

# Les restructurations hospitalières privées : entre innovations et réseaux

Regards sur sept années d'analyses financières des cliniques privées

*Colloque de l'Association Latine de l'Analyse des Systèmes de Santé  
Lyon — Septembre 2001*

Jean-Pierre CLAVERANNE\*,  
Christophe PASCAL\*\* et David PIOVESAN\*\*\*

GRAPHOS UMR CNRS 5823  
Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé  
IFROSS — Faculté de Droit  
Université Jean Moulin Lyon III  
69007 LYON — France  
Tel : 0 (33) 4-78-78-75-81  
Fax : 0 (33) 4-78-58-76-44  
www.ifross.com  
Email : [david.piovesan@netserver.univ-lyon3.fr](mailto:david.piovesan@netserver.univ-lyon3.fr)  
ou [pascal@univ-lyon3.fr](mailto:pascal@univ-lyon3.fr)

- \* Professeur des Universités, Directeur de l'IFROSS
- \*\* Maître de conférences en sciences de gestion
- \*\*\* Chercheur — doctorant en sciences de gestion

## **MOTS CLES**

Restructuration ; restructurations hospitalières ; clinique privée ; analyses financières.

## **RESUME**

L'objet de cette communication est de faire le point sur les restructurations hospitalières en France, et en particulier sur les dynamiques actuelles des établissements de soins privés dans les domaines de l'innovation et des réseaux.

Ce travail repose sur le dépouillement exhaustif des comptes des cliniques privées françaises (hors DOM-TOM et hors Ile-de-France), complété par 63 entretiens avec les directeurs, actionnaires, médecins et personnels soignants d'une douzaine d'établissements privés sur plusieurs régions. Il bénéficie également de l'expérience et des connaissances accumulées par l'équipe du GRAPHOS lors de l'accompagnement de nombreux projets d'établissements et de restructurations, aussi bien dans le secteur public que privé.

Une hypothèse centrale structure notre propos à la lumière des analyses menées sur les données financières des cliniques privées à but lucratif : il nous semble, quelles que soient les formes qu'ont pu prendre les innovations technologiques de ces trente dernières années au sein des cliniques privées, que ces dernières ont profondément bouleversé l'organisation de la production de soins, que l'on regarde le plateau technique, les activités médicales proposées par les établissements ou encore les rapports entre praticiens.

## **KEY WORDS**

Restructuring ; restructuring healthcare ; private hospital, financial analysis.

## **ABSTRACT**

The purpose of this article is to take stock of the French private health care restructuring. This research is founded on the analysis of the accounts of 635 private hospitals since the beginnings of the 1990' and also one 63 semi-directives interviews with doctors, directors, nurses and shareholders of these firms. The main hypothesis of the research is that French private health care has come in a period of huge restructuring from whom few hospitals will get out.

## 1. Introduction

Les médias ont mis, récemment, sur le devant de la scène le secteur hospitalier privé avec la mise en bourse de la Compagnie Générale de Santé, ex-filiale de la Générale des Eaux et actuel plus grand groupe hospitalier privé de l'hexagone (in *Le Monde*, 29 mai 2001). Pour la première fois en France, des cliniques privées entrent sur le marché boursier de Paris avec une valorisation estimée autour d'un milliard d'euros selon les spécialistes. Alors que les représentants du secteur privé n'ont cessé d'alerter l'opinion sur l'importance et la gravité de la crise qui touche les cliniques privées, cette décision a ravivé les fantasmes et les craintes, : celui de la perte de pouvoir des médecins au profit d'investisseurs financiers ou d'industriels étrangers à la santé, mais aussi le mythe de la clinique luxueuse, lieu de concentration de capitaux source de rendements importants, destinée à une clientèle bourgeoise, bref l'idée d'un eldorado privé au sein du système de santé. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les journaux ou d'allumer la radio : « les médecins craignent de perdre la main au profit des financiers... », « ce secteur intéresse les investisseurs car il est tiré par le vieillissement de la population... » ou encore : « Outre l'ouverture de nouveaux marchés, les tarifications proposées par le Ministère permettent aux acteurs privés d'assurer la rentabilité de ces nouvelles prestations... ». Ainsi va bon train: *les cliniques privées, ou le paradis des investisseurs*.

Le projet de cet article est né du sentiment d'une perception décalée, confuse et souvent fantasmée de la réalité des cliniques privées. Aussi, notre propos a-t-il consisté à vérifier le bien fondé des assertions sur la bonne santé financière des cliniques privées, à analyser les comptes de ces dernières et à les mettre en perspective avec un certain nombre d'observations issues d'entretiens et de travaux conduits auprès d'acteurs du secteur hospitalier privé.

Après avoir présenté notre démarche de recherche, nous exposerons les principaux résultats de nos travaux ainsi que les analyses qui peuvent être conduites à partir des données financières issues des comptes des cliniques privées.

## 2. Matériel et méthode

Ce travail est la résultante du croisement de deux démarches de recherche : une analyse quantitative conduite à partir du dépouillement exhaustif des comptes des cliniques privées françaises (hors DOM-TOM et hors Ile-de-France) sur la décennie 1990 d'une part et plusieurs recherches-interventions menées par l'équipe du GRAPHOS au sein de cliniques privées au cours de ces dix dernières années d'autre part.

### 2.1. Méthode qualitative : recherche-intervention dans les cliniques privées

Notre premier matériau est constitué par l'analyse de 63 entretiens semi-directifs avec les directeurs, actionnaires, médecins et personnels soignants d'une douzaine d'établissements privés sur plusieurs régions (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, etc.). Il bénéficie également de l'expérience et des connaissances accumulées par l'équipe du GRAPHOS lors de l'accompagnement de 37 projets d'établissements et de restructurations, aussi bien dans le secteur public que privé.

### 2.1.1 Stratégie qualitative pour la recherche en sciences sociales

Les méthodes qualitatives sont des « méthodes des sciences humaines qui recherchent, explicitent, analysent des phénomènes [qui] ne sont pas, par essence, mesurables » [Mucchielli, 1991].

Selon B. Miles et A. Huberman, il est possible d'individualiser trois composantes dans une analyse qualitative [Miles et Huberman, 1991]. Tout d'abord, la phase de *condensation* renvoie à « l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification, abstraction et transformation des données ». Puis, intervient le second temps – celui de la *présentation* des données, c'est-à-dire « l'assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions ». Enfin, *l'élaboration et la vérification des conclusions* sont le temps des mises en perspective afin de donner du sens à l'analyse.

Aussi, les recherches menées sur notre échantillon ont-elles suivi ces trois phases : déchiffrement, réécriture et mise en perspective des récits, entretiens et observations menés au sein des cliniques (1), rédaction de monographies pour chaque cas et de note de synthèse sur des problématiques transversales (2) et, enfin, synthèse des travaux dont le présent papier est issu (3).

### 2.1.2 Modalités d'accès aux terrains

S'inscrivant dans une relation complexe avec la réalité et donc avec son terrain de recherche [Wacheux, 1996], l'intervention du chercheur en sciences de gestion peut se modéliser selon quatre configurations [David, 1999] :

- **l'observation**, participante ou non, est l'activité de découverte d'une réalité, à partir d'entretiens, de questionnaires, d'études longitudinales...
- **la construction de modèles et outils de gestion** regroupe les recherches qui visent à la conception d'instruments de gestion ;
- **la recherche-action** désigne l'intervention directe du chercheur dans la construction de la réalité, en partant de la situation présente et des représentations que les acteurs en ont pour les aider à instruire un processus de changement par des dispositifs relationnels ;
- **la recherche-intervention** constitue l'intervention directe du chercheur par des outils conçus par lui.

Nos travaux s'inscrivent fondamentalement au sein de la recherche-intervention. Néanmoins, en parallèle à ces dispositifs d'accompagnement des cliniques qui ont donné lieu à des recherches longitudinales, des travaux ont été conduits sur des études de cas menées a posteriori à partir de la confrontation de récits d'acteurs [Yin, 1989]. Ces études de cas ont pu concerner des cliniques en tant que telles ou bien des groupes financiers présents sur le marché hospitalier privé (Hürle Klinik Group, la Générale de Santé ou encore Arvita).

