



En 2003, le chiffre d'affaires des cliniques privées s'est accru à champ constant de 8,7 %, soit d'un point de plus que l'évolution observée en 2002. Cette croissance est surtout portée par le secteur de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), notamment les polycliniques, ainsi que par les établissements de soins de suite et de réadaptation. Elle apparaît davantage liée aux revalorisations tarifaires intervenues en 2003 qu'à la croissance de l'activité, le nombre d'entrées et de venues ayant progressé de 2,5 %. La rentabilité économique des établissements se stabilise quant à elle en 2003, après le redressement intervenu l'année précédente. Elle apparaît plus forte dans les petites structures et s'améliore pour les polycliniques et les établissements chirurgicaux du secteur de MCO. Malgré un taux de rentabilité plus faible en MCO (0,6 %) que dans les autres établissements (3,3 %), les écarts entre les deux secteurs tendent à se réduire en 2003, atteignant 2,7 points contre 3,7 points en 2002. Par ailleurs, les cliniques privées ont sensiblement accru leurs investissements en 2003 (+6,4 %), surtout en MCO (+6,7 %). C'est dans les zones du Nord, d'Île-de-France et du Sud-Est que la rentabilité économique médiane des cliniques est la plus élevée. Des difficultés plus marquées apparaissent dans les ZEAT de l'Ouest et du Sud-Ouest.

**Béatrice LE RHUN
et Marie-Caroline LEGENDRE**

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la Santé et des solidarités
Drees

L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003

Les cliniques privées relevant de l'Objectif quantifié national (OQN) ont réalisé, en 2002 et 2003, au sein de l'hospitalisation publique et privée¹, 33 % des entrées en hospitalisation complète et respectivement 24 % et 25 % des venues en hospitalisation partielle. Malgré cette stabilité, on observe d'une part une nette augmentation du chiffre d'affaires de l'ensemble de ces cliniques, poursuivant la hausse déjà sensible de l'année précédente, et d'autre part une hausse minime de leur rentabilité économique, suite à une forte amélioration entre 2001 et 2002. Entre 2002 et 2003, le chiffre d'affaires moyen des cliniques privées enregistre à champ constant une hausse de 8,7 % (tableau 1 et graphique 1), prolongeant celle observée en 2002 (+7,7 %) et en 2001 (+5,7 %). Le chiffre d'affaires des 790 cliniques retenues pour l'étude en 2003 (encadré 1) atteint 6 505 millions d'euros et pourrait au total dépasser les 9 milliards

1. Chiffres issus de SAE 2002 et SAE 2003.

d'euros en tenant compte du nombre important de cliniques, souvent plus petites, dont les comptes ne sont pas encore disponibles pour cet exercice. L'évolution du chiffre d'affaires entre 2002 et 2003 pourrait de ce fait être légèrement inférieure aux estimations initiales. Le chiffre d'affaires des cliniques, actualisé pour 2002, a quant à lui atteint 7 783 millions d'euros pour les 980 cliniques étudiées cette année-là².

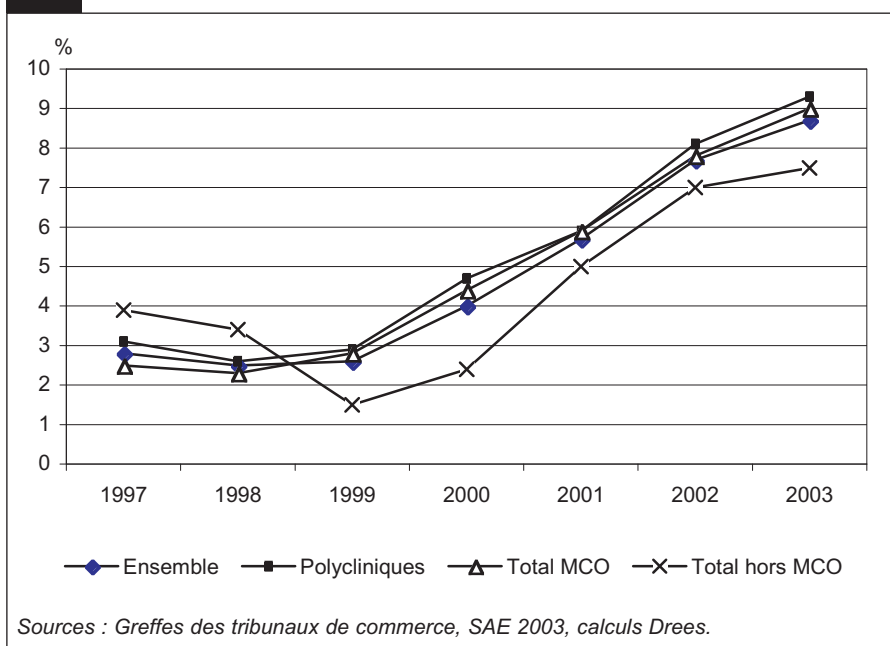
Une augmentation du chiffre d'affaires surtout portée en 2003 par les polycliniques et les établissements de suite et de réadaptation

Parmi les 709 cliniques présentes dans l'échantillon à la fois en 2002 et 2003, la moitié ont un chiffre d'affaires qui a crû de plus de 6,6 %, 25 % dépassent 11 % de hausse, et 10 % 18,6 %.

Cette croissance est essentiellement due à celle du secteur de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) [+9 %], qui a connu une augmentation plus importante qu'en 2002 (+7,8 %). Ce secteur contribue ainsi à hauteur de quatre cinquième à la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées en 2003. Celle-ci est notamment portée par les polycliniques (+9,3 % de croissance en 2003 après +8,1 % en 2002) qui contribuent à 78,4 % à l'augmentation du chiffre d'affaires en MCO. Viennent ensuite les établissements spécialisés en médecine (+10,7 % en 2003 pour +10,6 % en 2002), et les cliniques chirurgicales (+7,6 % en 2003 pour +6,5 % en 2002). La progression du chiffre d'affaires des cliniques spécialisées en obstétrique qui atteint 5,1 % est par contre moins marquée qu'en 2002 (+7,1 %). Il faut toutefois rester prudent dans l'analyse concernant cette spécialité puisque seules 8 cliniques sont à la fois représentées en 2002 et en 2003.

Le secteur hors MCO, quant à lui, avec un taux d'évolution du chiffre

G • 01 progression du chiffre d'affaires selon la catégorie d'établissement



2. Soit 187 cliniques supplémentaires par rapport aux résultats publiés précédemment in LAINÉ M., « La situation économique et financière des cliniques privées en 2002 », *Études et Résultats*, n° 326, juillet 2004, Drees (cf. encadré 1).

