



HAL
open science

La performance financière des cliniques privées entre déterminants invariants et contingents. Étude de 463 cliniques privées françaises de court séjour.

Lucile Veran

► **To cite this version:**

Lucile Veran. La performance financière des cliniques privées entre déterminants invariants et contingents. Étude de 463 cliniques privées françaises de court séjour. . Gestion et management. Université Jean Moulin Lyon 3, 2012. Français. NNT: . tel-01720487

HAL Id: tel-01720487

<https://hal.science/tel-01720487>

Submitted on 1 Mar 2018

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

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

La performance financière des cliniques privées entre déterminants invariants et contingents

Étude de 463 cliniques privées françaises de court séjour

THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION

Présentée et soutenue publiquement par

Lucile VERAN

le jeudi 26 janvier 2012 à 10h30
à l'Université Jean Moulin Lyon 3

JURY

| | | |
|--------------------|----------------------------------|--|
| Directeur de thèse | M. Jean-Pierre CLAVERANNE | Professeur des Universités <i>Université Jean Moulin Lyon 3</i> |
| Rapporteurs | M. Alain BURLAUD | Professeur des Universités <i>CNAM Paris</i> |
| | M. Robert TELLER | Professeur des Universités <i>Université de Nice Sophia-Antipolis</i> |
| Suffragants | M. Stephen MICK | Professeur <i>Virginia Commonwealth University (Richmond, Etats-Unis)</i> |
| | M. Christophe PASCAL | Maître de Conférences HDR <i>Université Jean Moulin Lyon 3</i> |
| | M. Roland PÉREZ | Professeur émérite <i>Université Montpellier 1</i> |

L'Université Jean Moulin Lyon 3 n'entend accorder aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Je souhaite remercier :

- le Professeur Jean-Pierre Claveranne, directeur de cette recherche, pour m'avoir accueillie au sein du Graphos, au départ lors d'un stage, pour réaliser une étude sur la santé financière des cliniques privées. Je ne le remercierai jamais assez pour son accompagnement sans faille tant sur un plan intellectuel que moral dans la rédaction de cette thèse.
- Messieurs Alain Burlaud, Stephen Mick, Christophe Pascal, Roland Pérez et Robert Teller dont la présence à ce jury m'honore.

Je souhaite également remercier les dirigeants de cliniques privées qui ont accepté de me recevoir et de répondre à mes interrogations avec bienveillance.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude à l'ensemble des acteurs du système de santé ayant, chacun à leur manière, apporté leur contribution à ces travaux : Monsieur Patrick Le Jeune, Président du Groupe Montaigne, Monsieur Nicolas Valentin, Directeur général de la Compagnie Stéphanoise de Santé (C2S) et Madame Christine Rigondet, Présidente de l'Université Vitalia.

Cette recherche doit aussi beaucoup à l'expérience et au savoir-faire accumulé par le Graphos depuis plus de vingt ans sur le secteur de la santé. Je souhaite remercier l'ensemble des membres du laboratoire et plus particulièrement Christophe Pascal, Maître de Conférences HDR en sciences de gestion et responsable du département santé, pour son accompagnement tout au long de ces travaux, pour ses lectures attentives et ses critiques et pour la confiance qu'il m'a accordée depuis mon arrivée à l'Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS). Je souhaite également remercier Florence Dumas, Maître de conférences, et Arnaud Rossat, Docteur en Économie pour le soutien qu'ils m'ont apporté dans la réalisation des statistiques présentées dans cette thèse. Je remercie également mes collègues de bureau qui, à travers des échanges constants, ont su enrichir et stimuler mes réflexions, notamment Jean-Baptiste Capgras et Nicolas Guilhot. Je souhaite également adresser ma reconnaissance à l'équipe administrative de l'IFROSS pour son soutien logistique et moral.

Depuis quatre ans, mes activités d'enseignement à IFROSS m'ont confrontée à des échanges enrichissants avec les étudiants. Qu'ils trouvent ici leur part de remerciement.

Je ne remercierai jamais assez « mes » relecteurs pour leur aide précieuse : Jean-Pierre, Danièle, Philippe, Marie-France, Ophélie, Olivia, Didier, Guillaume, Benoît, Jean-Baptiste, Nicolas, Marion et Guillaume.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude à ma mère, le Docteur Marie-France Veran-Peyret, Médecin de Santé Publique à l'ARS Rhône-Alpes, pour m'avoir initiée à un secteur passionnant, pour nos discussions enrichissantes et pour m'avoir permis de rencontrer quelques-uns des illustres acteurs du secteur hospitalier.

Enfin, je remercie mes proches, famille et amis, pour leurs encouragements et leur patience.

| | |
|---|------------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| TITRE 1. DE LA LITTERATURE AU DESIGN DE LA RECHERCHE | 11 |
| CHAPITRE 1 LES REFERENTIELS DE LA PERFORMANCE DES CLINIQUES PRIVEES..... | 15 |
| <i>Section 1. La performance hospitalière et ses fondements théoriques.....</i> | <i>17</i> |
| <i>Section 2. La performance financière et ses référentiels de mesure.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Section 3. Les apports de l'économie industrielle et de la stratégie dans la construction d'une grille de lecture.....</i> | <i>58</i> |
| CHAPITRE 2 LES DETERMINANTS DE LA PERFORMANCE FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : LE MODELE AMERICAIN..... | 83 |
| <i>Section 1. Les turbulences du marché des soins américain et leurs impacts dans la gestion financière des établissements de santé.....</i> | <i>86</i> |
| <i>Section 2. Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats.....</i> | <i>105</i> |
| CHAPITRE 3 LE DESIGN DE LA RECHERCHE | 153 |
| <i>Section 1. Les fondements épistémologiques de la recherche</i> | <i>154</i> |
| <i>Section 2. Les matériaux de la recherche</i> | <i>158</i> |
| CONCLUSION DU PREMIER TITRE..... | 181 |
| TITRE 2. ETUDE EMPIRIQUE | 185 |
| CHAPITRE 1 LE CONTEXTE FRANÇAIS : LA REGULATION ET SES EFFETS D'IMPACT | 189 |
| <i>Section 1. Le poids de la régulation publique illustré par l'exemple de l'encadrement tarifaire des cliniques privées.....</i> | <i>192</i> |
| <i>Section 2. Les effets d'impact de la régulation publique.....</i> | <i>219</i> |
| CHAPITRE 2 L'IDENTIFICATION ET LA CONJUGAISON DES EFFETS « STRUCTURE », « ACTIVITE » ET « MANAGEMENT »..... | 275 |
| <i>Section 1. L'effet « structure »</i> | <i>277</i> |
| <i>Section 2. L'effet « activité »</i> | <i>282</i> |
| <i>Section 3. L'effet « management »</i> | <i>293</i> |
| CHAPITRE 3 LA FORMULATION D'UN SCORE DE PERFORMANCE FINANCIERE DES CLINIQUES PRIVEES..... | 319 |
| <i>Section 1. L'élaboration du score de performance financière et les résultats obtenus</i> | <i>320</i> |
| <i>Section 2. L'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées: résultats statistiques et regards croisés des dirigeants</i> | <i>351</i> |
| CONCLUSION DU DEUXIEME TITRE | 405 |
| CONCLUSION GENERALE | 413 |
| BIBLIOGRAPHIE | 421 |
| TABLE DES ENCARTS, FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHES | 441 |
| TABLE DES MATIERES..... | 447 |
| ANNEXES..... | 455 |

« Il faut viser la lune, parce qu'au moins, si vous échouez, vous finissez dans les étoiles. »

Oscar Wilde

Le célèbre roman d'Emile Zola *Au bonheur des dames* raconte la création d'un grand magasin moderne sous le Second Empire¹. Il met en scène Octave Mouret, l'audacieux directeur qui a une vision révolutionnaire non seulement du marketing, mais aussi de la gestion des ressources humaines et de l'organisation. Face à cette approche radicalement nouvelle, le petit commerce, étroit d'esprit et accroché à des pratiques dépassées, est condamné à mourir : le grand magasin entraîne dans son sillage d'innombrables faillites, et autant de familles brisées. Pour autant, le romancier juge le bilan de cette modernité globalement positif. Malgré les « dommages collatéraux » (pour les petits commerces qui ne résistent pas à la concurrence des grands magasins), les salariés, les consommateurs et toute la société en sortent gagnants. A l'instar du développement des grandes surfaces débuté à la fin du dix-neuvième siècle, l'histoire des cinquante dernières années des cliniques privées françaises a été marquée par des évolutions majeures. On ne peut pas ne pas comparer (même si comparaison n'est pas raison) la métamorphose du secteur hospitalier à celle du combat des petits commerces contre les grands magasins. De même que le développement des grands magasins, le changement a introduit progressivement une métamorphose du paysage hospitalier privé marqué par l'augmentation de la taille moyenne des cliniques privées et le développement des grands groupes de cliniques privées. De nos jours, les établissements de santé privés à but lucratif sont deux fois moins nombreux qu'il y vingt-cinq ans, deux fois plus grands et plus techniques².

Si l'histoire du secteur est marquée par une forte mutation, comme l'ont souligné Jean-Pierre Claveranne, Christophe Pascal et David Piovesan³, cette histoire est faite d'adaptations, mais aussi d'éliminations, de « *success stories* », de faillites, de visions et de « conduites au rétroviseur ». L'accumulation de ces changements a produit, parfois et de façon répétée sur la période, des mutations profondes qui ont fait basculer les cliniques et les territoires sur lesquels elles évoluent d'une configuration à une autre. En effet, le secteur hospitalier privé ne représente pas un ensemble homogène d'établissements fonctionnant sur un même modèle.

Trois configurations-types de cliniques privées ont été identifiées par Jean-Pierre Claveranne, Christophe Pascal et David Piovesan⁴ qui témoignent de la vitesse de transformation des cliniques privées. La plupart des cliniques privées actuelles ont vu le jour après la Seconde Guerre mondiale⁵, 80 % d'entre elles ayant été fondées après 1950. La première configuration, celle de la **clinique « villa »**⁶, résulte des progrès de « l'art médical » et du développement de la « clinique ». Elle est née de regroupements de médecins et de leurs moyens, souvent en partenariat avec un ordre religieux dont les sœurs réalisaient les soins⁷. L'ouverture d'une clinique privée commerciale constituait, pour les médecins, un moyen de capter une clientèle aisée en lui offrant technicité et prestations hôtelières de grand confort. Les progrès techniques réalisés ont, par la suite, obligé les médecins à investir dans du matériel médical. Le besoin de financement combiné à la généralisation du système de remboursements des soins ayant conduit à une hausse de la demande, l'entrepreneur de la petite PME perçoit dès lors la nécessité de s'agrandir en recrutant de jeunes médecins et fonde la **clinique « éponyme »** caractérisée par la prégnance de l'attachement à son fondateur⁸. Durant cette période de

¹ ZOLA E. (2009), *Au bonheur des dames*, Paris : Broché, Flammarion, 267 p.

² FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) et GROUPE MONTAIGNE (2011), "Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé", *Rapport sectoriel*, Édition 2011, 211 p.

³ CLAVERANNE J.-P., PIOVESAN D. et PASCAL C. (2004), "Les restructurations des cliniques privées : adaptations, évolutions et métamorphoses", *Regards de la FHP*, n°23, pp. 36-39

⁴ Ibid., p. 36

⁵ DANET L. (2003), *Les problèmes actuels des cliniques privées*, Thèse de doctorat en droit dirigée par J.P. Dupras, Université Montesquieu-Bordeaux IV, p. 13

⁶ CLAVERANNE J.P., PIOVESAN D. et PASCAL C. (2005), "Une nouvelle chrysalide : le médecin entrepreneur ?", in *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*: Les presses de l'université de Montréal, pp. 123-140

⁷ DE KERVASDOUE J. (2004), *L'Hôpital*, Puf, Que sais-je, p. 9

⁸ CLAVERANNE J.P., PIOVESAN D. et PASCAL C. (2005), "Une nouvelle chrysalide : le médecin entrepreneur ?", in *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*: Les presses de l'université de Montréal, p. 123

libéralisme économique, les médecins investissent dans les disciplines rentables comme la chirurgie qui double sa capacité entre 1950 et 1970 et l'obstétrique ayant triplé sa capacité sur la période. Au milieu des années 1980, de nombreux acteurs ont fait leur entrée dans le secteur : banques, sous-traitants, chaînes de cliniques, assureurs, gestionnaires, *etc.* Cette période a initié le développement de la **clinique « anonyme »** qui correspond à une entreprise dans laquelle le capital n'appartient plus aux médecins mais à des investisseurs extérieurs. Dans ces établissements, l'organisation de la clinique autour de l'activité des médecins libéraux reste l'une des rares réminiscences du passé. De nos jours, avec le développement des groupes de cliniques privées et l'entrée des fonds d'investissement sur le secteur, la catégorie des cliniques privées « anonymes » est de plus en plus représentée.

Au cours du temps, les cliniques privées qui ont survécu ont été confrontées à des contraintes croissantes auxquelles elles ont dû s'adapter chemin faisant dans une dynamique faite de microchangements et de progrès réguliers. Elles doivent notamment faire face à une réglementation qui contraint leur développement. En effet, depuis quarante ans, le système de santé a été l'objet de réformes majeures qui témoignent de la volonté de l'Etat de reprendre en main un secteur qui pèse sur les comptes sociaux. Si les cliniques privées ont connu une période d'essor largement favorable jusqu'aux années 1980, les lois du 31 décembre 1970, du 31 juillet 1991, les trois ordonnances d'avril 1996, l'ordonnance du 4 septembre 2003 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, ou encore la loi Hopital, Patient, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 ont introduit un certain nombre d'outils de gestion pour « moderniser » la régulation du secteur. Le Projet Régional de Santé (PRS) représente un exemple d'outil qui a été introduit récemment par la loi HPST. Il a pour objectif de définir la politique de santé publique pour cinq ans.