### 2.1.3 Les terrains

Le tableau suivant présente, de façon synthétique, les modalités de nos interventions et le matériau de recherche qui en a été extrait. L'anonymat de certains de ces établissements a été conservé à la demande des dirigeants pour d'évidentes raisons de confidentialité des données présentées au sein de cet article.

**Tableau 1. Échantillon qualitatif des établissements de santé privés.**

Cliniques privée	Statut	Région	Périodes d'intervention	Nature de l'intervention
Clinique M	Privé lucratif	Ain	Nov. 2000 — fév. 2001	Appui méthodologique au Projet médical, restructuration
Clinique N	Privé lucratif	Rhône	1999-2000	Aide méthodologique, projet d'établissement, audit stratégique
Clinique O	Privé lucratif	Languedoc	Mai — nov. 2000	Conseil stratégique, fusion-acquisition
Clinique P	PSPH	Rhône	Janv. 2000 — Mai 2001	Projet d'établissement, audit stratégique et opérationnel
Clinique Q	PSPH	Isère	1991-2000	Projets d'établissement, conseil stratégique
Clinique R	PSPH	Loire	1991-2000	Projets d'établissement, conseil stratégique
Clinique S	PSPH	Rhône	1995 — 2000	Projet d'établissement, audits opérationnels, conseil stratégique
Clinique T	Privé lucratif	Rhône	—	Audit opérationnel et juridique

## 2.2. Méthode quantitative : analyses comptables et financières des sociétés d'exploitation

Toute recherche quantitative nécessite, avant la phase d'analyse et de traitement, de *cerner* avec précision l'objet des investigations [Thiéart, 1999]. Pour ce faire, des retraitements ont été nécessaires afin de construire l'échantillon final des cliniques privées sur lesquelles nous voulions faire porter notre analyse.

### 2.2.1 La nature de l'objet ou la complexité de la clinique

Alors que le patient semble réduire le secteur hospitalier privé aux seules cliniques commerciales, la littérature spécialisée fait, à l'unanimité, le constat de la *complexité* et de l'*hétérogénéité* de ce secteur [CERC, 1980 ; Eurostaf, 1991 et Tanti-Hardouin, 1996]. Cette grande diversité provient de l'intrication de trois types de caractéristiques des établissements privés : leurs statuts juridiques, leurs relations au service public et enfin leurs modes de tarification.

Pourtant, si l'évolution récente de ces caractéristiques a pu complexifier l'architecture générale du secteur privé, il n'en reste pas moins que, depuis la réforme de 1996, ce secteur est relativement plus homogène. On peut en effet distinguer deux grandes catégories d'établissements privés : ceux financés par dotation globale et ceux financés par les tarifs conventionnels ou d'autorité.

#### 2.2.1.1. Statuts juridiques

La première distinction est celle qui oppose les activités commerciales (**secteur lucratif**) et celles qui ne sont pas commerciales (**secteur non lucratif**). Pour les premières, elles sont organisées par des sociétés relevant du droit commercial, aux structures juridiques parfois complexes. Elles trouvent leur origine soit dans des initiatives individuelles (personnes physiques) soit dans des personnes morales (SA, SARL, GIE, etc.).

Les secondes ont souvent été créés par des associations, fondations, ou congrégations religieuses aux objectifs philanthropiques. En aucun cas, ces organisations à la vocation « missionnaire » [Mintzberg, 1982] n'ont de motivation commerciale. Ces activités sont pour la plupart organisées dans le cadre de loi de 1901.

#### 2.2.1.2. Relations du privé avec le service public

Les relations de l'hospitalisation privée avec le service public relèvent de la loi de 1970 complétée par celle de 1991. Ainsi, trois formes de relations sont-elles proposées : la participation au service public hospitalier (PSPH), le contrat de concession et l'association.

La **participation au service public hospitalier** consiste à admettre des établissements de santé non commerciaux dans le mécanisme du budget global.

Le **contrat de concession** à consiste, pour une structure privée, à s'engager à respecter les obligations de service public et, pour l'Etat, à s'engager à ne pas développer de structures publiques dans une zone géographique donnée.

Enfin, l'**association** consiste, par le biais d'un syndicat interhospitalier, à permettre à une structure privée de bénéficier des services de ce syndicat en échange de sa participation à la réalisation d'une mission qui relève du service public.

#### 2.2.1.3. Les modes de tarification

Rappelons en premier lieu que jusqu'en 1983, établissements privés et publics étaient financés par le système du prix de journée mais que la réforme de 1983 a instauré pour le secteur public (hôpitaux et établissements privés PSPH) le mécanisme du budget global.

Jusqu'aux années 1990, on distinguait trois types de tarification pour les établissements privés [Pellet, 2000].

D'abord le **tarif préfectoral** dit prix de journée. Fixé par le Préfet, ce tarif s'impose aux caisses de sécurité sociale. C'est un « tout compris » qui recouvre l'ensemble des frais engagés pour la prise en charge autres que la rémunération des médecins. Ce tarif ne concerne que les établissements recevant les bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que certains établissements de moyen et long séjour.

Ensuite, le **tarif d'autorité**. Il correspond à un tarif fixé par des petites cliniques elles-mêmes dans les limites fixées par le Préfet — la Caisse déterminant d'autorité le montant de sa prise en charge. Ces établissements ne font pas l'objet d'un agrément des Caisses de la Sécurité Sociale.

Enfin, le **tarif conventionnel**. C'est le mécanisme le plus connu : il est le résultat d'une négociation entre les syndicats de cliniques, l'Etat et l'Assurance Maladie (loi de 1970). Ce tarif comprend le forfait journalier de séjour et des soins infirmiers, le forfait de salle d'opération et enfin le forfait journalier pour les médicaments coûteux.

La décennie 1990 a considérablement modifié la régulation financière du secteur hospitalier privé. Tout d'abord, par un accord du 6 janvier 1992 entre l'Etat et les syndicats professionnels de l'hospitalisation privée, a été fondé le principe de l'OQN, c'est-à-dire Objectif Quantifié National — principe équivalent au taux directeur d'évolution des dépenses du secteur public. Cet OQN a ainsi encadré l'évolution des dépenses du secteur privé régulé sur la base des budgets conventionnels.

Par ailleurs, la réforme de 1996 fixait la fin du tarif préfectoral, les établissements privés régulés par ce mécanisme pouvant alors choisir la participation au service public

hospitalier et le budget global. Les autres établissements privés sont ainsi tous financés par le budget conventionnel dans le cadre d'un Contrat national tripartite.

#### 2.2.1.4. Typologie du secteur hospitalier privé

Dès lors, on peut distinguer au sein du secteur hospitalier privé deux catégories d'établissements.

Les premiers sont ceux relevant du budget global. Ces établissements sont pour partie des établissements PSPH non lucratif et pour partie des établissements non lucratif non PSPH anciennement régulés par le tarif préfectoral ou par le tarif conventionnel mais ayant changé de mode de financement (une partie seulement).

Les seconds relèvent du mécanisme des tarifs, soit conventionnels soit d'autorité. Ils sont composés d'établissements non lucratifs non PSPH et des établissements lucratifs — ce sont les cliniques privées commerciales.

**Tableau 2. L'hétérogénéité du secteur hospitalier privé.**

Type de financement	Caractère commercial ou non	Relation au service public hospitalier	Etablissements
Dotation globale	Non lucratif	PSPH	PSPH
	Non lucratif	Non PSPH	Etablissements régulés avant par tarif préfectoral
OQN	Non lucratif	Non PSPH	Etablissements régulés avant par tarif préfectoral
	Lucratif	Non PSPH	Cliniques privées commerciales

Notre analyse s'est concentrée sur l'étude financière des **cliniques privées commerciales soumises à l'OQN**.

