



Études et Résultats

N° 547 • janvier 2007

Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004

Malgré des systèmes comptables différents dans les hôpitaux publics et les cliniques privées, il est possible de dégager une définition de l'investissement commune aux deux secteurs. Dans le secteur privé le champ d'observation se limite toutefois aux seules sociétés d'exploitation, les données relatives notamment aux sociétés civiles immobilières n'étant pas connues.

Entre 1994 et 2004, l'investissement des hôpitaux publics a connu une période de recul jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, puis une reprise continue ensuite. Cette reprise a été soutenue en 2003 et 2004 par le volet investissement du « plan Hôpital 2007 ». Les constructions constituent la majorité du patrimoine et l'essentiel des efforts d'investissement dans le secteur public. Les quatre régions les plus peuplées de France sont aussi celles qui enregistrent au cours des dix années étudiées les niveaux d'investissement et de patrimoine les plus élevés dans ce secteur.

Dans les cliniques privées le « plan Hôpital 2007 » a également permis d'accompagner la reprise des investissements des sociétés d'exploitation dans les années 2000. Les immobilisations incorporelles et financières composent plus d'un quart du patrimoine des sociétés d'exploitation et l'ensemble de leurs investissements apparaît plus concentré sur quelques régions.

Enfin, le taux de renouvellement des immobilisations augmente généralement avec la taille des établissements dans le public comme dans le privé.

Marie PODEVIN et Sébastien VILLERET

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

LES ÉTABLISSEMENTS de santé publics et privés ont des systèmes comptables différents, ce qui complique les approches comparatives entre les deux secteurs. Il est cependant possible de dégager une définition de l'investissement qui leur soit commune (encadré 1). En revanche, les données disponibles, limitées aux seules sociétés d'exploitation pour les cliniques privées, rendent délicates la comparaison directe entre les deux secteurs. L'investissement des sociétés civiles immobilières (SCI) hébergeant certaines cliniques n'est en effet pas connu (encadré 2). Cette lacune peut contribuer aux différences observées entre les deux secteurs, sans qu'il soit pour autant possible d'en quantifier les effets.

60 % des investissements des hôpitaux publics sont réalisés par 10 % des établissements

En 2004, l'ensemble des établissements publics de santé ont réalisé près de 4,5 milliards d'euros d'investissements, et détiennent un patrimoine¹ de 56 milliards d'euros. Leur investissement médian s'élève à près de 1,2 million d'euros en 2004, contre plus de 750 000 en 1994². Les niveaux d'investissement sont très hétérogènes suivant les structures publiques. Moins de 10 % d'entre elles (soit 100 établissements) réalisent annuellement environ 60 % des investissements. Cette concentration des investissements renvoie principalement aux disparités de taille entre établissements.

L'investissement des hôpitaux publics a repris au début des années 2000 et s'est renforcé en 2003-2004 grâce au plan Hôpital 2007

Entre 1994 et 2004, le taux de renouvellement médian des immobilisations (rapport entre les investissements et le patrimoine) des hôpitaux publics a connu deux périodes distinctes. Au cours des années quatre-vingt-dix, il avait sensiblement diminué pour atteindre un niveau plancher en 1999 (4,3 %, soit 1,6 point de moins qu'en 1994) [graphique 1]. Une phase de progression de ce taux de renouvellement débute alors sans interruption jusqu'en

2004 où il s'établit à 5,3 %. Cette reprise est particulièrement marquée en 2003 et 2004, en lien avec le volet investissement du plan Hôpital 2007 qui a débuté en 2003 (encadré 3). Le taux de renouvellement des immobilisations des hôpitaux publics demeure néanmoins plus faible en 2004 que dix ans plus tôt.

En termes de dispersion, le premier quartile du taux de renouvellement des immobilisations est, sur l'ensemble de la période étudiée, légèrement inférieur à 3 % pour les hôpitaux publics³. À l'opposé, pour le dernier quartile, ce taux est en 2004 supérieur à 9 %⁴.

La part médiane des dépenses d'investissement dans les dépenses totales de l'année des hôpitaux publics (charges et investissements) est assez proche du rythme de renouvellement de leurs immobilisations, surtout en fin de période. Ainsi, les hôpitaux publics investissent en 2004 pour 5,1 % de leurs dépenses, cette part ayant progressé de 0,4 point entre 1994 et 2004, en lien principalement avec les investissements réalisés sur les deux dernières années.

La structure du patrimoine et des investissements des hôpitaux publics est majoritairement composée de constructions

Le patrimoine des hôpitaux publics se compose presque exclusivement d'immobilisations corporelles, aussi bien en 1994 qu'en 2004 (environ 98 %) [graphique 2].

Les constructions et terrains, qui, complétés des équipements (médicaux ou non), forment les immobilisations corporelles, représentent à eux seuls 65 % du patrimoine des hôpitaux publics en 2004, proportion assez stable sur la période étudiée.