De nos jours, les cliniques privées évoluent dans un système dialogique entre complémentarité et concurrence avec les hôpitaux publics, la complémentarité étant définie par Jean-Pierre Claveranne⁹ comme « *l'association complexe, concurrente, antagoniste et coopérante d'instances nécessaires ensemble à l'existence, au fonctionnement et au développement d'un phénomène organisé* ». Selon l'auteur, il existe donc deux façons opposées de penser la complémentarité : la première dans laquelle il y a redondance et doublon ; la seconde qui évite les écueils. D'un point de vue pratique, la clinique privée représente, au côté de l'hôpital public, un acteur essentiel du système hospitalier qui, au même titre que l'hôpital public, concourt à la délivrance de soins¹⁰. Avec 113 200 lits et places, les 1 123 cliniques privées réalisent 36 % des séjours de médecine, chirurgie et d'obstétrique (MCO), 33 % des journées de soins de suite et de réadaptation et 17 % des journées de psychiatrie¹¹.

Fruit de l'histoire, des territoires et des ressources, la forte spécialisation des cliniques privées sur les activités programmables, notamment sur la chirurgie ambulatoire, a, de nos jours, tendance à s'atténuer, leurs dirigeants ayant su faire évoluer leurs établissements. A l'inverse, les hôpitaux publics développent des activités programmables. Selon Philippe Burnel et Patrick Lejeune¹², le positionnement des cliniques privées s'étoffe et converge actuellement vers un modèle général plus large en gamme de prise en charge. Selon ces deux professionnels, cette implantation remet en question bien des idées reçues sur les cliniques privées. De nos jours, à l'instar du secteur public, les cliniques privées pratiquent, par exemple, des activités lourdes. Elles détiennent 43 % des lits « de soins critiques » qui regroupent les lits de réanimation, de

⁹ CLAVERANNE J.-P. (2004), "Public-privé : concurrence, complémentarité ou coopération?", *Regards de la FHP*, n°22, pp. 27-28

¹⁰ CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2003), "Les restructurations des cliniques privées: radioscopie d'un secteur en mutation", *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3, pp. 55-78

¹¹ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) et GROUPE MONTAIGNE (2011), "Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé", *Rapport sectoriel*, Édition 2011, 211 p.

¹² *Ibid.*, p. 3

surveillance continue et de soins intensifs de cardiologie. De plus, l'accès à ces structures est assuré à l'ensemble de la population par les 130 services d'urgences privés reconnus par les autorités sanitaires. Notons également que 25 % des patients qu'elles prennent en charge relèvent de la Couverture Maladie Universelle (CMU)¹³.

Ces évolutions croisées accentuent, de nos jours, la convergence des modèles et, par conséquent, renforce l'émulation entre ces deux acteurs. D'autres évolutions (l'éducation thérapeutique, l'hospitalisation à domicile, le rapprochement entre secteurs sanitaire et médico-social, *etc.*) vont conduire à de nouvelles mutations du système de santé qui s'organisera à l'avenir en réseaux territoriaux multiformes¹⁴.

Les dernières mesures des pouvoirs publics tendent à favoriser la convergence des deux systèmes. Volet essentiel du plan hôpital 2007, la généralisation de la tarification à l'activité (T2A), a notamment inscrit les établissements de santé privés et publics dans une logique commune qui consiste, selon la Cour des comptes, à « *gagner plus en produisant plus et en gérant mieux* »¹⁵. La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 encourage, quant à elle, les partenariats au niveau de l'offre de soins (chirurgie, oncologie, urgences, permanence des soins, *etc.*), au niveau des plateaux techniques (imagerie, biologie, dialyse, *etc.*), ainsi qu'au niveau de certaines fonctions logistiques (cuisine centralisée, lingerie, stérilisation, *etc.*). Elle introduit notamment la possibilité de déléguer des missions de service public aux cliniques privées en cas de carence du secteur public (et notamment dans les zones de sous-densité d'offre de soins) et ouvre la possibilité pour les cliniques privées d'accueillir des internes en formation.

Dans un environnement en mouvement, complexe et porteur de fragilité, avec 12,5 milliards de chiffre d'affaires cumulé, le secteur hospitalier privé connaît en 2009 une croissance de 2,9 % qui a permis de stabiliser une situation financière qui se dégradait depuis plusieurs exercices¹⁶. Cette croissance s'accompagne d'une rentabilité économique limitée à 2,6 % en 2009, les contraintes réglementaires encadrant fortement la fixation de leurs prix et conditionnant leur rentabilité¹⁷.

Cependant ces contraintes réglementaires expliquent seulement en partie les difficultés financières rencontrées par les établissements privés. Des situations très disparates sont constatées. On compte chaque année près de 20 % d'établissements déficitaires. Cette situation montre que de nombreuses cliniques ont des difficultés à faire face aux contraintes économiques et réglementaires du secteur.

Pour autant, certains établissements parviennent à surmonter ces difficultés et se trouvent dans une situation financière globalement favorable. Dès lors, d'autres éléments expliquent certainement le niveau de performance des cliniques privées. Pour les identifier, il est nécessaire de s'interroger sur la nature des déterminants de la performance financière des cliniques privées. Un regard doit donc être porté sur les aspects stratégiques et organisationnels des cliniques privées pour comprendre quels sont les facteurs influençant, au moins pour partie, la performance financière intrasectorielle des cliniques privées. En effet,

¹³ Ibid., p. 4

¹⁴ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) et GROUPE MONTAIGNE (2011), "Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé", *Rapport sectoriel*, Édition 2011, pp. 3-4

¹⁵ COUR DES COMPTES (2009), "Chapitre VII La mise en oeuvre de la T2A: bilan à mi-parcours", *La sécurité sociale*, pp. 171-212

¹⁶ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) et GROUPE MONTAIGNE (2011), "Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé", *Rapport sectoriel*, Édition 2011, pp. 3-4

¹⁷ Ibid., pp. 3-4

comme l'ont suggéré Jean-Pierre Claveranne, Christophe Pascal et David Piovesan¹⁸, « **la variable organisationnelle constitue un facteur clé de succès primordial bien que souvent oublié dans la performance des cliniques privées** ». A ce titre, le directeur de la clinique, en tant qu'« organisateur de la clinique », constitue un maillon essentiel de la performance des cliniques tant sa fonction est au centre de l'organisation.

Ces facteurs de performance des établissements de santé privés n'ont, à notre connaissance, fait l'objet d'aucune recherche en France.

Identifier les déterminants de la performance financière des cliniques privées représente la finalité de cette thèse. Nous souhaitons expliquer et comprendre le phénomène de performance financière des cliniques privées par la mise à jour des facteurs organisationnels et stratégiques l'influençant.

L'intérêt de cette recherche est double.

D'une part, il repose sur l'actualité du thème de la performance des établissements de santé. Face à la montée en puissance d'un impératif de performance des établissements de santé, la problématique des facteurs explicatifs de la situation économique des établissements de santé constitue une préoccupation majeure des pouvoirs publics qui a notamment été inscrite dans les programmes de travail des années 2009, 2010 et 2011¹⁹ de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'organisme a envisagé de lancer une étude exploratoire permettant d'identifier quelques facteurs explicatifs de la situation économique des établissements de santé comme la structure du personnel, la spécialisation des activités, etc. D'autre part, en choisissant d'étudier le secteur hospitalier privé, cette thèse entend interroger un secteur mal connu des travaux de gestion hospitalière, plus souvent consacrés à l'hôpital public²⁰.

Soulignons que la problématique de notre recherche se situe au confluent de plusieurs thèses de doctorat soutenues au GRAPHOS, notre laboratoire de recherche. Elle fait notamment suite à celles de Karine Pellet et de David Piovesan qui ont publié, respectivement en 2000 et en 2003, des thèses portant sur les restructurations des cliniques privées²¹. De plus, notre recherche s'intéresse au thème de la performance des établissements de santé qui est au cœur des travaux d'une thèse soutenue par Alice Teil en 2001 portant sur les hôpitaux publics²².

¹⁸ CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2001), "Les restructurations hospitalières privées : entre innovations et réseaux. Regard sur sept années d'analyses financières des cliniques privées", *Colloque de l'Association Latine de l'Analyse des Systèmes de Santé*, Lyon, GRAPHOS, 23 p.

¹⁹ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) (2011), Programme de travail 2011, Bureau des dépenses de santé et des relations avec l'assurance maladie, p. 22

²⁰ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 515 p. Depuis 2003, peu de travaux académiques ont été publiés sur les cliniques privées dans les disciplines des sciences humaines. A titre illustratif, nous avons recensé la présence de seulement deux thèses en Droit soutenues depuis 2003 portant sur l'étude du secteur hospitalier privé français. Cf. APPOLIS B. (2005), *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée: contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, Thèse de doctorat en Droit, sous la direction de François Vialla, Université Montpellier I, 540 p. et TURPIN A. (2007), *Approche patrimoniale de la clientèle hospitalisée en clinique*, Thèse de doctorat en Droit, sous la direction de François Vialla, Université Montpellier I

²¹ PELLET K. (2000), *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial, Un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Faculté de Droit, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 337 p. et PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 515 p.

²² TEIL A. (2002), *Défi de la performance et vision partagée des acteurs. Application à la gestion hospitalière*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 399 p.

Le design de la recherche

Nous adoptons la posture de ce qu'Elie Cohen nomme un « ensemblier »²³, c'est-à-dire d'un analyste combinant des matériaux de sources multiples pour fonder son diagnostic. Le design de cette recherche est inspiré des travaux des auteurs américains publiés sur les déterminants de la performance financière des établissements de santé. Pour répondre à notre problématique, nous avons adopté une démarche de recherche de type hypothético-déductive. Ainsi, nous avons construit des hypothèses de recherche pour en déduire des conclusions sur la nature des déterminants de la performance financière des cliniques privées. La mise à jour de ces déterminants est réalisée au moyen d'une étude statistique de type explicative qui porte sur un échantillon de 463 sociétés d'exploitation de cliniques privées de court séjour.

Notre choix de centrer ces travaux sur les sociétés d'exploitation de cliniques privées de court séjour trouve plusieurs explications.

Le secteur hospitalier privé se compose de trois grands secteurs d'hospitalisation dont les logiques de fonctionnement sont différentes : les soins de court séjour, c'est-à-dire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie (PSY). Au regard de la diversité du fonctionnement de ces trois catégories d'établissements, **nous avons ciblé notre recherche sur les établissements du secteur MCO.**

La place importante des cliniques privées dans la prise en charge de certaines activités de court séjour notamment de celle de chirurgie explique notre choix de cibler cette recherche sur ces établissements. Les établissements de ce secteur réalisent près de 55 % des interventions chirurgicales et près de 70% de la chirurgie ambulatoire en France²⁴.

De plus, le choix de centrer cette recherche sur les établissements de court séjour s'explique par la disponibilité de plusieurs bases de données publiques sur ces structures, l'information disponible en matière d'activité des établissements des secteurs SSR et PSY étant, de nos jours, moins riche que celle existante sur les établissements du secteur MCO. L'activité des établissements du secteur est notamment retracée par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Cette source importante d'information sur les établissements MCO est en cours de mise en place dans les établissements SSR et son adaptation au secteur de la psychiatrie est actuellement à l'étude.

Cette thèse est centrée exclusivement sur l'analyse des sociétés d'exploitation de cliniques privées. Contrairement à l'architecture des hôpitaux publics, celle des cliniques privées repose sur le mode réseau puisqu'autour de la clinique « *gravitent une galaxie d'intervenants libéraux et de sociétés périphériques* »²⁵. Derrière le terme générique « clinique » se cache, le plus souvent, des montages juridiques et financiers plus ou moins complexes en fonction de l'histoire de la clinique, des relations des différents acteurs entre eux et de la capacité de leurs conseils à traduire leurs désirs parfois contradictoires et inconciliables en structures juridiques²⁶. Ce que l'on appelle communément la clinique est fréquemment la résultante de l'imbrication de plusieurs sociétés : une société d'exploitation, une société civile immobilière et une ou plusieurs sociétés civiles professionnelles (professionnelles et/ou de moyens) regroupant, et ce, séparément, des chirurgiens, des anesthésistes ou encore des

²³ COHEN E. (2009), "Analyse financière et comptabilité", in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de gestion et Audit*, Paris: Economica, 2^{ème} édition, pp. 17-28

²⁴ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) et GROUPE MONTAIGNE (2011), "Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé", *Rapport sectoriel*, Édition 2011, 211 p.

