

La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010

Éric THUAUD (DREES)

En 2010, le chiffre d'affaires des cliniques privées augmente de 3,1%, soit une croissance légèrement moins dynamique qu'en 2009 (3,9%). Leur rentabilité économique moyenne est estimée en 2010 à 1,7% de leur chiffre d'affaires, en légère baisse par rapport à 2009 et 2008 (2,1%), et significativement plus faible que le maximum connu en 2005 (3,1%).

La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, présente une grande hétérogénéité : plus d'un quart d'entre elles subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 11,4%. La rentabilité économique moyenne des cliniques du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) se stabilise à 1,4%. Celle des cliniques du secteur hors MCO est deux fois plus élevée (2,9%), malgré une baisse de 0,9 point en 2010.

Cette étude présente la situation économique des cliniques privées à but lucratif en 2009 et 2010, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Il s'agit d'une actualisation de l'étude publiée en mars 2012¹ qui s'appuyait sur des résultats provisoires pour l'année 2010. Ces données ne sont pas disponibles pour environ 15 à 20 % des cliniques selon les années au moment de l'étude. Toutefois, grâce à une repondération des données tenant compte de la non-réponse, fondée sur le personnel des cliniques déclarées dans la Statistique annuelle des

établissements de santé (SAE), les résultats publiés dans cette étude sont représentatifs de l'ensemble du champ [Aude, 2010]. Certains résultats relatifs aux années antérieures à 2008 peuvent en conséquence être légèrement modifiés par rapport aux précédentes publications qui ne portaient que sur le champ des cliniques ayant réellement déposé leurs comptes. Par ailleurs, le champ de l'étude se limite aux seules sociétés d'exploitation des cliniques, les données relatives aux autres sociétés civiles n'étant pas connues. Lorsque la société d'exploitation de la clinique paye un loyer à une société civile immobilière (SCI) qui est

ENCADRÉ 1 ● **Champ de l'étude et méthode utilisée pour le redressement des données tenant compte de la non-réponse**

Le champ de l'étude

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

Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une société civile immobilière (SCI). Cette étude ne traite que les comptes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles, y compris les éventuelles SCI qui y sont rattachées. Le fait de ne pas pouvoir traiter les comptes des SCI limite l'analyse économique et financière des cliniques¹. Ainsi, dans les cliniques pour lesquelles l'actionnaire principal de la société d'exploitation est aussi l'actionnaire principal de la SCI à laquelle la clinique loue les locaux, des transferts de résultat entre la société d'exploitation de la clinique et la SCI via les montants des loyers ne sont pas à exclure. Les loyers ne sont toutefois pas connus avec un niveau de détail suffisant (généralement inclus dans le poste « autres achats et charges externes » sans possibilité de descendre à un niveau plus fin) pour approcher indirectement de telles situations dans cette étude.

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

Les cliniques privées à but lucratif doivent déposer leur compte auprès des tribunaux de commerce. Toutefois, 15 à 20 % d'entre elles ne l'ont pas encore fait selon les années au moment de l'étude, et pour ces dernières, nous ne disposons donc d'aucune information économique et financière. Il est important de redresser les données en tenant compte de la non-réponse si l'on veut garantir la qualité des résultats. Le recours à la SAE permet de couvrir le champ des cliniques privées à but lucratif en exercice (en tenant compte en particulier des fermetures, créations ou restructurations de cliniques) et de constituer la population de l'étude.

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

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

Les tableaux suivants présentent ces deux variables auxiliaires (nombre de cliniques par discipline et nombre d'ETP par discipline) utilisées dans le calage, ainsi que la part que représente chacune des cases ainsi déterminées dans l'échantillon, constitué des cliniques ayant déposé leurs comptes pour l'exercice 2010.