T • 01 évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

		Entreprises répondantes en 2003		Évolution en % par rapport à l'année précédente (cliniques présentes les deux années)				
		Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total (en M)	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL		790	6 505	2,6	4,0	5,7	7,7	8,7
MCO	Polycliniques	283	3 774	2,9	4,7	5,9	8,1	9,3
	Médecine	37	222	6,2	5,3	9,6	10,6	10,7
	Chirurgie	145	1 029	1,7	2,9	5,0	6,5	7,6
	Obstétrique	10	80	7,7	5,1	9,8	7,1	5,1
	Total MCO	475	5 105	2,8	4,4	5,9	7,8	9,0
hors MCO	Suite et réadaptation	178	890	1,0	2,4	7,1	7,6	9,4
	Psychiatrie	102	382	0,8	2,5	2,0	5,3	5,6
	Dialyse	17	99	4,6	0,3	3,5	5,8	2,4
	Divers	18	26	2,0	5,8	5,0	6,6	2,2
	Total hors MCO	315	1 398	1,5	2,4	5,0	7,0	7,5
dont CA	de moins de 6 millions d'euros	420	1 338	3,9	5,6	3,6	6,6	6,6
	de 6 à 12 millions d'euros	214	1 804	2,0	2,9	5,0	6,2	7,7
	de plus de 12 millions d'euros	156	3 362	1,9	3,8	7,7	9,3	10,1

Source : Greffes des tribunaux de commerce, SAE2003, calculs Drees.

Les problèmes de champ d'étude

Le champ de l'étude

Les données de 2003 couvrent 790 cliniques pour lesquelles les comptes sont disponibles et ont pu être croisés avec l'activité (via SAE 2003). Ces données sont encore provisoires, elles devraient en effet concerner plus de 1 200 comptes pour l'ensemble du champ OQN. Les données de 2002, quant à elles, concernent 980 cliniques dont les comptes et l'activité sont désormais exploitables. Elles concernent 187 établissements privés supplémentaires par rapport à l'étude publiée en 2004¹. Les résultats actualisés ne remettent toutefois pas en cause les commentaires précédents. Les résultats en termes d'évolution entre 2002 et 2003 sont obtenus à partir des données de 709 cliniques présentes à la fois en 2002 et en 2003.

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

L'absence de comptes de toutes les entreprises pour chaque année, pose d'importants problèmes de comparaison pour deux années successives, aussi bien en ce qui concerne l'évolution globale du chiffre d'affaires, que le calcul des ratios de rentabilité.

Estimation de l'évolution du chiffre d'affaires

L'évolution du chiffre d'affaire a ici été estimée sur le champ des seules cliniques présentes deux années consécutives dans la base (évolution à champ constant). On suppose donc implicitement que l'évolution des entreprises non répondantes l'une des deux années n'est pas suffisamment différente de l'évolution d'ensemble pour affecter significativement celle-ci. Ceci est vraisemblable dans le cas d'entreprises qui ont continué à exercer pendant les deux années en question, mais pas lorsqu'il s'agit de créations ou de disparitions d'entreprises.

Afin d'apprécier l'impact sur les comptes des cliniques des restructurations intervenues au cours de la période, on s'est efforcé de repérer, à partir de la base FINNESS, les opérations qui se sont traduites par des disparitions d'entreprises, soit par fermeture, soit par fusion avec une autre société, ainsi que les créations d'entreprises. Les cas de fusion qui ont pu être repérés ont été pris en compte dans les appariements, la nouvelle entité étant ainsi appariée à plusieurs cliniques de l'année précédente.

En revanche, la prise en considération des fermetures complètes d'établissements est plus délicate : en général les entreprises qui cessent d'exercer leur activité ne transmettent plus leurs comptes ; il arrive toutefois qu'elles subsistent avec une nouvelle activité (notamment financière ou immobilière). Dans ce cas le compte cesse d'être déposé, ou bien est déposé avec la nouvelle activité qui ne coïncide pas forcément avec celle de la fermeture enregistrée antérieurement dans FINNESS.

	Sur l'ensemble du champ		Sur les cliniques présentes les deux années	
	2002	2003	2002	2003
Chiffre d'affaires (millions d'euros)	7 783	6 505	5 556	6 042
Nombre de cliniques	980	790	709	709

Les ratios de rentabilité

Les ratios sont en général moins sensibles aux lacunes que l'évolution des masses. On compare ainsi souvent des ratios relatifs à deux années même s'ils sont calculés sur des champs légèrement différents. Cependant il peut arriver que les entreprises qui ne répondent pas aient des caractéristiques différentes de l'ensemble, notamment en termes de rentabilité. La rentabilité en 2002 paraît ainsi meilleure si on la calcule sur un champ restreint aux seules entreprises présentes en 2002 et 2003. On peut supposer que les écarts observés sont dus à certains établissements parmi les plus déficitaires en 2002 qui n'apparaissent plus dans les comptes en 2003, sans doute pour cause de fermeture ou de restructuration. En revanche, en 2003, les cliniques qui étaient présentes également en 2002 ont une rentabilité moyenne plus faible. Ceci pourrait signifier que les « nouvelles cliniques » ou celles de restructurations aient plus de facilités à dégager des marges. Cependant, que l'on raisonne à champ constant ou à champ complet, le constat est sensiblement le même : les cliniques du secteur MCO ont amélioré leur rentabilité économique en 2003. À l'inverse, les cliniques du secteur hors MCO voient leur rentabilité économique diminuer en 2003, mais gardent cependant de bons niveaux de rentabilité comparativement au secteur MCO.

1. LAINÉ M., « La situation économique et financière des cliniques privées en 2002 », *Études et Résultats*, n° 326, juillet 2004, Drees.

taux de rentabilité économique

	Sur l'ensemble du champ		Sur les cliniques présentes les deux années	
	2002	2003	2002	2003
Ensemble	1,1	1,2	1,3	1,1
dont CA : Moins de 6 (en millions d'euros)	1,9	2,6	2,1	2,4
De 6 à 12	0,7	1,1	1,0	1,1
Plus de 12	0,8	0,6	0,9	0,5
Polycliniques	0,2	0,5	0,3	0,4
dont CA : Moins de 6 (en millions d'euros)	-0,7	-2,5	-0,3	-3,0
De 6 à 12	-0,3	0,3	-0,3	0,1
Plus de 12	0,7	0,8	0,6	1,2
Secteur MCO hors polycliniques	0,5	0,8	0,5	0,8
Secteur MCO y compris polycliniques	0,3	0,6	0,4	0,5
Hors MCO	4,0	3,3	4,6	3,1

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003, calculs Drees.

d'affaires de +7,5 % croît à peu près au même rythme que l'année précédente (+7 %). Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) contribuent pour 74,4 % à cette évolution. Les disparités sont toutefois plus marquées selon les spécialités que dans le secteur de MCO. Ainsi, alors que le

taux de croissance du chiffre d'affaires atteint, pour les établissements de SSR, +9,4 % à champ constant entre 2002 et 2003, l'évolution n'est que de 2,4 % pour les centres de dialyse et de 5,6 % pour les établissements psychiatriques.

En 2003, tous secteurs confondus, ce sont les « grandes cliniques » (celles

dont le chiffre d'affaires est supérieur à 12 millions d'euros), qui ont vu leur chiffre d'affaires croître de la façon la plus importante, +10,1 %, poursuivant la tendance des deux années précédentes (+9,3 % en 2002 et +7,7 % en 2001). Ce sont elles qui contribuent le plus fortement (57 %) à la hausse glo-

bale du chiffre d'affaires du secteur. Celui des « cliniques moyennes » (celles dont le chiffre d'affaires est compris entre 6 millions et 12 millions d'euros) a crû de 7,7 % en 2003 après 6,2 % de croissance en 2002, tandis que les petites cliniques³ (celles dont le chiffre d'affaires est inférieur à 6 millions d'euros) ont connu une augmentation de 6,6 % comme l'année précédente.