²⁵ CLAVERANNE J.-P., PIOVESAN D. et PASCAL C. (2004), "Les restructurations des cliniques privées : adaptations, évolutions et métamorphoses", *Regards de la FHP*, n°23, pp. 36-39

²⁶ CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2001), "Les restructurations hospitalières privées : entre innovations et réseaux. Regard sur sept années d'analyses financières des cliniques privées", *Colloque de l'Association Latine de l'Analyse des Systèmes de Santé*, Lyon, GRAPHOS, pp. 7-8

radiologues, auxquelles peuvent s'ajouter des sociétés de fait, ou encore des associations. Suite à une étude, Jean-Pierre Claveranne, Christophe Pascal et David Piovesan ont conclu à l'impossibilité d'établir des comptes consolidés de l'« enveloppe » de la clinique privée²⁷. Face à ce qui ressemble à un véritable iceberg dont la société d'exploitation ne constitue que bien souvent que la face émergée et publique, il est fort difficile d'embrasser, d'emblée, les comptes consolidés de celle-ci, sauf à reconstruire en amont les montages juridiques et financiers de l'établissement, ce qui ne peut se faire uniquement à partir des données publiques. La société d'exploitation n'est que la partie la plus visible d'un processus éclaté.

Les modélisations statistiques réalisées dans ces travaux incluent **des variables financières à expliquer se composant d'un score de performance financière des cliniques privées établi par nos soins et des indicateurs financiers auxquels nous avons eu recours pour le définir**. Les hypothèses de recherche formulées sur les facteurs explicatifs de performance sont inspirées des travaux de chercheurs américains, le contenu de leurs études ayant été adapté au contexte français et aux données en notre possession sur les cliniques privées. Chaque hypothèse de recherche est opérationnalisée par un choix de variables permettant de mesurer l'intensité de sa relation linéaire avec les résultats financiers des cliniques. Trois catégories majeures d'effet sont testées : la structure, l'activité et le management des cliniques privées.

Les hypothèses de recherche formulées dans le cadre de l'effet « structure » des cliniques privées se proposent de tester l'impact de la taille mesurée par le nombre de lits des cliniques privées et celui de l'appartenance de ces établissements à l'un des quatre grands groupes nationaux de cliniques privées présents sur le secteur en 2006.

Celles formulées sur l'effet « activité » mesurent les impacts sur les résultats financiers des cliniques privées de la gravité (ou lourdeur) des cas pris en charge, de l'importance du développement de l'activité d'hospitalisation de jour des établissements, de la présence d'un service d'urgences et du degré de spécialisation des établissements.

Enfin, les hypothèses formulées dans le cadre de l'effet « management » se proposent d'identifier l'existence d'impacts sur les résultats financiers des cliniques privées :

- du niveau de la qualité des soins, cette dernière étant mesurée par les résultats des établissements sur les différentes démarches d'amélioration de la qualité des soins rendues obligatoires pour les établissements par les pouvoirs publics,
- du volume de la masse salariale et de l'efficacité du personnel employé par les structures,
- du volume d'activité des établissements,
- de l'existence d'un projet stratégique bien défini et mis en œuvre,
- de l'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire,
- de l'implication des praticiens dans la vie des établissements.

Afin de mieux comprendre les résultats des statistiques, cette étude est complétée par des entretiens qui ont été réalisés auprès de dirigeants de cliniques privées dont les établissements sont jugés performants et non performants sur notre score de performance financière. Ils ont pour objet d'apporter une aide à la compréhension des résultats des statistiques.

²⁷ CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2004), "Rapport final : Étude "enveloppe de la clinique" ", *Étude pour la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Ministère de la santé, de la famille et des handicapés*, Graphos Université Jean Moulin Lyon 3, 124 p.

Le plan de la thèse

La thèse s'organise en deux titres construits symétriquement en trois chapitres :

Le premier titre, intitulé *De la littérature au design de la recherche*, présente le corpus théorique sur lequel s'appuie cette recherche.

- Le premier chapitre, *Les référentiels de la performance des cliniques privées*, retrace, délimite et balise le champ de la performance des systèmes de santé et de soins et celui de la performance des établissements de santé. Nous montrons que l'usage du concept de performance se généralise et qu'il est devenu le mot d'ordre des réformes des pouvoirs publics.
- Le deuxième chapitre, *Les déterminants de la performance financière des établissements de santé : le modèle américain*, est dédié à l'analyse des études publiées par les chercheurs américains sur les facteurs influençant la performance des établissements de santé. Ce chapitre décrit les différents éléments de contexte ayant conduit les chercheurs à publier ce type d'étude, la méthodologie que ces auteurs déploient pour identifier les déterminants de la performance financière des établissements de santé ainsi que les principaux résultats de leurs études.
- Le troisième chapitre, *Le design de la recherche*, s'attache à présenter les choix méthodologiques que nous avons réalisés pour répondre à notre problématique de recherche, ceux-ci dérivant de la méthodologie générale des recherches existantes sur les déterminants de la performance financière des établissements de santé.

Le deuxième titre, intitulé *Étude empirique*, est dédié à la présentation des résultats de l'étude visant à recenser quels sont les facteurs influençant la performance financière des cliniques privées.

- Le premier chapitre, *Le contexte français : la régulation et ses effets d'impact*, vise à éclairer les spécificités du secteur hospitalier privé. Nous montrons la contingence de l'environnement dans lequel évoluent les cliniques privées. La régulation du secteur et de ses principaux effets d'impact sont étudiés dans ce chapitre.
- Le deuxième chapitre, *L'identification et la conjugaison des effets « structure », « activité » et « management »*, présente les hypothèses de recherche auxquelles nous souhaitons apporter une réponse dans cette thèse.
- Le troisième chapitre, *La formulation d'un score de performance financière des cliniques privées*, montre, dans un premier temps, le processus d'élaboration du score de performance financière des cliniques privées et ses résultats. Dans un deuxième temps, nous identifions à partir des statistiques explicatives quels sont les déterminants de la performance financière des cliniques privées. Les résultats des diverses modélisations statistiques réalisées sur chaque indicateur financier sont commentés à l'aide des résultats des entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées performantes et non performantes.

Titre 1. De la littérature au design de la recherche

« Donnez moi un point fixe et un levier et je soulèverai le monde. »

Archimède

« La connaissance populaire a besoin d'une manière, la science d'une méthode, c'est-à-dire d'un ensemble de procédés reposant sur des principes de raison. »

Kant, *Critique de la raison pratique*

Le célèbre peintre, ingénieur, inventeur et philosophe Léonard de Vinci enseignait déjà au quinzième siècle que « *Toujours la pratique doit être édifiée sur la bonne théorie* ». Face à une notion aussi vaste, ou encore polymorphe que celle de performance, thème principal de cette thèse, il semble primordial de préciser *d'où nous parlons*, tel que nous y invite Michel Foucault. Il s'agit de mettre en exergue la posture épistémologique et de préciser la méthode déployée en procédant, au préalable, à la description du référentiel d'étude de la performance et de ses déterminants. Seule cette mise à jour de la littérature académique en sciences de gestion et de celle spécifique au secteur de la santé autorise, dans un deuxième temps, à préciser le cadre théorique dans lequel s'inscrit ce travail de recherche.

Ainsi, ce premier titre, intitulé *De la littérature au design de la recherche*, présente le corpus théorique qui sert d'appui à cette recherche et permet d'en délimiter les contours.

Le premier chapitre, intitulé *Les référentiels de la performance des cliniques privées*, vise à dissiper le flou sémantique, c'est-à-dire à spécifier rigoureusement la signification du terme de performance, à délimiter et à baliser le champ couvert par ce concept. Il s'agit d'offrir une réponse aux interrogations suscitées par la polysémie du terme et d'évacuer toute confusion ou méprise sur l'usage de ce terme dans nos travaux de thèse. Ce chapitre a également pour ambition de montrer l'inflation de l'usage de ce concept dans le champ de la santé.

Si la littérature française gestionnaire et celle spécifique au secteur sanitaire restent silencieuses sur la nature précise des invariants de la performance financière des entreprises, la littérature américaine spécifique au secteur hospitalier offre de nombreuses réponses sur ce point. Les premières études d'impact sur la performance financière des établissements de santé américains ont été publiées à la fin des années 1970. Depuis, les nombreuses évolutions de l'environnement ont conduit les auteurs à poursuivre leurs recherches sur ce thème. Le deuxième chapitre, intitulé *Les déterminants de la performance financière des établissements de santé : le modèle américain*, fait état de cette littérature. Les principaux déterminants de la performance des établissements de santé identifiés par les chercheurs et la méthodologie générale qu'ils emploient dans leurs études sont précisés dans ce chapitre.

Le troisième et dernier chapitre, intitulé *Le design de la recherche*, a pour objet la présentation de la méthodologie de recherche retenue dans cette thèse. Il fait état du choix d'une approche de type hypothético-déductive et précise les spécificités de l'étude qui sera menée pour répondre à notre problématique de recherche.

Chapitre 1 Les référentiels de la performance des cliniques privées

Le terme de « performance » recèle une multitude de définitions qui ne sont pas exclusives aux sciences de gestion. Celui-ci s'attache à une infinité de domaines et couvre une multitude d'entités. Le terme est issu de l'ancien français *parformance* employé au XVI^{ème} siècle, provenant de *parformer* « accomplir, exécuter ». Il a été emprunté à la langue anglaise au XIX^{ème} siècle. Dans les dictionnaires de langue française classique, la performance est définie comme un constat officiel enregistrant un résultat accompli à un instant *t*, toujours en référence à un contexte, à un objectif et un résultat attendu, et ce, quel que soit son domaine. Elle varie dans le temps, dans l'espace et selon la représentation que chacun s'en fait. Les synonymes qui lui sont attribués sont les notions d'exploit et de succès, des notions « fourre-tout » et très vagues²⁸.

La performance est un mot devenu à la mode, en science de gestion, depuis la fin des années 1990 comme l'a été le terme « *d'excellence* » dans les années 1980 tombé partiellement en désuétude lorsque que Tom Peters et Robert Waterman dans leur célèbre ouvrage « *Le prix de l'excellence* » paru en 1983²⁹ ont défini l'excellence comme logique d'appréciation de la performance. Dans l'ensemble de la littérature, la performance est analysée en termes de résultats, quelle que soit la dimension étudiée de celle-ci. Le seul point commun rassemblant les auteurs résulte de la difficulté à la définir. Souvent employée sans être définie, un consensus de la littérature se dégage sur son caractère protéiforme. Les auteurs la considèrent comme un concept relatif³⁰, parfois « creux »³¹, multiforme, un construit multidimensionnel³², complexe et dont certains aspects convergent³³. Christian Marmuse³⁴ recommande même de l'observer dans le « *caléidoscope de la complexité* ».

Ce chapitre a pour ambition de présenter le référentiel de la performance des cliniques privées retenu dans cette recherche. Pour répondre à cet objectif, trois principaux éléments d'analyse sont présentés.

Proposer une définition de la performance des cliniques privées nécessite de revenir à la fois sur la manière dont est appréhendée la performance dans la littérature gestionnaire et dans celle spécifique au secteur de la santé. Ce travail fait l'objet de la première section de ce chapitre, intitulée *La performance hospitalière et ses fondements théoriques*. Nous positionnons notre thèse dans le champ des référentiels théoriques de la performance.

La performance définie, il est nécessaire de s'intéresser à sa mesure. La section suivante, *La performance financière et ses référentiels de mesure*, rappelle les grands concepts de l'analyse financière et introduit les limites de sa mesure. Les diverses approches de la performance financière y sont décrites. Celle retenue dans cette recherche est introduite à la fin de cette section.

Enfin, dans une recherche centrée sur l'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées, il nous semble indispensable d'étudier les apports des

²⁸ GENOUVRIER É., DÉSIKAT C. et HORDÉ T., *Nouveau dictionnaire des synonymes*, Larousse, 1995, p. 512

²⁹ PETERS T. et WATERMAN R., *Le prix de l'excellence*, DUNOD, 2004, Paris ; cet ouvrage de référence a été rédigé en 1983, ses auteurs étaient alors consultants chez Mc Kinsey. Depuis, l'ouvrage est réédité régulièrement.

³⁰ LÉTEURTRE H. et MALLÉA P. (2005), *Performance et Gouvernance hospitalières*, Berger-Levrault, 255 p.

³¹ Ibid., p.11

³² GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., *et al.* (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux," *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 67-104

³³ MARMUSE C. (1997), "Performance", in SIMON Y. et JOFFRE P., *Encyclopédie de Gestion*, 2^{ème} édition, Paris: Economica, pp. 2195-2208

³⁴ Ibid., p. 2195

économistes et des stratèges sur le sujet. La dernière section de ce chapitre, intitulée *Les apports de l'économie industrielle et de la stratégie dans la construction d'une grille de lecture* présente la synthèse des travaux des chercheurs et conclut sur leur apport limité dans la conduite de cette recherche.

Section 1. La performance hospitalière et ses fondements théoriques

Comment définir la performance en santé ? Dans le secteur de la santé, la performance n'échappe pas au constat général de multi-dimensionalité. Cette caractéristique est particulièrement exacerbée dans ce champ, en raison de ses différents niveaux d'analyse. Dans ses travaux, la Drees³⁵ distingue la performance du système de santé et de l'ensemble de ses composantes, celle du seul système de soins qui n'inclut pas les dépenses de prévention et d'éducation à la santé, et celle du système hospitalier. Nous ajoutons à ces trois niveaux ceux du service et du pôle de santé qui représentent d'autres champs pour lesquels les professionnels et les chercheurs connaissent un intérêt grandissant³⁶.

Ce constat d'un concept « vaste et insaisissable »³⁷ explique la multiplicité des définitions, qui représentent autant d'approches différentes et partielles de la performance. Les dimensions et les indicateurs retenus, ainsi que leur interprétation varient selon que l'on considère les performances du système de santé, celles du système de soins ou celles des établissements hospitaliers³⁸. Nos travaux s'intéressent plus particulièrement à la performance hospitalière, c'est donc ce dernier niveau d'analyse qui est privilégié dans ces développements. Pour autant, nous opérons une mise en perspective de la performance hospitalière avec celle du système qui est cruciale pour comprendre les objectifs de performance assignés aux hôpitaux.