Ce constat se vérifie également en termes d'investissements. Les immobilisations en cours, c'est-à-dire réalisées sur plus d'une année, représentent ainsi plus de la moitié des investissements corporels des hôpitaux publics. La nature de ces immobilisations est en outre relative à plus de 85 % aux constructions et terrains. Ceci souligne leur prépondérance au sein du secteur public.

1. Le patrimoine d'un établissement se définit dans l'étude comme le cumul des investissements et autres flux relatifs aux immobilisations intervenus depuis la création de l'établissement.

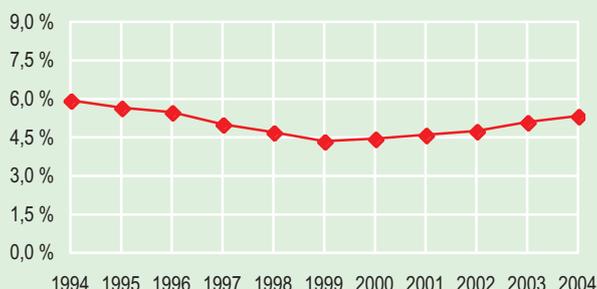
2. Les données sont exprimées en euros courants.

3. Un quart des hôpitaux publics enregistrent sur la période un taux de renouvellement des immobilisations inférieur à 3 % (premier quartile).

4. Un quart des hôpitaux publics enregistrent en 2004 un taux de renouvellement des immobilisations supérieur à 9 % (dernier quartile).

GRAPHIQUE 1

Taux de renouvellement médian des immobilisations des hôpitaux publics



Sources • DGCP, calculs DREES.

ENCADRÉ 1

Définition de l'investissement

Un investissement correspond à une dépense qu'une structure réalise avec pour objectif de modifier durablement son cycle d'exploitation. Dans le cadre d'un investissement, un établissement de santé cherche ainsi plus particulièrement à assurer la pérennité et la qualité de son activité, en répondant à des besoins, prioritairement de santé.

Les comptes des hôpitaux publics et des cliniques privées ne sont pas présentés selon la même forme. La démarche comptable permettant de définir un investissement est ainsi spécifique à chacun des deux secteurs mais permet néanmoins d'aboutir à une seule définition de l'investissement hospitalier commune aux deux secteurs. Un investissement correspond aux acquisitions ou créations enregistrées au cours de l'exercice, entièrement réalisées ou en cours de réalisation, sur les comptes d'immobilisations.

Pour le secteur public, deux sections composent le budget hospitalier, la section d'exploitation (fonctionnement courant) et la section d'investissement (opérations patrimoniales). À l'intérieur de chaque section, les dépenses et les recettes se répartissent sur la période en groupes fonctionnels. Dans cette étude, la définition de l'investissement retenue pour les hôpitaux publics correspond à une partie seulement des dépenses de la section d'investissement : celles qui appartiennent au groupe 2 (les immobilisations, exceptées celles mises en concession, affectées, concédées d'art et les animaux de rapport et de reproduction) et au groupe 4 (titres et participations). Le remboursement de la dette est une autre composante importante des dépenses de la section d'investissement appartenant au groupe 1 (près de 2 milliards d'euros en plus des 4,5 milliards d'euros d'investissements des hôpitaux publics en 2004) mais elle n'est pas considérée au sein de l'étude comme un investissement puisque ce n'est pas une immobilisation au sens comptable.

Les comptes des cliniques privées sont généralement disponibles sous la forme de liasses fiscales, contenant le bilan (actif et passif), le compte de résultat et des annexes, notamment la liasse fiscale n° 5 relative aux immobilisations.

L'investissement des cliniques privées correspond dans le cadre de cette étude aux acquisitions, créations et apports d'immobilisations intervenues en cours d'année, informations obtenues à partir de la liasse n° 5. La formule retenue est très proche de celle utilisée précédemment pour deux publications de la DREES en 2006 traitant de l'investissement des cliniques privées¹. Cette dernière majorait toutefois légèrement l'investissement du fait de la prise en compte de virements de poste à poste (principalement des investissements amorcés sur un exercice précédent et terminés au cours de l'exercice suivant). Ces investissements ne sont en effet pas individualisables à partir du logiciel Diane, source de données utilisée pour ces deux publications (encadré 2).

Par contre, cette formule est sensiblement différente de celle utilisée pour les publications antérieures de la DREES, qui s'intéressaient, à partir de l'actif du bilan, à l'ensemble des flux d'immobilisations intervenus entre les deux années. Cette méthode d'analyse minorait en effet l'investissement des cliniques privées, du fait de la prise en compte des cessions et mises hors service, qui venaient se soustraire aux immobilisations.

