette circulaire n'était que le regroupement de normes déjà publiques ou élémentaires et que l'impact budgétaire devrait être nul. Que traduit cet épisode ? Que la réglementation devra désormais être appliquée !

Après la deuxième guerre mondiale, le principe de l'autonomie des établissements a prévalu (inscrit ensuite dans la loi de 1971), le chef d'établissement était responsable de ce qui se passait à l'intérieur de celui-ci. On se reposait sur la conscience des médecins. Ainsi, personne n'avait le droit d'inspecter les cliniques sur les questions de sécurité sanitaire ! L'Etat n'intervenant que sur plainte ou pour des actes administratifs bien précis. Jusqu'en 1996, les seuls contrôles que subissait une clinique étaient ceux des CRAM qui avaient pour charge de contrôler les remboursements des actes médicaux mais qui, pour l'établissement des tarifs conventionnés évaluaient le respect des normes. Les cliniques étaient donc tentées d'interpréter les textes avec largesse, textes qui pour certains sont des lettres circulaires et n'ont donc aucune valeur juridique. Dorénavant, l'application de ces textes sera strictement contrôlée. Les nouvelles agences régionales d'hospitalisation (A.R.H.) ont reçu ce pouvoir avec les ordonnances sur la réforme hospitalière[16]. Les DRASS ont instruction de concevoir des programmes de contrôles systématiques. Une agence, l'ANAES[17], visitera aussi régulièrement les établissements pour les accréditer.

---

[15] DGS/VS2-DH/EEM1/EO1/97672

[16] Ordonnance Juppé du 24 avril 1996

[17] Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation Sanitaire

3.3.2. " Lettre au Père Noël" et Affaire du sang, des investissements en plus...

De plus, le volume réglementaire est en forte augmentation, le principe d'autonomie passe progressivement à la trappe. Cette inflation de textes réglementaires est notamment suscitée par deux sources inflationnistes : la " lettre au Père Noël " et l'effet " sang contaminé ".

Les centres hospitaliers publics sont fortement demandeurs de normes. Celles-ci leur permettent en effet d'inscrire dans le marbre républicain des minima en termes de personnel et d'équipements puis de se retourner vers les payeurs, les caisses d'assurance maladie, pour leur demander des moyens supplémentaires afin de respecter la réglementation. Par exemple, depuis 1991, un bloc de chirurgie cardiaque doit comporter une gamma caméra (outil dont la plupart s'accordent à reconnaître aujourd'hui le caractère superflu) et un bloc chirurgical de plus de 45m2. Ces normes sanitaires qui concernent aussi bien le public que le privé reflètent les souhaits des praticiens hospitaliers et sont fortement inflationnistes. Signalons qu'à notre connaissance pratiquement uniquement les médecins du secteur public participent à l'élaboration de ces normes mais elles s'appliquent à tous...

Deuxième effet, l' " affaire du sang contaminé " a inauguré la responsabilité pénale des autorités politiques et administratives. D'autres affaires comme celles de " Furiani " ou " Barbotan " ont accentué le traumatisme des autorités administratives qui multiplient les textes au risque qu'ils soient inapplicables. Le principe de précaution prévaut désormais, l'objectif est de transférer aussi rapidement que possible toute responsabilité sanitaire éventuelle aux établissements. Toute alerte est prise très au sérieux et donne lieu à la rédaction très rapide de textes : la circulaire Kreutzfeld-Jacob[18] fut ainsi rédigée en moins de deux mois (et se révèle d'ailleurs inapplicable, les problèmes de stérilisation ne sont pas résolus). Les DRASS sont surprises de recevoir des circulaires à diffuser immédiatement à tous les établissements hospitaliers le vendredi soir après 21h.

On comprendra que dans ces deux cas, l'impact économique de ces normes réglementaires ne soit pas initialement chiffré. La conjugaison de contrôles accrus et d'un accroissement du volume réglementaire contraint les cliniques à investir rapidement. De plus la stratégie adoptée par nombre d'ARH pour diminuer l'offre de soins (c'est-à-dire ici le nombre d'établissements) est d'étrangler financièrement les cliniques les moins performantes, non de les fermer autoritairement. Cette dernière méthode présenterait un risque politique majeur dans un secteur privé " concurrentiel " avec des conséquences sur les emplois. Les ARH exigent donc le respect des normes et contrôlent sévèrement leur application. Jusqu'à aujourd'hui, ces nouvelles normes réglementaires portent le nom de sécurité incendie, matériovigilance, hémovigilance, stérilisation et lutte contre les maladies nosocomiales.

---

[18] DGS/DH n°236 du 2 avril 1996

Cependant, autant il paraît possible pour le privé de juguler les réglementations type " lettre au Père Noël " en participant à leur élaboration, autant la volonté des autorités sanitaires de se rapprocher du risque pénal et médiatique zéro paraît durable. Une partie de ces investissements persistera. Leur montant reste à préciser. Le coût des mesures réglementaires en investissement est une question difficile à aborder : les bilans publics des cliniques ne permettent pas d'analyser ces investissements.

De plus lorsqu'on a accès à des comptes plus détaillés, ces investissements correspondent à une dépense considérable au cours d'une année, dépense dont il est encore difficile d'envisager la pérennité et la fréquence. Enfin, il est impossible de distinguer ce qui est investissement productif et ce qui est adaptation aux normes réglementaires. En effet cette adaptation aux normes sanitaires s'accompagne souvent d'un accroissement des moyens productifs. Tous ces investissements altèrent gravement la rentabilité globale du secteur. Cependant l'impact réglementaire n'est que partiellement responsable de la baisse de profit du secteur hospitalier privé.

Par ailleurs, ces pressions financières accrues et la nécessité d'investissements importants ont favorisé l'arrivée à la tête des cliniques de véritables gestionnaires. Soit les médecins propriétaires ont préféré revendre leur établissement à un groupe financier (Compagnie Générale de Santé, Clininvest, Hexagone...) qui, exigeant la rentabilité de leur investissement, ont placé un gestionnaire avec une logique plus industrielle, soit un médecin a pris le contrôle de la clinique pour notamment obtenir les crédits nécessaires des banques, soit ces médecins propriétaires ont délégué la gestion à un gérant expérimenté. De la clinique, outil des praticiens, on passe à une entreprise qui doit être rentable et donner des garanties quant à sa pérennité, une entreprise avec des stratégies industrielles.

3.4. Evaluation-accréditation

Le 7 février 1990 a été créée l'ANDEM[19]. C'est une association à but non lucratif qui est dotée d'un conseil scientifique en plus de son conseil d'administration. Sa mission était d'initier et de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et stratégies médicales. L'agence élaborait, en partenariat avec les sociétés scientifiques et des groupes de professionnels, des recommendations pour la pratique clinique (RPC) et participait à l'organisation de conférences de consensus (CC).

L'objectif est d'évaluer aussi bien les professionnels, les techniques, leur activité leur pratique que l'organisation d'un établissement. Son champ est donc très large. Cette démarche doit progressivement donner lieu à l'établissement une véritable stratégie médicale visant à élever le niveau général des soins, c'est une une sorte de démarche qualité.

---

[19] Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

Cette démarche porte essentiellement par comparaison à un référentiel ou des normes sur les procédures telles que examen clinique, stratégies de prescription des examens complémentaires, suivi des malades, qualité des gestes, circuit du malade... L'évaluation des résultats apparaît, elle, difficile à mettre en oeuvre et sujette à polémique, il faut en effet pondérer toute statistique par une estimation arbitraire de la gravité de l'état du malade. Les Etats-Unis se sont pourtant engagé dans une telle procédure en utilisant les taux de mortalité par type d'intervention, par établissement et par médecin (démarche sujette à polémique puisque la publication de ces informations pour les patients pris en charge dans le programme Medicare a "été stoppée).

Il faut noter que de telles dispositions existent déjà aux USA, Canada, Grande-Bretagne, Australie, Nouvelle Zélande mais sous de manière un peu différente.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a introduit l'accréditation des établissements de santé, des réseaux de soins hospitaliers et des groupements de coopération sanitaire. Dans ce but fut créée l'ANAES[20]. C'est un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. En plus de son conseil d'administration qui doit comporter au moins la moitié de médecins, elle est dotée d'un conseil scientifique et d'un collège d'accréditation. Cette agence reprend les missions del'ANDEM en les élargissant et dispose du pouvoir d'accréditer les établissements.

Qu'est-ce que l'accréditation ? C'est d'abord une procédure mise en oeuvre par l'ANAES qui a pour objet l'amélioration des soins. L'agence utilise pour cela des indicateurs, critères et référentiels d'évaluation portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. Il est en effet question de résultats, c'est donc un programme ambitieux. La démarche est entreprise à l'initiative de d'établissement, cependant l'ordonnance précise qu'une telle démarche doit être entreprise dans les 5 ans qui suivent sa publication. C'est théoriquement le seul aspect coercitif. A l'issue de cette procédure d'accréditation, un rapport validé par le collège d'accréditation de l'ANAES est transmis au directeur de l'établissement et au directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation dont il dépend. Il précise notamment le délai imparti pour engager une nouvelle procédure d'accréditation. Cette accréditation n'est pas un label car elle ne peut en quelques sortes pas être refusée. Simplement, son efficacité tient au fait qu'elle est transmise au directeur de l'ARH qui peut l'utiliser lors de la renégociation des contrats avec l'établissements. Selon les rédacteurs de l'ordonnance, il est hors de question d'aboutir à un classement des établissements. Le délai dont la signification et le mode de fixation reste à préciser serait à l'heure actuelle le seul indicateur chiffré commun à tous ces rapports, difficile d'en déduire un classement national des établissements.

[20] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

3.5. La régionalisation

Les disparités entre région et le mouvement de décentralisation ont poussé à la régionalisation des financements et de la tutelle du secteur hospitalier. Les avantages dela régionalisation sont connues : une " meilleure administration ", une diminution du risque politique (les mouvements de réaction et de mécontentement sont fragmentés régionalement) mais ces gains sont réalisés aux dépends d'une gestion moins souple si les financement sont plus fragmentés et d'un risque de clientélisme accru localement.

Une autorité régionale a été créée.

3.5.1. L'ARH

L'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) est crée par la l'ordonnance du 24 avril 1996, elle est " constituée comme autorité de décision cohérente, compétente tant pour l'hospitalisation publique que pour l'hospitalisation privée, qui doit remédier à l'actuelle dispersion des responsabilités, des moyens et des compétences entre les différents services de l'Etat et de l'assurance - maladie ". A la tête de chaque ARH sont placés une commission exécutive et un directeur dont les pouvoirs et l'autonomie ont contribué à le qualifier de véritable " préfet sanitaire ". Les ARH vont hériter des compétences qui étaient dévolus aux préfets, aux caisses d'assurance maladie et aux DRASS. L'agence autorise les créations, extension, transformation des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population, elle autorise la mise en oeuvre ou l'extension des activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particuliéres dans l'intérêt de la santé publique[21]. Enfin, ces agences répartissent les crédits alloués régionalement pour le financement des établissements publics et privés

3.5.2. OQR

A l'heure actuelle, le parlement vote une enveloppe globale nationale dont l'encadrement budgétaitre est assuré par le mécanisme exposé ci-dessus, c'est l'Objectif Quantifié National. Il est question de régionaliser ce système. Premièrement, les disparités régionales en termes d'offres de soin sont évidentes et élevées. Des coefficients d'harmonisation pourrait être mis en place pour égaliser sur le plan national le ratio d'offre de soin sur population hospitalisable. Ensuite, il s'agit de donner à l'ARH les moyens de régulation nécessaires à sa mission. LA question que pose ce système est celle du niveau de fragmentation. N'atteint-on pas avec la région un niveau de gestion globale où les moyens statistiques sont inefficaces ? Cette question est l'objet de débat entre les autorités publiques, les syndicats professionnels et les caisses d'assurance maladie.