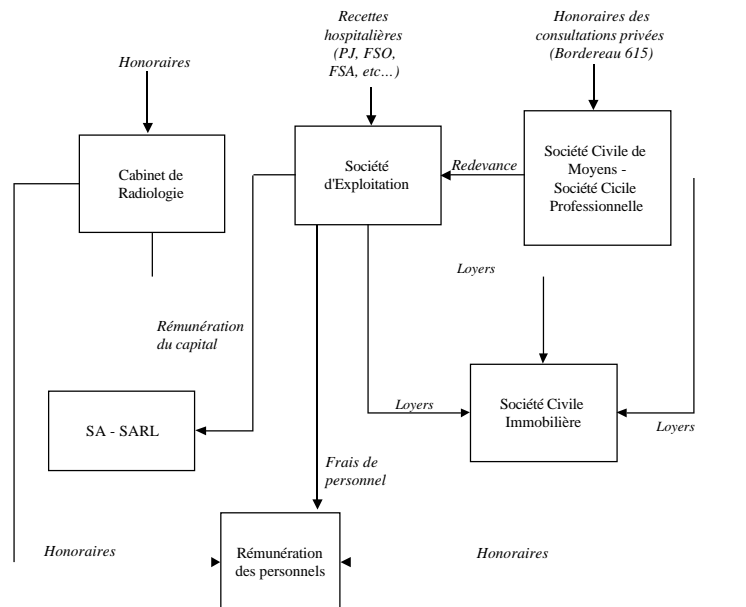
#### 2.2.2 Complexité de la clinique : le périmètre de l'objet

Nos analyses financières ont été réalisées sur les *sociétés d'exploitation* des cliniques privées à but lucratif françaises auxquelles la loi fait obligation de déposer leurs comptes de résultats et bilans aux greffes des tribunaux de Commerce comme toute entreprise commerciale. Mais, l'observateur attentif du système de santé remarquera que ces données comptables et financières ne permettent de conduire une analyse que sur une partie seulement du fonctionnement des cliniques privées. Derrière le terme générique « clinique » se cache en effet le plus souvent des montages juridiques et financiers plus ou moins complexes et plus ou moins opaques en fonction de l'histoire de la clinique, des relations des différents acteurs entre eux, et de la capacité de leurs conseils à traduire leurs désirs parfois contradictoires et inconciliables en structures juridiques. Ce que l'on appelle communément la clinique est le plus souvent la résultante de l'imbrication de plusieurs sociétés : une société d'exploitation, une société civile immobilière et une ou plusieurs sociétés civiles professionnelles (professionnelles et/ou de moyens) regroupant le plus souvent, et ce, séparément, des chirurgiens, des anesthésistes ou encore des radiologues, auxquelles peuvent s'ajouter des sociétés de fait, ou encore des associations. Face à ce qui ressemble le plus souvent à un véritable iceberg dont la société d'exploitation ne constitue bien souvent que la face émergée et publique, il est fort difficile d'embrasser, d'emblée, les comptes consolidés de celle-ci, sauf à reconstruire en amont les montages juridiques et

financiers de l'établissement, ce qui ne peut se faire uniquement à partir des données publiques.

Même si chaque « clinique » possède sa spécificité et si les montages peuvent être fort variés, le schéma type du montage juridique d'une clinique peut ainsi se présenter de la façon suivante [CERC, 1980 et Eurostaf, 1991].

**Figure 1. Montage juridico-financier d'une clinique.**



La reconstruction de tous les flux financiers nécessite ainsi de décrypter les montages juridiques des sociétés et les logiques des détenteurs de capitaux. La complexité de la clinique, derrière d'unité du mot, oblige le chercheur à ne plus se satisfaire d'une analyse quantitative au spectre large et incomplet mais à conduire des analyses qualitatives pour approfondir et compléter les recherches par un matériau inaccessible dans les bases de données publiques comme privées : les données consolidées ne sont pas détenues non plus par les grands syndicats de l'hospitalisation privée (UHP, FIEHP et FEHAP). Ce second champ de l'analyse a pu être abordé lors de nos interventions dans plusieurs cliniques privées en Rhône-Alpes ou en Languedoc-Roussillon : les éléments issus de ces restructurations compléteront nos analyses dans la quatrième partie de cet article.

### 2.2.3 Champs de l'étude : les activités observées

L'actualité du secteur hospitalier privé — en particulier les projets de fusion entre deux syndicats hospitalier, l'UHP et la FEHAP, mais aussi la place de plus en plus importante tenue par le secteur privé dans la prise en charge de certaines activités (comme la chirurgie) — nous a porté naturellement vers les activités relevant du court séjour, à savoir la médecine, la chirurgie et l'obstétrique et ainsi à restreindre notre champ d'analyse de façon volontaire. Les activités de psychiatrie, de moyen séjour et de long séjour ont ainsi été exclues de nos travaux. Néanmoins, la poursuite ultérieure de nos recherches devrait sans aucun doute nous amener à croiser et confronter l'évolution du secteur privé sur ces marchés-là aussi.

Rappelons, par ailleurs, que les cliniques privées ont réalisé, pour l'année 1999, environ 5 800 000 entrées pour un peu moins de 20 000 000 journées avec une durée moyenne de



séjour de 5,3 pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique [*Etudes et résultats*, DREES, juin 2001]. Le secteur hospitalier privé lucratif réalise ainsi 40% des entrées et 30% des journées. Mais ces activités sont réalisées avec 70 000 lits soit 30% du total de lits et avec une DMS inférieure de 15% à la DMS moyenne française pour les mêmes activités. Signalons aussi que les cliniques privées réalisent 35% des entrées de médecine, 49% des entrées de chirurgie et 38% des entrées d'obstétrique.

Plus spécifiquement, les cliniques privées semblent se spécialiser sur un certain nombre de prise en charge de pathologies. Ainsi, une étude de la DREES de décembre 1999 a-t-elle montré que les établissements de santé privés interviennent dans quatre groupes de pathologies dans plus d'un cas sur deux : maladies de l'œil, maladies de l'oreille, maladies de l'appareil digestif et maladies du système ostéo-articulaire (en particulier, en raison des actes endoscopiques). Par exemple, les opérations chirurgicales sur la cataracte sont réalisées à hauteur de 76% par les établissements privés. De la même façon, les lésions articulaires du genou ont donné lieu en 1997 à 88 000 arthroscopies (diagnostiques et/ou thérapeutiques) dont 72 500 ont été réalisées dans le secteur privé (soit 82%).

Les analystes du Ministère concluent de la façon suivante : « le recours massif au secteur privé trouve alors en grande partie son origine dans des actes diagnostiques ou thérapeutiques à *processus standardisé* générant un *grand nombre de séjours* et réalisés au cours d'*hospitalisations décidées à l'avance* ».

#### 2.2.4 L'échantillon des cliniques

Les comptes des cliniques privées commerciales ont été dépouillés à partir des comptes déposés aux greffes des Tribunaux de Commerce. Sur les 1 400 établissements présents sur la liste initiale, nous avons, dans un premier temps, soustrait les cliniques des DOM-TOM et de la région Ile-de-France (1 077 cliniques restantes) puis, dans un second temps, effectué le retraitement selon l'activité MCO des cliniques à partir des fichiers SAE des 21 régions françaises

L'échantillon final est donc composé de 635 cliniques privées (hors DOM-TOM et hors Ile-de-France) sur 21 régions. Le tableau suivant présente les données régionales (Tableau 3. L'échantillon quantitatif des 635 cliniques privées.).