1. Le Rhun B., Legendre M.-C., Podevin M., Villeret S., 2006, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004 », *Études et Résultats*, n° 489, mai, DREES et Le Rhun B., Legendre M.-C., 2006, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques entre 2003 et 2004 », *Études et Résultats*, n° 498, juin, DREES.

L'importance des immobilisations en cours au sein du secteur public peut sans doute aussi s'expliquer par la durée de réalisation de ces investissements, souvent programmés sur plusieurs années. Les étapes successives relatives à la programmation des investissements et à la décision de financement y sont en effet relativement contraignantes⁵.

L'analyse du rapport entre les amortissements des immobilisations corporelles et le patrimoine corporel brut⁶ (communément appelé taux de vétusté) peut être menée par type d'immobilisations corporelles (constructions, équipements). Elle est plus instructive que celle d'un rapport global pour l'ensemble des immobilisations corporelles. La durée d'amortissement de ces immobilisations est en effet différente selon leur nature mais également entre établissements⁷. De ce fait, l'analyse des taux de vétusté doit être menée avec une grande précaution, en l'absence d'informations complémentaires aux données comptables (notamment les durées d'amortissement des immobilisations).

Le taux de vétusté médian des constructions des hôpitaux publics s'établit à 40,8 % en 2004, celui des équipements est près de deux fois plus élevé (74,6 % en 2004). Ces deux taux se sont globalement détériorés d'environ 7 points entre 1994 et 2004.

Le patrimoine des établissements de santé est composé, outre des immobilisations corporelles, d'immobilisations incorporelles⁸ d'une part et financières d'autre part. La part de celles-ci au sein du patrimoine des hôpitaux publics est faible (environ 2 % sur la période), même si celle des immobilisations incorporelles a presque doublé en dix ans, passant de moins de 1 % au début de la période à 1,7 % en 2004.

Les quatre régions les plus peuplées bénéficient de niveaux d'investissement et de patrimoine public plus importants qu'ailleurs

L'échelon régional occupe une place de plus en plus importante en termes de politique hospitalière, notamment avec la mise en place des schémas régionaux d'organisation

5. Par exemple, tout nouvel investissement doit être inscrit au sein du « programme d'investissement » pour la réalisation technique et du « plan global de financement pluriannuel » pour la réalisation financière. Ces documents complexes, qui définissent sur plusieurs années les étapes de la réalisation de l'investissement, sa faisabilité technique ainsi que son coût prévisionnel, doivent par ailleurs être approuvés à la fois par les représentants de l'hôpital et par les pouvoirs publics. L'ordonnance du 4 septembre 2003 (n° 2003-850 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation) s'inscrit dans une logique de simplification de certaines de ces contraintes.

6. Le patrimoine corporel brut comprend les immobilisations nettes ainsi que les amortissements. Hormis les terrains, toutes les immobilisations corporelles sont prises en compte dans l'analyse.

7. Ces différences influencent le taux de vétusté : en effet, les amortissements annuels, et donc le taux de vétusté, sont d'autant plus faibles que la durée d'amortissement d'une immobilisation est longue.

8. Les frais de recherche et développement, les logiciels informatiques, les frais d'établissement, ainsi que pour les cliniques privées le fonds de commerce, sont les composantes des immobilisations incorporelles du secteur hospitalier.

sanitaire (SROS) à partir de 1994 et la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en 1996.

Deux régions, l'Île-de-France et Rhône-Alpes, concentrent en moyenne chaque année 30 % des investissements et du patrimoine des hôpitaux publics sur l'ensemble de la période. Viennent ensuite les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord - Pas-de-Calais (avec chacune plus de 6 % par an). Ces quatre régions sont également les plus peuplées de France.

Le positionnement des régions par rapport au taux de renouvellement médian des immobilisations pour la France entière apparaît plutôt régulier pour une petite moitié des régions françaises. Ainsi, cinq régions (DOM, Nord - Pas-de-Calais, Île-de-France, Aquitaine et Auvergne dans une moindre mesure) enregistrent pour leurs hôpitaux publics un taux de renouvellement médian des immobilisations très supérieur au taux national, et ce sur plusieurs années. Au contraire, six régions (Rhône-Alpes, Haute-Normandie, Picardie, Bourgogne, Lorraine et Alsace surtout depuis 2002) se situent largement en dessous de ce taux national.

Ces caractéristiques régionales sont observées à partir des seuls comptes des hôpitaux publics, qui ne suffisent pas à saisir des facteurs de disparités régionales telles que les différences dans les caractéristiques historiques du parc hospitalier et les politiques régionales d'organisation sanitaire. L'analyse de ces différences justifierait à elle seule une étude complète.

Le taux de renouvellement des immobilisations augmente généralement avec la taille des hôpitaux publics

Les hôpitaux publics sont regroupés par catégories : l'Assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP), les autres centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers (CH) de moins de 20 millions d'euros de recettes, les CH de 20 à 70 millions d'euros de recettes, les CH de plus de 70 millions d'euros de recettes, les hôpitaux locaux, les centres hospitaliers psychiatriques (CHP)⁹ et les syndicats inter-hospitaliers (SIH)¹⁰.