>>>

1. L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2009 et 2010, *Études et Résultats*, DREES, n° 798, mars 2012.

propriétaire des murs, l'analyse des seuls résultats de la société d'exploitation peut biaiser la juste appréciation du résultat économique des cliniques pour lesquelles l'actionnaire majoritaire des deux sociétés est le même (cf. encadré 1).

En 2010, les cliniques privées à but lucratif réalisent, pour le secteur MCO, 49,8% des venues en hospitalisation partielle² (+0,3 point) et 27,3% des entrées en hospitalisation complète (en baisse de 0,4 point). Cette évolution confirme la tendance observée entre 2008 et 2009, de baisse de parts de marché des cliniques privées pour l'hospitalisation complète. Cette

contraction de la part de marché des cliniques privées en hospitalisation complète est principalement due à l'activité de chirurgie, les cliniques privées réalisant en 2010 45,5% des entrées en hospitalisation complète contre 46,0% en 2009 pour cette discipline.

Concernant le secteur hors MCO, les cliniques privées réalisent 4,4% des venues en hospitalisation partielle et 18,4% des entrées en hospitalisation complète en psychiatrie³. Elles représentent 29,3% des venues en hospitalisation partielle et 31,5% des entrées en hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation (SSR). Par rapport à 2009, l'évolu-

>>> ENCADRÉ 1 SUITE

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

Nombre de cliniques par discipline

Variable	Nombre de cliniques	
	Effectifs dans la population	Part dans l'échantillon
Cliniques spécialisées *	168	82 %
Dialyse avec moins de 27 ETP non médicaux	26	81 %
Dialyse avec 27 ETP non médicaux ou plus	27	93 %
Divers	100	29 %
Polyclinique avec moins de 188 ETP non médicaux	177	81 %
Polyclinique avec 188 ETP non médicaux ou plus	177	85 %
Psychiatrie	131	86 %
Soins de suite et de réadaptation avec moins de 52 ETP non médicaux	126	74 %
Soins de suite et de réadaptation avec 52 ETP non médicaux ou plus	126	90 %

Équivalents temps-plein (ETP) non médicaux par discipline

Variable	Équivalents temps-plein non médicaux par discipline (2010)	
	Somme des ETP dans la population	Part représentée dans l'échantillon
Cliniques spécialisées *	14 661	83 %
Dialyse avec moins de 27 ETP non médicaux	257	90 %
Dialyse avec 27 ETP non médicaux ou plus	1 523	92 %
Divers	3 044	37 %
Polyclinique avec moins de 188 ETP non médicaux	20 768	82 %
Polyclinique avec 188 ETP non médicaux ou plus	61 950	86 %
Psychiatrie	7 419	86 %
Soins de suite et de réadaptation avec moins de 52 ETP non médicaux	4 319	74 %
Soins de suite et de réadaptation avec 52 ETP non médicaux ou plus	14 669	94 %

* Médecine, chirurgie, obstétrique.

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

1. Cf. Le Rhun B., Legendre M.-C., 2007, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2004 et 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 583, juillet.

2. DGOS-DREES, PMSI-MCO 2009 et 2010.

3. DREES, SAE 2009-2010, traitements DREES.

tion du nombre d'entrées en hospitalisation complète est assez faible (+2,3% en psychiatrie, +1,5% pour les SSR). Pour les venues en hospitalisation partielle, la hausse est en revanche nettement plus marquée (+15,3% en psychiatrie, +6,7% pour les SSR).

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

En 2010, le chiffre d'affaires (CA) des cliniques privées à but lucratif augmente de 3,1%, soit un ralentissement de 0,8 point par rapport à 2009 (graphique 1). Le CA total des cliniques s'élève à 12,5 milliards d'euros en 2010, contre 12,1 milliards d'euros en 2009 : les cliniques MCO représentent 9,7 milliards d'euros de chiffre d'affaires contre 2,8 milliards d'euros pour les établissements hors MCO. Ce chiffre est estimé sur le champ des cliniques présentes dans la SAE 2010, et concerne 1 058 cliniques privées à but lucratif (dont 575 dans le secteur MCO et 483 hors MCO).