Une hausse du chiffre d'affaires davantage liée aux revalorisations des tarifs qu'à la croissance de l'activité

La hausse de l'activité des cliniques privées n'explique que partiellement la nette progression de leur chiffre d'affaires constatée entre 2002 et 2003. En effet, l'augmentation du nombre d'en-

trées et venues a été moindre sur cette période, s'établissant en 2003 à +2,5 % pour les cliniques retenues dans l'étude à champ constant (comme d'ailleurs pour l'ensemble des cliniques sous OQN⁴). Le nombre d'entrées et venues en MCO progresse quant à lui de 2,3 %, soit là encore nettement moins que chiffre d'affaires du secteur.

La croissance du chiffre d'affaires s'explique donc aussi par l'évolution des tarifs. En effet, le rapport entre le chiffre d'affaires en 2003 et le nombre d'entrées et venues a crû de 11,5 % entre 2002 et 2003. Il s'établit ainsi en 2003 à 1 271 € par entrée ou venue pour les établissements présents les deux années, après 1 140 € en 2002. Cette nette hausse s'explique principalement par les revalorisations tarifaires intervenues successivement au cours de l'année 2003. Tout d'abord, l'entrée en vigueur au 1^{er} mai 2003 des mesures de l'accord annuel national, conclu entre l'État et les organisations nationales représentatives des établissements de santé privés, a abouti à une hausse moyenne des tarifs de 2,6 % au niveau national (et de 3 % si on y ajoute le forfait nouveau né). La contribution de cette modification tarifaire à la hausse du chiffre d'affaires a été de 34,5 %. Par ailleurs, les subventions versées en 2002 au titre du Fonds de modernisation des cliniques privées, ont été intégrées aux revalorisations accordées aux cliniques concernées le 1^{er} janvier 2003 (encadré 4).

E-2

Activité principale et taille des cliniques

Le secteur MCO : il comprend toutes les cliniques dont l'activité principale est la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique. Ces cliniques peuvent être soit des établissements mono-disciplinaires (M, C ou O) soit des polycliniques pratiquant deux ou trois de ces activités.

Le secteur hors MCO : il comprend tous les établissements dont l'activité principale n'est pas du MCO. Il s'agit des cliniques psychiatriques, des cliniques prodiguant des soins de suite ou de réadaptation, des centres de dialyse et de deux établissements de long séjour.

La taille des cliniques

Le chiffre d'affaires des sociétés d'exploitation des cliniques en 2003 permet d'estimer leur taille et de les classer en trois catégories : celles qui réalisent moins de 6 M€ de chiffre d'affaires, celles dont le chiffre d'affaires est compris entre 6 et 12 M€ et celles dont le chiffre d'affaires dépasse les 12 M€. Le tableau qui suit donne, en fonction de la catégorie étudiée, une idée de la correspondance entre la taille du chiffre d'affaires et la taille de la clinique en nombre de lits et places.

Secteur	Catégorie	Chiffre d'affaires réalisé en 2002	Effectif	Nombre de lits et places moyen	
MCO	Polycliniques	Inférieur à 6 M€	54	63	
		Entre 6 et 12 M€	106	87	
		Supérieur à 12 M€	123	176	
		Ensemble	283	121	
	Chirurgie	Inférieur à 6 M€	75	46	
		Entre 6 et 12 M€	54	79	
		Supérieur à 12 M€	16	152	
		Ensemble	145	70	
	Médecine	Inférieur à 6 M€	27	55	
		Supérieur à 6 M€	10	117	
		Ensemble	37	72	
	Obstétrique	Inférieur à 6 M€	5	48	
		Supérieur à 6 M€	5	111	
Ensemble		10	79		
Total MCO		Inférieur à 6 M	161	53	
		Entre 6 et 12 M	160	108	
		Supérieur à 12 M	154	156	
		Ensemble	475	105	
Hors MCO	Soins de suite et réadaptation	Inférieur à 6 M€	141	67	
		Entre 6 et 12 M€	28	129	
		Supérieur à 12 M€	9	222	
		Ensemble	178	85	
	Psychiatrie	Inférieur à 6 M€	88	64	
		Supérieur à 6 M€	14	149	
		Ensemble	102	76	
	Autres	Ensemble	36	30	
	Total hors MCO		Inférieur à 6 M	260	62
			Entre 6 et 12 M	42	128
		Supérieur à 12 M	11	187	
		Ensemble	316	76	

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003, calculs Drees.

3. Le critère de taille retenu pour les établissements est le chiffre d'affaires mais le nombre de lits et places aurait également été un bon critère et aurait amené à la même conclusion. Ces deux variables apparaissent en effet fortement corrélées (cf. encadrés 2 et 3).

4. Le nombre d'entrées et venues a progressé de 2,4 % en 2003 pour l'ensemble des cliniques privées sous OQN selon les résultats de Sophie AUDRIC, Valérie CARRASCO, Magali COLDEFY, Édith THOMSON, Lauren TRIGANO : « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 382, mars 2005, Drees.

Il faut également noter qu'il existe, d'année en année, un déplacement de l'activité des cliniques qui ont tendance à s'orienter vers des activités plus onéreuses. Il existe enfin un décalage entre la prise en compte des données d'activité et des données de facturation⁵, qui peut influencer sur l'évolution du chiffre d'affaires.

Une hausse minime de la rentabilité économique des cliniques, qui résulte de la stabilité générale de leur compte de résultat

En 2003, la rentabilité d'exploitation des cliniques, mesurée par le taux de marge brute d'exploitation (excédent brut d'exploitation rapporté au chiffre d'affaires) se stabilise à 4,8 % (tableau 2). Il correspond au surplus dégagé par la confrontation entre les produits et les charges liées à l'activité d'exploitation de l'établissement.

Cette stabilité résulte à la fois de la hausse de la part de la fiscalité liée à l'exploitation dans le chiffre d'affaires (+0,8 point par rapport à 2002) et d'une diminution de la part des frais de personnel⁶ (-0,5 point par rapport à 2002). La part des achats et charges externes⁷ diminue également de 0,2 point, confirmant la baisse amorcée en 2002. L'augmentation de la part de la fiscalité provient de la réduction des subventions d'exploitation perçues par les cliniques (0,3 % du chiffre d'affaires), dont le montant est inférieur à celui constaté en 2002 (1,2 % du chiffre d'affaires). Il faut toutefois noter que les subventions de l'année 2002 étaient exceptionnelles, résultant de l'élargissement du Fonds de modernisation des

5. Les données d'activité sont annuelles et prises en compte à date de réalisation tandis que les données de facturation sont comptées à date de facturation.

6. Hors impôts sur les salaires (compris dans le poste « taxes ») et participation aux bénéfices des salariés.

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

E•3

Le chiffre d'affaires par lit et place

Grâce aux données de la SAE en 2003, il est possible d'estimer pour chaque établissement le chiffre d'affaires par lit et place. Celui-ci s'établissait en moyenne à 92 500 € en 2003 alors qu'il était de 85 300 € en 2002. Il a donc progressé de 8,5 % en un an.