**Tableau 3. L'échantillon quantitatif des 635 cliniques privées.**

Régions	Nbre de cliniques	Echantillon MCO	% total
Alsace	7	5	0,8
Aquitaine	102	58	9,1
Auvergne	30	19	3,0
Bourgogne	36	19	1,3
Bretagne	44	31	4,9
Centre	62	37	5,8
Champagne-Ardenne	18	17	2,7
Corse	16	10	1,6
Franche-Comté	13	11	1,7
Languedoc-Roussillon	102	44	6,9
Limousin	12	9	1,4
Lorraine	31	24	3,8
Midi-Pyrénées	73	37	5,8
Nord Pas de Calais	70	51	8,0
Basse Normandie	16	13	2,0
Haute Normandie	24	21	3,3
Pays de la Loire	51	40	6,3
Picardie	22	15	2,4
Poitou Charentes	36	23	3,6
Provence Alpes Côte d'Azur	210	92	14,5
Rhône-Alpes	102	59	9,3
<b>Total</b>	<b>1077</b>	<b>635</b>	<b>100,0</b>

[Source : retraitements GRAPHOS]

### 2.2.5 Les ratios de l'analyse financière

Notre analyse se fonde sur l'exploitation des données comptables et financières *classiques* (comptes de résultats et bilans des sociétés d'exploitation, et leurs données respectives) mais aussi sur un certain nombre de *ratios-clés* destinés à compléter et approfondir les analyses menées dans un premier temps. Le tableau suivant présente la définition des ratios calculés et mis en perspective pour évaluer la santé financière des cliniques privées.

**Tableau 4. Les ratios-clés de l'analyse financière (extraits).**

Intitulé	Formule simplifiée
Équilibre financier	Ressources durables / emplois stables
Indépendance financière	Fonds propres / ressources durables x 100
Endettement	Dettes de caractère financier / ressources durables x 100
Autonomie financière	Fonds propres / total bilan x 100
Liquidité générale	Actif circulant net / dettes à court terme
Rotation des stocks	Stocks x 360 / chiffre d'affaires net
Chiffre d'affaires par effectif	CA net / effectifs x 1000
Taux d'endettement	Dettes de caractère financier / (capitaux propres + autres fonds propres) x 100
Capacité de remboursement	Dettes à caractère financier / capacité d'autofinancement avant répartition
Capacité d'autofinancement	Capacité d'autofinancement avant répartition / (CA net + subventions d'exploitation)
Couverture du chiffre d'affaires par le fonds de roulement	Fond de roulement net global / CA net
Efficacité économique	Valeur ajoutée / effectifs x 1000
Marge d'exploitation sur chiffre d'affaires	EBE / (Ca net + subventions d'exploitation) x 100
Rendement des capitaux propres nets	Bénéfice ou perte / capitaux propres nets x 100
Résultat net sur chiffre d'affaires	Bénéfice ou perte / (CA net + subventions d'exploitation)
Taux de valeur ajoutée	Valeur ajoutée / CA net * 100
Part des salariés	(Charge de pers. + part des salariés aux résultats) / valeur ajoutée x 100
Part de l'Etat	(Impôts et taxes) / valeur ajoutée x 100
Part des prêteurs	Intérêts / valeur ajoutée x 100
Part de l'autofinancement	CAF avant répartition / valeur ajoutée x 100

### 3. Résultats

Notre analyse a porté dans un premier temps sur l'ensemble de l'échantillon (635 cliniques) puis, dans un second temps, nous nous sommes concentrés sur une analyse par régions.

#### 3.1. Analyse globale

##### 3.1.1 L'activité

De l'analyse des données se dégage un premier constat : l'augmentation continue depuis 7 ans, du chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques qui se montent respectivement à 26,6 milliards de FRF HT pour l'ensemble du secteur MCO, soit une augmentation de 4,35% par an. Le chiffre d'affaires moyen se porte ainsi à hauteur de 48,9 millions de FRF. Remarquons néanmoins un élément important : l'augmentation de la disparité des cliniques (augmentation de l'écart type de 24%). L'évolution du chiffre d'affaires moyen des

cliniques privées correspond à l'évolution du chiffre d'affaires moyen de l'entreprise française moyenne (autour de 5% de 1998 à 1999) selon les données de la COFACE.

**Tableau 5. Évolution du chiffre d'affaires et du résultat du secteur privé.**

Données en milliers de francs	Evolution 99-95 (en %)	1999	1998	1997	1996	1995
Chiffre d'affaires	13,6	26 658 128,0	27 198 156,0	25 547 819,0	25 681 266,0	23 475 675,0
Bénéfice ou perte	-60,6	222 168,0	168 144,0	343 412,0	495 568,0	563 339,0

[Sources : comptes des cliniques privées]

Par ailleurs, la clinique moyenne est bénéficiaire depuis 7 années dans une fourchette allant de 300 millions de francs en 1998 à 1 milliard de francs en 1995. Les résultats restent homogènes pour l'ensemble des cliniques sur la durée mais sont soumis à des variations très nettes (560 millions en 1995, 168 millions en 1998). On note cependant un ralentissement sensible des bénéfices depuis 1995.

### 3.1.2 La rentabilité

La rentabilité du secteur hospitalier privé est de 1,55% en moyenne depuis 1993. Mais, si de 1993 à 1996, les taux de rentabilité se situent aux environs de 2% (en 1995, la rentabilité atteint un maximum de 2,4%) ; on assiste depuis 1996 à une nette diminution de la rentabilité qui est de 0,83% en 1999.

Cette évolution est corroborée par la diminution du rendement des capitaux propres nets (c'est-à-dire le rapport entre le résultat et les capitaux propres nets) qui passe de 12,96% en 1995 à 4,03% en 1999 et par la diminution du rendement des ressources durables nettes qui passe de 14,16% en 1995 à 7,8% en 1999.

**Tableau 6. Données sur la rentabilité du secteur privé.**

Données en milliers de francs	Evolution 99-93 (en %)	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993
Rentabilité nette (%)	-51,7	0,8	0,6	1,3	1,9	2,4	1,8	1,7
Rend. des capitaux propres nets (%)	-59,5	4,0	3,0	6,7	10,2	13,0	9,8	9,9
Rend. des ressources durables nettes	-42,2	7,8	8,0	11,9	12,9	14,2	12,6	13,5

[Sources : comptes des cliniques privées]

De même, l'efficacité économique, c'est-à-dire le rapport entre la valeur ajoutée produite et les effectifs, est en diminution passant de 396 en 1993 à 216 en 1999, soit une baisse de 54%.

### 3.1.3 L'évolution du compte de résultat

L'évolution de la marge brute, c'est-à-dire la capacité de l'entreprise à absorber ses coûts de production, est à noter : +33%, plus que l'évolution du chiffre d'affaires ce qui tend à laisser penser que les cliniques privées concentrent leurs efforts sur l'absorption des coûts de production et la recherche de performance organisationnelle.

La performance économique, c'est-à-dire le rapport entre l'excédent brut d'exploitation et le chiffre d'affaires, est, de même, en nette diminution : il se situe en 1999 pour les

cliniques privées à hauteur de 2,3% alors qu'il est de 7,5% pour l'entreprise moyenne française. La performance a été divisée par deux depuis 1995 et a été surtout le fait de l'augmentation des charges de personnel (+35%).

**Tableau 7. Compte de résultat — secteur hospitalier privé.**

Données en milliers de FF	Moyenne	1999	Evolution 1995-99
Chiffre d'affaires net (H.T.)	21 545 988	26 658 128	13,6
Achats march. et autres approv.	4 363 350	5 254 865	8,7
Marge brute	20 785 514	25 928 428	15,2
Marge commerciale	-92 541	-30 968	-40,2
Consommation de l'exercice	8 550 280	10 892 578	17,3
Valeur ajoutée	12 142 688	15 004 885	13,8
Charges de personnel	9 448 372	11 880 926	17,2
Impôts, taxes et vers. assimil.	1 312 911	1 736 403	27,2
Subventions d'exploitation	19 384	24 981	67,5
Excédent brut d'exploitation	1 400 789	1 412 537	-16,5
Autres Prod., char. et Repr.	431 346	573 940	20,3
Dot. d'exploit. aux amort. et prov	1 022 717	1 315 212	18,2
Résultat d'exploitation	811 908	671 240	-37,7
Opérations en commun	42	-1 337	-289,9
Produits financiers	160 716	178 193	-26,3
Charges financières	269 859	241 831	-24,6
Dont Intérêts et ch. assimil.	242 598	225 539	-23,6
Résultat courant avant impôts	702 806	606 259	-39,3
Bénéfice ou perte	319 596	222 168	—

[Sources : comptes des cliniques privées]

### 3.1.4 La structure financière

La capacité d'autofinancement est en diminution très nette depuis 1995 passant de 1,4 milliards à 1 milliard, soit une baisse de 28% ce qui obère les capacités d'investissement du secteur hospitalier privé.