ENCADRÉ 2

Champ de l'étude et sources des données

Les données du secteur public (France entière) sont issues de la comptabilité publique. Elles ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) afin de ne conserver que des établissements du champ sanitaire : tous les établissements qui n'étaient pas présents dans la SAE ont ainsi été exclus de la base. Le nombre total d'établissements publics de santé considérés s'élève ainsi à 1 020 en 2004 contre 992 en 1994.

Les données du secteur privé (France entière) sont issues du Système unifié des statistiques d'entreprises (SUSE) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Par rapport au logiciel Diane, généralement mobilisé pour les études économiques et financières de la DREES traitant du secteur des cliniques privées¹, SUSE permet d'étudier les investissements à un niveau beaucoup plus détaillé, à partir de la liasse 5 - immobilisations des liasses fiscales. En revanche, les données transmises par SUSE étant anonymisées, leur croisement avec la SAE, qui aurait notamment permis d'analyser les investissements des cliniques privées par type d'activité réalisée, n'a pas été possible. Les cliniques privées ont été retenues à partir de deux critères : le code 851A, correspondant au poste « activités hospitalières » de la nomenclature d'activités françaises (NAF), et un chiffre d'affaires supérieur à 76 300 euros². Le nombre total de cliniques privées considérées s'élève à 1 195 en 2004 contre 1 341 en 1994.

L'étude traite les comptes des sociétés d'exploitation des cliniques privées mais ne peut traiter ceux des sociétés civiles, notamment immobilières (SCI), dans la mesure où aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les éventuelles SCI qui y sont rattachées.

Comme toute entreprise, une clinique privée peut en effet être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une SCI, mais aussi parfois de sociétés mises en place pour l'exercice des praticiens libéraux intervenant dans la clinique - notamment sociétés civiles professionnelles (SCP) et de moyens (SCM). L'une des motivations de l'existence d'une SCI réside dans la possibilité de récupération de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) mais aussi dans une meilleure gestion des biens et du patrimoine, en particulier lors de la transmission du patrimoine.

La société d'exploitation est titulaire des activités de soins et reçoit en contrepar-

tie les recettes hospitalières. Elle verse des loyers à la SCI, propriétaire de tout ou partie des biens immobiliers utilisés par la société d'exploitation. Le fait de ne pas pouvoir traiter les comptes des SCI n'est pas spécifique à SUSE et est inhérent aujourd'hui à toute source d'information économique et financière relative aux cliniques privées mais représente une limite importante de cette étude. Les SCI assurent en effet, en tant que propriétaires de biens immobiliers, une partie non négligeable des investissements utilisés par les sociétés d'exploitation.

Il apparaît qu'environ 30 % des sociétés d'exploitation des cliniques privées de l'échantillon ne possèdent en 2004 ni construction ni terrain (un peu plus de 35 % au cours des années quatre-vingt-dix). En l'absence de données relatives aux loyers versés par les sociétés d'exploitation (à partir d'une liasse annexe dont la DREES ne dispose pas), cette information laisse néanmoins supposer l'existence de SCI, même si ce pourcentage ne peut en aucun cas être assimilé à la part des cliniques privées disposant d'une SCI. Cette part peut en effet être inférieure à 30 %, étant donné que certaines de ces sociétés d'exploitation peuvent recourir au crédit-bail immobilier³, ou plus probablement, supérieure dans la mesure où une société d'exploitation peut détenir une partie des constructions ou terrains qu'elle utilise même si elle dispose aussi d'une SCI.

Les autres établissements du secteur hospitalier, principalement les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ne font pas partie de l'étude dans la mesure où la DREES ne dispose pas des données comptables de la section d'investissement de ces établissements.

1. Opus cite, cf. note 1 de l'encadré 1.

2. Les entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à 76 300 euros sont considérées par l'INSEE comme des « micro-entreprises ».

3. Le crédit-bail immobilier est un contrat de location d'une durée déterminée et assorti d'une promesse de vente à l'échéance du contrat. Bien que l'utilisateur ne soit pas juridiquement propriétaire du bien, les biens loués en crédit-bail peuvent être assimilés à des immobilisations. Les redevances de crédit-bail immobilier des sociétés d'exploitation des cliniques privées représentent environ 20 % de leurs constructions et terrains en 2003 et 2004. Cette part est en forte diminution par rapport au reste de la période où elle était supérieure à 30 %. Avant 2006, il n'existait pas de compte spécifique au crédit-bail immobilier dans les comptes des hôpitaux publics.