Ce ratio dépend fortement de la taille de la clinique. Ainsi les cliniques possédant plus de 150 lits ont un chiffre d'affaires par lit et place plus élevé que les autres, s'établissant à 110 500 € en 2003, suivi de 84 700 € pour les cliniques de moins de 50 lits et de 83 800 € pour les cliniques ayant entre 50 et 150 lits. Le chiffre d'affaires par lit et place est également en 2003 supérieur à la moyenne pour les établissements pluridisciplinaires (113 200 €) et pour les établissements mono-disciplinaires spécialisés en chirurgie (107 600 € en 2003). Il est en revanche sensiblement plus faible pour les cliniques orientées vers les séjours plus longs : 63 500 € pour les soins de suite et de réadaptation, 47 900 € en psychiatrie.

Ce sont les établissements de soins de suite et de réadaptation qui connaissent en 2003 la progression la plus forte : +12,4 %. Les établissements spécialisés en médecine progressent aussi plus que la moyenne : +9,7 % entre 2002 et 2003. Les établissements spécialisés en psychiatrie et, dans une moindre mesure, les établissements spécialisés en chirurgie ont une croissance plus faible : 4,9 % d'augmentation du chiffre d'affaires par lit et place en psychiatrie et 7,1 % en chirurgie. Les établissements pluridisciplinaires, quant à eux, ont une progression proche de la moyenne (8,3 %).

E•4

Le Fonds de modernisation des cliniques privées

Au 1^{er} janvier 2000, la création du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) devait permettre aux cliniques privées de financer des investissements contribuant à l'adéquation de l'offre de soins hospitaliers aux priorités définies par les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). De plus, la circulaire du 11 septembre 2000 a étendu les interventions du fonds à la mise en conformité d'installations, notamment en matière de sécurité sanitaire. Son champ d'intervention a de nouveau été étendu, lors du protocole d'accord du 7 novembre 2001 entre l'État et les fédérations d'établissements privés, « à la contribution à la politique sociale et salariale des établissements concernés ». C'est ainsi que les missions de ce fonds ont été élargies en 2002 à la revalorisation salariale réalisée par les établissements dans le cadre de l'harmonisation des rémunérations entre le personnel salarié de l'hôpital privé et public : 180 millions d'euros ont été versés aux cliniques privées en 2002 pour les fonds alloués en 2001 et 2002. Les cliniques doivent inscrire ces montants en subventions d'exploitation. Enfin, la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2003 indique que le montant de l'ensemble des subventions versées a été intégré à la revalorisation des tarifs des cliniques concernées au 1^{er} janvier 2003 ; ces subventions deviennent ainsi pérennes.

cliniques privées à l'accompagnement des revalorisations salariales. La diminution de la part des frais de personnel découle de celle de la masse salariale brute qui représente 33,2 % du chiffre d'affaires en 2003, soit 0,7 point de moins qu'en 2002 (33,9 %). Cette évolution marque une interruption avec la hausse continue observée depuis 1999. Le salaire brut moyen hors charges sociales augmente de 5,4 % en 2003, après une hausse de 5,9 % en 2002, suite à la mise en œuvre de la convention collective unique à partir du mois d'avril. La diminution de la part des achats et charges externes, provient, elle, de celle des achats consommés (-0,4 point) et entraîne une hausse (+0,4 point) de la part de la valeur ajoutée (égale au chiffre d'affaires moins les achats effectués).

Le bénéfice d'exploitation augmente quant à lui de 0,2 point en 2003 pour l'ensemble du secteur. Ceci s'explique essentiellement par la réduction de la part des dotations nettes aux amortissements qui ne cesse de décroître depuis 1998.

Le résultat financier des établissements privés (solde entre les produits et les charges de caractère financier – encadré 5) traduit, quant à lui, la qualité de la gestion financière de l'entreprise mais aussi les aléas induits par l'instabilité de leur environnement économique. Il augmente légèrement de 0,1 point en 2003 grâce à la poursuite de la diminution des charges financières, amorcée en 2002. Le résultat courant, qui mesure le résultat lié à l'activité courante, est donc stimulé simultanément par l'amélioration du

T
• 02

compte de résultat des cliniques privées

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre d'entreprises incluses	1 096	1 117	1 042	1 023	980	790
Chiffre d'affaires moyen (en M)	5,8	5,9	6,5	6,7	7,5	8,3
Achats et charges externes (en % du CA)	-42,2 %	-42,8 %	-43,6 %	-44,2 %	-43,9 %	-43,7 %
dont						
- Achats consommés	-17,0 %	-17,5 %	-17,4 %	-17,6 %	-17,5 %	-17,1 %
- Autres achats et charges externes	-25,2 %	-25,5 %	-26,1 %	-26,6 %	-26,5 %	-26,6 %
- Variation de stocks	0,0 %	0,2 %	-0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Frais de personnel (en % du CA)	-44,9 %	-44,9 %	-44,7 %	-45,9 %	-46,5 %	-46,0 %
dont						
- Salaires bruts	-32,3 %	-32,0 %	-32,7 %	-33,7 %	-33,9 %	-33,2 %
- Charges sociales	-12,6 %	-12,9 %	-12,0 %	-12,2 %	-12,6 %	-12,8 %
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-6,3 %	-6,4 %	-6,4 %	-6,3 %	-4,8 %	-5,6 %
dont						
- Impôts, taxes et versements assimilés	-6,4 %	-6,5 %	-6,5 %	-6,4 %	-6,0 %	-5,9 %
- Subvention d'exploitation	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	1,2 %	0,3 %
Excédent brut d'exploitation (en % du CA)	6,6 %	5,9 %	5,3 %	3,6 %	4,8 %	4,8 %
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-3,5 %	-3,4 %	-3,2 %	-3,0 %	-2,9 %	-2,6 %
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %
Résultat d'exploitation (en % du CA)	3,5 %	2,9 %	2,5 %	1,0 %	2,4 %	2,6 %
Résultat financier	-0,5 %	-0,4 %	-0,3 %	-0,5 %	-0,4 %	-0,3 %
dont						
- Produits financiers	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %
- Charges financières	-1,1 %	-1,1 %	-1,1 %	-1,2 %	-1,0 %	-0,9 %
Résultat courant (exploitation + financier)	3,0 %	2,5 %	2,2 %	0,5 %	2,0 %	2,3 %
Résultat exceptionnel (en % du CA)	-0,3 %	-0,1 %	0,7 %	0,7 %	0,5 %	0,1 %
dont						
- Produits exceptionnels	2,0 %	1,9 %	3,0 %	2,4 %	2,7 %	2,3 %
- Charges exceptionnelles	-2,3 %	-2,1 %	-2,3 %	-1,8 %	-2,1 %	-2,2 %
Participation des salariés (en % du CA)	-0,3 %	-0,3 %	-0,3 %	-0,2 %	-0,3 %	-0,3 %
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4 %	-1,2 %	-1,3 %	-0,9 %	-1,0 %	-1,0 %
Résultat net (en % du CA)	1,0 %	0,9 %	1,3 %	0,1 %	1,1 %	1,2 %

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003, calculs Drees.