---

[21] d'après " Dossier juridique : la réforme de l'hospitalisation ",TSA,n°594,26 avril 1996, pp7-14

3.6. PMSI : Programme Médicalisé des systèmes d'information.

Les principes du PMSI sont nés aux Etats-Unis à la demande de l'Etat du Connecticut. L'Etat fédéral s'est vite emparé du programme. La rapidité de sa mise en oeuvre aux USA est surprenante, le PMSI était opérationnel dans tout le pays pour les hôpitaux financés par Medicare en 1983. la décision de sa mise en oeuvre fut pris en France en 1982.

Avec le PMSI, la seule unité d'oeuvre prise en compte est le patient, sont oubliés la durée de séjour et ses effets distordants, le nombre d'examens. Au centre de ce système se trouve une nomenclature des types de malades appelés Groupe Homogène de Malades (GHM). A l'intérieur d'un GHM, la disparité des coûts de traitement des différents malades doit être aussi faible que possible. Un exemple de GHM est donné ci-contre. Pour chaque GHM de cette nomenclature est fixé une rémunération ou un nombre de points d'activité (ce qui revient au même), l'activité des établissements hospitaliers peut dès lors être évaluée et comparée, voire chaque établissement peut être rétribué en fonction du nombre de patients de chaque GHM qui y ont séjourné. Cependant, avant d'en arriver là, il faut que cette nomenclature soit établie et que chaque établissement puisse recenser ses malades par GHM.

Les autorités françaises ont décidé de reprendre l'expérience américaine à leur compte, Il ne fut donc pas construit une nouvelle nomenclature coûteuse, mais le découpage en DRG (Diagnosis Related Group) américains a été repris pour donner les GHM français.

Lors de chaque séjour de chaque malade, les informations médicales collectées au cours de son passage dans les différents services de l'établissement hospitalier sont détaillées dans un Résumé Standardisé de Sortie (RSS). Ce RSS contient en particulier les diagnostics réalisés, les actes chirurgicaux.

A partir d'un RSS, un programme informatique peut identifier le GHM auquel le patient doit être rattaché, cette opération est appelée groupage. Sont successivement examinés les diagnostics dits principaux qui permettent de déterminer une Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD), puis la présence d'actes chirurgicaux, puis selon le cas la nature de l'acte chirurgical ou sinon du CMD, puis le classement est ensuite raffiné dans une quatrième étape selon des critères variables comme l'âge ou le mode de sortie. Certains des actes recensés dans ce RSS sont dits classants, ce qui signifie que leurs exécutions vont permettre d'identifier le GHM auquel rapporter le patient. Le PMSI impose donc une informatisation des établissements hospitaliers, une personne est de plus en charge de la collecte des RSS : le Directeur de l'Information Médicale (DIM). Un indicateur synthétique[22] d'activité fut ensuite constitué. En regroupant les coûts on peut dès lors attribuer une valeur financière à ce point ISA

[22] point ISA

3.7. La survie passe alors par la croissance...

La réponse des cliniques les plus dynamiques est d'investir massivement pour satisfaire cette montée des normes de sécurité sanitaire qu'elles jugent inéluctable et afficher des standards de qualité exemplaires. Cependant, ces mises aux normes s'accompagnent toujours d'investissements productifs dans le but d'atteindre une taille critique qui leur permette de positionner leur établissement en leader local, ce qui s'appelle dans le milieu un *Paquebot*. Etre un leader local leur donnera aussi plus de poids face à l'administration et réduira les risques d'interventions autoritaires. Les cliniques consacrent donc la majeure partie de leurs ressources pour leurs investissements, ce qui réduit considérablement leurs bénéfices et permet au secteur d'afficher une rentabilité très réduite 2,2%[23] sur chiffre d'affaires. Nous ne doutons pas cependant que ces investissements ne sont pas conçus comme récurrents dans l'esprit des gestionnaires, ce que certains nous ont d'ailleurs avoué. Après cette tempête, ces investissements porteront leurs fruits. La rentabilité devrait de nouveau croître et permettent l'arrivée de nouveaux investisseurs, étrangers notamment.

Le gestion du secteur de la santé se caractérise par un nombre élevés d'acteurs et est soumis à de fortes instabilités. Il est significatif que le nom de ce ministère change régulièrement, aujourd'hui il est sous l'autorité d'un ministre et d'un secrétaire d'Etat, se pose alors le problème du partage des rôles : le ministre s'occupe des questions financières et des dépenses, le secrétaire d'Etat définit les politiques de santé. Du coté administratif, trois directions sont en charge : Direction générale de la Santé, direction de la Sécurité sociale, Direction des Hôpitaux. La DGS est responsable des questions de sécurité sanitaire et oriente la politique de santé, La DSS s'occupe du financement et alloue les ressources, enfin la DH assure la coordination entre les deux précédentes, elle combine donc les moyens et la politique. De plus, les ordonnances de 1996 ont introduit un nouvel acteur, l'ARH qualifié de préfet sanitaire et qui a la particularité de fédérer des acteurs privé et public : la CNAM et l'Etat. Son rôle n'est cependant pas stabilisé.

Le secteur hospitalier comprend deux types d'intervenants : les hôpitaux et les cliniques, leur nombre s'élève respectivement à 1065 et environ 2000. Ceux-ci sont autonomes. Le budget total de ce secteur est de 350 milliards de F, les 100 premiers hôpitaux en consommant déjà la moitié, le budget de l'assistance publique de Paris s'élevant à 30 milliards de F. Les effectifs du secteur hospitalier sont de 1100000 personnes dont 800000 agents publics.

Ce secteur économique est donc considérable, ses résultats ne sont pas satisfaisants. Aujourd'hui seulement 65% des frais de la médecines de villes sont remboursés aux patients, 90% en ce qui concerne l'hospitalisation. Tous les outils de maîtrises ont aujourd'hui montré leurs limites

[23] Etude UHP-CTC 1996

4. Les stratégies

Les grandes cliniques (plus de 150 lits) sont des entreprises de services. Cependant il n'est pas pour autant facile de définir le produit. Il peut tout à la fois être une consultation ou un acte opération, c'est alors la vision industrielle. Une vision de santé publique identifie plutôt le produit de la clinique à la guérison. Cependant dans les deux cas les cliniques sont de véritables entreprises qui développent des stratégies industrielles.

4.1. l'image de marque et le choix des spécialités

4.1.1. L'image de marque, choix des spécialités...

Le premier capital d'une clinique c'est son image de marque. Cette image recouvre à la fois des notions d'excellence médicale, de qualité sanitaire et de qualité hôtelière. Nous avons pu rencontrer une clinique qui a embauché une responsable de la communication, chose peu commune dans le monde industriel pour une entreprise qui fait moins de 100 millions de chiffre d'affaires.

Comme toute entreprise industrielle les cliniques doivent se positionner sur leur marché et sélectionner des segments de marchés : leurs spécialités. Un premier critère dans le choix d'une spécialité est celui de sa rentabilité au regard de sa tarification. Il est simpliste et loin de tout expliquer. Les cliniques affectionnent aussi particulièrement les actes où les protocoles sont standardisés où un volume élevé est possible, avec un risque vital plus faible et où le confort d'accueil joue un rôle important.

Cette vision économique du choix des spécialités fait apparaître les principaux critères de choix que l'on peut classer par ordre décroissant de prise en compte :

- **sinistralité** : le maintien de l'image de l'établissement pousse à écarter toute pathologie (ou praticien) potentiellement cause de sinistre. Ce critère est d'autant plus important que l'on assiste actuellement à une inflation des plaintes au pénal contre des praticiens ou des établissements (à tels point que les anesthésistes ont désormais d'énormes difficultés pour s'assurer).
- **cotation rentable** : la rigidité de la tarification administrée fait apparaître des niches de rentabilité, elles sont soit l'expression d'une volonté de santé publique de promouvoir des modes opératoires différents soit le résultat d'une avancée rapide des technologies vers une diminution des coûts (décalage important lié à la lenteur du processus de négociation de la tarification).

- **production possible en volume** : ceci permet de standardiser les actes opératoires dans une logique de série et de tendre les flux pour optimiser l'utilisation des capacités installées (les cliniques réalisent 65% des appendicectomies et 80% des cataractes), c'est une véritable approche industrielle de l'organisation et du fonctionnement des cliniques.
- **synergie de gamme** : caractère attracteur d'une pathologie au profit de l'ensemble de la gamme (nous verrons le cas de l'obstétrique). Cette volonté de rechercher des synergies commerciales ou industrielles entre les prestations offertes par la cliniques est remarquablement présente dans le discours des dirigeants de cliniques. Cependant les connaissances économétriques actuelles ne nous permettent pas de mesurer finement la présence de ces synergies.

Nous voyons que la mise en avant de ces quatre critères permet de nous extraire de la vision simpliste qui consiste à ne considérer que l'aspect rentabilité des spécialités.

4.1.2. la construction d'une gamme: des stratégies industrielles...

Ces quatre critères sont généraux que la clinique ait une stratégie de niche ou qu'elle offre une gamme complète de prestation. Ainsi, pour une clinique généraliste on peut déterminer la construction de gamme suivante :

- **haut de gamme** : ce sont des spécialités qui offrent à la fois une très forte rentabilité (le résultat net d'une hémodialyse peut être de 25% net sur chiffre d'affaires), une très forte image (cas de l'orthopédie avec le vieillissement de la population) sur des marchés porteurs de la demande sociale.
- **cœur de gamme** : c'est avant tout la standardisation du processus opératoire qui est recherchée. La rentabilité vient de la capacité des cliniques à travailler en flux tendu sur des pathologies récurrentes. Leur très fort taux d'interventions programmées permet aussi d'optimiser les moyens mis en œuvre pour des actes standardisés. Les cas les plus symptomatiques sont l'ophtalmologie avec l'opération de la cataracte et la radiologie interventionnelle. Sans pour autant tomber dans un système soviétique d'opérations à la chaîne, les cliniques optimisent leurs capacités installées sur des interventions au processus standardisé. De plus ces spécialités correspondent à la volonté des cliniques de renforcer le contenu en K des séjours en traitant les pathologies qui génèrent de faibles DMS. On peut rajouter que ces spécialités sont aussi celles où le privé, par sa capacité de réaction a su très rapidement s'adapter à une forte demande sociale. On peut citer par exemple le cas de l'ambulatoire[24]. Malgré la demande sociale naissante les hôpitaux publics ne s'y sont pas intéressés et les cliniques privées ont capté la totalité de ce marché naissant au début des années 1990. Les actes réalisés en chirurgie ambulatoire sont eux aussi en général très standardisés.

---

[24] rapport de l'IGAS, les restructurations hospitalières, SA/HO/EQ/940043, n°94070, juillet 1994

- **produits d'appel** : bien souvent ces spécialités sont produites à perte. C'est le cas de l'obstétrique et des urgences. En effet, les cliniques perdent de l'argent sur les accouchements normaux malgré le renvoi sur le public des cas risqués.

Cependant garder le service d'obstétrique relève de l'obligation commerciale pour la famille qui devient dès lors cliente. Il en est de même des urgences qui, bien que non cotées, soient de plus en plus présentes dans les structures privées.Après un tri de gravité et de solvabilité, les patients admis aux urgences sont en moyenne hospitalisés à 10%. Pour certaines cliniques ces patients peuvent représenter jusqu'à 20% des entrées en hospitalisation. De plus les urgences et l'obstétrique sont d'utiles arguments en ces temps de fortes restructurations et de négociation avec la tutelle. Avoir ces deux services c'est s'affirmer comme un acteur incontournable du paysage hospitalier et avoir du poids face à l'ARH.

4.1.3. le partage privé / public

Ainsi il apparaît que le mode de restructuration actuelle fait émerger de plus en plus de gros établissements privés (plus 150 lits) qui cherchent à optimiser à la fois leur rentabilité économique et leur pérennité face à l'administration. Nous allons regarder ce que peuvent être les relations privé / public dans ce nouveau paysage hospitalier, relations qui sont loin d'être une concurrence sauvage.

Tout d'abord beaucoup de cliniques sont nées de la scission d'un médecin qui de l'hôpital public qui est allé s'installer à proximité de son ancien établissement. Aujourd'hui, en région parisienne, la position géographique privé/public est frappante, les cliniques sont systématiquement installées à proximité d'un hôpital public.