La performance hospitalière a fait l'objet, au plan international, de nombreux travaux de recherche. Plusieurs grilles de lecture essentiellement issues de la théorie des organisations ont été proposées par les chercheurs. Tandis que les modèles unidimensionnels de la performance permettent de situer et de comparer les attributs de la performance entre eux, les modèles intégrateurs de la performance hospitalière, apportent des définitions très générales, ou globales de la performance en tenant compte de ses multiples dimensions.

Le premier paragraphe, *Le développement d'un impératif de recherche de performance en santé*, précise le contexte à l'origine du développement de la mesure de la performance dans le champ de la santé. La description proposée a pour objet de mieux délimiter les contours de la performance hospitalière.

Le deuxième paragraphe, *Remettre de l'ordre dans la diversité : les modélisations de la performance et sa mesure*, présente les « pré-requis » utiles à la définition d'un cadre conceptuel de la performance puis recense les principaux modèles théoriques de la performance hospitalière

³⁵ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004a), "Mesure de la performance dans le domaine de la santé", *Solidarité et Santé*, n°3, pp. 47-57

³⁶ Le lecteur pourra notamment se reporter aux références suivantes LAJONCHERE J.-P. (2003), "Performance en réanimation médicale : le point de vue du directeur d'hôpital", *Elsevier*, n°12, pp.72-74 ; LE GALL R. et QUENEAU P. (2007), "Comment évaluer la performance d'un service de réanimation d'adultes ? une expérience de 30 ans. Discussion", *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 191 : n°4-5, pp. 869-877

³⁷ CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., et al. (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 149 p.

³⁸ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004a), "Mesure de la performance dans le domaine de la santé", *Solidarité et Santé*, n°3, pp. 47-57

1. Le développement d'un impératif de recherche de performance en santé

Jean-Pierre Claveranne et Alice Teil notaient déjà dans une publication de 2002 que les systèmes de santé sont confrontés à ce qu'ils nomment le « défi » de la performance³⁹. Dans les développements suivants, nous montrons que ce défi systémique s'est traduit pour les établissements de santé en un défi de performance de leur organisation dans un contexte de ressources toujours perçues comme plus limitées. A cette fin, nous reviendrons sur la définition de la performance des systèmes de santé et sa mesure. Nous montrons qu'elle représente une préoccupation économique et sociale majeure des pays développés. Par la suite, nous nous intéressons au contexte français. La présentation de données issues des comptes nationaux de la santé publiées annuellement par la Drees nous permet, quant à elle, de comprendre le rôle primordial de l'hôpital dans la performance du système (de santé et de soins) et le rôle moteur de la performance dans l'organisation de la gouvernance du système de santé français.

1.1. De la performance du système à la performance hospitalière

Pour comprendre les impératifs de performance auxquels les hôpitaux sont contraints, il est utile de revenir sur le contexte ayant présidé au développement de ce concept dans le champ de la santé. La définition, la mesure de la performance des systèmes de santé internationaux et ses enjeux, puis sur celles du système de santé français sont décrits dans les paragraphes suivants.

1.1.1. La performance des systèmes de santé et sa mesure

Les travaux de la Drees mettent en lumière que les enjeux liés à la mesure de la performance ne sont pas récents, cette préoccupation datant du milieu du XIX^{ème} siècle. Parmi les facteurs explicatifs du développement de sa mesure, on compte l'inexorable hausse des dépenses de santé. Celle-ci, mesurée sur la base des dépenses de santé réalisées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) est observable dans l'ensemble des pays de l'OCDE depuis quarante ans⁴⁰. Selon Jean-Paul Domin, elle a engendré, en France, depuis la fin des années 1970, la remise en cause progressive du slogan selon lequel la santé n'a pas de prix⁴¹. Cependant notre pays ne représente pas un cas unique. **L'ensemble des pays est confronté à une difficile maîtrise des dépenses de santé qui croissent à un rythme plus élevé que celui de l'économie générale⁴², et cela, dans un contexte d'augmentation des besoins et d'accélération continue du progrès médical qui rend la recherche de qualité et de sécurité des soins plus importante⁴³.**

³⁹ TEIL A. et CLAVERANNE J.-P. (2002), "La performance hospitalière : nature, enjeux et implications", *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, pp. 337-347

⁴⁰ ULMANN P. et MESSAGER D. (2006), "L'avenir du système de santé en France", in *9^{ème} Rencontres financières des décideurs hospitaliers*, Paris: Gestions hospitalières, supplément au n°459, p. 624

⁴¹ Dans la plupart des autres secteurs de l'économie, qu'elle soit marchande ou non, l'innovation n'est pas nécessairement inflationniste. Elle peut générer des gains de productivité et engendrer une baisse des coûts. Dans le secteur de la santé, elle constitue le principal facteur d'augmentation des dépenses de santé. La plupart des innovations se sont concentrées sur l'imagerie et le diagnostic. En conséquence de cela, au lieu d'entraîner un effet de substitution décrit dans la théorie Schumpétérienne il y a presque un siècle, les innovations ont engendré un effet d'addition. Le phénomène de destruction créatrice théorisé par Schumpeter, en conséquence, ne s'applique pas. Une innovation ne chasse pas la précédente. Les projections du RAND (un des principaux instituts américains) anticipent pour les trente prochaines années un doublement des dépenses des personnes âgées de 65 ans et plus. Ces projections transposées au cas français montrent qu'on peut envisager des dépenses de santé égales à 20% du PIB en 2035.

⁴² OR Z. (2009), "Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé", in *Traité d'Économie de la Santé*, Paris: Les Presses de Sciences Po, pp. 75-83

⁴³ EVIN C. et VINCENT G. (2007), "L'heure, Quel avenir pour l'hôpital public", *Revue Hospitalière de France*, n°514, pp. 20-76

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) ayant adopté la définition de l'OMS, **la performance d'un système est évaluée sur la base d'une comparaison entre la réalisation des objectifs du système avec ce que le système peut être capable d'accomplir. Dès lors, un système est jugé performant s'il est efficient c'est-à-dire qu'il permet d'atteindre « les meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources »**⁴⁴. Cette définition suggère que pour l'OMS, la réponse aux objectifs constitue le critère essentiel de performance⁴⁵. Ces objectifs sont triples : l'amélioration de la santé des populations, la réactivité du système et l'équité des contributions financières. Zeynep Or⁴⁶ précise que l'amélioration de l'état de santé de la population est la raison d'être d'un système de santé. La réactivité correspond, quant à elle, à la capacité du système à répondre aux besoins des personnes. Enfin, l'équité vise à assurer une répartition équitable des contributions financières au sein de la population. **A ces trois objectifs, s'ajoute celui, fondamental, de l'efficacité ou la recherche d'un système apte à délivrer des prestations de qualité au moindre coût.** De nos jours, les agrégats de la performance du système de santé, largement partagés par l'ensemble des pays industrialisés, reposent donc en grande partie sur la mesure de la **maîtrise des coûts** et sur **l'amélioration de la qualité des soins**. Selon Bouthevillain et Hervé, c'est sur ces deux objectifs majeurs que jonglent les politiques de santé françaises et internationales⁴⁷. Margaret Chan précise dans son discours introductif au *Rapport de la santé dans le monde 2010*⁴⁸ que cette quête d'efficacité participe à la construction d'un système plus équitable. Dès lors, la recherche d'efficacité prime sur la diminution des postes des dépenses en matière de soins médicaux. Dans ce rapport, il est précisé que dans chaque pays, 20 à 40 % de l'ensemble des dépenses de santé a été gaspillé pour cause d'inefficacité. En conséquence, des progrès sont possibles dans chacun d'eux.

Les premiers travaux de mesure de la performance remontent au début des années 1990, l'inexistence de systèmes d'information suffisamment développés n'ayant pas permis de la mesurer avant cette période⁴⁹. De nos jours, la performance des systèmes est mesurée dans le cadre de comparaisons internationales qui offrent une grille de lecture des mesures gouvernementales efficaces en termes de coûts et de niveau de santé de population grâce à l'effet d'expérience de chaque pays. Cependant, pour de nombreux économistes, les évaluations proposées restent insatisfaisantes en raison des insuffisances **des indicateurs de comparaison entre les ressources engagées par chaque pays et les résultats de santé obtenus**⁵⁰. Même si l'on dispose d'agrégats permettant de mesurer ces deux dimensions, on ne peut pas les relier l'une à l'autre afin de juger de l'efficacité du système de soins. Ulmann et Messenger rapportent « *qu'il n'existe pas de lien simple entre dépenses de santé et résultat sanitaire* »⁵¹.

⁴⁴ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – pour un système de santé plus performant*. Le rapport sur la santé dans le monde représente la publication phare de l'OMS publié pour la première fois en 1995. Il présente chaque année un bilan sur la santé accompagné de statistiques. Une thématique particulière est abordée chaque année. Le rapport 2008 axe ses développements, par exemple, autour de la thématique des soins de santé primaires. Le rapport 2007 porte, quant à lui, sur la sécurité sanitaire mondiale.

⁴⁵ Les critères et indicateurs communs d'évaluation incluent tous les déterminants contribuant à une meilleure santé comme l'éducation, le soutien social ou le niveau de revenu et sa distribution. La notion de résultat est principalement définie par le niveau de santé général d'une population, l'adéquation entre l'offre et les attentes de celles-ci (réactivité du système) et l'équité de la répartition de la contribution finançant le système de soins.

⁴⁶ OR Z. (2009), "Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé", in *Traité d'Économie de la Santé*, Paris: Les Presses de Sciences Po, pp. 75-83

⁴⁷ BOUTHEVILLAIN C. et HERVÉ K. (2006), "Analysis of international health-related expenditure: lessons for France", *Bulletin de la Banque de France*, n°154, pp. 57-59

⁴⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2010), *Rapport sur la santé dans le monde*, Le financement des systèmes de santé, Le chemin vers une couverture universelle, 22 p.

⁴⁹ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004a), "Mesure de la performance dans le domaine de la santé", *Solidarité et Santé*, n°3, pp. 47-57

⁵⁰ CHAMBARETAUD S. et HARTMANN L. (2004), "Économie de la santé: avancées théoriques et opérationnelles", *Revue de l'OFCE*, n°91, pp. 237-266

⁵¹ ULMANN P. et MESSAGER D. (2006), "L'avenir du système de santé en France", in *9ème Rencontres financières des décideurs hospitaliers*, Paris: Gestions hospitalières, supplément au n°459, p. 626

Pour Chambaretaud et Hartmann, ces comparaisons internationales restent un outil important pour mesurer les performances des différents systèmes de santé⁵². Elles ont permis de démontrer l'absence de juste équilibre au sein de chaque système, entre l'efficacité des soins et le caractère équitable du système, la liberté des acteurs et la maîtrise des dépenses correspondantes⁵³.

Selon Bouthevillain et Hervé⁵⁴, chaque société classe de manière implicite ces objectifs au sein de leur système de santé. Nous nous intéressons plus particulièrement à la performance du système de santé français et de celle du système de soins qui en constitue la principale composante.

1.1.2. Les causes du développement de la mesure de la performance : le cas français

Les professionnels et les chercheurs s'accordent sur le fait qu'en France, s'expriment simultanément des attentes en partie contradictoires comme une couverture exhaustive des besoins de proximité, des exigences fortes de normes et de sécurité, sans oublier les contraintes économiques. La société est principalement attachée aux caractéristiques du système actuel qui favorise l'équité, la qualité des soins et la liberté des acteurs mais au prix d'une croissance difficilement maîtrisée des dépenses⁵⁵.

En France, le développement de la mesure de la performance, au-delà du développement des outils statistiques, s'explique essentiellement par la volonté des pouvoirs publics **de savoir si les dépenses engagées au titre de la fonction santé sont bien employées**⁵⁶. La croissance des dépenses est observable à partir des comptes nationaux de la santé publiés par la Drees⁵⁷. En 2009, la dépense courante de santé (DCS) qui mesure « l'effort l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé » sur une année⁵⁸, s'élève à 223,1 milliards d'euros, soit 11,7 % du produit intérieur brut (PIB), plaçant ainsi la France en deuxième position sur cet indicateur derrière les Etats-Unis qui consacrent 16 % de leur PIB aux dépenses de santé. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui représente l'essentiel des dépenses de santé atteint 175,7 milliards d'euros, soit 9,2 % du PIB⁵⁹ (le reste consiste principalement en des soins de longue durée aux personnes âgées, les indemnités journalières, la prévention et la recherche). La Sécurité sociale est le principal financeur et assure le remboursement de plus de 75 % de la CSBM⁶⁰. Les dépenses hospitalières quant à elles s'élèvent à près de 44 % de ces

⁵² CHAMBARETAUD S. et HARTMANN L. (2004), "Économie de la santé: avancée théoriques et opérationnelles", *Revue de l'OFCE*, n°91, pp. 237-266

⁵³ BOUTHEVILLAIN C. et HERVÉ K. (2006), "Analysis of international health-related expenditure: lessons for France", *Bulletin de la Banque de France*, n°154, pp. 57-59

⁵⁴ Ibid., p. 57

⁵⁵ Ibid., p. 57

⁵⁶ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004a), "Mesure de la performance dans le domaine de la santé", *Solidarité et Santé*, n°3, pp. 47-57

⁵⁷ Les derniers résultats disponibles concernent l'année 2009 et ont été publiés en septembre 2010. Voir FENINA A., LE GARREC M.-A. et KOUBI M. (2010), "Les comptes nationaux de la santé en 2009", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat, 6 p.