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

La croissance du CA des cliniques reste en moyenne nettement plus faible dans le secteur MCO (2,8%) que dans le secteur hors MCO (4,2%) Cependant, l'écart entre les deux secteurs s'est sensiblement réduit en 2009-2010 (graphique 1).

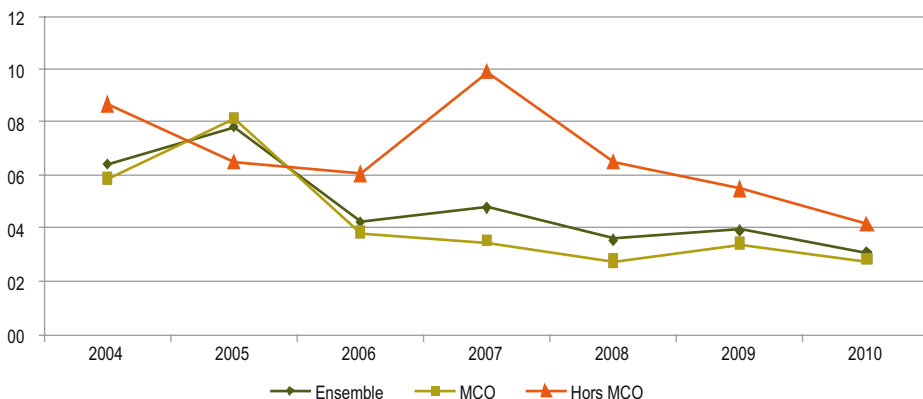
Légère baisse de la rentabilité économique des cliniques en 2010 (-0,4 point)

En 2010, la rentabilité économique des cliniques, rapport du résultat net au chiffre d'affaires (cf. encadré 2), s'établit à 1,7% du CA (tableau 1), en légère baisse par rapport à 2009 (-0,4 point). Cette évolution s'explique surtout par la dégradation du résultat exceptionnel et non par celle de son résultat d'exploitation. Le taux de marge brut d'exploitation, rapport de l'excédent brut d'exploitation sur le chiffre d'affaires, qui mesure la performance de l'activité d'exploitation de l'entreprise, indépendamment de ses investissements et des éléments financiers et exceptionnels, est en effet resté stable en 2010 à 5,9% du CA (tableau 2). Le résultat exceptionnel qui recense les opérations de gestion et les opérations en capital exceptionnelles ayant eu lieu au cours de l'exercice considéré est en baisse de 0,4 point par rapport à 2009 et de 1,1 point par rapport à 2008. En 2010, il s'établit à 0,3% du CA, contre 0,1% du CA en 2009 et 0,8% du CA en 2008. Le résultat financier, quant à lui, autre élément intervenant dans le calcul du résultat net comptable, est resté stable. Il s'établit à -0,3% du CA en 2010.

Les cliniques hors MCO demeurent les plus rentables en 2010, malgré une baisse de leur rentabilité économique

Si l'on compare les secteurs MCO et hors MCO, on retrouve une rentabilité économique assez stable depuis 2008 pour le secteur MCO à 1,4% (-0,2 point,

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du taux de croissance du CA des cliniques privées (en %)



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

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

TABLEAU 1 ● Rentabilité économique selon la catégorie d'établissement (en % du CA)

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

* Chirurgie, Médecine, Obstétrique.