Bien sûr, tous les établissements sont situés dans des aires où la demande est suffisante, ce phénomène peut donc aussi s'expliquer rationnellement qu'historiquement. Il n'en demeure pas moins que cette constatation nous pousse à sortir de la vision simpliste dichotomique d'une concurrence sauvage. On s'entend même quelquefois très bien. Plus, il apparaîtra que la segmentation habituelle du marché qui veut que l'hôpital n'occupe pas ses capacités installées et que les cliniques privées ne s'intéressent qu'aux seules pathologies rentables est à relativiser.

4.1.3.1.Des productivités comparables...

Contrairement à un discours répandu l'hôpital public utilise ses équipements lourds de façon similaire au privé. Ces chiffres issus de l'une des seules enquêtes incontestable du secteur heurtent le sentiment commun. Pourtant il apparaît qu'en dehors de l'angiographie numérique, les taux d'utilisation entre public et privé de diffère en général que de 10%.

	privé	public
Angiographie num.	1424	1015
scanner	6807	6011
IRM	5424	4959
CEC	224	230

Tableau 4 nombre de patients par an par appareil[25]

4.1.3.2.Mais des coûts bien différents...

Ces chiffres montrent que l'écart de productivité reste limité, cependant il est indéniable que les actes des hôpitaux publics coûtent plus cher, on cite quelquefois des ratios de 1 à 2, une étude[26] a montré une différence d'au moins 30%. Plusieurs éléments expliquent la cherté de l'hôpital public : les infirmières dont la masse salariale représente plus de 70% des charges totales sont plus payées dans le public, de 20% en moyenne; le personnel est plus étoffé dans le public ; la gestion est certainement plus efficace dans le privé qui adopte pour son fonctionnement de véritables logiques industrielles; enfin, l'hôpital supporte des coûts liés à son obligation de service public notamment suite à ses activités d'urgence, d'enseignement et parce qu'il doit accepter les malades difficiles et les indigents. Cependant l'absence d'indicateur clairs de suivi et d'étude fiable laissent ces arguments au rang d'hypothèses ou d'enjeu politique!

4.1.3.3.Des spécialités aussi bien différentes...

Les différentes enquêtes SAE[27] du SESI montrent que le public est dominant dans les urgences, les soins de long séjour et la psychiatrie. De plus, la médecine hospitalo-universitaire avec un fort contenu en recherche et enseignement et le traitement des pathologies très lourdes où le risque vital est élevé apparaissent comme représentatif des CHU[28]. Par contre le privé lui se spécialise sur des actes où il peut diminuer ses coûts par une standardisation des processus et une recherche de volume[29]. Il en vient donc à traiter des patients dont le risque vital est plus faible.

---

[25] La place des cliniques commerciales dans l'hospitalisation en France, Santé gestion et SAE 95.

[26] Rapport final de la commission interministérielle pour la modernisation du financement et de la tarification des établissements de santé, expérimentation Languedoc Roussillon, 28 février 1995

[27] Statistique Annuelle des Etablissements de Santé

[28] Les logiques du partage des soins hospitaliers entre le service public et le privé lucratif, O Choquet, Commission du SESI du 22 avril 1991

[29] Evolution du partage de clientèle entre hôpital et clinique, Christine GUYOMAR, Solidarité et santé, Etudes statistiques, n°2 ; 1993

Une récente étude[30] montre ainsi que dans les CHU où le temps moyen d'anesthésie est de 80 min. contre 40 dans les cliniques privées, ce qui dénote une moindre gravité des pathologies traitées. Ainsi pour une population donnée la ligne de partage se trouve autour du risque vital et de la standardisation du processus de traitement de la pathologie. On peut par exemple regarder la population des personnes âgées. L'hôpital public prend en charge les moyens et longs séjours ainsi que les maladies graves qui demandent des plateaux techniques très performants. Par contre les cliniques occupent une place dominante dans la cataracte et les fractures du col du fémur, opérations chirurgicales très fréquentes.

Cette approche industrielle des spécialités oblige donc à se concentrer sur un faible nombre de pathologies, à se recentrer sur son métier. L'enquête PMSI Languedoc Roussillon[31] fournit des premiers résultats intéressants sur la structure et l'amplitude des case-mix. Les cliniques présentes dans l'échantillon réalisent 80% de leur chiffre d'affaires sur moins 100 GHM (groupe homogène de malades qui représente une " classe de malades "), alors qu'il en faut plus de 200 dans les hôpitaux publics. Le partage entre les gros établissements privés fruits de la restructuration et les hôpitaux publics se dessine donc de la manière suivante:

Privé	**Public**
Acte standardisé	Acte peu fréquent
Faible risque	Technicité
Solvabilité	Social

Tableau 5 partage prive / public

Une répartition du marché s'opère donc en partie selon les atouts de chacun : actes plus techniques pour l'hôpital public et actes de masse pour le privé. L'ensemble de cette dynamique de partage nous permet de penser qu'avec des structures différentes, les deux secteurs entrent en complémentarité pour des raisons économiques et de santé publique. L'un et l'autre sont complémentaires, à telle enseigne que certains hôpitaux publics créent ou héberge des cliniques à fonctionnement privé!

[30] Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, vol. 16 n°6-1997

[31] Rapport final de la commission interministérielle pour la modernisation du financement et de la tarification des établissements de santé, expérimentation Languedoc Roussillon, 28 février 1995.

4.1.3.4.Les cliniques ouvertes...

Le cas des cliniques ouvertes est symptomatique de ce phénomène de volonté de maintien par l'hôpital public d'un secteur privé. Bien que la législation[32] varie en ce domaine suivant la volonté du politique, les hôpitaux publics sont autorisés à ouvrir en leur sein des structures privées dites cliniques ouvertes.

Ces cliniques sont géographiquement au sein de l'hôpital, utilisent du matériel public, emploient du personnel fonctionnaire mais sont gérées sous un mode privé et les praticiens sont rémunérés à l'acte. Des contrats de reversement de redevances permettent alors à l'hôpital de se faire rembourser pour les moyens mis à disposition des praticiens. Ces structures permettent de maintenir un haut niveau de motivation du personnel médical dans un univers privé et de profiter de ses méthodes de gestion. Par exemple un quart des hôpitaux publics en région Rhône-Alpes possèdent une clinique ouverte.

Un hôpital public devrait même accueillir deux cliniques dans ses murs à Carpentras. A l'origine, les autorités de tutelle voulaient que le CH de Carpentras s'accorde avec celui d'Avignon dans une collaboration public / public pour mieux organiser les urgences. Le CH de Carpentras a plutôt choisi de s'entendre avec les deux cliniques privées de la ville. Après accord du préfet, il va construire un nouvel établissement rassemblant les 3 partenaires sur un même site. Les activités ont été partagées : " L'hôpital conserve ses services de médecine, de gynécologie-obstétrique, de soins intensifs, d'urgences et son potentiel de maison de retraite. De leur côté, les cliniques conserveraient l'intégralité de la chirurgie, hormis la gynécologie obstétrique. "[33] Le regroupement public/privé, un fantasme ? En fait, un tel cas existe déjà à Lillebonne. Ces cas restent bien entendu exceptionnels mais sont symptomatiques.

Une politique de réseaux se met en place : des accords se nouent entre hôpitaux et cliniques pour des transferts de clientèle. Ces relations public / privé sont cependant anciennes via les médecins libéraux qui assurent des vacations dans les hôpitaux publics, on peut supposer qu'un détournement de clientèle a alors lieu du public vers le privé. Il faut enfin noter que les praticiens hospitaliers ont droit à un certain quota d'activité libérale. Des praticiens à temps partiel ont droit d'exercer en clinique.

4.2. une orientation forte vers l'accueil des clients

La description que nous avons faite jusqu'à présent du fonctionnement des cliniques peut apparaître inhumaine. Il convient maintenant de réhabiliter le patient - le client. L'accueil dans les cliniques est considérée par celles-ci comme un enjeu de premier ordre.

---

[32] Code de la Santé Publique art L 714-30 et L 711-5

[33] *L'hospitalisation privée*, Nicolas Tanti-Hardouin, La documentation française, p181-182.

Les cliniques ont, depuis leur création, développé de fortes stratégies d'accueil et de confort, par exemple au niveau des temps d'attente, des disponibilités et des services annexes offerts. Ceci permet de capter une clientèle très sensible (fidélisation et élargissement de la zone de chalandise) au confort et est source de revenus complémentaires. Ainsi les cliniques offrent-elles systématiquement la possibilité de chambres uniques, ce qui leur procure environ 6,6% de leurs revenus[34]. Le clivage dans la clientèle des chambres uniques se noue dans l'adhésion ou non à une mutuelle. Ces stratégies d'accueil concernent aussi les visiteurs des patients. On connaît bien entendu la vente de journaux a l'entrée des cliniques. On peut rajouter que de nombreuses cliniques en région parisienne font aussi payer le parking des visiteurs. On peut citer le cas d'une clinique qui dégage un résultat supplémentaire de 1% sur chiffre d'affaires grâce à l'exploitation du parking.

Dans ces conditions, les plus dynamiques développent une véritable politique de communication qui concerne trois cibles :

- **les patients**: de la publicité est faite en ville, sur Internet (des clients internationaux demandent ainsi des devis pour certaines interventions) ou dans la presse locale. La communication porte alors sur le confort d'accueil et la qualité médicale. Contrairement aux hôpitaux publics qui rassemblent en un même lieu jusqu'à 2000 lits, les cliniques elles restent à dimension humaine avec en moyenne 80 lits par établissement. Aussi leur communication est-elle fortement axée sur la chaleur et le confort que procure cet effet de taille.
- **la tutelle** : il est indispensable de montrer à l'administration que l'établissement est incontournable localement et que toute décision unilatérale serait dommageable pour la population.
- **les médecins correspondants**[35] : Cet aspect est capital pour toutes les cliniques. Il faut en permanence les visiter et les informer, c'est la force de vente de l'établissement. Un patient décide rarement de l'établissement où il sera hospitalisé, il suit toujours l'orientation de son médecin[36] sauf rumeur négative. Les grandes cliniques attachent beaucoup d'importance au suivi de leurs relations avec leurs correspondants. Ceux-ci sont systématiquement invités pour toute inauguration de nouvelle installation et régulièrement staffés[37]. De plus, le retour d'information sur le suivi du patient est capital. Ceci se traduit actuellement par l'envoi systématique des diagnostics et des comptes rendus de sorties. On peut penser que dans un futur très proche l'ensemble des résultats des examens pourra aussi être télé-transmis.

---

[34] Etude UHP-CTC 1996

[35] on appelle médecin correspondant un praticien de ville qui adresse à la clinique des malades

[36] effet d'orientation de la clientèle par asymétrie d'information.

[37] le staff est une réunion du corps médical de l'établissement pendant laquelle un diagnostic délicat est fait en commun

4.3. vers une gestion du corps médical

La stratégie ressources humaines concerne les personnels salariés de la clinique et les médecins même si ceux ci exercent leur art de façon libérale . Il est clair qu'une bonne composition du corps médical est essentielle pour l'établissement. Il convient en effet de rappeler que la rémunération des sociétés d'exploitation dépend directement de celle des médecins de par la tarification Aussi, la gestion du personnel médical est a considérer tant dans sa composition que dans son évolution.

Pour la composition, la règle d'or est simple : ne prendre aucun risque avec un mauvais médecin et les stars ne sont pas nécessaires. En effet un mauvais praticien (forte sinistralité des actes) peut à lui tout seul tuer l'image d'une clinique et très rapidement compromettre sa viabilité. D'un autre côté, les stars ne sont pas nécessaires en dehors de certaines spécialités. En effet, le capital image appartient au praticien et non à la clinique, la clientèle est plutôt captive du celui-ci, il n'y a pas d'effet d'attraction pour les autres spécialités. De plus les stars sont très difficiles à manier, exigent de très gros investissements payent peu de redevances : ils ne contribuent pas nécessairement à la rentabilité de la clinique.