⁵⁸ Définition extraite du site internet Ecosanté, en ligne (www.ecosante.fr), consulté le 20 décembre 2010

⁵⁹ La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 % en 2009. Les organismes complémentaires prennent en charge 13,8 % et le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 9,4 %.

⁶⁰ Les autres financeurs sont les organismes complémentaires (mutuelles et assurances) qui assurent le financement de près de 14 % de ces dépenses. La part restant à la charge des ménages se monte à plus de 9 %.

dépenses⁶¹. Au regard de la part importante dans le PIB des dépenses de santé, **la maîtrise des dépenses est devenue le principal objectif poursuivi par les autorités publiques** à tel point que, selon Marina Serré⁶², le débat sur la santé tend à être réduit aux enjeux économiques de la branche assurance maladie de la Sécurité sociale.

Outre la hausse des dépenses de santé rappelée par la Drees, il nous semble nécessaire de rappeler l'existence d'un autre facteur ayant incité au développement de la mesure de la performance. De nombreux auteurs affirment le rôle non négligeable **du développement du consumérisme en santé**. A titre illustratif, nous pouvons citer l'étude de Guisset et al. publiée en 2002⁶³ analysant les différences de perception de la performance des hôpitaux par les différents acteurs ou encore celle de Bachimont et Letourmy⁶⁴ dédiée à la mesure de la performance selon le point de vue des usagers. **Les associations de malades et usagers souhaitent mieux connaître la qualité des soins qui leur sont fournis par les différents prestataires et donc avoir une meilleure connaissance de la performance du système de soins, la mesure de la qualité des soins représentant le principal indicateur de performance**⁶⁵. Bachimont et Letourmy⁶⁶ avancent que ce constat a été particulièrement mis en avant lors du bilan des premiers états généraux de la santé en 1999. Ces chercheurs rapportent que la revendication d'une véritable démocratie sanitaire, définie comme la participation des usagers aux côtés d'autres opérateurs (professionnels du secteur et tutelles notamment), a représenté le marqueur d'un besoin de transparence du fonctionnement du dispositif sanitaire et du sentiment de subir passivement ses dysfonctionnements. Pour ces auteurs, la réponse à leurs besoins constitue *a priori* la justification de l'existence des établissements et de leurs modes de fonctionnement. Le rapport Mallot 2010⁶⁷ et un document de travail de la Drees sur *La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé*⁶⁸ relatent que, pour les pouvoirs publics, la recherche de transparence sur l'activité des établissements est essentielle afin de faciliter l'orientation des patients dans le système hospitalier⁶⁹.

1.2. La performance hospitalière : un levier de la performance du système

De nos jours, la recherche de performance des hôpitaux est au cœur des évolutions de notre système de santé. Dans les développements suivants, nous montrons que de nombreux travaux sur la recherche et la diffusion d'indicateurs de performance ont été entrepris ces dernières

⁶¹ Les autres composantes de la CSBM sont : les soins de ville (cabinets médicaux et paramédicaux) pour 27,5 %, les dépenses de médicaments représentant 20,5 % de ces dépenses et les consommations diverses, comme par exemple, les transports sanitaires qui contiennent 8 % de la CSBM.

⁶² SERRE M. "De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143, pp. 68-79

⁶³ GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., et al. (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux", *Sciences Sociales et Santé*, vol.20 : n°2, pp. 67-104

⁶⁴ BACHIMONT J. et LETOURMY A. Ibid. "L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière: quels enjeux pour les usagers?", vol. 20, pp. 104-115

⁶⁵ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004a), "Mesure de la performance dans le domaine de la santé", *Solidarité et Santé*, n°3, pp. 47-57

⁶⁶ BACHIMONT J. et LETOURMY A. (2002), "L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière: quels enjeux pour les usagers?", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp.104-115

⁶⁷ MALLOT J. (2010), *Rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*, Assemblée Nationale, n° 2556, 506 p.

⁶⁸ DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), (2009), *La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé. Revue de littérature et des sites internet*, Compaqh-Inserm, Document de travail.

⁶⁹ MALLOT J. (2010), *Rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*, Assemblée Nationale, n° 2556, p. 36 Le rapport précise que l'amélioration de l'information des usagers sur l'hôpital représente un point essentiel sur lequel doit se mobiliser la nouvelle Direction générale de l'offre de soins.

années, faisant de la gestion par la performance des hôpitaux un impératif, l'ensemble des réformes entreprises par les pouvoirs publics abondant dans ce sens. Par la suite, nous exposons les limites actuelles de la mesure de la performance hospitalière.

1.2.1. Une généralisation de la gestion des hôpitaux par la performance

Au regard de la part des dépenses hospitalières, les établissements de santé sont particulièrement visés dans cette quête de performance car **ces structures, au côté du corps médical, sont perçues par l'Etat comme disposant des leviers d'action nécessaires pour éliminer les dépenses inutiles en matière de santé**⁷⁰. **Chaque structure se doit de répondre, à son niveau, au défi de la recherche d'efficience** qui contribue à la performance du système de soins⁷¹. Le Pogam, Luangsay et Notebert notent « *qu'à ce titre, la performance consiste avant tout à trouver la meilleure efficacité organisationnelle* »⁷². La gestion par la performance est de plus en plus présente dans les préoccupations des autorités de tutelle, et par ricochet, des gestionnaires et des médecins. **De l'organisation des soins résulte, en grande partie, la performance de l'hôpital.**

C'est ainsi que de nombreux pays ont entrepris des réformes de leur système de soins dont le thème dominant a été la recherche d'une meilleure performance⁷³. En France, ce souci est apparu dès la fin des années 1960, la première loi hospitalière ayant été votée en 1970⁷⁴. Celles qui ont suivi comme la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoyant notamment la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la fixation, pour les cliniques privées d'un objectif quantifié national (OQN) de dépenses, ou encore les Ordonnances n°96-345 du 26 avril 1996 ont rappelé aux différents acteurs cet impératif de performance⁷⁵. A titre illustratif (nous ne citons dans ces développements que des initiatives récentes), le rapport Mallot 2010⁷⁶ encourage le développement d'une « *culture axée sur la performance* » dans les agences régionales de santé (ARS) instaurées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Cette loi ayant institué les ARS s'inscrit également dans le cadre de la promotion de la performance. Elle a fait de l'amélioration de la performance des établissements de santé l'un de ses grands enjeux⁷⁷. De même, elle a engendré la création d'une sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins au sein du ministère de la Santé dont la mission est d'accroître la performance de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins, de garantir l'emploi optimal des ressources et l'efficience médico-économique, cela avec le concours de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) instituée par cette même loi⁷⁸

⁷⁰ PRICEWATERHOUSECOOPERS (PWC) (2006), *HealthCast 2020: créer un futur durable*, p. 7

⁷¹ TEIL A. et CLAVERANNE J.-P. (2002), "La performance hospitalière : nature, enjeux et implications", *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, pp. 337-347

⁷² LE POGAM M.-A., LUANGSAY-CATELIN C. et NOTEBAERT J.-F. (2009), "La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent", *Revue management & avenir*, vol. 5 : n°25, pp. 116-134

⁷³ SICOTTE C., CHAMPAGNE F. et CONTANDRIOPOULOS A.-P. (1999), "La performance organisationnelle des organismes publics de santé", *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6 : n°1, pp. 34-46

⁷⁴ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁷⁵ BACHIMONT J. et LETOURMY A. (2002), "L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière: quels enjeux pour les usagers?", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 104-115

⁷⁶ MALLOT J. (2010), *Rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*, Assemblée Nationale, n° 2556, p. 44

⁷⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2010b), *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*, Paris, 56 p.

⁷⁸ MALLOT J. (2010), *Rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*, Assemblée Nationale, n° 2556, p. 34. L'ANAP a été créée le 23 octobre 2009.

Les initiatives actuelles prises par les tutelles consistent, en premier lieu, à accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation de l'usage de leurs ressources. A titre illustratif, notons les efforts d'amélioration entrepris par l'ARS d'Île-de-France s'agissant des processus de facturation, d'imagerie ou encore des blocs opératoires⁷⁹. Le développement d'outils tel que le « DiagFlash »⁸⁰, ou encore « Hospi Diag » est le fruit des travaux entrepris par les pouvoirs publics⁸¹. Cet outil a pour objectif d'explorer la performance d'un établissement de santé selon cinq composantes (activité, qualité des soins, organisation, ressources humaines et ressources financières) et soixante-sept indicateurs. Une autre initiative importante est celle du développement de la diffusion de données publiques sur la performance des établissements de santé consécutive, comme nous l'avons déjà évoqué, à la hausse du consumérisme en santé. La dispersion de l'information et l'usage qui est fait de ces données reste de nos jours problématique. Nous revenons sur les écueils de la mesure de la performance hospitalière dans le paragraphe suivant.

1.2.2. Les écueils de la mesure de la performance hospitalière

La démarche de transparence entreprise par le gouvernement ces dernières années vise à orienter le système français vers la qualité en définissant un certain nombre d'indicateurs de mesure de celle-ci⁸². Un effort notable a été accompli ces dernières années dans le développement de la mesure de la performance⁸³. Les grands acteurs nationaux participent à la définition d'indicateurs : la Haute Autorité de Santé (HAS), la Direction de l'Organisation des Soins (DOS), la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les centres hospitaliers universitaires (CHU), *etc.* Plusieurs programmes de recherche ont été lancés plus particulièrement autour du développement d'indicateurs de qualité des soins⁸⁴. De même que la performance du système de santé et de celle du système de soins, la performance des hôpitaux **est le plus souvent mesurée en termes de qualité, de sécurité des soins et d'efficacité, celle-ci, rappelons-le, mesurant la capacité à produire des soins de qualité**

⁷⁹ BULVELOT M. et GASCOIN X. (2010), "Accompagner les établissements: du côté de la recherche de performance", *La revue de l'ARHIF*, n°13, pp. 14-15

⁸⁰ Le diagnostic flash est une méthode qui a pour objectif de mettre en évidence au-delà des données strictement comptables et financières, des éléments de compréhension de la situation financière de l'établissement en analysant son positionnement stratégique, la performance de ses processus majeurs et la structure de ses ressources humaines. Le diagnostic flash permet une analyse macroscopique de la performance d'un établissement, selon quatre axes : Financier, Patient, Processus, Ressources Humaines. Cf. DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS) (2007), *Diagnostic flash hospitalier, Bases de comparaison*, 113 p.

⁸¹ L'ANAP précise que le programme des projets performance « résulte de la volonté du Ministère de la Santé et du Ministère des Comptes publics de mettre en œuvre des contrats de performance avec les établissements de santé pour améliorer durablement leur performance et démontrer un impact tangible au profit des patients et des acteurs du système de santé ». L'enjeu est d'accompagner les établissements de santé pour améliorer leur performance. Un diagnostic de l'établissement est réalisé afin de mettre en œuvre un plan d'action qui fait l'objet d'une contractualisation entre l'établissement, l'ARS et l'ANAP. Voir en ligne (www.anap.fr), consulté le 19 décembre 2010

⁸² MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, « Transparence et Qualité des établissements hospitaliers », *Dossier de presse*, jeudi 18 janvier 2007, 12 p.

⁸³ DE CHAMBINE S., GASQUET I., DELOUVRIER M., *et al.* (2008), "Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière, Rencontres du management, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)", *Gestions hospitalières*, cahier n°216, pp. 585-593

⁸⁴ Au niveau international, nous pouvons citer le projet Path (*Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospital*) mené sous l'égide du bureau européen de l'OMS. Il a pour objet de proposer un modèle de performance hospitalière, d'identifier dans chacune de ses dimensions des indicateurs, de les tester puis de lancer des comparaisons internationales entre différents pays d'Europe. A l'échelon européen, depuis Maastricht, un système d'information sur la santé a progressivement été mis en place. Il a pour mission d'aider à la définition d'objectifs et de politique applicables à l'ensemble des états membres. A cet égard, différents projets portant sur des thèmes complémentaires se développent. Certains ont été recensés par la Drees. Les programmes ECHI (European Community Health Indicators), HDP (projet sur les données hospitalières), Eurostat (Office statistique de l'Union européenne) ou encore Péristat (indicateurs de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale) représentent quelques exemples de projets menés à l'échelon européen. Ces projets définissent des indicateurs dans divers domaines tels que les déterminants de la santé, l'état de santé, le système de santé et son utilisation.

avec un optimum d'efforts et de dépenses⁸⁵. Parmi les initiatives prises en matière de développement d'indicateurs, nous pouvons évoquer le projet de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH), financé par les pouvoirs publics. L'objectif du programme est de sélectionner une vingtaine d'indicateurs dans des domaines considérés, par les tutelles, comme prioritaires pour la qualité des soins, comme par exemple, la lutte contre la douleur, la continuité des prises en charge, les infections nosocomiales, la satisfaction du patient, *etc.* et de généraliser leur diffusion⁸⁶. La Statistique annuelle des établissements (SAE), une enquête obligatoire pour les établissements de santé dont le suivi est assuré par la Drees, de même que les résultats des établissements sur les procédures de certification de l'HAS représentent d'autres sources d'informations diffusées auprès du grand public⁸⁷.