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

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

TABLEAU 2 ● Compte de résultat des cliniques privées

	2008	2009	2010
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (Milliards d'euros)	1 1631	12 079	12 456
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	10,9	11,3	11,8
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,1%	-45,2%	-45,3%
dont - Achats consommés	-18,1%	-17,8%	-18,0%
- Autres achats et charges externes	-27,1%	-27,5%	-27,3%
- Variation de stocks	0,1%	-0,1%	0,0%
Frais de personnel (en % du CA)	-43,9%	-43,8%	-43,9%
dont - Salaires bruts	-31,4%	-31,5%	-31,1%
- Charges sociales	-12,4%	-12,3%	-12,8%
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,3%	-5,1%	-4,9%
dont - Impôts, taxes et versements assimilés	-6,0%	-6,0%	-5,7%
- Subvention d'exploitation	0,7%	0,9%	0,8%
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	5,7%	5,9%	5,9%
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-2,1%	-1,7%	-1,7%
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	1,1%	-0,1%	-0,1%
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	3,7%	4,2%	4,2%
Résultat financier	-0,4%	-0,3%	-0,3%
dont - Produits financiers	0,9%	0,8%	0,6%
- Charges financières	-1,3%	-1,1%	-1,0%
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	3,3%	3,8%	3,9%
Résultat exceptionnel (en % du CA)	0,8%	0,1%	-0,3%
dont - Produits exceptionnels	3,1%	2,4%	2,4%
- Charges exceptionnelles	-2,3%	-2,3%	-2,7%
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4%	-0,4%	-0,4%
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,5%	-1,4%	-1,4%
RÉSULTAT NET (en % du CA)	2,1%	2,1%	1,7%

Note de lecture • rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, cela à cause des arrondis à un chiffre.

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

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

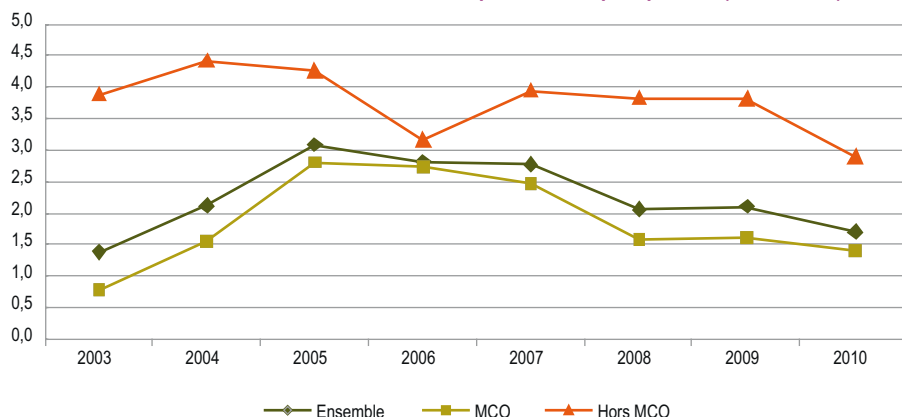
graphique 2). En revanche, si le secteur hors MCO demeure toujours le plus rentable avec 2,9% du CA, il connaît une baisse sensible par rapport à l'exercice précédent (-0,9 point).

L'analyse par taille montre toutefois que les cliniques, les plus rentables sont en 2010 comme en 2009, les cliniques MCO de petite taille⁴, avec une rentabilité économique moyenne de 4,5% en 2010. Les cliniques hors MCO de petite taille, après avoir été les plus rentables en 2008, voient leur rentabilité s'établir en moyenne à 2,9% pour l'exercice 2010, soit un taux inférieur de 1,6 point par rapport aux petites cliniques MCO. Les cliniques de taille moyenne dégagent quant à elles des bénéfices correspondant à 0,7% du chiffre d'affaires dans le MCO contre 3,3% dans le hors

MCO et celles de grande taille des bénéfices de 1,5% et 2,1% respectivement (tableau 1).