6

résultat financier et du résultat d'exploitation.

La rentabilité économique est mesurée par le ratio résultat net/chiffre d'affaires, le résultat net correspondant au solde final de l'ensemble des produits et des charges de l'exercice, qui reflète donc ainsi le profit ou le déficit engendré par les activités de l'établissement. La rentabilité économique des cliniques privées augmente très légèrement entre 2002 (1,1 %) et 2003, où elle se maintient à 1,2 %. Il faut toutefois noter qu'elle avait fortement augmenté entre 2001 et 2002 (tableau 3). Cette faible fluctuation de la rentabilité économique reflète le caractère stable du compte de résultat.

Une rentabilité à la fois plus forte et plus dynamique pour les petites cliniques

La moitié des cliniques privées sous OQN ont en 2003 un taux de rentabilité économique supérieure à 1,9 %. Cette valeur médiane est ainsi légèrement supérieure (+0,1 point) à celle de l'an-

née précédente. Toutefois, 28 % des établissements ont, comme en 2002, un taux de rentabilité économique négatif tandis que 10 % de l'ensemble des établissements déclarent des pertes dépassant 5,5 % de leur chiffre d'affaires. Le chiffre d'affaires de l'ensemble des établissements déclarant des pertes représente 9,7 % du chiffre d'affaires global, provenant toutefois essentiellement de deux « grandes cliniques ». À l'opposé, 10 % des cliniques présentent un taux de rentabilité supérieure à 9,2 % et représentent 5,2 % du chiffre d'affaires total.

Ce sont les « petites cliniques » qui enregistrent le taux de rentabilité économique le plus élevé (2,6 %), tandis que les « cliniques moyennes » ont, avec 1,1 %, un taux de rentabilité économique supérieur à celui des « grandes cliniques », lequel s'établit à 0,6 % (graphique 2a). La progression de la rentabilité est d'ailleurs plus sensible en 2003 pour les « petites cliniques » (+0,7 point) que pour les « cliniques moyennes » (+0,4 point), alors que le taux de rentabilité économique des « grandes cliniques »

diminue de 0,2 point et se rapproche ainsi de celui des polycliniques. Cette structure est presque la même qu'en 2000, 2001 et 2002.

Une rentabilité qui s'améliore dans les polycliniques et les cliniques chirurgicales du secteur MCO

Le taux de rentabilité économique en MCO (0,6 %) augmente pour sa part de 0,3 point en 2003 (graphique 2b). Celui des autres établissements (3,3 %) poursuit au contraire la diminution amorcée en 2000 et perd 0,7 point par rapport à l'année précédente. Si le taux de rentabilité économique des cliniques reste moindre en MCO, l'écart entre les deux secteurs tend donc à se réduire pour la deuxième année consécutive (+2,7 points d'écart en 2003 pour +3,7 points en 2002 et +5,9 points en 2001).

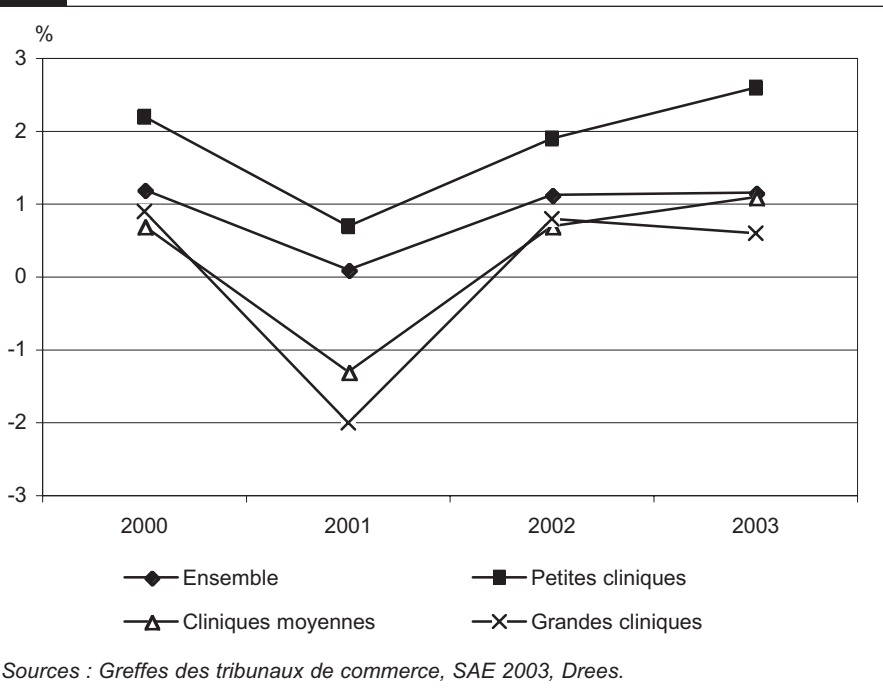
Ainsi, le taux de rentabilité économique des polycliniques atteint 0,5 %, avec une hausse de 0,3 point. Les polycliniques représentent à cet égard 74 % du chiffre d'affaires du secteur MCO.

Toutefois, la rentabilité économique des polycliniques de taille moyenne (+0,3 %) y est inférieure à celle des polycliniques de grande taille (+0,8 %), mais supérieure à celle des polycliniques de petite taille (-2,5 %), dont la perte économique s'accroît entre 2002 et 2003. Là encore, cette structure est quasi identique aux trois années précédentes.

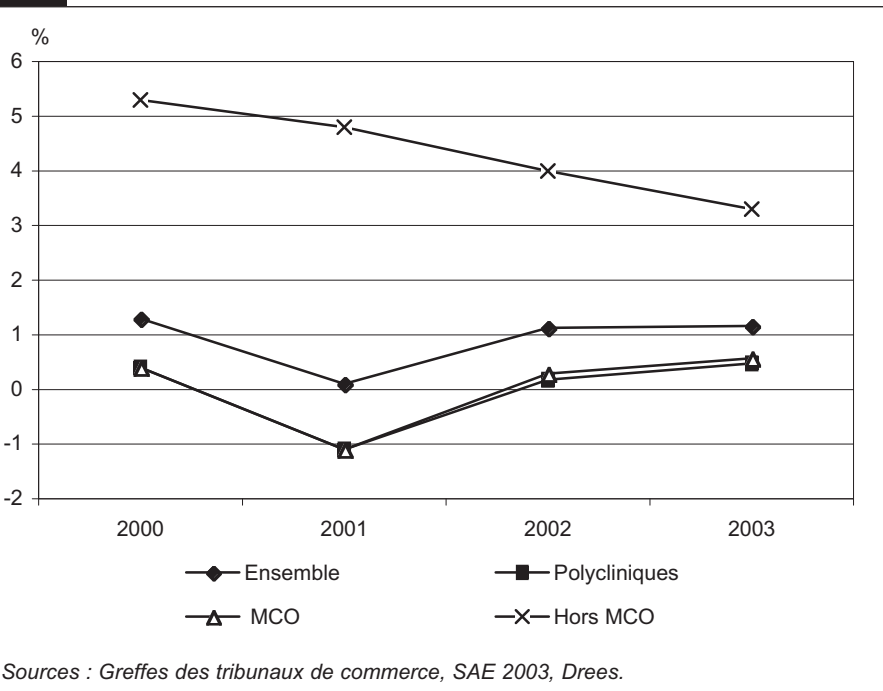
Par ailleurs, l'accroissement du taux de rentabilité économique des cliniques chirurgicales (1,1 %) est notable en 2003 avec 0,6 point de plus que l'année précédente. En médecine, le taux de rentabilité économique des cliniques est au contraire quasi stable depuis 2000 (1,2 % en 2003).