L'un des problèmes actuels de la diffusion de données sur la performance des établissements hospitaliers est lié à leur forte dispersion au sein de diverses bases de données⁸⁸. Par ailleurs, les informations contenues dans ces bases sont le plus souvent destinées aux professionnels du système sanitaire et aux pouvoirs publics. Le foisonnement des indicateurs dans diverses bases de données peut avoir pour conséquence la **mauvaise utilisation de l'information contenue dans ces bases par les parties prenantes qui peuvent, en quelque sorte, la « détourner » de son objectif initial, autrement dit de sa logique de construction. Il véhicule également une vision éclatée de la performance hospitalière entre les acteurs.** Comme le notaient déjà Alice Teil et Jean-Pierre Claveranne⁸⁹, « *Chacun réagit en cherchant à conforter un peu plus sa propre vision au lieu de parvenir à une vision commune de la performance et non en remettant en cause celle-ci* ». L'exemple type est celui des palmarès hospitaliers. En effet, on a vu apparaître ces dernières années, dans la plupart des pays occidentaux, la publication dans des revues grand public des classements d'hôpitaux établis à partir des données diffusées sur les hôpitaux⁹⁰. En France, ce phénomène a débuté en 1997 dans le magazine *Sciences & Avenir*⁹¹ et s'est régulièrement poursuivi⁹². Le principe est simple : les auteurs, journalistes et médecins choisissent pour chaque activité médicale un certain nombre de critères et réalisent, à partir de ces critères, un classement des établissements par activité, puis pour l'ensemble des activités d'un établissement. Ils déterminent ainsi les meilleurs et les plus mauvais établissements. Si la divulgation publique des indicateurs de performance sous forme de tableaux de bords ou de palmarès (sur les sites internet gouvernementaux ou dans la presse) vise la transparence et le

⁸⁵DE CHAMBINE S., GASQUET I., DELOUVRIER M., *et al.* (2008), "Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière, Rencontres du management, Assistance publique -Hôpitaux de Paris (AP-HP)", *Gestions hospitalières*, cahier n°216, pp. 585-593

⁸⁶ La loi HPST a posé le principe de la publication obligatoire d'indicateurs de qualité à destination des usagers (article L 6144-1 du CSP) parmi lesquels figurent les 5 indicateurs spécifiques aux infections nosocomiales. Les 5 autres indicateurs dont la diffusion est rendue obligatoire concernent le dossier du patient (tenue du dossier patient, délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, tenue du dossier anesthésique).

⁸⁷ La certification représente une évaluation externe d'un établissement de santé qui se fonde sur la base d'un référentiel élaboré par l'HAS. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé. Cette obligation pour les établissements de santé a été introduite par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996; Voir en ligne, (www.has-sante.fr), consulté le 20 décembre 2010

⁸⁸ MALLOT J. (2010), *Rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*, Assemblée Nationale, n°2556, p. 36

⁸⁹ TEIL A. et CLAVERANNE J.-P. (2002), "La performance hospitalière : nature, enjeux et implications", *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, pp. 337-347

⁹⁰ MINVIELLE E. (2003), "De l'usage des concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière", *Revue française de gestion*, n°146, pp. 167-189

⁹¹DE CHAMBINE S., GASQUET I., DELOUVRIER M., *et al.* (2008), "Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière, Rencontres du management, Assistance publique -Hôpitaux de Paris (AP-HP)", *Gestions hospitalières*, cahier n°216, pp. 585-593

⁹² L'impact de ces publications mesuré à travers les ventes en kiosque traduit un réel engouement des français pour ce type de publication. Le premier palmarès publié en 1998 a multiplié les ventes du journal par huit. Pour Le Point, le palmarès a toujours été la meilleure vente de l'année selon Jérôme Vincent coresponsable de l'enquête annuelle de ce journal.

renforcement de la place du patient par son éducation et son information, les limites de ces démarches sont nombreuses et sont surtout liées au choix des indicateurs utilisés et à leur interprétation⁹³.

A travers ce foisonnement de thèmes et d'indicateurs non hiérarchisés, on perçoit, dès lors, que la question des objectifs prioritaires d'un système (de santé et/ou de soins) et la définition des éléments qui pourraient permettre de juger de ses performances n'est pas abordée de façon explicite pour le moment en France⁹⁴ et pas davantage à l'échelle de l'Europe, comme le souligne la Drees⁹⁵. Aucune réflexion sur les fondements de la performance n'a été adoptée. En définitive, la généralisation du concept de performance pose de nombreuses difficultés car, comme nous venons de le montrer, celle-ci constitue un objectif prioritaire pour les organisations. En outre, cela suppose de définir son contenu.

Afin de parvenir à une vision commune de la performance, professionnels et chercheurs s'accordent sur la nécessité de définir un référentiel de performance qui intègre l'identification et la définition de trois éléments clés : le champ analysé, la nature de l'évaluateur et ses buts. Dans le paragraphe suivant, nous revenons sur ces pré-requis et présentons les modèles théoriques de la performance issus de la théorie des organisations.

2. Remettre de l'ordre dans la diversité : les modélisations de la performance et sa mesure

Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, la performance hospitalière revêt un caractère multidimensionnel. De cette caractéristique découle la nécessité de définir un référentiel de performance qui est fonction du champ de l'évaluation, de l'identité de l'évaluateur et de la définition de ses objectifs. Les principaux référentiels théoriques de la performance hospitalière recensés dans la littérature spécialisée sont issus de la théorie des organisations. Comme le soulignent Sicotte, Champagne et Contandriopoulos⁹⁶, le concept de performance organisationnelle est central en théorie des organisations, la finalité ultime des théories des organisations que ce soit au plan analytique ou prescriptif étant précisément de développer des connaissances qui contribuent au meilleur fonctionnement des organisations, et par là même, à leur performance. La littérature spécialisée met en lumière deux grands types de modélisations qui permettent de reclasser ces théories. Tandis que les modèles unidimensionnels de la performance proposent d'étudier une dimension précise de la performance, les modèles intégrateurs proposent des définitions larges qui intègrent et mettent en relation plusieurs dimensions de la performance. Les indicateurs de mesure de la performance sont établis à partir du modèle retenu.

Le premier paragraphe, *La performance, un concept protéiforme*, est consacré à l'exposé des pré-requis nécessaires à la définition d'un référentiel de performance hospitalière : la définition du champ d'analyse, de l'évaluateur et de ses objectifs et, dans un deuxième temps, des indicateurs de mesure.

⁹³ MINVIELLE E. (2005), *Classement des hôpitaux: jusqu'où?*, pp. 34-38 ; CHOUAID C., HEJBLUM G., GUIDET B., *et al.* (2006), "De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins", *Rev Mal Respir*, n°23, pp. 87-98

⁹⁴ TEIL A. et CLAVERANNE J.-P. (2002), "La performance hospitalière : nature, enjeux et implications", *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, pp.337-347. et LE POGAM M.-A., LUANGSAY-CATELIN C. et NOTEBAERT J.-F. (2009), "La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent", *Revue management & avenir*, vol. 5 : n°25, pp. 116-134

⁹⁵ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004a), "Mesure de la performance dans le domaine de la santé", *Solidarité et Santé*, n°3, pp.47-57

⁹⁶ SICOTTE C., CHAMPAGNE F. et CONTANDRIOPOULOS A.-P. (1999), "La performance organisationnelle des organismes publics de santé", *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6 : n°1, pp. 34-46

Dans le deuxième paragraphe, *Les approches théoriques de la performance : des modèles multiples, une performance relative*, nous retraçons les différents modèles théoriques d'analyse de la performance mobilisés par les chercheurs dans le champ de la santé.

2.1. La performance hospitalière : un concept protéiforme

Ces quelques paroles de Georges Riffart prononcées en 2002 au cours d'un colloque sur la performance hospitalière illustrent pleinement la complexité à la définir. « (...) *la performance, je ne sais pas ce que c'est : je dirai simplement que c'est un mot fourre-tout, chacun y met quelque chose, chacun a un avis assez imprécis sur la performance ; c'est un mot assez convivial au sens de l'informatique : en informatique est convivial ce qui est ouvert aux non-initiés et dont chacun fait ce qu'il a à faire. Je crois que c'est un peu ça, ce mot performance.* »⁹⁷

Les établissements de santé sont des lieux d'expression de nombreux référentiels distincts de performance qui résultent de l'histoire des professions médicales, soignantes et administratives, de l'évolution technologique et des choix de société réalisés⁹⁸. Ceci explique qu'une myriade de définitions de la performance hospitalière puisse être apportée en fonction du champ, de la nature de l'évaluateur et de ses objectifs. La définition du contexte dans lequel elle est étudiée concourt à préciser la définition de la performance et ses indicateurs de mesure.

2.1.1. Les « pré-requis » à la définition d'un cadre conceptuel de la performance : l'identification du champ, de l'évaluateur et de ses objectifs

Lorsque l'on évoque le terme de performance hospitalière, parle-t-on de performance économique, de performance clinique, de performance organisationnelle ? Différentes notions employées en marketing, en finance, en ressources humaines, en stratégie, sont intégrées dans la gestion des établissements de santé⁹⁹. Les défis auxquels sont confrontées les directions d'établissement sont multiples : équilibre financier, une rotation minimale des personnels, l'optimisation de la gestion des lits notamment en évitant des durées moyennes de séjour trop longues, la satisfaction des patients, assurer la qualité des soins la meilleure possible, *etc.* Ces quelques exemples de missions relèvent de la performance hospitalière¹⁰⁰. Chaque facette de la performance correspond à une logique qui lui est propre et implique des enjeux et des instruments de mesure qui lui sont également spécifiques¹⁰¹. Pour autant, les dimensions de la performance ne sont pas nécessairement exclusives les unes des autres. Par ailleurs, dans le domaine de la santé, il s'avère important de relier la performance à la diversité des activités et des clientèles qui sont reçues par les établissements de santé. La performance est à apprécier en tenant compte de la nature, de la diversité des offres de soins, de l'environnement économique et concurrentiel ainsi que du financement qui est en place¹⁰².

⁹⁷ BERGOGNE A. (2002), "Table ronde: performance des établissements de santé et régulation des systèmes de santé", *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, pp. 365-388

⁹⁸ TEIL A. et CLAVERANNE J.-P. Ibid. "La performance hospitalière : nature, enjeux et implications", numéro spécial, pp. 337-347

⁹⁹ BERGOGNE A. Ibid. "Table ronde: performance des établissements de santé et régulation des systèmes de santé", numéro spécial, pp. 365-388

¹⁰⁰ GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., *et al.* (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 67-104

¹⁰¹ BERGOGNE A. (2002), "Table ronde : performance des établissements de santé et régulation des systèmes de santé", *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, pp. 365-388

¹⁰² Ibid., pp. 365-366

De même qu'au sein du système, au sein de l'organisation, le terme de « performance » revêt des sens différents selon les points de vue¹⁰³. Les dimensions de la performance privilégiées et leurs indicateurs sont étroitement liés à la personne qui désire obtenir cette information et à l'objectif de la mesure de la performance¹⁰⁴. Les principaux groupes d'intérêts présents dans les organisations ont été identifiés par Thomas et Palfery¹⁰⁵ en 1996. Il s'agit des payeurs, des bénéficiaires, des professionnels, des gestionnaires et des politiciens. Guisset et al. en 2002¹⁰⁶ ont définis les groupes d'intérêt du secteur sanitaire en transposant les propos de Thomas et Palfery. Dans le domaine hospitalier, les payeurs sont les mutuelles auxquels nous ajoutons dans le contexte français l'Assurance maladie qui, comme nous l'avons déjà noté, finance les trois quarts des dépenses de santé. Les bénéficiaires sont les patients et leur famille. Les professionnels sont les médecins et les infirmières ainsi que l'ensemble des autres intervenants au sein des établissements de santé (kinés, aides-soignantes, etc.). Ces auteurs insistent sur le fait que les acteurs ne s'accordent pas toujours sur le sens de ce terme ni sur les caractéristiques de son évaluation. Techniciens, usagers, gestionnaires, financiers, **chaque partie prenante a, selon eux, sa propre représentation de la performance**. Ainsi, « *Le concept de performance n'est pas compris de la même manière par tout le monde. Chaque conception reflète une compréhension particulière du fonctionnement des systèmes et des organisations* »¹⁰⁷. André-Pierre Contandriopoulos recommande aux acteurs d'adopter une définition de la performance « *qui devrait permettre aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques du système ou de l'organisation en fonction de leurs croyances, de leurs connaissances, de leurs responsabilités, de leurs intérêts et de leurs projets, pour contribuer à sa gouvernance* »¹⁰⁸. Cette nécessité d'une vision partagée de la performance n'est pas propre au secteur de la santé. Pascal Amans et Sylvie Rascol-Boutard insistent sur ce point, dans un article étudiant un tout autre contexte, celui du système de contrôle des musées et du dispositif RMI. Selon eux, le contrôle des organisations complexes n'est possible que s'il existe une vision partagée entre les acteurs qui leur permettent de définir une représentation commune de la performance¹⁰⁹.