Si on considère maintenant les disciplines (cf. encadré 2), on constate qu'en moyenne toutes affichent une rentabilité positive, à l'exception des cliniques « divers », dont la rentabilité atteint -6,1% de leur chiffre d'affaires en 2010. Hormis ces cliniques « divers », les cliniques spécialisées (médecine, chirurgie, obstétrique) sont celles qui sont les moins rentables, passant de 1,4% en 2008 à 1,0% en 2009 puis 0,3% en 2010. Viennent ensuite les polycliniques avec une rentabilité en 2010 à 1,3% du CA, en baisse de 0,3 point par rapport à 2009. Les taux de rentabilité des cliniques du secteur hors MCO demeurent, en revanche, élevés, mais stables pour les cliniques de

GRAPHIQUE 2 ● Évolution de la rentabilité économique des cliniques privées (en % du CA)



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

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

ENCADRÉ 2 ● Détails de la répartition par discipline

Pour les besoins de l'étude, les cliniques ont été réparties par discipline de la manière suivante :

Secteur MCO

Polycliniques : cliniques pluridisciplinaires à dominante MCO (les activités MCO représentent au moins 60% des établissements de la clinique).

Cliniques spécialisées : Cliniques monodisciplinaires du secteur MCO (uniquement chirurgie ou uniquement médecine ou uniquement obstétrique).

Dialyse : Cliniques de dialyse monodisciplinaires.

Secteur Hors MCO

SSR : cliniques à dominante SSR (au moins 60% des établissements de la clinique).

PSY : cliniques à dominante PSY (au moins 60% des établissements de la clinique).

Divers : cliniques d'activités hospitalières ne correspondant à aucune des autres disciplines.

4. La taille d'une clinique est définie selon le nombre d'ETP (équivalents temps-plein) non médicaux, de la manière suivante :

- Nombre d'ETP < 50 : petite clinique ;
- 50 ≤ Nombre d'ETP < 150 : moyenne clinique ;
- 150 ≤ Nombre d'ETP : grande clinique.

psychiatrie à 5,3% en 2010, et en diminution de 0,7 point pour les cliniques SSR, à 3,5% du CA.

Une proportion de cliniques déficitaires plus importante en MCO qu'en hors MCO

Ces moyennes recouvrent en fait des situations très différenciées : alors que la moitié des cliniques privées à but lucratif enregistrent une rentabilité économique supérieure à 2,4% du CA en 2010, plus d'un quart déclarent des pertes. Elles sont en effet 27,8% à être déficitaires en 2010, soit une proportion sensiblement supérieure à celle de 2009 (25,6%). Parallèlement, un dixième enregistrent une rentabilité supérieure à 11,4%. Ces établissements réalisent 6,0% du CA total de l'ensemble des cliniques.

En 2010, on observe un important écart entre la proportion de cliniques en déficit dans le secteur MCO (32,5%) et celle du secteur hors MCO (21,5%). Plus d'une polyclinique sur trois dans l'échantillon connaît ainsi des pertes pour l'exercice 2010 (33,7%), proportion encore plus forte pour les cliniques spécialisées (Chirurgie, Médecine, Obstétrique) avec 36,5% de cliniques déficitaires. Ces établissements à la rentabilité négative représentent une part du chiffre d'affaires total des cliniques de 26,1%. Notons que 17,4% des cliniques présentes à la fois dans l'échantillon de 2009 et dans celui de 2010 déclarent des pertes les deux années (contre 16,3% pour les cliniques présentes en 2008 et 2009). En outre, 10% de l'ensemble des cliniques affichent une rentabilité économique inférieure à -7,6% en 2010 (ce seuil valant -7,8% en 2009).