Le fonds de roulement net global, de la même façon, diminue de 41% de 1995 à 1999, passant de 1,2 milliards à 750 millions pour l'ensemble du secteur ce qui nous renseigne sur les capacités financières au quotidien des cliniques privées. Les années 1998 et 1999 sont marquées par des taux de variations négatifs supérieurs à -15%.

L'endettement, enfin, est en diminution passant de 27% en 1993 à 21,6% en 1999.

**Tableau 8. Évolution de la structure financière des cliniques privées.**

Données en milliers de francs	Evolution 99-93 (en %)	1999	1998	1997	1996	1995
Capacité d'autofinanc. avant réparti	-28,0	1 025 244,0	1 138 049,0	1 292 103,0	1 409 565,0	1 424 128,0
Fonds de roulement net global	-41,4	750 408,0	884 713,0	1 116 786,0	1 268 351,0	1 279 760,0
Endettement (%)	-8,8	21,6	20,6	21,2	22,2	23,7

[Sources : comptes des cliniques privées]

### 3.1.5 Marges et valeur ajoutée

L'évolution des marges financières du secteur hospitalier privé confirme un certain nombre d'hypothèses soulevées précédemment.

**Tableau 9. Évolution des taux de marge, secteur hospitalier**

	Evolution 1993-99	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993
Taux de marge commerciale (%)	-53,8	-4,2	-14,7	-18,6	-16,8	-5,3	-15,7	-9,1
Taux de valeur ajoutée (%)	2,2	56,3	56,7	57,4	56,6	56,1	55,9	55,1
Part des salariés (%)	1,3	79,7	79,6	77,8	77,4	77,7	78,5	78,7
Part de l'Etat (%)	9,7	13,3	13,2	13,6	13,2	12,9	12,2	12,1
Part des prêteurs (%)	-46,8	1,5	1,6	1,8	1,9	2,2	2,4	2,8
Part de l'autofinancement (%)	-29,7	6,8	7,4	8,8	9,7	10,8	9,8	9,7

**privé.**

[Sources : comptes des cliniques privées]

On remarque, en premier lieu, une stabilité du taux de valeur ajoutée autour de 56% de 1993 à 1999. En second lieu, soulignons la diminution sur ces sept années de la part des prêteurs (qui passe de 2,4% à 1,5% en 1999) et de la part de l'autofinancement (qui passe de 9,8% en 1993 à 6,8% en 1999). A contrario, la part des salariés a augmenté de plus de 1% depuis 1993, comme la part de l'Etat qui passe de 12,2% en 1993 à 13,3% en 1999.

## 3.2. Analyse par régions

L'analyse des données financières par régions s'est concentrée sur les indicateurs principaux, à savoir le chiffre d'affaire, le résultat et la rentabilité.

### 3.2.1 L'analyse du chiffre d'affaires

L'analyse du chiffre d'affaires des cliniques pour l'année 1999 montre une disparité importante pour les 21 régions françaises étudiées. En effet, l'écart type par rapport au chiffre d'affaires moyen est de 10,1 millions soit environ 20%.

Le chiffre d'affaires est ainsi compris entre la borne la plus haute qui est de 70 millions (Lorraine) et la borne la plus basse qui est de 25,7 millions (Corse).

Les régions qui ont les chiffres d'affaires les plus bas sont donc la Corse (25,7 mF), le Poitou-Charentes (40 mF) et enfin l'Auvergne et la Franche-Comté (41 mF).

Les régions qui ont les chiffre d'affaires les plus hauts sont la Lorraine (70 mF), la Champagne-Ardenne (65 mF), les Midi-Pyrénées (64 mF) et l'Alsace (62 mF).

**Figure 2. La carte de France des cliniques privées : leur chiffre d'affaires en 1999.**



[Sources : comptes des cliniques privées]

### 3.2.2 L'analyse du résultat

La disparité régionale des résultats est encore bien plus grande.

On compte ainsi six régions sur les 21 régions observées qui ont un résultat négatif (France-Comté, Midi-Pyrénées, Lorraine, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes). Les pertes enregistrées se tiennent dans une fourchette allant de -2 millions de francs (France-Comté) à -130 000 francs (Rhône-Alpes).

Les 15 autres régions ont des résultats moyens positifs ce qui ne veut pas dire que toutes les cliniques font des bénéfices dans ces régions. Néanmoins, dans ces régions, les bénéfices sont compris dans une fourchette qui va de 1,5 millions pour la Champagne-Ardennes à 78 000 francs pour la Corse.

Au titre des régions avec des cliniques globalement très bénéficiaires, soulignons la Champagne-Ardennes (1,5 mF), l'Auvergne (1,3 mF), la région Centre (1 mF), le Nord-Pas-de-Calais (0,9 mF) et enfin la Haute-Normandie (0,86 mF).

### 3.2.3 L'analyse de la rentabilité

L'étude de la disparité régionale de la rentabilité des cliniques privées confirme les résultats précédents, à savoir des situations locales très contrastées. Globalement, hormis trois exceptions (Rhône-Alpes : -4,7%, Languedoc-Roussillon : -7,2% et Alsace : 10%), les

rentabilités se situent aux environs de 1% ce qui confirme la rentabilité moyenne du secteur qui est de 1,3%.

**Figure 3. La carte de France des cliniques privées: leur rentabilité en 1999.**



[Sources : comptes des cliniques privées]

En définitive, il semble que la région France-Comté semble être un terrain difficile pour les cliniques privées comme en témoignent les trois indicateurs analysés. Des quatre grosses régions (Rhône-Alpes, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais), ce sont les cliniques de la région Rhône-Alpes qui sont en plus mauvaise santé financière accusant une rentabilité de  $-4,7\%$  et un résultat moyen de  $-130\ 000$  francs.

Soulignons enfin la difficulté de ce genre d'analyses financière car, outre la complexité des montages juridiques des cliniques, comme nous le disions supra, qui perturbe la lisibilité des données, certains établissements privés, pourtant astreints comme les entreprises à déposer leurs comptes aux greffes des Tribunaux de commerce, ne le font pas.

#### **4. Analyses : la clinique à la croisée des chemins**

À la lumière de ces premières analyses se dégagent trois pistes de réflexion principales. Tout d'abord, il nous semble que le marché hospitalier privé n'est pas un vrai marché en raison des fortes contraintes réglementaires qui encadrent la fixation des prix des cliniques (1). Ensuite, face à ces contraintes, les cliniques imaginent de nouvelles solutions pour optimiser leur structure de production et accroître leur rentabilité, en particulier en développant des réseaux avec les autres professionnels de santé (2). Enfin, il apparaît, au terme de notre réflexion, que la variable organisationnelle constitue un facteur clé de succès primordial bien que souvent oublié (3) dans la performance des cliniques privées.



## **4.1. La rentabilité de la clinique et les facteurs d'impuissance**

La faible rentabilité de la clinique (1,3% en moyenne depuis 1993) a pour origine deux séries de facteurs qui, se conjuguant, contribuent à limiter les capacités de développement de ces entreprises.

### *4.1.1 L'hétérogénéité tarifaire des cliniques et les rentes de situation*

En dépit de leur statut privé, les cliniques sont soumises à un ensemble de contraintes réglementaires qui encadrent fortement la fixation de leurs prix et conditionnent fortement leur rentabilité. Si les honoraires des praticiens exerçant dans un établissement privés sont libres, en revanche il n'en est rien des rémunérations versées à la clinique. Le prix de journée, qui constitue la part la plus importante du CA de la clinique, est ainsi soumis à agrément de la tutelle. Il en va de même des différents forfaits versés par la Sécurité Sociale à l'occasion de la réalisation d'actes chirurgicaux, qu'il s'agisse de FSO (forfaits de salle d'opération), de FA (Forfait d'Accueil), de FE (Forfait d'Environnement). Ces forfaits, fixés à l'origine en fonction du degré de technicité de l'établissement, n'ont jamais été révisés depuis hormis les glissements tarifaires d'une à année à l'autre pour suivre l'évolution générale des prix. Faute de réévaluation de la répartition de la valeur de ces forfaits, se sont ainsi créées de véritables rentes de situation dont profitent certains établissements aux dépens d'autres sans réelle justification du point de vue technique. Cohabitent au sein d'une même région, voire d'un même département ou d'une même ville, des établissements qui touchent, par exemple, l'un 19 francs au titre du FSO pour chaque K facturé, et l'autre 30 francs au titre du même FSO, soit un écart de plus de 57%, pour des activités de nature et d'intensité quasiment similaires, et par conséquent pour des structures de coûts également très proches.