9. Dénombrés aujourd'hui établissements publics de santé mentale (EPSM).

10. Les SIH sont des regroupements d'hôpitaux qui coopèrent dans la mise en œuvre de services fondamentaux et d'investissements en commun ou à travers la mise en commun de moyens, qu'ils s'agissent de locaux, d'équipements, de matériels, de consommables ou de personnel. Leur taux de renouvellement des immobilisations est très élevé puisque ce sont les seuls à enregistrer sur plusieurs années un taux à deux chiffres, en particulier en 2004 avec plus de 40 %.

Hors SIH, les plus petites structures, en termes de produits moyens, enregistrent sur la période le taux de renouvellement médian des immobilisations le plus faible. Les CH de moins de 20 millions d'euros de recettes (5,2 % en 2004) et surtout les hôpitaux locaux (3,5 % en 2004) sont ainsi en deçà du taux médian de l'ensemble des hôpitaux publics (5,3 %) [tableau 1]. Au contraire, les autres CHR, les CHP et les « gros » CH (hôpitaux de plus de 70 millions d'euros de recettes) ont les plus forts taux de renouvellement médians des immobilisations sur la période, supérieurs à 7 %.

L'AP-HP enregistre quant à elle en 2004 un taux de renouvellement de ses immobilisations de 5,6 %, proche de celui observé sur l'ensemble des hôpitaux (5,3 %), alors qu'il était nettement au-dessus en début de période. Ainsi, l'AP-HP a le taux de renouvellement des immobilisations qui a le plus sensiblement diminué entre 1994 et 2004 (tableau 1).

Hors SIH, seuls les CHR et les CHP, soit deux des trois catégories d'établissements qui enregistrent le plus fort taux de renouvellement des immobilisations, atteignent un taux de renouvellement supérieur d'environ un point en 2004 par rapport à 1994. Toutes les autres catégories d'établissements ont connu des diminutions assez proches de l'évolution globale des hôpitaux publics (-0,6 point).

Ainsi, entre 1994 et 2004, le taux de renouvellement des immobilisations apparaît d'autant plus élevé que les hôpitaux publics sont de taille importante, à l'exception toutefois de l'AP-HP en fin de période et des SIH par leur vocation.

Par ailleurs, calculé hors hôpitaux locaux, le taux de renouvellement des immobilisations des hôpitaux publics progresse de 1,2 point, pour atteindre 6,5 %. Les spécificités immobilières des hôpitaux locaux proviennent en effet surtout de la nature de leur activité, moins technique que la plupart des autres structures hospitalières publiques, et nécessitant à ce titre un moindre effort d'investissement.

■ TABLEAU 1

Taux de renouvellement des immobilisations par catégories d'hôpitaux publics

	Nombre d'hôpitaux publics en 2004	Produits moyens réalisés en 2004 (en M d'euros)	Taux de renouvellement médian des immobilisations en 1994	Taux de renouvellement médian des immobilisations en 2004
Hôpitaux locaux (HL)	404	2	4,6 %	3,5 %
Centre hospitalier (CH) de moins de 20 M d'euros de recettes	196	11	5,3 %	5,2 %
Syndicat inter hospitalier (SIH)	8	16	5,5 %	46,7 %
Centre hospitalier (CH) de 20 à 70 M d'euros de recettes	182	40	6,8 %	6,1 %
Centre hôpitaux psychiatriques (CHP)	90	50	5,7 %	7,2 %
Centre hospitalier (CH) de plus de 70 M d'euros de recettes	109	115	7,5 %	7,0 %
Centre hospitalier régionaux (CHR)	30	439	7,3 %	8,3 %
Assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP)	1	5 796	10,4 %	5,6 %
Ensemble des hôpitaux publics	1 020	63	5,9 %	5,3 %

Sources • DGCP, calculs DREES.

■ GRAPHIQUE 2

Répartition du patrimoine des hôpitaux publics



Un niveau d'investissement total largement plus faible pour les sociétés d'exploitation des cliniques privées

En 2004, les sociétés d'exploitation des cliniques privées ont investi à hauteur de 880 millions d'euros, pour atteindre un patrimoine de 6,2 milliards d'euros. Leur investissement médian s'élève à 190 000 euros, contre 120 000 euros en 1994.

Plus de cinq fois inférieurs à l'investissement et au patrimoine des hôpitaux publics, ces chiffres sont à rapprocher des ordres de grandeur qui séparent les deux secteurs et qui ont déjà été illustrés par d'autres études sur les comptes d'exploitation des établissements de santé¹¹.

Les cliniques privées sont, tout comme les hôpitaux publics, de tailles diverses. Ainsi, moins de 10 % (soit une centaine d'établissements) des sociétés d'exploitation des cliniques privées, réalisaient un peu plus de 50 % des investissements de ce secteur en 1994 et près de 60 % en 2004. Cette évolution est à rapprocher du mouvement important de concentration et de regroupement qui est intervenu dans le secteur privé. En effet, alors que le nombre de lits et places des cliniques privées diminuait d'environ 4 % entre 1994 et 2004¹², le nombre d'entités étudiées diminuait de plus de 10 %, la réduction du nombre de cliniques privées s'accompagnant ainsi d'une augmentation de leur taille moyenne¹³.