Considérons maintenant l'évolution de l'activité médicale des praticiens pendant le temps de résidence du médecin dans la structure son activité K-opératoire[38] varie dans le temps. La variation de cette activité est représentée ci dessous sur une courbe dite *courbe du mammouth*. Au début de sa carrière, le praticien acquiert sa compétence dans le public, une compétence artisanale, il n'a qu'une faible production environ 30000K par an, il est encore en phase de *formation académique*. Pour certains vient ensuite le choix d'exercer dans le secteur privé. Les raisons qui les poussent à choisir le privé sont multiples : rareté des postes de professorat, attractivité de rémunérations supérieures[39], souplesse de fonctionnement, autonomie d'entreprise...

Lors de son passage dans le privé, le nouvel arrivant peut avoir à participer au capital en rachetant des parts de la clinique ou acheter la clientèle[40]. Cependant, dans la situation économique actuelle, ces montants à acquitter fondent. On constate de plus en plus de praticiens qui, bien que faisant le pas de changer de secteur gardent de forts liens avec l'hôpital public dont ils sont issus (vacations, temps de recherche). Ce lien leur permet de maintenir leur connaissance technique face a des évolutions de technologies toujours plus rapides et surtout de drainer des patients supplémentaires. La période *d'entrée dans le prive* correspond pour les nouveaux à un fort investissement financier et de construction de clientèle. Ceci induit une forte augmentation de leur K-activité jusqu'à 60 000 K par an en moyenne. Chose bénéfique pour la clinique.

---

[38] le K est l'unité d'œuvre de l'activité et de la rémunération du médecin, chaque acte chirurgical vaut un nombre déterminé de K.

[39] Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants, SESI, ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, Etude du CERC en 1991

[40] Prix moyen de 664000 en 1992 pour un chirurgien, Etude du CERC, op. Cit.

A partir de 40 ans le médecin a acquis compétence et réputation. La volonté de reconnaissance par les pairs (qui se mesure à la modernité et technicité du plateau) ainsi que le besoin de rester à la pointe de la technologie poussent alors les médecins à exiger de forts investissements médico-techniques à la clinique alors que la K - activité du praticien reste sur un *plateau*. De retour de congrès le médecin actionnaire exige, au nom de la médecine, l'achat de nouveaux outils de diagnostic ou d'opération que l'actionnaire médecin accepte, c'est le *syndrome du retour de congrès*. De là des investissements inutiles...Ce syndrome peut être d'autant plus fort que les pouvoirs au sein de cliniques sont confus. Ainsi un praticien/propriétaire peut il exiger des achats au nom de son droit de propriété de la clinique!

En fin de carrière les exigences sociales succèdent aux exigences techniques. Voulant privilégier sa qualité de vie, il diminue son activité tout en maintenant sa rémunération en passant en honoraires libres. Ceci peut dans certains cas mettre en danger les cliniques qui ne se soucient pas du problème de la succession des praticiens. En effet la rémunération de la clinique baisse au même rythme que l'activité du médecin. De plus le dépassement d'honoraire peut écarter certaines clientèles faiblement solvables.

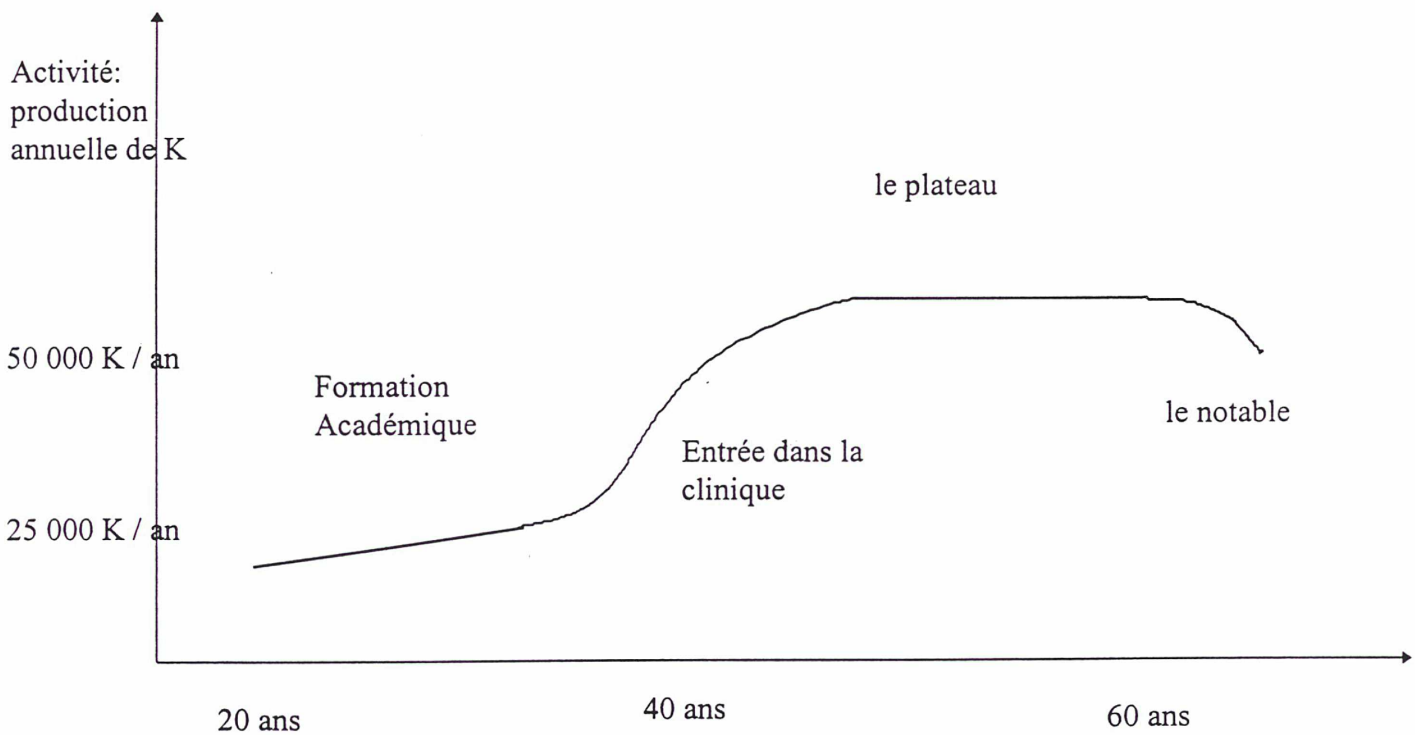


Figure 5 courbe du mammouth représentant la K activité en fonction de l'âge

Cependant la gestion du personnel médical ne se résume pas à la gestion des compétences, elle passe aussi par une meilleure gestion des liens contractuels qui lient les cliniques aux médecins.

Historiquement ces contrats permettaient aux praticiens d'obtenir une exclusivité à vie d'exercice dans une clinique et donc de céder un droit de présentation de clientèle (*vendre sa clientèle*). Ces contrats peuvent contenir différentes clauses d'exclusivité, de choix du remplaçant. La tendance actuelle est que les cliniques dénouent les liens qui les ligotaient au préalable aux médecins. En effet un contrat rigide du type exclusivité à vie et choix du successeur est un véritable passif caché pour la clinique qui devra verser des indemnités pour retrouver une marge de manœuvre dans sa gestion des praticiens et des compétences.

On peut recenser trois grands types de contrats:

- **le contrat ouvert**: le praticien exerce son art dans différents établissement dans des créneaux opératoires qui lui sont attribues par convention. Dans ce cas la clientèle échappe complètement a la clinique et n'a de lien qu'avec le médecin. Un tel schéma est fréquent dans la région parisienne ou les capacités de lit sont excédentaires.

- **le contrat exclusif**: c'est le contrat traditionnel ou le médecin est le seul dans sa spécialité. La clinique lui garantit l'ensemble de la clientèle pour une pathologie. Dans certains cas elle peut même lui réserver un certain nombre de lits (dont il disposera a sa convenance). Avec ce type de contrat le médecin peut en général choisir son successeur. La personnalité du remplaçant peut très bien dans ces conditions ne pas être compatible avec les autres membres de l'équipe médicale. De plus le timing du choix ne permet pas toujours un bon tuilage entre les compétences. La transmission de ce contrat représente donc un enjeu fondamental pour la clinique.

- **le contrat de pratique partagée**: c'est le contrat qui est maintenant le plus répandu. Un praticien peut exercer son art conjointement a d'autres sans se voir garanti un capacité de lit. Il peut ou non avoir le choix de son remplaçant.

Une vision caricaturale des repreneurs (redresseurs) de cliniques consiste a les assimiler a des casseurs de contrats d'exclusivité. Ceci est vrai dans certains cas. Cependant de grands groupes industriels ont des politiques beaucoup plus nuancées qui leur permettent de mieux assurer la transition sans pour autant traumatiser le corps médical.

4.4. gestion du personnel non médical des cliniques

Les cliniques ont en propre du personnel de soin non médical des infirmières et aides soignantes. Des normes administratives datant de 1956 fixent les ratio d'encadrement des malades. Le respect de ces normes obligatoires conditionne le conventionnement des établissements et fait fréquemment l'objet de contrôle de la part des médecins inspecteurs de la DRASS. En effet les autorités de tutelles tentent de prévenir tout sous encadrement dont pourrait pâtir les malades.

Parmi l'ensemble du personnel soignant, une personne joue un rôle clé dans la bonne gestion de la clinique : la surveillante générale. Cette infirmière en chef est en effet chargée d'organiser l'entrée et la sortie des patients. Son influence sur le taux de remplissage est primordiale puisque, suivant les situations elle peut aider à remplir les lits ou faire sortir au plus vite les patients. Notons que si l'établissement est sous occupé, elle ne peut pas à elle seule redresser le taux d'occupation. Son rôle est en fait d'autant plus important que l'établissement est saturé.

Pour faire face aux situations de surcharge ou de sous effectif temporaire, les cliniques ne font que très rarement appel aux intérims. Par contre il existe une souplesse généralisée dans le secteur : la vacation. Les vacataires sont des infirmières qui ont déjà un CDI dans un établissement (privé ou public) et qui font des journées supplémentaires dans une clinique avec un contrat verbal (mais déclaré à l'administration). Une grande clinique peut faire appel à une cinquantaine de vacataires dans un mois, chacun passant quelques jours dans l'établissement. Cette pratique est très appréciée par les gestionnaires pour sa souplesse (appel sans intermédiaire ni préavis), son coût (20% de plus que pour un emploi permanent) et son efficacité (on gère un pool de vacataires fidèles à l'établissement).

4.5. stratégie des actionnaires

Nous avons vu précédemment que le principe juridique qui prévaut a la constitution des cliniques privées est celui de la séparation des actifs. Cette logique recouvre directement les logiques des différents profils des actionnaires. Ainsi peut-on faire une typologie des actionnaires des différentes sociétés constituant l'entité globale clinique:

- **actionnaire rentier**: il possède des parts dans la Société Civile Immobilière dont il espère retirer des revenus réguliers. On retrouve dans cette position de nombreux praticiens qui ont cesse d'exercer mais qui ont conserve des parts de capital. Ils sont donc retissants a tout nouvel investissement ce qui va a l'encontre des dirigeants de la clinique
- **actionnaire de la société d'exploitation**: Originellement les actionnaires de la SCI et ceux de la société d'exploitation étaient les mêmes. Avec le renouvellement des générations et l'extension du champ des specialites de nouveaux arrivants sont entres dans le capital. Ainsi le conseil d'administration regroupe-t-il en son sein des générations d'intérêts différents. De plus le principe qui a longtemps prévalu que tout nouveau praticien arrivant dans la clinique devait entrer au capital de la société d'exploitation s'avère en période de restructurant et de crise un source de blocages profonds. Tel praticien ne veut pas que sa spécialité soit supprimée tel autre souhaiterait que plus d'investissements soient réalisés dans sa spécialité. Sans un leadership fort (personnel ou financier) les dysfonctionnement des conseils d'administration sont souvent a la cause des déboires de nombreuses cliniques.