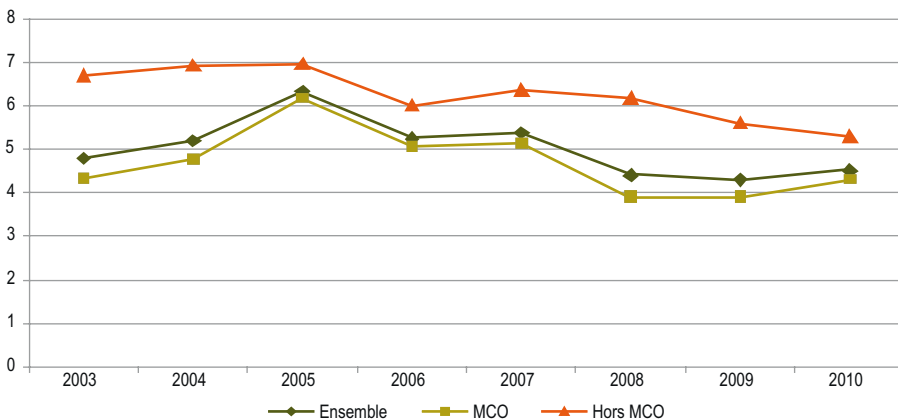
Une rentabilité financière globalement en baisse pour les cliniques hors MCO, mais qui reste toutefois plus élevée que celle des cliniques MCO

La rentabilité financière, rapport du résultat net sur les capitaux propres, mesure le revenu que les actionnaires tirent de l'entreprise et permet d'apprécier l'attractivité du secteur pour les actionnaires. Cet indicateur n'a de sens au niveau microéconomique que pour des cliniques à capitaux propres positifs, et n'est donc calculé dans la présente étude que sur cette partie de l'échantillon (soit 85% des cliniques). En 2010, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques est de 11,7%, soit une baisse de 1,4 point par rapport à l'année précédente. Tandis que celle des établissements MCO diminue de 0,7 point et s'établit ainsi à 10,2%, la rentabilité financière des établissements hors MCO diminue davantage de 3,3 points pour s'établir à 16,6% en part de capitaux propres.

Ralentissement des investissements dans l'ensemble des cliniques

En lien avec ces évolutions, on constate que la capacité d'autofinancement (CAF) qui évalue les ressources des entreprises disponibles à la clôture des comptes pour le financement de leur développement⁵ se contracte légèrement (-0,3 point, pour s'établir à 5,3%) dans le secteur hors MCO (graphique 3). Cet

GRAPHIQUE 3 ● Évolution de la Capacité d'autofinancement des cliniques privées (% CA)



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

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

5. La formule de la CAF utilisée varie légèrement depuis cette année pour s'adapter aux données comptables à notre disposition (encadré 2).

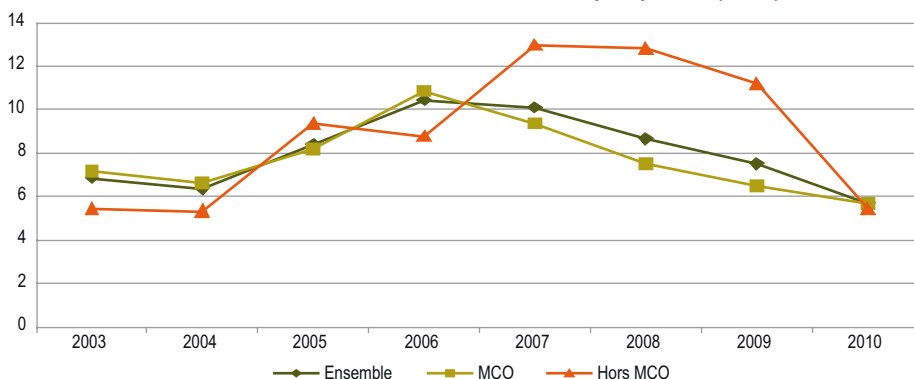
indicateur est en revanche en augmentation pour les cliniques du secteur MCO, avec une hausse de 0,4 point (à 4,3 %) et connaît, entre 2009 et 2010, une progression globale de 0,2 point pour s'établir à 4,5 % du chiffre d'affaires pour l'ensemble des cliniques privées.