La mise en place du plan Hôpital 2007 accompagne la reprise des investissements des sociétés d'exploitation des cliniques privées

Le taux de renouvellement médian des immobilisations des sociétés d'exploitation des cliniques privées a fortement diminué au cours des années quatre-vingt-dix (graphique 3), pour atteindre son niveau plancher en 2000 (5,6 %, soit 2,4 points de moins qu'en 1994). Malgré une reprise en 2001, il faudra attendre les années 2003 et 2004 pour que celle-ci se consolide avec un taux de renouvellement médian des sociétés d'exploitation des cliniques privées de 6,6 % en 2004.

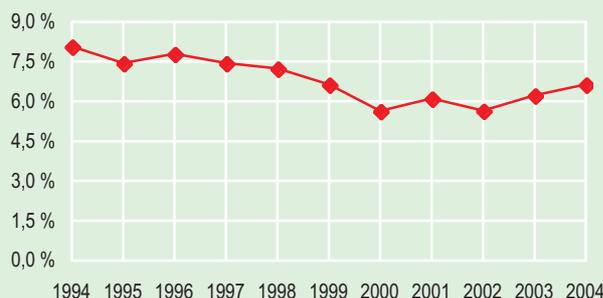
11. Le Rhun B., Legendre M-C., Podevin M., Villieret S., 2006, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004 », *Études et Résultats*, n°489, mai, DREES.

12. Source SAE.

13. Il faut en outre souligner que la diminution du nombre de lits et places des cliniques privées s'explique principalement par une substitution de l'hospitalisation partielle à l'hospitalisation complète.

GRAPHIQUE 3

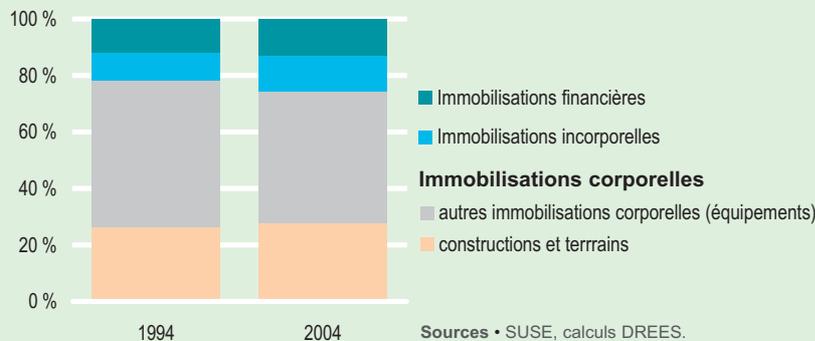
Taux de renouvellement médian des immobilisations des sociétés d'exploitation des cliniques privées



Sources • SUSE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 4

Répartition du patrimoine des sociétés d'exploitation des cliniques privées



Sources • SUSE, calculs DREES.

TABLEAU 2

Taux de renouvellement médian des immobilisations par taille des sociétés d'exploitation des cliniques privées

	1994		2004	
	Nombre de cliniques privées	Taux de renouvellement médian des immobilisations	Nombre de cliniques privées	Taux de renouvellement médian des immobilisations
Cliniques privées dont le chiffre d'affaires est :				
• inférieur à 2 M d'euros	442	6,2 %	291	2,4 %
• compris entre 2 M d'euros et 4 M d'euros	361	8,2 %	224	7,1 %
• compris entre 4 M d'euros et 8 M d'euros	330	8,8 %	307	6,5 %
• supérieur à 8 M d'euros	208	11,1 %	373	8,2 %
Ensemble des cliniques privées	1 341	8,1 %	1 195	6,5 %

Sources • SUSE, calculs DREES.

Cette reprise concomitante de la mise en place du volet investissement du plan Hôpital 2007 (encadré 3) conduit néanmoins à un taux inférieur de 1,5 point au niveau de renouvellement atteint en 1994.

En termes de dispersion, le premier quartile du taux de renouvellement des immobilisations est, sur l'ensemble de la période, légèrement inférieur à 3 % pour les sociétés d'exploitation des cliniques privées et le dernier quartile supérieur à 14 % en 2004.

Contrairement à ce qui a pu être observé pour les hôpitaux publics, la part médiane des dépenses d'investissement dans les dépenses totales de l'année des sociétés d'exploitation des cliniques privées (charges et investissements) est bien inférieure au taux de renouvellement médian des immobilisations. Cette part, en très légère diminution sur la période, s'établit à 3,1 % en 2004. Elle est sans doute minorée par la non prise en compte au sein de l'étude des comptes des sociétés civiles immobilières (SCI) rattachées aux sociétés d'exploitation des cliniques privées (encadré 2). Les SCI assurent en effet, en tant que propriétaires de biens immobiliers, une partie sans doute non négligeable des investissements utilisés par les sociétés d'exploitation des cliniques, alors que seules ces dernières sont concernées par les charges permettant d'assurer chaque année l'activité hospitalière.