Pour parvenir à cette vision partagée de la performance, les acteurs doivent s'accorder sur un autre point, celui des buts de l'organisation. Dans le secteur de la santé, les contraintes et les défis de l'environnement ont conduit les établissements à attacher une plus grande importance à la réalisation de leurs buts organisationnels, comme le fait de répondre aux besoins de prise en charge des patients. L'évaluation de la performance n'a de sens qu'en fonction des missions imparties aux hôpitaux¹¹⁰. Ainsi, pour Guisset et al., « *un hôpital ne peut être performant, quelle que soit la définition de performance utilisée, que si ses acteurs joignent leurs forces pour atteindre un jeu d'objectifs communs* ». Pour Leteurtre et Malléa, la performance est définie comme l'atteinte d'un résultat. La définition qu'ils proposent est la suivante : la performance d'un établissement de santé résulte de sa « *capacité à atteindre les objectifs constitutifs d'un projet hospitalier, grâce à la maîtrise de l'organisation humaine de l'hôpital tant public que privé. Cette*

¹⁰³ ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS (AP-HP) (2008), "Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière, Rencontres du management, 21 février 2008", *Gestions hospitalières*, cahier n°216, pp. 585-593

¹⁰⁴ GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., *et al.* (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux," *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 67-104

¹⁰⁵ THOMAS P. et PALFERY C. (1996), "Evaluation: stakeholder-focused criteria", *Social Policy and Administration*, vol. 30, pp. 125-142., cité par GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., *et al.* (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux," *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 67-104

¹⁰⁶ GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., *et al.* (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux," *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 67-104

¹⁰⁷ CONTANDRIOPOULOS A.-P. (2008), "La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance", *Santé Publique*, vol. 20 : n°2, pp.191-199

¹⁰⁸ *Ibid.*, p.198

¹⁰⁹ AMANS P. et RASCOL-BOUTARD S. (2008), "La performance entre construit social et indicateur simplifié ", *Finance, Contrôle, Stratégie*, vol. 11, pp. 45-63

¹¹⁰ BACHIMONT J. et LETOURMY A. (2002), "L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière: quels enjeux pour les usagers?", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 104-115

dernière est elle-même définie comme le cadre d'une action qui ait un sens communément partagé par tous ses acteurs. »¹¹¹

La définition des buts de l'organisation est primordiale car elle implique, en amont, la définition du champ d'analyse et de l'évaluateur de la performance ainsi que de ses objectifs qui permettront, en définitive, de proposer une définition de la performance puis de procéder à un choix d'indicateurs de mesure.

2.1.2. Les indicateurs de la performance hospitalière : une dépendance au champ et à la définition retenue de la performance

Une fois l'évaluateur et ses objectifs définis ainsi que son champ d'analyse précisé, il est nécessaire de s'intéresser à la mesure de la performance. Michel Grignon propose la définition suivante de la mesure de la performance d'une entité : « *Mesurer la performance d'une entité (hôpital, région politique, ou acheteurs de soins) consiste à ramener ce qui est produit par cette entité aux moyens dont elle dispose* »¹¹². D'autres chercheurs rappellent les différentes approches possibles de la mesure de la performance. Deux d'entre elles, complémentaires, sont le plus fréquemment adoptées par les chercheurs dans le champ de la santé¹¹³. La première consiste à définir des standards et à vérifier si l'établissement réunit les conditions par rapport à chacun d'eux (normes légales, réglementaires, certification par rapport à des normes de qualité, etc.). La seconde est celle de l'évaluation par des indicateurs. Elle suppose que l'absence de mesure de performance conduit à une insuffisante information, à une difficile progression du niveau de performance en l'absence de mesures de base objectives et précises¹¹⁴.

Le terme d'indicateur a été défini à maintes reprises dans la littérature généraliste en sciences de gestion et dans celle spécifique au secteur de la santé. Selon la Drees¹¹⁵, « *un indicateur est un élément mesurable qui fournit des informations sur un phénomène complexe (la qualité des soins, par exemple), qui en soi peut difficilement être appréhendé. Il décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif* ». Ce peut-être un chiffre isolé, mais c'est le plus souvent un taux ou un ratio¹¹⁶. Chouaid et al.¹¹⁷ retiennent une définition similaire à celle de la Drees, de même que les chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)¹¹⁸. Ces définitions mettent l'accent sur la complexité du phénomène étudié. Pour les chercheurs du GRIS¹¹⁹, « *un indicateur doit refléter sans le moindre doute ce qu'il tente de mesurer* ». Nous retenons la définition des indicateurs de performance proposée par Bounekkar et Lamure¹²⁰ selon laquelle « *Un indicateur est un paramètre servant à mesurer l'état d'un*

¹¹¹ LETEURTRE H. et MALLÉA P. (2005), *Performance et Gouvernance hospitalières*, Berger-Levrault, 255 p.

¹¹² GRIGNON M. (2008), "Les cadres d'analyse de la performance des systèmes de santé : forces et limites", *Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp. 163-169

¹¹³ CHOUAID C., HEJBLUM G., GUIDET B., et al. (2006), "De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins", *Rev Mal Respir*, n°23, pp. 87-98

¹¹⁴ LOMBRAIL P., MORET L., NAIDITCH M., et al. (2004), "Performances du système hospitalier", in *Traité de santé publique*, Paris: Flammarion, pp. 37-44

¹¹⁵ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004b), *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*, 16 p.

¹¹⁶ LOMBRAIL P., MORET L., NAIDITCH M., et al. (2004), "Performances du système hospitalier", in *Traité de santé publique*, Paris: Flammarion, pp. 37-44

¹¹⁷ CHOUAID C., HEJBLUM G., GUIDET B., et al. (2006), "De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins", *Rev Mal Respir*, n°23, pp. 87-98

¹¹⁸ CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., et al. (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 149p.

¹¹⁹ Ibid., p. 15

¹²⁰ BOUNEKKAR A. et LAMURE M. (2004), "Indicateurs de performances dans les établissements hospitaliers", *Journal d'économie médicale*, vol. 22 : n°7-8, pp. 393-402.

phénomène ou le déroulement d'un processus à un moment donné dans une démarche de gestion. ».

Il existe un consensus de la part des chercheurs sur le fait que le contexte de l'analyse et la démarche adoptée (répondant à un objectif) président au choix de ces indicateurs. Ils doivent être calculés et analysés à partir des définitions retenues et du champ considéré de la performance¹²¹, ce qui suppose la définition d'un cadre conceptuel précis¹²². Ils sont fonction de l'orientation de l'établissement, du service hospitalier et de la finalité même que lui assignent les différents groupes d'acteurs¹²³.

De nombreux chercheurs précisent qu'un indicateur doit satisfaire un certain nombre de critères. **En effet, Evrard, Pras et Roux¹²⁴ nous rappellent qu'un indicateur doit être :**

- **sensible**, c'est-à-dire que le chercheur doit se doter d'un instrument capable d'enregistrer des variations assez fines du phénomène mesuré ;
- **fiable**, c'est-à-dire qu'il doit être précis, exact et reproductible ;
- **valide**, c'est-à-dire qu'il doit bien mesurer ce qu'il est censé mesurer et bien couvrir le champ de la dimension qu'il est censé refléter.

Le choix des indicateurs, leur mode de recueil et leur interprétation représentent des déterminants forts de la qualité de la mesure de la performance hospitalière.

L'ensemble des pré-requis à la définition et à la mesure de la performance précisé, nous nous intéressons aux approches théoriques de la performance.

2.2. Les approches théoriques de la performance : des modèles multiples, une performance relative

De nombreuses définitions de la performance d'une organisation ont été proposées s'appuyant sur des modèles théoriques variés. Dans ces développements, nous présentons les principaux modèles issus de la théorie des organisations. Un regard est porté sur les modèles théoriques unidimensionnels de la performance puis sur ceux dits intégrateurs spécifiques au champ de la santé.

2.2.1. Les modèles unidimensionnels de la performance

Les modèles de l'évaluation de la performance organisationnelle sont basés sur différentes représentations conceptuelles de la performance. Selon Contandriopoulos¹²⁵, celles-ci illustrent le caractère multidimensionnel, paradoxal et contingent de la performance. Nous proposons une synthèse des modèles décrits dans la littérature.

▪ Le modèle des processus internes

Le modèle des processus internes « suppose qu'une organisation fonctionne bien si elle arrive à produire efficacement ce pourquoi elle a été conçue ». Une organisation performante est une

¹²¹ BACHIMONT J. et LETOURMY A. (2002), "L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière: quels enjeux pour les usagers?", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 104-115

¹²² SMITH P.-C., E. MOSSIALOS et I. PAPANICOLAS *Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé: expérience, défis et perspectives* 28 p.

¹²³ BACHIMONT J. et LETOURMY A. (2002), "L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière: quels enjeux pour les usagers?", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 104-115

¹²⁴ EVRARD Y., PRAS B. et ROUX E. (2009), *Market, Fondements et méthodes de recherche en marketing*, Dunod, 4e édition, p.304

¹²⁵ CONTANDRIOPOULOS A.-P. (2008), "La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance", *Santé Publique*, vol. 20 : n°2, pp. 191-199

organisation dont les processus de production respectent des normes établies¹²⁶. Dans cette approche, la manière dont les ressources sont utilisées prime sur la nature de ces ressources. Guisset et al. rappellent que l'environnement n'y est pas pris en compte¹²⁷. Les processus internes sont les principaux centres d'intérêts. Ainsi, sont pris en compte en sus de la qualité et de la quantité produites, la manière dont la qualité et la quantité sont produites.

▪ **Le modèle des relations humaines**

Le modèle des relations humaines « *se centre sur la capacité d'une organisation à satisfaire les attentes de ses mandants ou celles du personnel* »¹²⁸. Il repose sur une vision organique ou naturelle des organisations. Selon les chercheurs du GRIS¹²⁹, la mesure de la performance est centrée sur l'analyse des activités nécessaires au maintien d'un climat satisfaisant de collaboration au sein de l'organisation et sur la satisfaction des besoins de ses personnels. Ils précisent également que, dans ce modèle, l'organisation performante est celle qui « *parvient à fonctionner en tant que milieu de travail sain* »¹³⁰, ses valeurs fondamentales s'illustrant dans la stabilité, le consensus, la motivation, ou encore le climat de travail.

▪ **Le modèle des ressources**

Premièrement élaboré par Yuchman et Seashore¹³¹, puis par Benson¹³², « *ce modèle de l'acquisition des ressources représente la définition opérationnelle de l'objet de l'organisation suggérant que le succès réside dans l'acquisition des ressources, la croissance et l'adaptation. La capacité d'une organisation à s'approprier dans l'environnement les ressources requises à son bon fonctionnement et à sa survie deviennent ici d'importants critères pour juger de la performance.* »¹³³. **Ce modèle est proche du modèle stratégique qui considère la performance d'une organisation comme sa capacité à satisfaire les différents groupes d'intérêts qui conditionnent son fonctionnement.** Lorsque des organisations sont perçues comme des systèmes ouverts, une grande importance est accordée aux relations établies entre l'organisation et son environnement¹³⁴. L'acquisition et le maintien d'un niveau adéquat de ressources deviennent alors des enjeux organisationnels majeurs¹³⁵.

▪ **Le modèle de l'atteinte des buts**

Le modèle de l'atteinte des buts a été notamment introduit par Seashore en 1983¹³⁶, cet auteur définissant la performance comme **l'atteinte des objectifs organisationnels**. Ce modèle est le plus utilisé par les analystes et les praticiens tant dans la littérature gestionnaire généraliste

¹²⁶ TEIL A. et CLAVERANNE J.-P. (2002), "La performance hospitalière : nature, enjeux et implications", *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, pp. 337-347

¹²⁷ GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., et al. (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux," *Sciences Sociales et Santé*, vol.20 : n°2, pp. 67-104

¹²⁸ LOMBRAIL P., MORET L., NAIDITCH M., et al. (2004), "Performances du système hospitalier", in *Traité de santé publique*, Paris: Flammarion, pp. 37-44

¹²⁹ CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., et al. (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, p. 17

¹³⁰ Ibid., p. 17

¹³¹ YUCHTMAN E. et SEASHORE S.E. (1967), "A System Resource Approach to Organization Effectiveness", *American Sociological Review*, vol. 32 : n°6, pp. 891-903

¹³² BENSON J.K. (1975), "The interorganizational Network as a Political Economy", *Administrative Science Quarterly*, vol. 20, pp. 229-249

¹³³ CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., et al. (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, p. 16

¹³⁴ GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., et al. (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux," *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 67-104

¹³⁵ Ibid., p. 69

¹³⁶ SEASHORE S.E. (1983), "A framework for an integrative model of organizational effectiveness", in *Academic Press, Cameron K.S., Whetten E., eds, Organizational effectiveness: a comparison of multiple models*, San Diego, pp. 55-70

que dans les recherches appliquées au secteur de la santé¹³⁷. Selon cette approche, une organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques et **l'évaluation de sa performance consiste alors à estimer dans quelle mesure l'organisation a atteint ses objectifs**¹³⁸. Nous pouvons citer quelques exemples de définitions qui entrent dans ce modèle, notamment celles des auteurs du contrôle de gestion des entreprises qui s'inscrivent plus particulièrement dans ce modèle. A titre illustratif, Annick Bourguignon¹³⁹ définit la performance comme « *la réalisation des objectifs opérationnels quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action) (...)* ». Philippe Lorino¹⁴⁰ la définit, quant à lui, comme « (...) tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs stratégiques ».

▪ **Le modèle politique (*strategic constituencies model*)**

Dans la conception du modèle politique, l'organisation performante est « *celle qui parvient à satisfaire les enjeux internes et externes* »¹⁴¹. Ce modèle repose sur une vision politique ou stratégique selon laquelle les organisations sont des arènes politiques dans lesquelles les acteurs interagissent en fonction de leurs propres intérêts stratégiques. Dans ce modèle, l'accent est mis sur la négociation et le compromis.