Dans ce contexte, les établissements privés n'ont d'autre marge de manœuvre que d'accroître leur CA en jouant par exemple sur le supplément pour chambres individuelles, qui compte pour une faible part dans le CA et de réduire leur charges.

### *4.1.2 La divergence des intérêts et des logiques d'action*

La clinique est, par construction, une organisation complexe qui associe des praticiens libéraux (rémunérés à l'acte) de plusieurs spécialités médicales en fonction des segments d'activité sur lesquels la clinique a choisi de se porter. Les praticiens facturent directement au patient sous forme d'honoraires le prix de leur intervention, et reversent à la clinique une partie de leurs revenus ainsi gagnés sous la forme d'une redevance (généralement proportionnelle aux montants de leurs honoraires) censée couvrir le coût des moyens mis à leur disposition pour l'exercice de leur art. Cohabitent ainsi au sein d'un même système deux logiques d'action différentes, d'une part celle des praticiens libéraux guidée par la recherche d'un CA maximum, et d'autre part celle de la clinique, dont le résultat final est fonction d'une optimisation entre le nombre de patients (chaque patient générant un chiffre d'affaires forfaitaire sous la forme d'un prix de journée) et la nature des actes réalisés (qui génère un chiffre d'affaires proportionnel aux nombres de K facturés). Un tel système, qui fonctionne parfaitement tant que le nombre de patients par praticien est suffisant, se met à dysfonctionner dès lors que, faute d'un volume de patients suffisant, un praticien augmente ses honoraires au moyen de dépassements d'honoraires pour maintenir un revenu cible alors même que ces dépassements ne sont pas ou peu remboursés par les assurances et mutuelles des patients. Indolore pour le praticien, cette opération est en revanche extrêmement périlleuse pour la clinique dès lors que les dépassements trop élevés provoquent la fuite d'une partie de la clientèle, et par conséquent une perte de CA sous forme de prix de journée, de supplément pour chambre individuelle et de forfaits pour la

clinique. Le risque est d'autant plus grand que la fuite de clientèle provoquée par les dépassements peut inciter le praticien à augmenter encore ses dépassements pour compenser la fuite, créant ainsi un cercle vicieux.

Si le comportement des praticiens non associés au capital de la clinique peut paraître économiquement rationnel dans un tel contexte — il s'agit ni plus ni moins que d'un comportement d'optimisation des revenus sous contraintes —, celui des praticiens-actionnaires est en revanche beaucoup plus paradoxal, puisqu'il conduit à dégrader la rentabilité d'un outil de production dont ils sont eux-mêmes propriétaires. À défaut d'être capable de convaincre leurs actionnaires de l'irrationalité économique d'une telle démarche, les cliniques n'ont alors d'autre solution que de tenter de limiter contractuellement le montant des dépassements, si tant est que le contrat des praticiens le permette.

#### **4.2. Face aux contraintes, de nouvelles perspectives**

Des résultats précédents, se dégagent deux séries d'hypothèses quant aux formes de l'innovation, d'une part, et aux conséquences organisationnelles de ces innovations, d'autre part.

Tout d'abord, il semble que les établissements soient entrés depuis le début des années 90 dans une nouvelle phase d'innovation fondamentalement différente de celles des années précédentes. Si les années 1960 ont nécessité des *innovations immobilières* et architecturales avec la construction de nouveaux bâtiments adaptés aux préceptes et aux contraintes de la médecine moderne, les années 1970-90 se sont caractérisées par la déconcentration et l'essaimage des innovations technologiques. Bénéficiant de l'effet conjugué de la miniaturisation et de l'informatisation, celles-ci se sont notamment dispersées au sein des établissements et ont été le fait des *disciplines médicales* elles-mêmes.

Cette phase s'estompe progressivement au profit d'une troisième forme d'innovation technologique, à nouveau plus concentrée. Les innovations technologiques sont désormais *intégrées* au sein des établissements et *partagées* avec d'autres professionnels de santé (individus ou autres établissements) du fait des investissements importants qu'elles nécessitent. Ainsi, dans un premier temps, le mouvement a consisté à ne plus affecter et réserver de plateaux techniques par discipline mais bien plutôt à mettre en commun les plateaux techniques afin de réduire les charges indirectes. Dans un second temps, les établissements réfléchissent au partage des équipements technologiques, non plus seulement en interne, mais avec des médecins libéraux, spécialistes ou généralistes. Par exemple, une des clinique dans laquelle nous sommes intervenus, proposait, dans le cadre de son nouveau projet médical, d'ouvrir son plateau technique — refait à neuf en 1999 — à la fois à des ophtalmologues et des médecins généralistes situés dans le bassin local de recrutement des patients. Ce partage de plateaux techniques contribue ainsi à ne pas consommer de la ressource sans mise en œuvre d'activité (objectif financier) mais aussi à tisser des relations (voire un réseau informel) avec les médecins libéraux de la proximité (objectif relationnel).

Mais, alors que les moyens financiers des établissements sont de plus en plus réduits, l'un des problèmes centraux des établissements privés (comme publics) face à cette inflation technologique, réside dans la superposition et la sédimentation des équipements au fil de l'histoire, qui, dans un contexte de ressources limitées, obèrent les capacités d'investissement. Une telle situation peut inciter des cliniques, aujourd'hui, à ne pas renouveler certains matériels particulièrement coûteux, notamment en oncologie, ce qui

pose problème en termes de santé publique alors même que le secteur privé réalise en France près de 60% de l'activité chirurgicale.

À la lumière de ce qui précède, on comprend que la révolution technologique ne peut pas ne pas bouleverser l'organisation hospitalière telle qu'elle fonctionnait trente, voire vingt ans, en arrière. La contrepartie de cette mutation technologique ne se situe pas seulement au niveau de la médecine et de l'amélioration des moyens de diagnostics et de traitement qu'elle procure, mais aussi au niveau de l'organisation à mettre en œuvre pour répondre aux nouvelles pratiques qu'elle induit. Si, dans les domaines informatiques et administratifs les innovations sont très variables selon les établissements privés, allant du simple « jeu de boulier chinois » au progiciel de gestion intégré, la concentration de matériels de plus en plus lourds et de plus en plus sophistiqués en un même lieu consacre en revanche le rôle central du plateau technique qui constitue bien souvent un goulet d'étranglement dans la prise en charge. Dès lors, l'optimisation de son fonctionnement passe par la recherche de performance organisationnelle interne mais aussi, en second lieu, par le partage du plateau technique avec d'autres et en particulier les médecins libéraux.

Ensuite, les innovations technologiques requérant des investissements lourds, les établissements sont confrontés à la question de l'externalisation de ce qui ne constitue pas à proprement parler le cœur de l'activité (entretien, nettoyage, maintenance, linge, cuisine, etc.).

#### **4.3. Mythes et réalités des facteurs clés de succès de la clinique privée**

Selon le modèle développé par Heinrich et Valérian dans leur ouvrage *La santé marchande* (1991), trois facteurs de rentabilité ont, depuis longtemps, été identifiés s'agissant des cliniques commerciales : la richesse du plateau technique, la renommée des praticiens et la qualité de l'hôtellerie. Si ces facteurs nous renvoient à une définition non strictement financière de la rentabilité mais plutôt liée à la notion *d'image* et de *réputation*, il n'en reste pas moins que la variable organisationnelle est le plus souvent oublié comme condition nécessaire mais non suffisante à la performance des cliniques privées.