Les immobilisations incorporelles et financières composent plus d'un quart du patrimoine des sociétés d'exploitation

Au sein du patrimoine du secteur privé, la part des immobilisations incorporelles progresse sensiblement, pour atteindre 12,5 % en 2004, soit 2,3 points de plus qu'en 1994 (graphique 4), tout comme celle des immobilisations financières (13,0 % en 2004, soit +1,2 point en dix ans). Le fonds commercial représente près de 80 % des immobilisations incorporelles des cliniques privées, notion qui n'existe pas dans le secteur public. Il s'agit de la valeur d'acquisition de l'ensemble des éléments incorporels du fonds de commerce¹⁴. Sa part dans

le patrimoine total des sociétés d'exploitation des cliniques privées a augmenté en fin de période, passant d'environ 9 % entre 1994 et 2002 à un peu plus de 10 % en 2004.

Les immobilisations corporelles composent donc un peu moins de 75 % du patrimoine des sociétés d'exploitation des cliniques privées en 2004 (graphique 4). Parmi les immobilisations corporelles, les constructions et terrains représentent moins de 30 % du patrimoine des sociétés d'exploitation des cliniques privées, part en légère augmentation entre 1994 et 2004.

Cette part est plus de deux fois inférieure à celle observée sur les hôpitaux publics (65 %) et explique en partie un taux de renouvellement plus faible des immobilisations dans le secteur public que dans le secteur privé, les constructions étant les immobilisations dont la durée de vie est la plus longue en moyenne et donc celles qui sont le moins souvent renouvelées. La faible part des constructions dans les immobilisations des sociétés d'exploitation des cliniques privées s'explique en partie par un recours à la location par l'intermédiaire de SCI (encadré 2). Il en résulte mécaniquement une sous-estimation de l'importance des constructions au sein des immobilisations dans ce secteur.

Le taux de vétusté des constructions des sociétés d'exploitation des cliniques privées s'établit à 54,1 % en 2004. Il s'est fortement détérioré au cours de la période puisqu'il s'élevait en 1994 à 43,6 %. Le taux de vétusté des équipements est logiquement plus élevé (72,5 % en 2004) et a également augmenté depuis 1994 mais dans une proportion moindre (64,8 % en 1994).

Les investissements des cliniques privées apparaissent concentrés sur un petit nombre de régions

Près de 40 % des investissements et du patrimoine des sociétés d'exploitation des cliniques privées sont réalisés par deux régions : l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. En termes de montants investis, les Pays de la Loire arrivent au troisième rang depuis 2002 (avec près de 10 % des

investissements des cliniques privées sur cette période), alors que leur patrimoine est bien inférieur à celui d'autres régions.

Seules deux régions (Alsace et Aquitaine) enregistrent pour leur secteur privé un taux de renouvellement médian de leurs immobilisations très supérieur au taux national, et ce, sur plusieurs années. Au contraire, trois régions (Auvergne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Bourgogne) se situent largement en dessous de ce taux national.

Les autres régions alternent sur la période des phases de renouvellement importantes et modérées par rapport à la médiane France entière des cliniques privées. Par exemple, le Languedoc-Roussillon renouvelle plus fortement ses immobilisations depuis 2000.

Le taux de renouvellement des immobilisations augmente avec la taille des cliniques privées

Les cliniques privées sont réparties en quatre classes de chiffre d'affaires, d'intervalle constant sur la période¹⁵ : les cliniques privées enregistrant moins de 2 millions d'euros de chiffre d'affaires, entre 2 et 4 millions d'euros, de 4 à 8 millions d'euros et plus de 8 millions d'euros. Le nombre de cliniques privées dans chaque classe a sensiblement évolué depuis dix ans (tableau 2). Les petites cliniques privées (moins de 2 millions d'euros de chiffre d'affaires) ont eu sur la période un taux de renouvellement des immobilisations beaucoup plus faible que les autres établissements, avec aussi une plus forte diminution que les autres classes (près de 4 points de moins en dix ans pour s'établir en 2004 à 2,4 %). Les cliniques privées les plus importantes (plus de 8 millions d'euros de chiffres d'affaires) enregistrent le taux de renouvellement des immobilisations le plus élevé (8,2 % contre 6,5 % pour l'ensemble des cliniques privées) malgré une diminution de trois points entre 1994 et 2004. Celles de taille intermédiaire ont connu, à la fois en niveau et en évolution entre 1994 et 2004, un taux de renouvellement des immobilisations proche de celui de l'ensemble des cliniques privées (tableau 2).