- **actionnaires des sociétés de moyen**: bien souvent pour acheter un matériel spécifique de radiologie ou d'imagerie certains praticiens s'associe au sein d'une société de moyen. Leur but est de financer directement leur outil de production propre. Les installations correspondantes sont alors mises au service de la clientèle de la clinique mais aussi tournée vers l'examen de médecine de ville. Des lors l logique de ces actionnaires définis est-elle fonction de leur taux de dépendance par rapport au flux de patients venant de la clinique.

4.6. *une stratégie de taille poussée par les pouvoirs publics*

Le mouvement de concentration actuel pousse donc à la formation de "paquebots", dont la taille peut supporter la comparaison avec un centre hospitalier général. Ces paquebots se construisent en rachetant les lits des petites cliniques les moins performantes. Ce mouvement est accompagné voire favorisé par les autorités régulatrices. La raison d'une telle évolution doit tenir, on l'imagine, à une recherche d'amélioration de la rentabilité. Le simple fait d'être plus gros générerait structurellement des phénomènes naturels d'optimisation. Cette rationalité économique reposerait sur des synergies entre les services, la complémentarité entre les gammes et des économies d'échelle, en fait des propriétés " structurelles ".

Ainsi, on attend des complémentarités de gamme. L'obstétrique et les urgences amènent par exemple de la clientèle, elles sont qualifiées de produit d'appel et joue une fonction commerciale indéniable. Or pour posséder des urgences, il faut une équipe de garde, c'est-à-dire 3 chirurgiens au minimum. Pour assurer l'activité de ces médecins, il leur faut 28 lits de chirurgie. Si on rajoute les lits de réanimation, de médecine et d'obstétrique, on atteint facilement 80 lits. Donc, pour bénéficier d'effet de complémentarité, 80 lits apparaît être un minimum. En dessous de cette taille critique, une clinique est réputée non rentable. Par ailleurs, en augmentant la taille de l'outil productif, on s'attend aussi à des économies d'échelle. Ces différents arguments plaident en faveur d'une rentabilité croissante avec le nombre de lits, du moins jusqu'à un certain seuil. En effet, au dessus d'une certaine taille, la rentabilité doit chuter due à l'incapacité à attirer une clientèle suffisante. Pour développer son activité, on est alors amené à accepter des malades ou des spécialités de plus en plus coûteuses. Ce raisonnement permet de pronostiquer un pic de rentabilité à plus de 100 lits, une courbe croissante puis décroissante.

4.6.1. La rentabilité des cliniques selon la taille

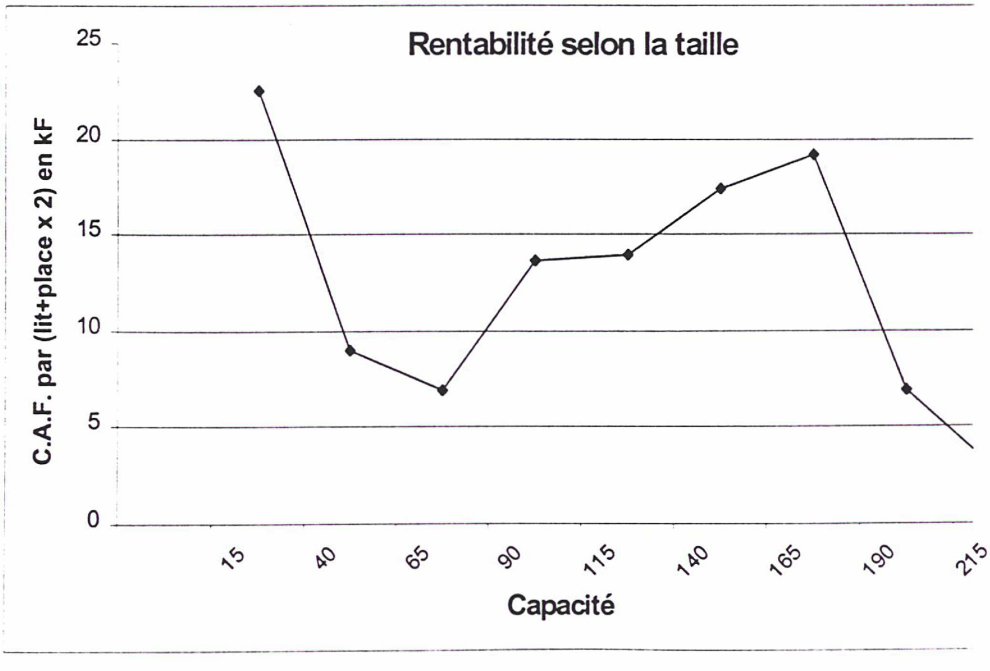
Nous avons étudié les caractéristiques des cliniques en fonction de leur taille. Notre calcul a porté sur les comptes de 1996 de 700 cliniques (sur un total de 1300) retraités des distorsions dues au crédit-bail, comptes que nous avons rapprochés d'autres informations sur les cliniques quant à leurs spécialités par exemple.

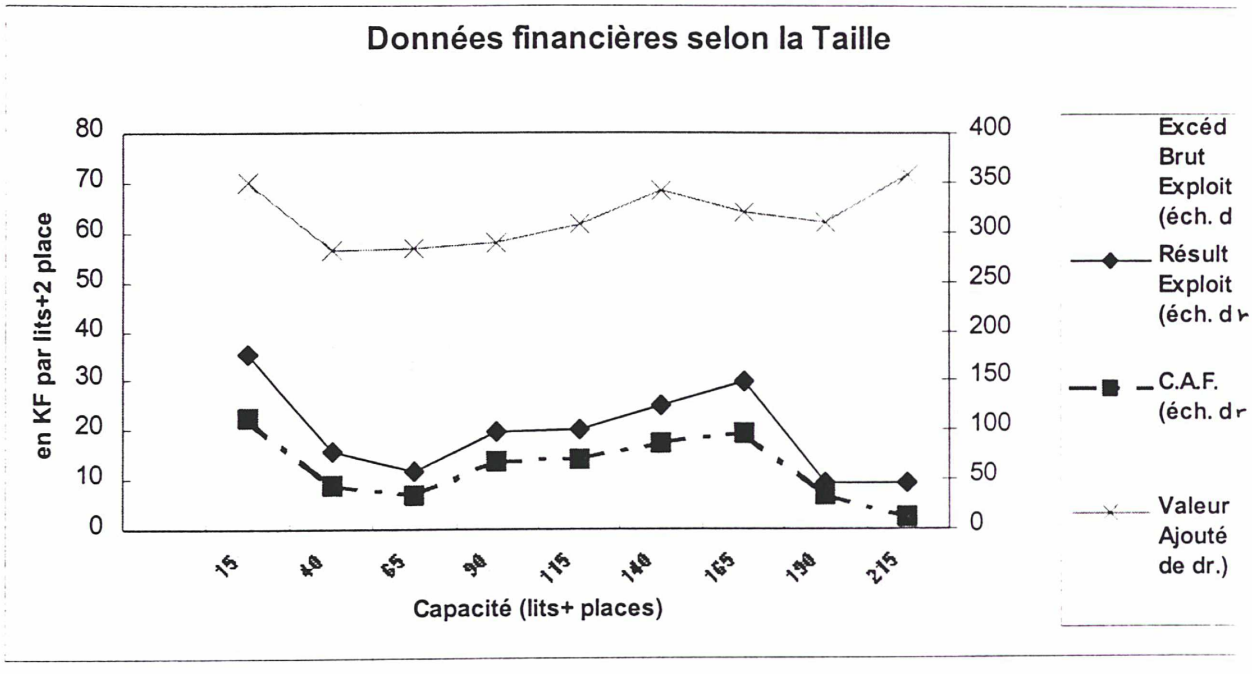
Nous avons pris pour critère le ratio Capacité d'Auto-Financement par capacité de l'établissement (lits+2*places) en fonction de la même capacité de l'établissement (graphique1). Ce calcul appelle quelques explications. Nous avions effectué un premier calcul sans considérer les places et nous obtenions 2 pics. En considérant le nombre de lits + le nombre de places, on obtient toujours 2 pics mais de manière moins nette. En supposant qu'une place vaut 2 lits, on n'obtient plus qu'un pic (" en escalier " malgré tout). Le passage de un pic à deux pics s'explique aisément. Ne pas considérer les cliniques avec places amènent à sous-estimer leur capacité d'accueil, les cliniques avec places vont donc être translater sur le graphique. Leur translation va déplacer une partie du pic central et créer 2 pics. Il faut donc considérer lits et places dans la capacité de la clinique. Cependant comment peut-on calculer une capacité en additionnant des places et des lits ? Une place est réputée générer approximativement 2 fois plus d'activité qu'un lit (les évaluations dans les cliniques sont variables mais s'éloignent peu de 2, on parle souvent de 2,2).

Ensuite, la capacité d'autofinancement est-elle la variable adéquate ? Premièrement, pour évaluer les performances d'une clinique, le critère doit incorporer les produits autant que les charges. La valeur ajouté est d'emblée exclue. Ensuite, parmi les autres ratio financiers classiques (EBE, Résultat d'exploitation, °), les courbes sont similaires (graphiques 2) et les conclusions restent les mêmes.

Cependant, certaines opérations financières, spécialement au niveau des charges, peuvent perturber la validité de l'évaluation de la rentabilité des établissements. Par exemple, les loyers versées à des S.C.I., s'il en existent, sont variables et constituent un moyen de gestion en transférant certains bénéfices. C'est le l'obstacle classique lorsque l'on cherche à évaluer la rentabilité des cliniques. Cependant, nous ne cherchons justement pas à évaluer la rentabilité des cliniques mais à les comparer. Nous nous baserons sur l'hypothèse que, s'il y a transferts financiers ou manipulation dans la présentation des comptes, ceux-ci sont uniformes et qu'il n'y a pas de biais selon la taille.

graphique 3





graphique 4

La courbe obtenue est surprenante. On trouve la tendance que l'on attendait au dessus de 70 lits mais pas en dessous de ce seuil. Cette courbe fait clairement apparaître une rentabilité maximale pour les plus petites cliniques, fait qui est confirmé par une étude de la banque de France[41]. Ce résultat surprend notamment car en contradiction apparente avec la stratégie des groupes privés qui tiennent une taille de 150 lits comme optimale[42]

Plus surprenant, on peut estimer les coûts fixes moyens des "centres fonctionnels (administration générale, gestion patient, économat, restauration, lingerie, entretien, travaux et pharmacie) d'une clinique à 2,5MF[43]. Pour une clinique de 40 lits dont le chiffre d'affaires avoisine les 20MF, ce montant est loin d'être négligeable, le handicap initial des petites cliniques est donc important.

---

[41] *Fascicule de résultats sectoriels – 851A Activités hospitalières 1996*, Centrale des bilans, Banque de France. A comparer au taux de marge brute d'exploitation.

[42] L'ARH Ile de France considère que la taille optimale se situe aux environs de 250 lits, document d'orientation de la commission exécutive de l'ARH IdF du 23 janvier 1997

[43] Etude Santé Gestion - *Données et ratios des cliniques privées* - 1995 Echantillon au 1/10°

L'existence de ce premier pic de rentabilité est donc très surprenant. Si l'on examine les autres charges, la majeure partie d'entre elles est proportionnelle au nombre de lits c'est-à-dire en principe à l'activité. Ainsi en est-il de la masse salariale médicale à cause des normes de personnel exprimées par lit et qui représente plus de 50% des charges totales d'un établissement. Il n'y a donc aucune raison de penser que le reste des charges pourraient compenser l'effet des charges fixes qui pénalisent les petites cliniques.

Nous avons examiné l'activité des petites cliniques pour y déceler l'exploitation de niches de rentabilité. Cependant, la spécialisation et le choix des niches les plus rentables n'apparaît pas expliquer non plus ces performances économiques. En l'absence de données fournies par le PMSI (que la CNAM n'a pas encore révêlée), nous avons tenter de calculer un indice de spécialisation en divisant le nombre de lits par un nombre synthétique de spécialités44. Il apparaît que cet indice suit une courbe croissante par rapport au nombre de lits.