L'une des hypothèses de l'actuel mouvement de restructuration de l'hospitalisation privée consiste à considérer les rationalisations comme une réponse organisationnelle à la question de la contradiction des objectifs de l'organisation et des praticiens libéraux. En effet, la profession médicale est historiquement et sociologiquement un métier inscrit dans une logique individualiste. Nous pensons donc que les restructurations cherchent à élaborer des dispositifs qui visent à faire coïncider — au mieux — exercice libéral de la médecine et organisation.

À ce titre, le directeur de clinique — comme *organisateur* de la clinique — constitue un maillon essentiel de la performance des cliniques tant sa fonction est au centre de l'organisation. L'apparition de la fonction de directeur professionnel se situe à un moment de l'histoire particulièrement révélateur du fonctionnement des cliniques. La fonction de directeur est en fait intrinsèquement liée à l'évolution des configurations des cliniques qui se sont succédées depuis 40 ans : de maisons familiales, les cliniques sont, de façon synthétique, passées à des sociétés de gestion complexes.

La fonction de directeur de clinique n'a pas toujours existé. Les premières cliniques, nées après la seconde guerre mondiale, sont le plus souvent des petits établissements privés fondés par un chirurgien — figure charismatique que l'on retrouve encore aujourd'hui, les « grands patrons » ou encore les « mandarins ». L'activité de la clinique est ainsi le plus souvent spécialisée sur un segment chirurgical (l'orthopédie, le digestif, la chirurgie générale) ou sur une activité obstétricale dans le cas d'une maternité. La clinique, de taille

réduite (20-30 lits), relève de l'entreprise individuelle voire familiale dans le cas d'évolutions de celle-ci [GRAPHOS, 2000].

Mais, des contraintes inhérentes à toute activité économique (même dans le secteur de la santé) ont pu conduire certains établissements à se restructurer. Par exemple, créée sur un segment initial en chirurgie orthopédique en 1964, la clinique A., après le départ du fondateur — orthopédiste de renom, a cherché à diversifier son activité en recomposant son offre de soins (venue d'un chirurgien digestif, puis d'un chirurgien ORL puis, plus récemment, d'un chirurgien vasculaire, et enfin rachat de la maternité située dans la même ville).

Cette diversification des activités, cet agrandissement de la taille (nouvelles extensions architecturales) et du volume d'activité a conduit à faire appel à une fonction spécialisée dans le management des hommes, des produits, de la finance, etc. : le directeur d'établissement. Ainsi, le directeur apparaît dans les cliniques privées lors du passage de la maison familiale à la société de gestion sous sa forme la plus simple (SARL ou SA, avec SCI). Ces transformations se rapprochent des analyses menées sur l'évolution des entreprises familiales et des petites et moyennes entreprises [GREPME, 1994 ; Witterwulge, 1998 et Torrès, 1999]. Ainsi, Chandler cherche à expliquer, dans un ouvrage fondateur *La main visible des managers*, les restructurations industrielles du 19<sup>ème</sup> siècle. Il explore en particulier la naissance de la profession de manager comme étant un moment fort de l'industrialisation croissante des Etats-Unis et des transformations des entreprises confrontées à l'agrandissement de leur taille, à la diversification, à l'augmentation de leur production et enfin à l'évolution de leurs corps de métiers. Chandler et d'autres [Chandler, 1999 ; Galbraith, 1989] voient notamment dans l'émergence d'un corps spécialisé dans le management — appelé *technostructure* — le signe d'une modernisation des organisations.

Le profil de la fonction de directeur de clinique a évolué au cours des restructurations et notamment de la complexification des activités économiques mais aussi de l'augmentation des contraintes réglementaires du secteur privé. Les cliniques, confrontées à la nécessité de faire appel à la fonction de direction, devant l'absence d'un corps spécialisé et formé au management des cliniques privées, ont dans un premier temps mis en place des solutions d'ajustements partiels, transitoires et d'efficacité relative. Le passage d'un modèle à l'autre — de la maison familiale sans gestionnaire à la société de gestion hyper spécialisée et confrontée à des problèmes financiers, immobiliers et économiques sans commune mesure avec les débuts des maisons de santé, passage symbolisé par la naissance de la fonction de direction, s'est effectué en deux temps.

Le premier temps a pris la forme de la prise de conscience de l'impossibilité, à un moment donné, de cumuler, en tant que PDG, la gestion d'une unité économique (se complexifiant et requérant du temps et des compétences) et la réalisation d'une activité médicale. Pour répondre à ce besoin émergent, les cliniques font appel, non pas à un corps spécialisé, mais à des dirigeants issus de milieux professionnels divers. Ainsi, le marché des dirigeants de cliniques a-t-il pu être massivement investi, dans les années 1960-70 par d'anciens militaires à la retraite convertis à la direction de cliniques privées. De même, des professionnels de tout horizon (économique, industrie, finance, ingénieur, etc.) accèdent ainsi à ces fonctions [CEPME, 1989]. En parallèle, l'ancien modèle peut perdurer et voir des praticiens continuer d'exercer la fonction de gestionnaire en même temps que leur activité médicale.

Le second temps est celui de la *professionnalisation émergente* de la fonction de direction à laquelle nous assistons. Cette évolution trouve son expression dans plusieurs éléments, et

notamment le recours à des gestionnaires spécialisés issus de cursus de formation en management (écoles de commerce, par exemple) ou en management des cliniques privées.

## **5. Conclusion provisoire et partielle**

Au terme de cette analyse encore partielle, la clinique privée ne désigne pas une mais des réalités différentes selon que l'on considère le périmètre juridique, la forme et la nature des activités réalisées, les modes d'association des praticiens ou encore les détenteurs du capital. L'entité « clinique » recouvre ainsi un legs économique-juridico-financier plus ou moins complexe et plus ou moins opaque de structures et d'acteurs qui rend toute investigation particulièrement difficile.

L'étude des données financières témoigne d'un secteur très hétérogène, où cohabitent quelques grands groupes rentables avec une multitude de cliniques petites et moyennes dont les résultats sont plus variables.

Au delà des disparités statistiques, la clinique comme l'hôpital se trouve aujourd'hui confrontée à une innovation technologique de plus en plus coûteuse qui modifie profondément les modes d'exercice de la médecine : de plus en plus d'actes, de plus en plus d'acteurs, de moins en moins de temps, telle est l'équation de la prise en charge de plus en plus intensive à laquelle doivent s'adapter les établissements de santé.

La clinique privée est particulièrement bien armée pour s'adapter à cette nouvelle donne si l'on considère que, par essence même, un établissement privé est un réseau formel et informel de praticiens et de structures liés par l'exploitation d'un ou plusieurs plateaux techniques.

Cette souplesse, cette porosité consubstantielles de la clinique ne peuvent toutefois suffire à garantir la pérennité des établissements de santé dans un environnement de plus en plus concurrentiel où les contraintes réglementaires encadrent fortement la fixation des prix tout en protégeant certaines rentes de situation. Si les innovations développées par les cliniques, qu'il s'agisse de la mise en réseau des équipements ou plus largement du partage des moyens et des hommes, offrent les moyens de répondre à ces nouvelles contraintes, leur efficacité demeure suspendue à la mise en place de modes d'organisation permettant de faire converger les logiques d'action parfois antagonistes du praticien individuel et de l'entité collective « clinique ».