14. Le fonds commercial d'une clinique peut ainsi notamment dépendre du bassin de population l'entourant, des taux d'occupation observés ou encore des résultats économiques et financiers obtenus.

15. Les intervalles retenus sont différents de ceux définis au sein de Le Rhun B., Legendre M.-C., 2006, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques entre 2003 et 2004 », *Études et Résultats*, n°498, juin, DREES. Cette différence est liée à la période d'analyse (dix ans), qui, du fait de l'augmentation de la taille moyenne des cliniques, nécessite de s'intéresser à des niveaux plus faibles de chiffre d'affaires pour que cette segmentation puisse être pertinente en début de période.

Le financement des immobilisations et le plan Hôpital 2007

Les établissements disposent de plusieurs modes de financement de leurs immobilisations. Ils peuvent avoir recours à un financement interne (essentiellement les amortissements et provisions, les apports et réserves) mais aussi à des financements externes (emprunts et subventions).

Les recettes, c'est-à-dire en termes de flux sur une année, sont en 2004 pour les hôpitaux publics à 60 % d'origine interne et à 40 % d'origine externe. Cette répartition était moins équilibrée en début de période puisque la part des recettes externes est plus élevée de sept points en 2004 par rapport à 1994.

En termes de stocks et non plus de recettes, c'est 82 % du patrimoine des hôpitaux publics qui est financé à partir de ressources internes en 2004. Les amortissements et provisions représentent à eux seuls plus de la moitié du financement de ce patrimoine en 2004, part en progression de dix points par rapport à 1994. En revanche, les apports des hôpitaux publics (principalement les apports en capital fournis par l'État ou d'autres organismes à la création de l'établissement ou au cours de son existence) ont diminué de près de cinq points, représentant 14 % du financement en 2004.

Pour ce qui est des sources de financement externe, la part des emprunts dans le patrimoine du secteur public a diminué d'environ quatre points sur la période, pour s'établir en 2004 à 17 %.

Les sources de financement interne composent 77 % du patrimoine des sociétés d'exploitation des cliniques privées¹. Les amortissements et provisions représentent un peu moins de la moitié du financement de ce patrimoine. Ils en représentaient

43 % en 1994 et ont progressé d'un peu plus de cinq points en dix ans. Les réserves des cliniques privées (composées d'une partie des résultats des années précédentes) ont connu une diminution de même ampleur (s'établissant à 13 % en 2004), sans doute en lien avec des résultats économiques moindres entre 1998 et 2003².

Pour ce qui est des sources de financement externe, la part des emprunts a diminué d'environ quatre points, pour s'établir en 2004 à 21 % pour les sociétés d'exploitation des cliniques privées.

Le contenu du volet investissement du plan Hôpital 2007, lancé à la fin de l'année 2002, apparaît particulièrement intéressant pour l'analyse des modes de financement des immobilisations hospitalières. Ce plan prévoit de soutenir financièrement l'investissement des établissements de santé avec l'objectif d'allouer six milliards d'euros d'aides sur la période 2003-2007. Deux enveloppes distinctes composent ces aides : les subventions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)³ et les aides en fonctionnement versées dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et réservées aux établissements sous dotation globale (DG)⁴.

Les aides en fonctionnement, qui composent près de 80 % des aides prévues, ne pouvaient être individualisées à partir des données comptables jusqu'en 2006, date à laquelle s'applique une nouvelle version de la « M21 » (nomenclature comptable des hôpitaux publics). Les subventions du FMESPP, soit un peu plus de 20 % des aides, composent le compte 13 – subventions d'investissement, mais peuvent éga-

lement être classées au sein du compte 77 – produits exceptionnels. Pour ces raisons, l'analyse comptable de l'impact du volet investissement du plan Hôpital 2007 est complexe. Les subventions d'investissement inscrites au compte 13, relativement stables autour de 1 % du financement du patrimoine du secteur public (sachant que ce secteur a principalement reçu des aides en fonctionnement), progressent en 2003 et surtout en 2004 dans le secteur privé, pour passer de 0,3 % en 2002 à 1,8 % en 2004 du financement total des immobilisations des sociétés d'exploitation des cliniques privées.

1. L'analyse des sources de financement à partir des liasses fiscales des cliniques privées ne peut être faite sur les recettes d'investissements.

2. Le Rhun B., Legendre M-C., 2005, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques entre 2002 et 2003 », Études et Résultats, n° 411, juillet, DREES.

3. Le FMESPP a notamment permis de fusionner les fonds d'aide à l'investissement existant dans le domaine hospitalier : le Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) pour les établissements sous dotation globale et le Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) pour les établissements sous objectif quantifié national (OQN). Les montants consacrés à l'investissement dans le cadre de ces anciens fonds, créés en 2000, étaient beaucoup plus faibles que ceux alloués dans le cadre du plan Hôpital 2007.

4. Les hôpitaux publics sont les seuls établissements sous DG étudiés.