Nombre de lits	-25	0 5-50	2 0-63	5 3-75	6 5-87	7 7-100	8 00-113	1 13-125	1 25- 137	1 37-150	1 50-175	1 75-200	1 00-250	2 250 +	2
Indice de spécialisation	.1	4 .4	9 3.4	1 2.9	1 3.1	1 7.2	1 6.2	1 7.9	1 8.5	1 2.1	2 7.6	1 8.1	1 3.2	2 0.0	4

Tableau 6 indice de spécialisation

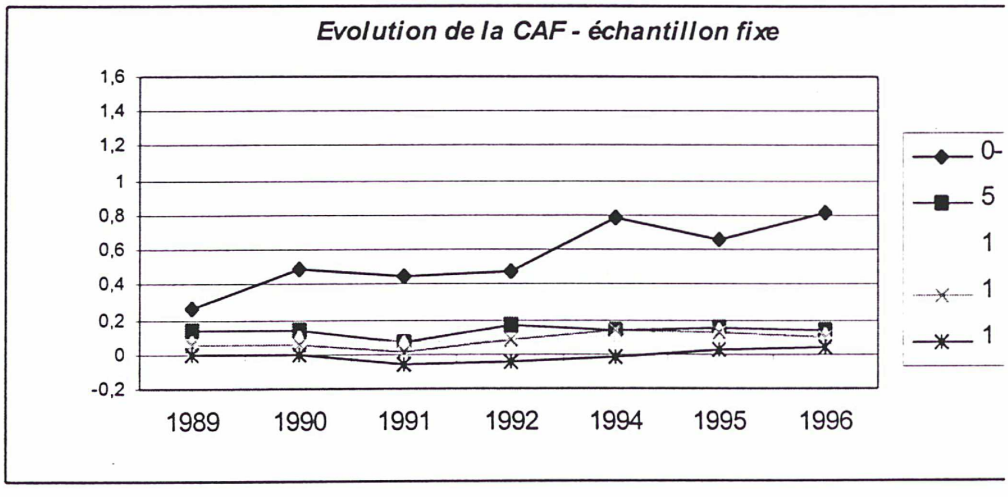
Cette indice de spécialisation n'a été conçu que comme un indice, il est indiscutablement imprécis mais doit fournir une tendance. Cet indice est égal à la moyenne du nombre de lits par spécialité dans un établissement. Donc plus un établissement possède de lits dans une même discipline, plus il est dit spécialisé. Or la tendance qu'il manifeste est opposée à celle que l'on aurait voulu déceler. Nous avons tenu à corroborer cette argument par examen détaillé. Aussi avons-nous porter notre attention sur les petites cliniques les plus rentables espérant y trouver un nombre extrême de cliniques spécialisées. Or, parmi les 50 cliniques de moins de 50 lits les plus rentables, seules 8 peuvent être considérées comme spécialisées avec par exemple une activité de chirurgie ophtalmologique, les autres effectuent des actes de chirurgie générale, médecine générale ou obstétrique (spécialité réputée déficitaire). L'hémodialyse qui est hyper lucrative ne concerne que les cliniques de plus de 69 lits dans notre échantillon. Soustraire à l'échantillon ces 8 cliniques ne modifie pas les tendances de la courbe. Nous concluons que les petites cliniques ne puisent pas leur exceptionnelle rentabilité de l'exploitation de niches.

---

[44] Pour calculer le nombre de spécialités, on attribue la valeur 2 à des disciplines générales comme chirurgie, obstétrique et médecine et 1 à des spécialités telles que ophtalmologie, pneumologie...La liste des spécialités est tirée de la SAE. Le résultat obtenu représente alors le nombre de lits moyens consacrés à une activité. Plus ce nombre est important, plus la spécialisation est prononcée. Cependant la diversité d'une spécialité elle-même est, il est vrai, peu prise en compte.

Pourquoi alors une telle performance des petites cliniques alors qu'elles subissent plus que les autres l'impact des charges fixes, qu'elles sélectionnent moins leurs activités et ne bénéficient pas à priori d'effet de niches ? La réponse nous semble avoir été apportée auparavant. Les petites cliniques les moins performantes ont été rachetées pour leurs lits, laissant seulement subsister les meilleures petites cliniques. C'est là les bienfaits de la concurrence. Peut-on obtenir une confirmation de cette thèse.

De plus, l'image de l'artisan, bon gestionnaire, un peu " près de ses sous " qui contrôle facilement les dépenses de sa petite structure s'applique ici aussi pour les Chirurgiens - propriétaires de clinique. Ceux-ci exigent en effet des rendements qui sont supérieurs à celui des grosses cliniques.



graphique 5

Ce graphique est la moyenne des la CAF par unité de capacité (lit ou moitié de place) sur la partie de l'échantillon de la base de donnée pour laquelle les données existent sur les 6 dernières années. Il montre une progression nette de la CAF pour les petites cliniques et une stagnation pour les autres. Cependant, Qu'en dire ? Si l'on suppose que l'environnement indépendant du pouvoir des cliniques, par exemple réglementaire et " commercial ", n'a pas été modifié de manière différente selon la taille des cliniques, alors il faut conclure que les petites ont en interne mieux gérer l'évolution de la situation. Si on suppose que cette évolution différenciée est due à l'environnement extérieur, il peut aussi bien s'agir d'un environnement qui a favorisé les petits établissements (ce qu'il ne nous a jamais été affirmé, au contraire), soit que la sélection ayant été plus sévère, seules restent les plus performantes, ce qui tend à confirmer notre propos précédent.

Pour la collectivité, cela correspond aussi à un optimum. Une meilleure rentabilité des cliniques, c'est aussi une plus grande marge pour diminuer les tarifs et le coût des dépenses médicales sans menacer leur existence. Une forte rentabilité, c'est aussi moins de tentations d'économies pénalisant la qualité des soins. L'existence d'un milieu concurrentiel de petites cliniques paraît donc souhaitable.

4.6.2. Comparaison des niveaux d'investissements

Les petites cliniques sont réputées moins investir. C'est ce qu'on peut étudier pour les investissements matériels à travers le compte Immobilisations avec un retraitement pour le crédit-bail.

D'après le tableau suivant, les petites cliniques n'apparaissent pas investir moins que les plus grosses et d'autres parts, l'indice de corrélation entre les amortissements et l'EBE par lit indique qu'elles investissent leurs ressources financières quasiment aussi systématiquement que les grosses.

Nombre de lits	**-25**	**0 5-50**	**2 0-63**	**5 3-75**	**6 5-87**	**7 7-100**	**8 00-113**	**1 13-125**	**1 25- 137**	**1 37-150**	**1 50-175**	**1 75-200**	**1 00-250**	**2 250 +**	**2**
Amortissements par lit (kF)	8,2	2 7,2	2 1,8	2 0,4	2 1,2	2 0,33	2 2,5	2 1,7	2 7,2	2 1,3	2 5,5	2 4,9	2 1,7	2 7,4	2
Corrélation EBE par lit et amortissement	.84	0 .57	0 .39	0 .43	0 .49	0 .55	0 .71	0 .72	0 .45	0 .20	0 .63	0 .61	0 .05	0 .70	0

Amortissements retraités par incorporation de 70% du crédit-bail mobilier.

Tableau 7

Quant aux investissements pour la rénovation et la mise aux normes des bâtiments, l'étude s'avère difficile vu l'absence de statistiques et le manque de clarté dans la comptabilité. Malgré cela, nous avons tout de même cherché à étudier le comportement des cliniques par rapport aux investissements immobiliers pour mise aux normes. Pour cela nous avons retenu les cliniques où le poste " construction " n'était pas nul. Puis nous avons calculé les variations du poste d'immobilisation brute " construction ". Or les variations des immobilisations peuvent être suscitées par de nouveaux investissements productifs (un nouveau bâtiment pour une nouvelle activité par exemple) ou des investissements plus modestes de rénovation ou d'adaptation par rapport aux normes. Nous avons fixé un seuil de 50kF par lit comme critère d'après des évaluations qui nous avaient fournis dans certaines cliniques et d'après la forme des courbes. Puis les résultats ont été lissées sur 3 ans.

La courbe obtenue révèle qu'en effet les plus petites cliniques investissent mois que les plus grosses. Cependant, excepté aux extrêmes, aucun mouvement clair n'apparaît clairement. La différence la plus large est de 3kF par lit. Cette différence est inférieure à la différences des marges bénéficiaires.

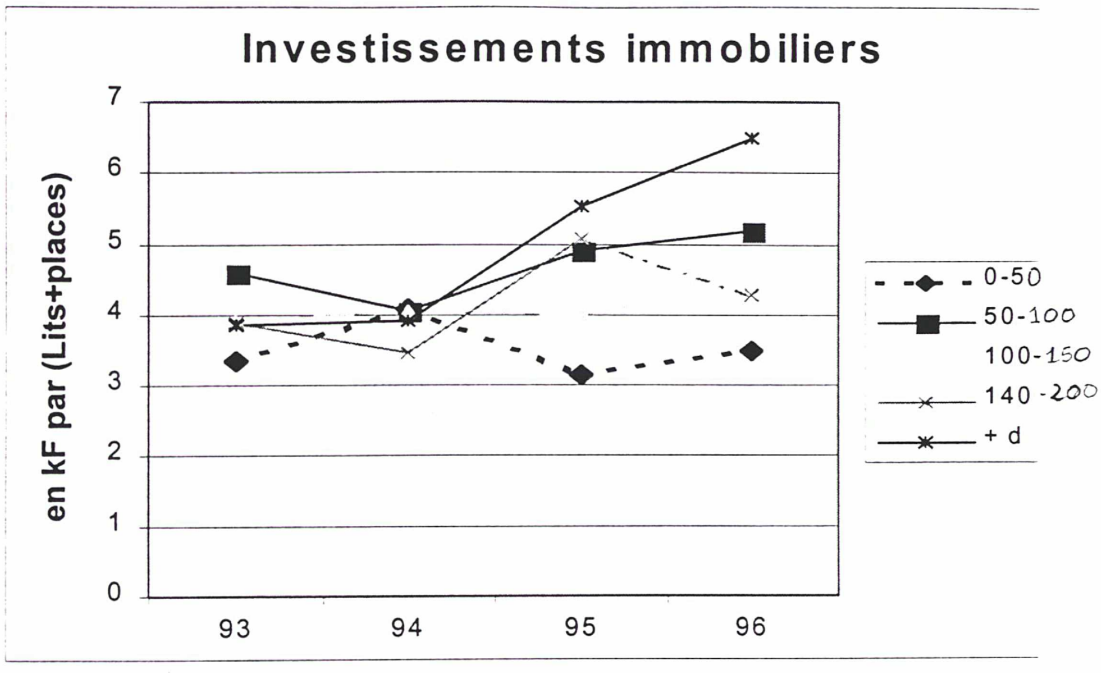


Tableau 8

4.6.3. Conclusion

Le tableau suivant résume les avantages/inconvénients pour la collectivité :

	Petites cliniques (- de 50 lits)	**Grosses cliniques (+ de 150 lits)**
Avantages	- Optimum économique - peu d'exploitation de niches - activité de proximité - mise en concurrence. - taille humaine et meilleure circulation de l'information	- bonne rentabilité, pratiquement optimale pour 160 lits - urgences effectives - capacité d'investissements pour gros équipements - possibilité d'utiliser des technologies de pointe et innovantes
Inconvénients	- pas de garde mais des astreintes	- pouvoir fort vis-à-vis de la tutelle - possibilité de monopoles locaux - plus de spécialisation - exploitation possible et plus réactive des niches - risque de sinistralité multiplié par le nombre d'activités

Tableau 9

Qu'en est-il de l'optimum sanitaire ? Il n'existe à notre connaissance pas d'étude qui favorise l'une ou l'autre dès lors que l'on se situe au-dessus du seuil qui permette aux chirurgiens d'avoir une activité suffisante pour maintenir son savoir-faire (par exemple, il s'agit dans l'obstétrique du fameux seuil de 300 accouchements mais qui correspond à moins de 20 lits d'obstétrique).