Les taux de rentabilité économique des cliniques qui n'appartiennent pas au secteur MCO apparaissent moins heurtés par discipline. En effet, le taux de rentabilité des établissements de psychiatrie (5,7 %) est identique en 2003 à celui des établissements spécialisés en dialyse et proche de celui des autres établissements (5,5 %). Cependant, leur évolution diffère par rapport aux années précédentes. En effet, la rentabilité économique des établissements de psychiatrie et de ceux classés en « divers » augmente depuis 2000 (de respectivement +1,3 point et +1,8 point entre 2002 et 2003), alors que celui des centres de dialyse a nettement tendance à diminuer (-2 points entre 2002 et 2003)⁸. Il faut toutefois noter que la rentabilité économique de ce dernier secteur a été particulièrement sensible au cours des dernières années. Enfin, avec un taux de rentabilité économique de 2 % en 2003, les établissements de soins de suite et réadaptation orientent à eux seuls à la baisse la rentabilité économique du secteur hors MCO.

G
•2a évolution de la rentabilité économique selon la taille des cliniques



G
•2b évolution de la rentabilité économique selon la catégorie d'établissement



8. Là encore, il faut préciser que l'analyse de 2003 ne concerne que 17 centres de dialyse et 18 établissements « divers ».

Les soldes intermédiaires de gestion

Le chiffre d'affaires (CA)

Montant des affaires réalisées par l'entreprise avec les tiers dans l'exercice de son activité professionnelle normale et courante. C'est le principal indicateur comptable de l'activité de l'entreprise.

La valeur ajoutée (VA)

Chiffre d'affaires auquel on déduit le total des achats et des charges externes. C'est le premier indicateur global de marge et il exprime l'apport spécifique de l'entreprise dans le processus de production et de distribution d'un bien ou d'un service. C'est la richesse que crée l'entreprise et qu'elle va partager entre l'État, ses salariés et ses actionnaires, le reliquat étant réinjecté dans l'entreprise elle-même.

L'excédent brut d'exploitation (EBE)

Solde de toutes les opérations d'exploitations liées directement à la production (indépendamment des décisions d'investissement et de financement de l'entreprise). C'est le montant net des ressources que l'entreprise obtient régulièrement de son exploitation. On l'obtient en soustrayant à la valeur ajoutée les frais de personnel et la fiscalité liée à l'exploitation.

Le résultat d'exploitation

Surplus dégagé par la confrontation entre les produits et les charges liées à l'activité d'exploitation de l'entreprise.

Le résultat financier

Solde entre les produits et les charges de caractère financier. Il traduit la qualité de la gestion financière de l'entreprise mais aussi les aléas induits par l'instabilité de l'environnement économique.

Le résultat courant

Il mesure le résultat lié à l'activité courante en sommant les résultats des activités d'exploitation et financières.

Le résultat exceptionnel

Il solde l'influence favorable ou défavorable d'événements exceptionnels.

Le résultat net

Solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice. Il reflète le profit (ou le déficit) engendré par les activités de l'entreprise.

La capacité d'autofinancement

C'est ce qui reste à l'entreprise pour financer son développement : elle est composée du résultat net augmenté des dotations aux amortissements et provisions nettes des reprises et corrigée du résultat sur les cessions d'immobilisations.

Des difficultés plus marquées dans les zones Ouest et Sud-Ouest

De même que la rentabilité économique moyenne, la rentabilité économique médiane, (1,9 % en 2003 au niveau national) croît très légèrement sur un an (+0,1 point) [tableau 4]. L'examen du niveau de cette rentabilité économique médiane pour chaque grande zone géographique régionale (ZEAT) permet de mieux rendre compte des disparités régionales⁹. Ainsi, dans la moitié des ZEAT, la rentabilité économique médiane des cliniques est supérieure à celle observée au niveau national. C'est le cas dans le Nord (3,2 %), en Île-de-France (2,6 %), dans le Sud-Est (2,4 %) et le Nord-Est (2,1 %). Le Nord et le Sud-Est retrouvent ainsi en 2003 les valeurs régionales de rentabilité économique les plus élevées. En Île-de-France, la forte croissance entamée en 2001 se poursuit. La rentabilité économique médiane des autres zones est inférieure au taux médian national. C'est le cas des zones du Centre-Est (1,8 %), du Bassin Parisien (1,7 %), du Sud-Ouest (1,5 %) et de l'Ouest (1,3 %). Alors que ces ratios se stabilisent en Centre-Est et dans le Bassin Parisien, ils sont en diminution dans les deux autres ZEAT.

Le fait que certaines régions accueillent une proportion plus forte d'établissements de moyen séjour, en général plus rentables, est un facteur explicatif de certaines disparités régionales ainsi mises en évidence. En se limitant au secteur de MCO, les établis-

T • 03 évolution de la rentabilité économique selon la catégorie d'établissement

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ensemble	1,5	1,0	0,9	1,3	0,1	1,1	1,2
Polycliniques	0,7	0,2	0,0	0,4	-1,1	0,2	0,5
Médecine	2,6	3,5	1,4	1,1	1,1	1,2	1,2
Chirurgie	1,2	-0,3	0,0	0,1	-1,2	0,5	1,1
Obstétrique	2,1	1,4	1,0	3,3	0,6	-1,7	-3,6
Total MCO	0,9	0,3	0,1	0,4	-1,1	0,3	0,6
Soins de suite et de réadaptation	3,0	3,8	3,0	2,5	3,7	3,1	2,0
Psychiatrie	5,7	4,9	5,2	6,4	4,0	4,4	5,7
Dialyse	8,1	8,6	8,3	20,7	17,1	7,7	5,7
Divers	4,6	3,0	4,1	0,7	1,3	3,7	5,5
Total hors MCO	4,4	4,4	4,3	5,3	4,8	4,0	3,3

Source : Greffes des tribunaux de commerce, calculs Drees.

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

sements les plus rentables se trouvent en Île-de-France (1,8 %), dans le Nord (1,5 %) et le Nord-Est (1,3 %). Dans les zones de l'Ouest (1 %) et du Bassin Parisien (0,9 %) les taux de rentabilité économique médians des cliniques sont similaires au taux national. En revanche, dans le Sud-Ouest (0,7 %), le Centre-Est (0,2 %) et le Sud-Est (0,3 %) on observe une situation économique des cliniques privées plus défavorable qu'au niveau national et plus dégradée qu'en 2002.