Parallèlement l'effort d'investissement (encadré 3)⁶ des cliniques privées se contracte sensiblement en 2010 à 5,7 % du CA contre 7,5 % en 2009, ce qui correspond à une diminution de 1,8 point, par rapport à 2009 (graphique 4). Le secteur hors MCO connaît la baisse la plus marquée pour cet indicateur à 5,4 % du CA, rejoignant le niveau d'investissement du secteur MCO, ces dernières connaissant une baisse plus modérée, de 0,8 point, à 5,7 %.

Cet indicateur, calculé principalement à partir des acquisitions d'immobilisations durant l'exercice comptable, peut estimer légèrement à la baisse l'investissement réel des cliniques privées. En effet, certaines d'entre elles louent à des sociétés civiles immobilières, qui ont le même actionnaire majoritaire, les locaux au sein desquels elles réalisent les soins. Ce type d'investissements ne rentre ainsi pas dans le calcul de l'effort d'investissement faute de données disponibles.

Lorsque l'on met en perspective les années 2008 et 2009, on constate que l'endettement total des cliniques, qui correspond aux dettes financières sur les capitaux permanents, a augmenté de 2,9 points pour s'établir à 42,1 %. Puis le taux d'endettement a connu une hausse plus modérée de 0,7 point pour s'établir

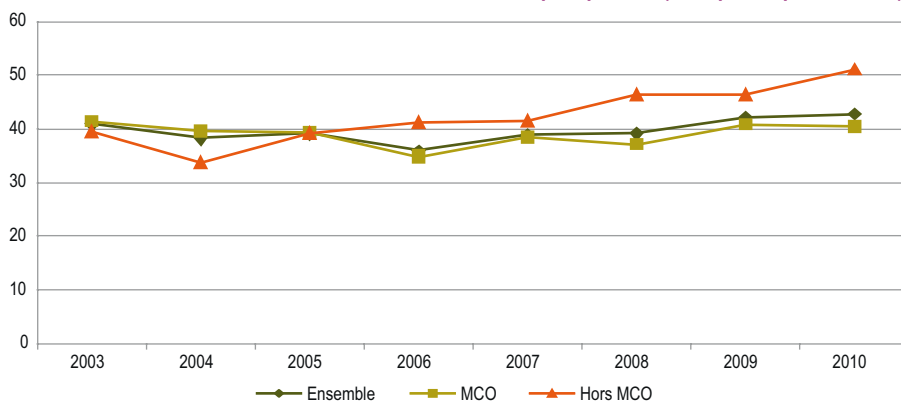
GRAPHIQUE 4 ● Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées (% CA)



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

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

GRAPHIQUE 5 ● Évolution du taux d'endettement des cliniques privées (% Capitaux permanents)



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

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

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

à 42,8 % en 2010 (graphique 5). Cette hausse relativement modérée entre 2009 et 2010 cache, en fait, une baisse de 0,4 point de l'endettement pour les cliniques MCO (à 40,4 %), compensée par une hausse importante de ce taux dans le secteur hors MCO de 4,8 points (à 51,1 %).

Toutefois, la capacité de remboursement, qui mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes

de l'établissement, reste stable à 3,7 années de capacité d'autofinancement entre 2009 et 2010. Elle se réduit de 0,2 année dans le secteur MCO, atteignant 3,6 années de capacité d'autofinancement, mais s'allonge sensiblement (+0,6 année) dans le secteur hors MCO pour s'établir à 3,9 années de capacité d'autofinancement, du fait d'une hausse importante des dettes financières (14,6 %) couplée à la baisse de la CAF en part de CA pour ces cliniques.

ENCADRÉ 3 ● Définitions et formules de calcul des indicateurs

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

Pour en savoir plus

Aude J., 2010, « Calage sur marges de la base des cliniques privées pour améliorer l'estimation de la situation économique », *Document de Travail*, série sources et méthodes, DREES, n° 17, octobre 2010.

Aude J., 2010, « La rentabilité des cliniques privées à but lucratif diminue en 2008 », *Études et Résultats*, DRESS, n° 740, septembre.

Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 785, novembre.