Si ce n'est la rentabilité, qu'est-ce qui suscite cette volonté de croissance ? Il s'agit bien sûr d'une ambition légitime chez tout entrepreneur de voir son activité se développer. Cependant, les demandes de soins ne sont pas susceptibles d'action commerciales, publicitaires ou marketing. De nouveaux besoins ne peuvent être suscitées déontologiquement. Cette logique de croissance est donc incompatible avec le type du marché.

Or le discours des directeurs des cliniques dynamiques ne tient pas aux arguments évoqués précédemment. Les arguments qu'ils invoquent pour justifier leur croissance sont de trois ordres : politique, sanitaire et économique. Politique d'une part, un gros établissement a plus de poids vis-à-vis de sa tutelle, il est moins susceptible d'être fermé, sa pérennité est donc assurée, ce qui est un pré-requis pour les groupes financiers qui investissent dans le secteur hospitalier privé. Sanitaire ensuite, les gros établissements seraient plus sûrs. Economique enfin, en multipliant le nombre d'activités, un gros établissement est plus insensible aux modifications des tarifications par l'autorité administrative.

On peut maintenant tenter de tracer le portrait à venir de l'hospitalisation privée. La suroffre étant toujours manifeste, les restructurations ne manqueront pas en effet de se poursuivre. En terme de performances économiques, l'opération se révèle, au mieux, un peu négative. En terme politique, cette évolution n'est pas sans danger. Ces restructurations vont créer des mastodontes avec des risques (en tout cas des ambitions) monopolistiques, c'est un objectif déclaré, il s'agit pour eux de faire le poids vis-à-vis de la tutelle. Ils incriminent alors l'arbitraire des autorités, l'incertitude des conditions économiques d'exercice et le manque de visibilité réglementaire (reproche que l'on peut entendre chez nombre d'industriels de secteurs très variés où les exigences de sécurité croissent). Les groupes de cliniques ont donc décidé de sacrifier une partie de leurs bénéfices pour assurer leur pérennité.

La tutelle évoque alors la possibilité de passer d'une logique de prix à une logique de coût en garantissant par exemple une rentabilité fixe. Ne perdrait-on pas alors tout l'intérêt du secteur privé, puisqu'en situation de monopole local, la motivation et l'envie d'entreprendre disparaîtrait ? N'aboutit-on pas à fondre le secteur privé dans un magma public ?

5. Le système d'information

Donner un descriptif exhaustif du système d'information sur la santé en France est un exercice délicat. De très nombreux intervenants possèdent et développent chacun leur propre outil d'information ou de suivi du secteur. Chacun a son intérêt, chacun a ses enjeux idéologiques. La profondeur du champ économique, social et médical ne fait qu'augmenter la difficulté d'existence d'un outil unique, lisible et partagé. On pourrait pourtant s'attendre a ce qu'un secteur qui représente plus de 700 MdF dans les comptes de la nation soit l'objet de nombreuses études détaillées. Pourtant quelle ne fut pas notre surprise de constater que les études précises et les outils de suivis sont bien rares et qu'à bien y regarder, ce sont toujours les mêmes données qui sont brassées. En fait il semble que quelques études privées et publiques fassent référence par défaut.

5.1. les rôles des différents acteurs

Malgré les difficultés actuelles[45], le tripartisme est la base du système de pilotage et de gestion du secteur. Ainsi trois partenaires coexistent dans le système hospitalier français, tripartisme qui est un véritable déterminant de l'exception française:

- les pouvoirs publics d'état,
- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries,
- les organisations syndicales représentant les cliniques privées ou le corps médical.

5.1.1. L'ETAT

Quels que soient ses noms successifs, le ministère en charge de la santé (actuellement le ministère de l'emploi et de la solidarité) possède trois entités propres à connaître le système de santé en France:

- **Direction de la Sécurité Sociale**: Elle est en charge de suivre la protection sociale et de l'assurance maladie. En collaboration avec la Direction Générale de la Santé, elle participe à la définition de la politique de santé publique. Jusqu'en 1998, elle était étrangement en charge du suivi des cliniques privée comme si les cliniques privées ne répondaient pas de la problématique de l'hospitalisation.

[45] cf. démission de B. Fragonnard de la CNAM

- **Direction des Hôpitaux**: Cette direction a la tutelle des établissements publics hospitaliers, ce qui en fait l'un des plus importants employeurs de France (après le Ministère de l'Education nationale). Depuis le début de l'année 1998, elle a désormais la responsabilité du suivi des cliniques privées. Aussi doit-elle maintenant se transformer en passant d'une direction des hôpitaux à une direction de l'hospitalisation. Cependant force est de constater que ses outils d'observation et de suivi médico économiques du secteur sont embryonnaires.

- **Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI)** : Ce service est le centre d'étude de la branche santé du ministère. Malheureusement on peut constater qu'il consacre beaucoup de moyens à la collecte d'informations riches mais que les moyens sont encore faibles pour analyser ces données.

- **Autres organismes publics de recherche**: à côté des trois entités ci dessus on trouve de nombreux organismes publics qui sont concernés par les secteur de la santé. Cependant on trouve deux types de centres:
  - des instituts cherchant sur la santé publique,
  - des unités universitaires composées d'économistes de la santé qui sont préoccupés par les problèmes de régulation macro-économique.

Il n'existe pas de centre de recherche public qui puisse être considéré comme un véritable observatoire des cliniques privées, qui suive à la fois les aspects économiques et sanitaires du secteur.

5.1.2. Les cliniques privées

L'hospitalisation privée se structure autour des trois organisations syndicales

- la Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation Privée (FIEHP),
- l'Union Hospitalière Privée (UHP),
- la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Prives a but non lucratif FEHAP).

Les deux premières fédérations, qui ne faisaient qu'un avant les années 70 regroupent les intérêts des cliniques privées a but lucratif. La FEHAP représente les établissements prives a but non commercial. Nous verrons que cette diversité du paysage syndicale et surtout la scission entre la FIEHP et l'UHP n'est pas négligeable du point de vue des revendications des adhérents et de leurs rapports face aux pouvoirs publics.

Dans l'entre deux guerre les établissements privés (commerciaux ou non) des syndicats se sont constitués en regroupant verticalement des établissements exerçant des spécialités similaires. Ces syndicats se regroupent pour donner naissance a la Fédération intersyndicale des maisons de santé de France. Ce découpage vertical par spécialité dénote une forte prégnance du pouvoir médical au sein des établissements.

A côté de cette structure médicale apparaissent des structures horizontales qui regroupent les établissements par région, notamment en Ile-de-France. On peut noter que jusqu'à la deuxième guerre mondiale deux visions opposaient les membres de ce premier syndicat. Les uns voulaient rattacher les maisons de santés à des structures purement médicales. Les autres préféraient un regroupement avec les syndicats de l'hôtellerie. Ainsi dès leur origine, les cliniques ont toujours eu des logiques ambivalentes oscillant entre logique médicale et logique hôtelière. Cependant, une opposition forte apparaît en 1936 par la création de la FEHAP qui regroupe les établissements à but non lucratif et les autres établissements restant au sein de ce qui deviendra la FIEHP. La FEHAP reste depuis sa création l'interlocuteur des pouvoirs publics pour l'hospitalisation privée non lucrative. Son organe de communication est *Perspectives sanitaires et sociales*. Aujourd'hui cette fédération revendique environ 1800 établissements. Son activité se repartit aujourd'hui autour de quatre pôles pour 150 000 lits et place:

- sanitaire,
- gérontologie,
- enfance handicapée,
- adultes handicapés.

D'un autre cote la FIEHP regroupait jusqu'en 1970 l'ensemble des cliniques privées lucratives, cliniques principalement centrées sur le MCO. Avant sa scission en deux syndicats concurrents elle revendiquait 2000 établissements pour 100 000 lits. Aujourd'hui la nouvelle FIEHP ne regroupe plus que 1100 établissements. L'information de ses adhérents se fait par sa revue Hospitalisation Privée. En dehors de débats idéologiques importants, la rupture s'est principalement opérée autour du rôle à donner à la fédération dans le tripartisme du secteur. Des sa création l'UHP s'est érigée en véritable syndicat, force de proposition dans un secteur qui entrait en mutation économique. Ainsi l'UHP a-t-elle été moteur dans la mise en place de la première contrainte macro économique sur le secteur avec l'OQN. Aujourd'hui l'UHP, qui publie la revue *Hospitalisation nouvelle*, regroupe plus de 900 établissements sur toute la France.

Les thèmes développés dans leur revues par les différentes organisations syndicales marquent le positionnement de chacune ainsi que ses relations avec les pouvoirs publics. Cependant les deux fédérations du privé lucratif se retrouvent dans la défense des cliniques dans le système hospitalier (défense idéologique, sanitaire et économique).

L'éclatement de ce paysage syndical ainsi fait que chacun possède son propre système d'information et de lobbying. On peut noter a cet effet que l'étude CTC commandée annuellement par l'UHP est une des composantes essentielles de ce système d'information. Cette étude est réalisée auprès des adhérents volontaires de l 'UHP (elle est payante pour ceux qui y participe). Elle comporte deux volets principaux:

- un bilan macro économique du secteur de l'hospitalisation privée,
- une étude détaillée pour le participant de son positionnement par rapport a des références moyennes du secteur: ce résultat devient un outil de gestion propre pour le manager qui s'est soumis a l'auscultation son établissement.

La publicité apporte au premier volet de cette étude ainsi que sa répétition année après année font de cette enquête l'une des références du secteur.

5.1.3. CNAMTS: un outil en quête d'utilité

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés est le troisième acteur important du secteur. Sa présidence est assurée par un syndicaliste (appartenant a la Confédération Française des Travailleurs actuellement après une longue hégémonie de Force Ouvrière) alors que le directeur est nommé en conseil des ministres sur proposition du ministre en charge de la santé. Nous n'entrerons pas dans le débat actuel des relations entre la CNAMTS et l'état. Cependant, force est de constater que cet organisme est actuellement en quête d'une valeur ajoutée plus importante dans le secteur de la l'information médicale. Aussi la CNAM essaye-t-elle aujourd'hui de s'affirmer en tant qu'assureur et de mieux évaluer la notion de risque et de développer son information autour de la mesure du risque. Son département statistique devrait être à même de fournir les études les plus précises sur le secteur. Malheureusement les seules études diffusées ne sont réalisées qu'avec un grand retard (bien souvent deux ans pour une étude lourde!!). Cet organisme semble paralysé par son extrême prudence à manier des informations qu'il juge confidentielles dans un secteur à fort risque social et politique, l'Etat lui-même peine à en extraire les informations nécessaires à l'évaluation du secteur. Le secret médical est souvent invoqué, une meilleure définition des rôles est peut-être souhaitable..

5.2. Les sources d'information

Les principaux systèmes d'information concernant de façon exhaustive les cliniques privées proviennent des différents acteurs décrits ci dessus et sont en général macro-économiques. Les sources suivantes concernent principalement le suivi medico économique du secteur. On pourrait ajouter à cette liste les fichiers et enquêtes qui concernent plus spécifiquement les sujets de santé publique.

On peut classer les différents fichiers constitués (et malheureusement pas toujours disponibles à l'exploitation) en quatre catégories:

- **données de production**: elles donnent accès a des informations de production de soin médicaux soit de façon agrégée par échelon géographique soit par grandes spécialités,
- **données statiques**: ensemble des fichiers qui décrivent les capacités de productions autorisées[46],
- **comptes macro-économiques**: comptes nationaux permettant un suivi des grands équilibres du secteur de la santé,

[46] Le fichier Finess fournit la liste des autorisation par établissement. Il lui est souvent de n'être pas suffisamment mis à jour.

- **sources d'information de lobbying**: elles sont produites par les syndicats professionnels et sont leur réponse au manque d'information incontestable dans le secteur.

Les données ci après nous permettent de constater qu'il existe certaines études pertinentes sur le secteur. Cependant force est de constater que seules certaines d'entre elles font référence Des lors l'ensemble des acteurs de la santé que nous avons rencontres semblent se focaliser sur un petit nombre de données dont ils ont souvent oublie l'origine ou le périmètre exact.