Une nette augmentation des investissements en 2003, surtout en médecine-chirurgie-obstétrique

La capacité d'autofinancement (CAF) permet d'évaluer les ressources des entreprises qui restent disponibles à la clôture des comptes pour le financement de leur développement. La capacité d'autofinancement de l'ensemble des cliniques privées sous OQN, qui représentait 3,9 % du chiffre d'affaires en 2002, s'infléchit et passe à 3,4 % en 2003, mais demeure supérieure à celle observée en 2001, qui était de 3,1 %. Dans le secteur MCO, la capacité d'autofinancement des établissements, qui s'établit à 3 % du chiffre d'affaires en 2003, reste en deçà de celle des autres établissements (4,6 %). Pour ces derniers, elle diminue néanmoins par rapport à 2002, rompant ainsi la tendance à la hausse observée depuis 1999.

La diminution de la capacité d'autofinancement dans les cliniques privées constatée en 2003 s'explique en partie par les investissements intervenus en 2002. En effet, une augmentation des immobilisations, en particulier des équipements, une année donnée, peut entraîner, toutes choses égales par ailleurs, une variation inverse de la capacité d'autofinancement l'année sui-

10. Le plan hôpital 2007 s'accompagne de subventions d'investissement, le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), destinées aux établissements publics et privés.

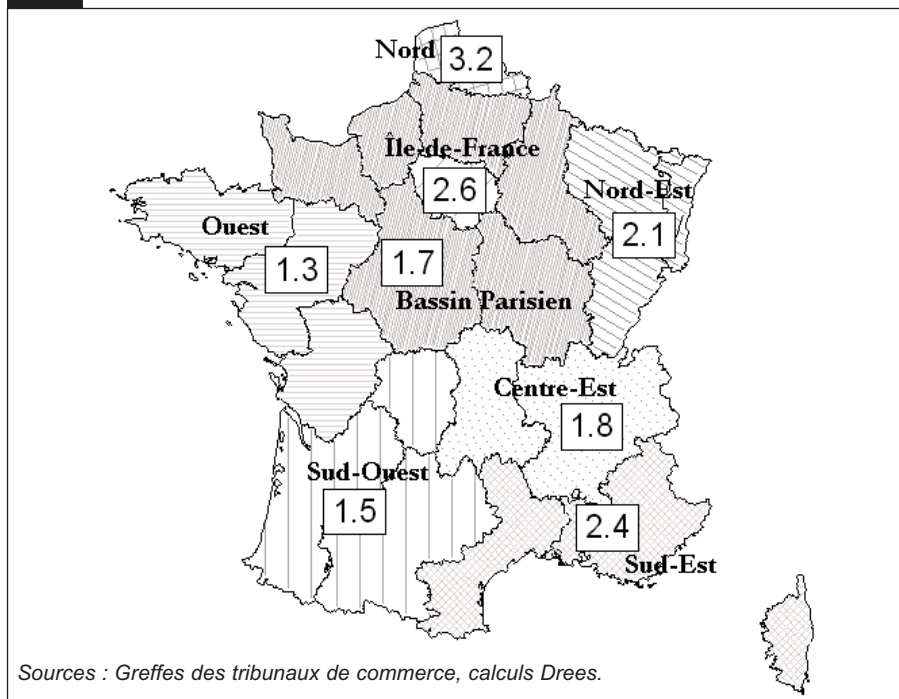
T • 04 rentabilité économique médiane par zone géographique régionale

en % du chiffre d'affaires

Rentabilité	Année	Ensemble				MCO			
		2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
France		1,6	0,9	1,8	1,9	1,0	0,0	0,8	0,9
1. Île-de-France		1,2	0,7	1,8	2,6	0,9	0,2	1,4	1,8
2. Bassin Parisien		2,0	0,8	1,6	1,7	1,2	0,3	0,9	0,9
3. Nord		2,3	2,4	1,6	3,2	2,1	1,0	0,5	1,5
4. Nord-Est		0,3	-0,5	1,9	2,1	0,1	-2,1	0,2	1,3
5. Ouest		1,4	0,6	2,0	1,3	0,5	0,0	0,7	1,0
7. Sud-Ouest		1,7	1,0	2,0	1,5	0,8	-0,6	1,5	0,7
8. Centre-Est		1,8	0,8	1,8	1,8	0,6	0,1	0,5	0,2
9. Sud-Est		1,7	1,5	1,7	2,4	1,0	-0,6	0,4	0,3

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, calculs Drees.

C • 01 rentabilité économique médiane par zone géographique régionale



Sources : Greffes des tribunaux de commerce, calculs Drees.

vante. Ainsi, le montant moyen des immobilisations corporelles brutes, qui correspond aux investissements de l'année, a progressé de 4,7 % entre 2001 et 2002, tout en étant plus faible en MCO (+3,9 %) que dans les autres établissements (+7,7 %).

En 2003, les investissements se sont intensifiés dans l'ensemble des cliniques privées. Ainsi, leurs immobilisations corporelles brutes ont augmenté de +6,4 %, et en particulier en MCO de +6,7 %. Pour les établissements hors MCO, ce montant progresse quant à lui de 5,2 % entre 2002 et 2003, croissance inférieure de 2,5 points à celle de l'année précédente. La première année de la

mise en place du plan hôpital 2007¹⁰ aurait donc bénéficié en priorité au secteur de MCO.

Le rythme d'acquisition des immobilisations corporelles brutes des « petites cliniques » a toutefois très peu évolué (+0,1 point) atteignant 4,7 % en 2003 ; ce sont les cliniques moyennes et grandes qui ont connu les plus fortes hausses. Ainsi, les immobilisations des « cliniques moyennes » augmentent de 4,9 % entre 2002 et 2003, contre 3,9 % entre 2001 et 2002. Plus précisément, leurs immobilisations en terrains se redressent légèrement entre 2002 et 2003 (+1,1 %) après une diminution de 1,3 % entre 2001 et 2002, tandis que

celles concernant les constructions continuent d'augmenter entre 2002 et 2003 (+5,8 %), mais de façon plus modérée qu'entre 2001 et 2002 (+6,8 %). Enfin, le taux de croissance des immobilisations des « grandes cliniques » est de +8 % entre 2002 et 2003 contre +6,2 % entre 2001 et 2002. En particulier, la croissance de leurs immobilisations en terrains atteint 15,8 % entre 2002 et 2003 contre 8,4 % entre 2001 et 2002, tandis que celle en constructions est de 12,1 % contre 6 %.