## 6. Bibliographie

- ATTIA P., *L'hospitalisation privée en France à travers quatre méthodes d'analyse*, Paris, Faculté de Médecine, Broussais—Hôtel Dieu, Thèse de Doctorat en médecine, 1988, 123p.
- BENICHOU A., (resp.) *Les contraintes du praticien dans sa clinique*, Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, Ed. Arnette, 1992, 63p.
- BEUDAERT M., « Les comptes des cliniques privées de 1992 à 1998 », in *Etudes et Résultats*, DREES, n° 77, août 2000, 8p.
- CERC, *Le coût de l'hospitalisation, Tome 4 : Les établissements de soins privés*, Volume A, n°54, 1980, 196p., Volume B, Doc. CERC, n°60, 1981, 99p., Volume C, n°65, 1983, 117p.
- BONNIOL V., HARTMANN L., « La tarification des cliniques à la lumière du PMSI », in *Revue d'Economie Publique*, n° 2, 1998, pp. 115-140
- BONNIOL V., MOUGEOT M. et alii, *Efficacité de la dépense publique, Cohérence des instruments de régulation*, Rapport scientifique du GREQAM, Commissariat Général au Plan, janvier 1999, 389p. + Annexes
- CARRASCO V., JOUBERT M. et THOMPSON E., *L'activité des établissements de santé en 1999*, Etudes et Résultats, DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n°118, juin 2001, 8p.
- CREDIT D'EQUIPEMENT DES PME, *Les cliniques : dirigeants, financements, investissements*, Paris, Déc. 1989, 14p.
- CHANDLER R., *La main visible des managers*, Economica, juin 1999 (rééd.), 636p.
- CLAVERANNE J.P., PARMENTIER G., « Les cliniques, entre crise conjoncturelle et effondrement du cadre de référence », in *Hospitalisation Nouvelle*, n°275, mai 2000, pp.29-31
- CNAMTS, *L'activité chirurgicale dans les établissements de santé*, Enquête GAIN, Echelon National du Service Médical, 1992, Tomes 1 et 2, 367p. et 379p.
- CTC CONSEIL — UHP, *Le bilan économique de 1998*, Observatoire des cliniques privées, 1999
- DAVID A., "Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion", in *Actes de la Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique*, Paris, 1999.
- EUROSTAF — DAFSA, *Les cliniques privées en France : nouvel environnement et perspectives*, Paris, mai 1991, 235p.
- EUROSTAF — DAFSA, *Perspectives stratégique et financières*, 1996
- FORGES J.M. (dir.), *L'hospitalisation privée*, Revue de Droit Sanitaire et Social, « Extraits », n°3, 1990, pp.456-491
- FREY F., *Les cliniques privées, de la réforme de 1970 à l'acte unique européen*, Thèse de Doctorat en médecine générale, Université Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg, 1990, 109p.
- GADREAU M., « Les fondements économiques d'une maîtrise des dépenses de santé », in *Revue Française des Affaires Sociales*, juillet-sept. 1981
- GALBRAITH J.K., *Le nouvel Etat industriel, Essai sur le système économique américain*, Paris Gallimard, Coll. « Tel », 1989 (3<sup>ème</sup>), 473p.
- GRAPHOS, *Les restructurations hospitalières : les logiques du public à l'épreuve du privé*, Réponse à l'appel d'offre — Programme de recherche MiRe « Restructurations hospitalières », GRAPHOS UMR CNRS 5823, Université Jean Moulin Lyon III, Lyon, janvier 2000, 25p.
- GREPME, *Les PME, Bilans et perspectives*, Paris, Economica, Presses Inter Universitaires, 1994, 437p.
- HEINRICH L., VALERIAN F., *La santé marchande : cliniques commerciales et commerce des cliniques*, Ed. ENSP, Rennes, 1991, 147p.
- HUBERMAN A. M., MILES M. B., *Analyse des données qualitatives, Recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, Ed. De Boeck-Wesmael, Coll. Pédagogies en développement, 1991, 480p.
- LE FIGARO, *Le palmarès des 900 cliniques de France*, Dossier spécial, n° du 25 septembre 1999, pp. 86-126
- LEROUX A, POL V, *Les cliniques en observation*, Ed. « Développement et Relations Commerciales », 1989, 181p.
- LORCA F., *Les cliniques commerciales, bilan et perspectives*, Mémoire ENSP, Rennes, 1990, 129p.
- LUCAS-BALOUPI, *Médecins — Cliniques : 100 questions sur le contrat d'exercice*, Paris, Editions SCROF, juin 1992, 414p.
- MARTIN-HOFFMANN F., *Histoire des cliniques privées de Strasbourg*, Strasbourg, Faculté de médecine, Thèse de Doctorat en médecine générale, 1993, 90p.
- MEMETEAU G., « Contrats entre médecins et cliniques », in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, janv.-mars 2000, n°36 (1), pp.96-107

- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, *Cartes régionales de la recompositions hospitalières de l'offre de soins*, Direction des Hôpitaux, Paris, 1999, 175p.
- MOSSE P., GERVASONI N. ET KERLEAU M., *Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies*, Document MiRe, Convention n°6, Paris, 1999, 81p.
- MOSSE P., *Les restructurations hospitalières : quels référents pour quels compromis*, Document de travail, Séminaire ATES n°5, Dijon, nov. 2000, 27p.
- MOUQUET M.C., JOUBERT M. et TUDEAU L., *Les pathologies prises en charge à l'hôpital*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, n° 41, déc. 1999, 8p.
- MUCCHIELLI A., *Les méthodes qualitatives*, Paris, PUF, 1991 (1<sup>ère</sup> éd.), 126p.
- NOGUES M., *Le classement des cliniques privées : des procédures aux stratégies de gestion*, Paris, Ed. Jonh Libbey Eurotext — CESEGHP, 1992, 149p.
- NOUZAREDE J., *Du rachat des cliniques privées à but lucratif par les hôpitaux...*, Mémoire de stage, Ecole Polytechnique, Paris, 1994, 24p.
- PELLET K., *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial*, Thèse de Doctorat ès sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon III, GRAPHOS UMR CNRS 5823, février 2000, 337p.
- ROSSINI E., *Les établissements de santé privés à but non lucratif*, Paris, LGDJ, 1992, 297p.
- SAULQUIN J.Y., *La clinique en observation : formulation d'un diagnostic et relation à l'efficacité*, Thèse de Doctorat ès Sc. de Gestion, I.A.E. de Poitiers, 1995, 442p. + annexes
- STROEBEL P., MOSSE P. (coord.), « Les restructurations hospitalières », in *Revue Française des Affaires Sociales*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, n° spécial, n°2, avril-juin 2001, pp. 5-78
- TANTI-HARDOUIN N., *L'hospitalisation privée, Crise identitaire et mutation sectorielle*, Paris, La Doc. Française, Coll. « Les Etudes », 1996, 205p.
- THIETART R.-A. (Dir.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, Coll. Gestion Sup, 1999, 535p.
- TORRES O. (coord.), *PME, De nouvelles approches*, Paris, Economica, 1998, 187p.
- UNION HOSPITALIERE PRIVEE, *Livre Blanc des Cliniques Françaises*, Hospitalisation Nouvelle, Suppl. n°182, mai 1990, 89p.
- VALERIAN F., « Peut-on gérer des chirurgiens ? », in *Gérer et Comprendre, Annales des Mines*, mars 1990, pp. 27-35
- WACHEUX F., *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*, Paris, Economica, Coll. Gestion, 1996, 290p.
- WTTTERWULGHE R., *La PME, Une entreprise humaine*, Bruxelles, De Boeck Université, 1998, 173p.
- YIN R., *Case Study Research*, London, Sage Pub., 1994 (2<sup>nde</sup> éd.), 161p.

## 7. Netographie

- [www.generale-de-sante.fr](http://www.generale-de-sante.fr) : le site de la Compagnie Générale de Santé, avec une présentation du groupe et des actionnaires, de l'histoire et de la politique stratégique du groupe ainsi que des établissements appartenant à la société mère.
- [www.clinique-privee.com](http://www.clinique-privee.com) : le site du syndicat de la FIEHP, avec une revue de presse sur l'actualité, les différents syndicats de spécialités, la liste des adhérents, etc.
- [www.uhp.fr](http://www.uhp.fr) : le site d'un autre syndicat de l'hospitalisation privée avec des renseignements sur l'actualité, les établissements membres, les publications.
- [www.chu-rouen.fr](http://www.chu-rouen.fr) : le portail santé français du CHU de Rouen propose, entre autres, la liste des cliniques répertoriées sur Internet.