5.2.1. Données de production

Etude	Producteur	Champ	Périodicité	méthodologie	Informations produites
Enquête hospitalisation décennale	CREDES, INSEE	établissements publics, prives toute activité	décennale	tirage au sort établissements recueil mensuel de données • établissement • service • patients	nature de la clientèle patrologies traitées conditions d'hébergement moyens de production
Programme de médicalisation des systèmes d'information	DH	Depuis 1982: tous les séjours de certains établissements publics depuis 1991: élargissement au privé	recueil continu des informations	A la sortie d'un patient codage d'un Résumé Standardise de Sortie ce RSS est classe dans un Groupe Homogène de Malade (GHM) obtention du case mixe d'un établissement	production d'un Indicateur Synthétique d'Activité (ISA)
Statistique annuelle des établissements Physique et financière	DH, DSS, SESI, CLAM	établissements d'hospitalisation publics et privés pour le MCO	annuelle, publication en n+2 de données de l'année n	enquête exhaustive sur l'activité, les données sont recueillies par déclaration des établissements qui remplissent un questionnaire	séries statistiques par catégories d'établissement sur l'activité globale physique et financière, la production par grande pathologie, les équipements et le personnel

Tableau 10 récapitulatif des principales données de production

L'enquête décennale possède un intérêt prospectif mais n'a aucune réactivité face aux évolutions rapides du secteur, ce n'est pas un outil de gestion.

La source principale sur laquelle se fondent la plupart des analyses est la SAE. Cependant cette ambitieuse enquête souffre de nombreux problèmes. Tout d'abord son délai de réalisation est très long car il faut attendre l'année n+2 pour obtenir les chiffres de l'année! Les données recueillies sont innombrables mais souffrent d'un mal général: l'imprécision des champs statistiques. En effet les établissements évoluent et changent assez rapidement de catégorie ce qui génère en particulier des imprécisions sur les contours précis des établissements privés lucratifs et autres. De plus un certain flou persiste aussi entre les notions d'établissement et d'entité juridique, ce qui ne permet pas une lecture homogène des données. Des lors le SESI, producteur de ce recensement, fournit-il des données brutes sans analyses. De plus il est à regretter que le tripartisme impose une séparation infranchissable entre SAE physique (aux mains de l'état) et SAE financière (conservée par la CNAMTS). L'impossibilité de joindre les deux fichiers ne permet pas de mettre en place de véritable ratio de production.

Aussi tout le monde attend-il l'outil miracle: le PMSI, outil miracle qui doit nous conduire a la connaissance totale du secteur!

5.2.2. Données statiques

Etude	Producteur	Champ	Périodicité	méthodologie	Informations produites
Fichier FINESS	SESI, INSEE	ensemble des établissements et équipements autorises	mise a jour permanente	inscription au fichier par délivrance d'un numéro FINESS pour toute autorisation administrative	fiches individuelles par établissement regroupant: • localisation géographique • équipements autorises • activités déclarées
Fichier tarif de établissements	CRAM	cliniques conventionnées	mise a jour permanente	information détenue par convention	tarif par spécialité et par établissement
NGAP	Commission paritaire	toutes les activités de santé	mise a jour aléatoire	réunions paritaires	cotation des actes professionnel en valeur K, B, Z...
INPI	greffe des tribunaux	toutes les sociétés	annuelle	dépôt obligatoire	bilan et compte de résultat

Tableau 11 récapitulatif des principales données statiques

La principale lacune de ce système de données statique réside dans son impossibilité a identifier clairement et suivre dans le temps les établissements. Bien que théoriquement continue, la mise a jour du FINESS (fichier d'Identification Nationale des Etablissements Sanitaires et Sociaux) nous est apparu comme partielle. De même que pour les données de production la définition de contour précis pour les champs statistique est difficile. De plus le bouclage avec les comptes d'exploitation déposes a l'Institut National de la Propriété Industrielle est actuelle impossible. Nous avons décrit dans les parties de précédentes combien est grande la multiplicité des entités juridiques. Autant de sociétés, autant de bilans. Le chaînage des sociétés entre elles est une étape essentielle pour remonter au niveau des entités physiques. Cependant les tentatives actuelles semblent toutes vouées a l'échec devant la difficulté de la tache.

De plus les bilans déposés aux greffes du tribunal souffrent de difficultés pour leur exploitation:

- **loyer**: les renseignements sur les coûts de location immobilière ne sont pas suffisants pour estimer si un propriétaire de clinique diminue son résultat en augmentant le loyer de la clinique,
- **crédit bail**: bien souvent les lignes de crédit bail ne sont pas renseignées exhaustivement dans les liasses fiscales. Des lors apparaît un manque de lisibilité sur la nature et le montant des investissements réalisés,
- **appel à la sous traitance**: le recours de plus en plus systématique à la sous-traitance pour les métiers périphériques ne rend pas lisible la structure des charges.

Evidement toutes ces remarques peuvent être faites avec plus ou moins de forces pour tout secteur industriel. Pourtant il ne faut pas oublier que les ressources finançant ce secteur sont mutualisées au niveau de la nation. L'exigence de clarté et de lisibilité est donc indispensable.

5.2.3. Comptes macro économiques

Etude	Producteur	Champ	Périodicité	méthodologie	Informations produites
Comptes de la Santé	Ministère de la santé, INSEE, Régimes d'assurance maladie	ensemble des soins et biens médicaux consommes en France	annuelle	compilation d'études diverses synthèse de ces études	consommation de soins , biens médicaux et dépenses de santé (prévention, recherche...)
Comptes de la protection sociale	SESI, DSS, INSEE, Direction de la Prévision, Régimes d'assurance maladie	tous les régimes de protection sociale	annuelle	recueil d'informations comptables pour tous les régimes de protection sociale	analyse des cotisations et prestations sociales suivi des transferts
Comptes de la sécurité sociale	Organismes de sécurité sociale	prestations liquides	annuelle	• enregistrement des prestations et actes par risque • recueil des dotations globales • dépense par discipline pour le prive • honoraires des praticiens • dépenses forfaitaires	dépenses par risque, par nature de soin et par secteur conventionnel

Tableau 12 récapitulatif des comptes macro-économiques

Les données macro économiques sont indispensables pour la connaissance générale du secteur. Cependant l'absence de mécanisme de fonctionnement connu ne permet en rien un suivi économique de ce secteur ou les prix sont administrés et le financement public. De plus le délai de transmission des données est très long ce qui ne permet pas en particulier de suivre l'efficacité des politiques de régulation.

5.2.4. Sources d'information de lobbying

Etude	Producteur	Champ	Périodicité	Méthodologie	Informations produites
Santé gestion	Santé gestion	cliniques privées	annuelle	suivi d'un échantillon a partir des données INPI	ratios économiques sur les cliniques, analyse financière sectorielle,
CTC	CTC conseil, étude commandée par l'UHP	adhérents de l'UHP qui payent pour participer a l étude	annuelle	questionnaire envoyé aux adhérents de l'UHP volontaires	ratios économiques sur les cliniques en général, chaque volontaire recevant aussi ses résultats personnels

Tableau 13 récapitulatif des principales études privées

Ces études privées ne garantissent en général en rien que les échantillons sélectionnés (ou volontaires) ne comportent en rien des biais statistiques.

Les résultats annuels des études CTC font référence dans le secteur

5.3. Conclusion: les difficultés actuelles

La multiplicité des études décrites ci dessus, la présence d'un tripartisme ou chaque acteur a une logique propre font qu'il n'existe pas dans le domaine de la santé et encore moins dans celui de l'hospitalisation privée de référentiel incontestable. Si l'on regarde individuellement chacune des étude, on constate qu'elle contient des informations de grande valeur. Cependant ce système se singularise pas son éclatement, son manque de médicalisation ainsi que par l'impossibilité d'avoir une vision globale. Est-ce le manque d'information qui caractérise le système puisqu'on assiste plutôt a une frénésie de collecte ou bien plutôt l'absence de valorisation de cette information? Une telle lacune est, dans tous les cas, très dommageable lorsque l'on cherche a définir une politique de santé publique et d'allocation des ressources que lorsqu'on souhaite suivre un secteur économique comme les cliniques privées qui génèrent 40 M.F. de chiffre d'affaires[47]. Le PMSI n'est pas l'outil miracle, il ne fournira les informations que l'environnement lui permettra de fournir. La mise en place de cet outil révolutionnaire doit donc s'accompagner d'une évolution des relations entre les acteurs. La forte volonté de maîtrise des dépenses ne peut s'accommoder de l'opacité d'un secteur véritable mastodonte de l'économie, financé sur fonds publics, encore que le niveau de remboursement total "public" ne s'élève plus qu'à 74%. Le manque d'information par les acteurs du secteur hospitalier explique certainement l'arrivée récente de quelques études journalistiques qui se veulent fracassantes. Certains l'ont bien compris et des dirigeants de clinique très dynamique nous ont ouvert très volontiers les portes de leur établissement.

[47] 40 MF pour les seules cliniques mais bien plus si l'on y incorpore les revenus des médecins qui exercent dans leurs établissements.

Liste des personnes rencontrées

Alain **COULOMB**	Délégué Général de l'UHP
Anne **BOTLOT GITLER**	UHP
Carole **BARDONNET**	UHP
Anne Marie **BROCAS**	Chef de Service a la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère de l'emploi et de la solidarité
Jacques **LENAIN**	Adjoint au Directeur des Hôpitaux Ministère de l'emploi et de la solidarité
Jean-Claude **MOISDON**	Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris
Dr **HOVASSE**	Directeur de l'Hôpital prive d'Antony

et l'ensemble du personnel de l'hôpital privé d'Antony

Dr **CAUX**	Directrice du Centre Cardiologique du Nord

et l'ensemble du personnel du Centre Cardiologique du Nord

Caroline **HUMEZ**	Chargée de mission a la Direction des hôpitaux, Ministère de l'emploi et de la solidarité
Dominique **POLTON**	Directeur du CREDES
André **LESTIENNE**	Directeur de la gestion du risque a la Caisse Nationale d'Assurance Maladie
George **GADEL**	Chef du bureau Statistiques des établissements de Santé au Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, Ministère de l'emploi, de la solidarité et des affaires sociales
M. **LENORMAND**	Direction de la statistique CNAM
Martine **OUSTA**	Echelon National du Service Médical CNAM
Dr **CHASQUESSE**	Directrice de l'hôpital européen Laroseraie
Mme. **GUERIN**	Direction des Hôpitaux, ministère de l'emploi et de la solidarité
Philippe **BURMEL**	Chargé de mission a l'Agence Régionale d'Hospitalisation Ile de France
Manuel **VIGNASSE**	Médecin Inspecteur a la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère de l'emploi et de la solidarité
Michel **DURAFOURG**	Inspection Générale des Affaires Sociales

Dr **LOPEZ**	Médecin inspecteur a la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale Rhône Alpes
Patrick **GIORDANO**	Directeur Général de la Compagnie Générale de Santé
Marc **ATTIA**	Groupe Hexagone
Paul **GUIARD-SCMID**	Fradix
Hervé **LARROQUE**	Fiduciaire Audit Expansion
Jean **de KERVASDOUE**	Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers
Françoise **LALANDE**	Agence du Médicament
Anne **BURSTIN**	IGAS
M **DERMERSEDIAN**	Groupe DALBIS
Sylvie **LELAIDIER**	Adjoint au Chef de Bureau Economie de la Santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité
M. **CHARRAUX**	SESSI
Marie Claude **RAYMOND**	SESSI
Mme **BEAUBEAU**	Chargée de mission auprès du chef de service du SESI
M. **BEUDAERT**	Charge de mission auprès du chef de service du SESSI
Stéphane **JACOBZONE**	Economiste de la santé a l'OCDE
Geneviève **GUERIN**	Secrétaire Générale du Haut Comité de la Santé Publique
Jean-Roch **SERRA**	Directeur adjoint de Division Médicale SIEMENS
M. **PELLETIER**	Sante Gestion
M. **TEXIER**	Ancien directeur de clinique
M. **BOULOGNE**	Clinique Chirurgicale de Meudon
Mme **CHOLET GAUTHIER**	Chargée du PMSI prive a la direction de la gestion du risque de la CNAM