Une situation financière stable

La rentabilité financière est mesurée par le ratio résultat net/capitaux propres. Elle indique le revenu que tirent les actionnaires de l'entreprise et donc de l'attractivité du secteur en termes d'actionnariat. La rentabilité financière des cliniques sous OQN est quasi stable entre 2002 et 2003, passant de 6,1 % à 6,2 %. Le secteur demeure toutefois assez faiblement capitalisé et la rotation des capitaux propres, mesurée

par le ratio chiffre d'affaires/capitaux propres, reste supérieure à 5,0 en 2003. Ce sont à cet égard les établissements du secteur de MCO qui connaissent la plus élevée rotation des capitaux propres la plus élevée : 6,1 contre 3,7 pour les autres établissements. Simultanément, l'endettement total (encadré 6) de 2003, mesuré par le ratio dettes/capitaux propres, est plus élevé dans le secteur MCO (2,7 contre 1,7). Ce ratio est quasi invariant par rapport à l'année précédente. ●

E•6

La structure financière et l'endettement des cliniques à travers différents ratios

Part des capitaux propres dans le passif

Capitaux propres/Total passif en %	2000	2001	2002	2003
Cliniques du secteur MCO	29	26	25	26
Cliniques du secteur hors MCO	36	34	37	36
Ensemble des cliniques	31	28	28	28

Les cliniques du secteur MCO sont moins capitalisées que les autres. En 2003, les cliniques voient la part de leurs capitaux propres stagner dans le passif, même si elle augmente légèrement dans le secteur MCO. Le secteur des cliniques privées reste dans son ensemble faiblement capitalisé.

Endettement global

Différents ratios peuvent être utilisés pour obtenir une synthèse de l'endettement d'une entreprise. Le ratio d'endettement global est obtenu en rapportant les dettes totales des cliniques à leurs capitaux propres. Les banques estiment généralement que les dettes d'une entreprise ne doivent pas dépasser deux fois le montant de ses capitaux propres. Toutefois, le secteur des cliniques étant faiblement capitalisé, le ratio d'endettement global des cliniques dépasse souvent ce seuil.

Dettes/Capitaux propres	2000	2001	2002	2003
Cliniques du secteur MCO	2,1	2,5	2,8	2,7
Cliniques du secteur hors MCO	1,7	1,9	1,6	1,7
Ensemble des cliniques	2,3	2,7	2,4	2,4

Capacité de remboursement

C'est grâce à la capacité d'autofinancement (CAF) que l'entreprise rembourse ses dettes. C'est pourquoi on fait intervenir celle-ci dans le ratio suivant :

$$\text{Capacité de remboursement} = \frac{\text{Dettes à long et moyen terme}}{\text{Capacité d'autofinancement}}$$

Ce ratio mesure le nombre d'années de capacité d'autofinancement nécessaire pour que l'entreprise puisse rembourser ses dettes à long et moyen terme. On estime assez souvent qu'il ne devrait pas être supérieur à trois ans.

D'autre part, les cliniques qui ont une capacité d'autofinancement (CAF) négative de façon prolongée sont en grande difficulté puisque cela signifie que, même sans investir, elles s'endettent de plus en plus, n'arrivant pas à dégager des flux positifs de leur activité. Elles ont évidemment une capacité de remboursement négative.

Capacité de remboursement en %	2000	2001	2002	2003
cliniques avec CAF négative	21	25	20	21
cliniques avec une capacité de remboursement supérieure à 3 ans	20	18	13	15
cliniques ayant une CAF insuffisante pour le remboursement des dettes à long et moyen terme	41	43	33	36

La situation s'est à cet égard détériorée en 2003 puisque la proportion des cliniques qui ont des difficultés à rembourser rapidement leurs dettes a augmenté de 3 points en une année (36 % en 2003 contre 33 % en 2002).

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la Santé des solidarités
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/html/publication
Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet
abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES
télécopie : 01 40 56 80 38
www.sante.gouv.fr/html/publication

- des revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique
dernier numéro paru :
« Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé »
n° 1, janvier-mars 2005

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique
dernier numéro paru :
« Études sur les dépenses de santé »
n° 1, janvier-mars 2005

- des ouvrages annuels :

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

Comptes nationaux de la santé

Comptes de la protection sociale

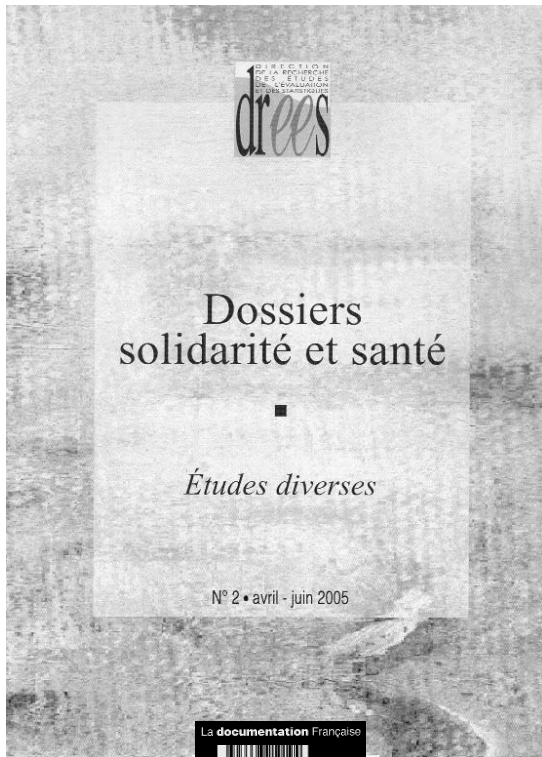
- et aussi...

Statiss, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS
consultable sur Internet :
www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07
tél. : 01 40 15 70 00
Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr



DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ N° 2 AVRIL - JUIN 2005

A paraître en juillet

ÉTUDES DIVERSES

Prix : 11,20 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

12

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

- Études sur les dépenses de santé
N° 1, janvier-mars 2005
- Les revenus sociaux en 2003
N° 4, octobre-décembre 2004
- Études diverses
N° 3, juillet-septembre 2004
- Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne :
avancement et perspectives
N° 2, avril-juin 2004
- Outils et méthodes statistiques pour les politiques
de santé et de protection sociale
N° 1, janvier-mars 2004

au sommaire de ce numéro

**QUELLES SONT LES DURÉES D'ASSURANCE VALIDÉES
PAR LES ACTIFS POUR LEUR RETRAITE ?
UNE PREMIÈRE ÉVALUATION À PARTIR DE
L'ÉCHANTILLON INTERRÉGIMES DE COTISANTS (EIC)**
Hélène CHAPUT et Najat EL MEKKAOUI DE FREITAS

**L'ÉCHANTILLON NATIONAL INTERRÉGIMES
D'ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX (ENIAMS)**
Anne PLA

**CARACTÉRISTIQUES RÉGIONALES ET STRUCTURE
DE L'ACTIVITÉ DE COURT SÉJOUR :
IMPACT SUR LES COÛTS HOSPITALIERS
PAR MODÉLISATION MULTI-NIVEAUX**
Monique KERLEAU, Marc LE VAILLANT et Zeynep OR

**LA DIVERSIFICATION DE L'ACTIVITÉ DE COURT SÉJOUR
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :
L'ÉCLAIRAGE PAR L'INDICATEUR D'ENTROPIE**
Monique KERLEAU, Marc LE VAILLANT et Zeynep OR

drees

ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 411 • juillet 2005

Directrice de la publication : Mireille ELBAUM • Rédactrice en chef technique : Élisabeth HINI • Conseiller technique : Gilbert ROTBART •
Secrétaires de rédaction : Ezra DANIEL, Catherine DEMAISON, Fabrice GUÉBIN • Mise en page : Thierry BETTY •

Impression : AIT du ministère de la Santé et des Solidarités
Internet : www.sante.gouv.fr/html/publication

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791