▪ **Le modèle de la légitimité sociale (*social legitimacy model*)**

Selon les chercheurs du GRIS¹⁴², ce modèle considère qu'une organisation est efficace « *dans la mesure où elle se maintient et survit en mettant en accord les processus et les résultats avec des valeurs sociales, des normes et des objectifs. Réputation, prestige et image sont alors des indicateurs de performance* ».

Les chercheurs du GRIS présentent d'autres modèles qui peuvent être qualifiés de « méthodologiques » de l'évaluation de la performance, leurs auteurs ayant choisi de renoncer à définir (au niveau conceptuel) la performance. Ces modèles moins théoriques se centrent, notamment sur **l'analyse de la faute (*fault-driven model*)**. Dans cette conception, un hôpital est performant s'il fonctionne de manière sûre et sans gâchis de ressources. Plutôt que de définir ce que pourrait être la performance, il s'agit ici de l'apprécier en identifiant des moments de non performance. On retrouve dans ce modèle, l'importance de la recherche d'efficience visant à éviter les gaspillages de ressources constituant le premier objectif des politiques de santé actuelles. Parmi ces modèles, on compte également **le modèle comparatif des performances (*comparative high performance model*)** dans lequel une organisation est jugée comparativement à d'autres organisations similaires. Généralement, le critère de performance est alors choisi en fonction des données disponibles pour les différentes organisations que l'on compare. Enfin, parmi ces approches méthodologiques de la performance, il nous semble nécessaire de citer le célèbre **modèle normatif du système d'action rationnelle** introduit par Donabedian¹⁴³. Ce dernier a proposé que la qualité des soins, et plus généralement la performance, puisse être évaluée en utilisant des normes non seulement de résultats, mais aussi

¹³⁷ CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., et al. (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, p. 16

¹³⁸ Ibid., p. 16

¹³⁹ BOURGUIGNON A. (2009), "Performance et contrôle de gestion", in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de gestion et Audit*, Paris: Economica, 2^{ème} édition, pp. 1121-1131

¹⁴⁰ LORINO P. (2003), *Méthodes et pratiques de la performance*, Éditions d'Organisation, 3^{ème} édition, p. 9

¹⁴¹ CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., et al. (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, p. 17

¹⁴² Ibid., p. 17

¹⁴³ DONABEDIAN A. (1980), *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Health administration press, 163 p.

de processus et de structure. Depuis ces travaux pionniers, la Drees¹⁴⁴ note qu'on a coutume de distinguer dans le champ de la santé les grandes catégories d'indicateurs suivantes :

- **les indicateurs de structure** qui représentent les moyens humains, les équipements et les ressources financières nécessaires à la prise en charge des patients, par exemple le nombre d'équivalent temps plein -ETP- de personnel par activité,
- **les indicateurs de processus** qui renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées au cours de la prise en charge du patient ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés, par exemple le délai d'obtention d'un rendez-vous,
- **les indicateurs de résultats intermédiaires** qui mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes du processus de soins, par exemple le taux de césarienne, le taux de vaccination,
- **les indicateurs de résultats finaux en terme de santé** qui traduisent un changement de l'état de santé des patients,
- **Les indicateurs de satisfaction des patients**

Un consensus des chercheurs se dégage sur le fait que chacune de ces conceptions met en évidence certains aspects de l'organisation alors que d'autres restent dans l'ombre ou sont ignorés. En outre, André-Pierre Contandriopoulos ajoute qu'une organisation peut être performante selon un modèle, mais non performante selon un autre¹⁴⁵. Par exemple, selon le modèle rationnel, une organisation est performante lorsqu'elle atteint ses buts. Par contre, selon le modèle d'acquisition des ressources, la performance d'une organisation se manifeste par sa capacité à s'adapter à son environnement et à innover. L'opérationnalisation des critères de performance varient également selon les modèles.

Une des définitions des plus complète donnée dans le secteur de la santé est celle proposée en 2004 par le Bureau régional européen de l'OMS dans le projet *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*¹⁴⁶. Cette définition de la performance intègre plusieurs modèles de performance. Une traduction de celle-ci est proposée par les auteurs du rapport EGIPPS¹⁴⁷. Pour ces derniers, cette définition recoupe à la fois le modèle de l'atteinte des buts, celui des processus internes, celui de l'acquisition de ressources, ainsi que celui de la légitimité sociale. Nous la soumettons à l'appréciation du lecteur.

« Un niveau satisfaisant de performance dans les hôpitaux est le maintien d'un fonctionnement qui correspond aux normes sociétales et professionnelles et à celles concernant les patients.

Un niveau de performance élevé dans les hôpitaux devrait se fonder sur les compétences professionnelles en relation avec les connaissances actuelles, sur les ressources et les technologies disponibles, sur l'efficacité de l'utilisation des ressources, sur les risques minimaux pour les patients, sur la réactivité des patients, et une contribution maximale aux résultats en matière de santé.

Au sein de l'environnement des soins de santé, la performance élevée dans les hôpitaux devrait davantage aborder la réactivité aux besoins et aux exigences de la collectivité, l'intégration des services dans l'ensemble du système de prestation de services, et un engagement soutenu envers la promotion de la santé.

¹⁴⁴ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004b), *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*, 16 p.

¹⁴⁵ CONTANDRIOPOULOS A.-P. (2008), "La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance", *Santé Publique*, vol. 20 : n°2, pp. 191-199

¹⁴⁶ V. notamment VEILLARD J., CHAMPAGNE F., KLAZINGA N., et al. (2005), "A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project", *International Journal for Quality in Health Care*, vol.17 : n°6, pp. 487-496

¹⁴⁷ CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., et al. (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 149 p.

Une performance élevée des hôpitaux devrait être évaluée en fonction de l'accessibilité des services hospitaliers à tous les patients, sans égard aux barrières physiques, culturelles, sociales, démographiques et économiques. »

Dans le paragraphe suivant, nous nous intéressons aux modèles intégrateurs de performance qui, dans une même lignée que la définition proposée dans le rapport de l'OMS, proposent chacun une définition la plus large possible de la performance.

2.2.2. Les modèles intégrateurs canadien et français de la performance des organisations de santé

Face à ces approches « partielles » de la performance, quelques chercheurs se sont penchés sur la question d'un modèle de performance capable d'intégrer les diverses représentations de la performance. Plusieurs d'entre eux ont établi des modèles à visée intégrative qui mènent à des définitions beaucoup plus larges du concept de performance que celles des modèles précédemment décrits. L'un des modèles les plus fréquemment cités est celui de Seashore¹⁴⁸. Nous développons plus particulièrement le modèle intégrateur de performance hospitalière proposé par Sicotte et al. en 1998, dont est fortement inspiré le modèle français établi par la Drees. Ces modèles sont applicables tant au niveau d'une organisation que celui du système de santé.

Sicotte, Champagne et Contandriopoulos proposent une synthèse des quatre principales fonctions qu'une organisation ou qu'un système de santé doit en permanence assumer pour être performant, ou plus simplement pour se maintenir et survivre¹⁴⁹. Ce modèle est inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons¹⁵⁰.

Encart 1 - La théorie de l'action sociale de Parsons

Selon la théorie de l'action sociale de Parsons, une organisation représente un système social. Ses buts sont définis par sa place dans la société. Elle n'est pas seulement une entité économique, mais aussi et surtout, un système politique avec une exigence d'intégration de ses différents composants et du partage de valeurs et d'une culture institutionnelle. Vue de l'extérieur, l'organisation est un objet destiné à remplir un certain nombre de buts et objectifs alors que, vue de l'intérieur, elle est un système socio-technique. Le système de l'action sociale de Parsons est composé de deux axes (« intérieur-extérieur » et « fin-moyen ») et quatre catégories de fonctions (adaptation à l'environnement, atteinte des buts, production, culture et valeurs). La théorie parsonienne repose en grande partie sur les interactions et les liens réciproques devant exister entre les quatre fonctions fondamentales pour maintenir un système performant.

L'approche de Parsons permet d'appréhender la performance dans toute sa complexité et d'élargir le concept pour en conserver la vision la plus large possible. Cette théorie fournit un cadre conceptuel suffisamment large pour comprendre la performance d'une organisation dans toutes ses dimensions. L'intérêt du modèle Parsonien repose sur sa capacité à :

- intégrer divers modèles de performance organisationnelle,
- présenter un modèle intégrateur puissant au sein duquel les diverses perspectives organisationnelles sont bien intégrées alors que la spécificité de chaque perspective est bien respectée,
- enrichir le concept de performance en rendant visibles plusieurs dimensions de la performance qui sont habituellement négligées.

¹⁴⁸ Seashore définit dans son modèle la performance étant l'atteinte des objectifs organisationnels. Il se situe donc, a priori, clairement dans le modèle des objectifs rationnels. Cependant, son modèle va au-delà car les objectifs sont structurés hiérarchiquement, l'atteinte des objectifs de base conditionnant les objectifs généraux.

¹⁴⁹ SICOTTE C., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., *et al.* (1998), "A conceptual framework for the analysis of Health Care Organisations' performance", *Health Services Management Research*, n°11, pp. 24-48

¹⁵⁰ PARSONS T. (1951), *The social system*, Free Press, 575p. cité par SICOTTE C., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., *et al.* (1998), "A conceptual framework for the analysis of Health Care Organisations' performance", *Health Services Management Research*, n°11, pp. 24-48

Nous ne présentons pas une explication détaillée de ce modèle complexe de la performance, mais proposons de mettre en lumière ses grandes caractéristiques.

Selon les chercheurs du GRIS¹⁵¹, dans le modèle canadien, un système ou une organisation doit en permanence assumer quatre grandes fonctions pour être performant :

- **atteindre des buts légitimes** : cette fonction est liée à la capacité de l'organisation à atteindre ses buts fondamentaux.
- **s'adapter à son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter** : l'organisation doit se procurer à court terme les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités. Dans une perspective de long terme, il doit parvenir à faire évoluer sa structure et son organisation afin de s'adapter à son environnement (progrès technologiques, environnement social, démographique et politique, *etc.*).
- **intégrer ses processus internes pour produire avec qualité** : cette fonction représente le noyau technique de l'organisation. Une majorité d'indicateurs de performance sont déclinés à partir de cette fonction. La production correspond aux processus de production des services individuels et des interventions collectives (volume de soins, de services et d'activités, d'intensité, de qualité et d'optimisation des processus de production (productivité), à la coordination et à la continuité des services, à la collaboration entre les milieux cliniques et administratifs et à l'utilisation hiérarchique des niveaux de soins et de services).
- **maintenir et créer des valeurs** : cette fonction peut faciliter et contraindre les trois fonctions précédentes. C'est cette dernière qui crée du sens et de la cohésion au sein des organisations. Les valeurs permettent d'orienter et de justifier les choix, de soutenir les projets de développement, ainsi que les diverses revendications au regard de la prestation des soins et des services.

Les auteurs précisent que chaque fonction est au centre d'un modèle singulier illustrant une dimension de la performance : le modèle de l'atteinte des buts, le modèle des ressources, celui des relations humaines et celui des processus internes. Enfin, la performance d'une organisation ne peut se concevoir qu'en relation avec la performance de chacune de ses composantes et avec celle du réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles elle interagit. Dès lors, « *la performance d'un système ou d'une organisation se manifeste par sa capacité à réaliser sa mission (goal achievement), à s'adapter à son environnement (acquérir et contrôler des ressources, répondre aux attentes de la population), à produire des services de qualité avec productivité et à maintenir ou développer des valeurs communes (culture organisationnelle). Elle se manifeste aussi par sa capacité à établir et à maintenir une tension dynamique entre la réalisation de ces quatre fonctions.*¹⁵²»

Le modèle français proposé par la Drees¹⁵³ est inspiré du modèle québécois. La volonté de la Drees a été d'établir un modèle utilisable en France. Il a été simplifié par le groupe d'experts réuni à cette occasion par la Drees en 2001¹⁵⁴. Contrairement au modèle canadien, il ne tient pas compte des interactions entre les trois dimensions qu'il se propose d'étudier. La performance est définie comme la capacité d'un établissement de soins à maintenir un équilibre entre trois dimensions : l'atteinte des buts/des objectifs (à savoir l'amélioration de la santé des individus et

¹⁵¹ CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., *et al.* (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, pp. 6-7

¹⁵² CONTANDRIOPOULOS A.-P. (2008), "La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance", *Santé Publique*, vol.20:n°2, pp. 191-199

¹⁵³ LOMBRAIL P., MORET L., NAIDITCH M., *et al.* (2004), "Performances du système hospitalier", in *Traité de santé publique*, Paris: Flammarion, pp. 37-44

¹⁵⁴ LOMBRAIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., *et al.* (2001), "Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers", in *Dossiers Solidarité et Santé: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)*, n°2, pp. 13-19

des populations et la qualité du service rendu à la collectivité), l'efficacité économique (utilisation optimale des moyens) et la capacité d'adaptation au changement. La présence d'une culture commune et de conditions de travail favorables constitue un « pré-requis » à la performance¹⁵⁵.

3. Les enseignements de ces modèles théoriques pour nos travaux

L'approche proposée de la performance est contingente au contexte que nous étudions. En conséquence, nous avons choisi un modèle qui soit adapté à notre problématique et proposons une définition de la performance. L'objet de nos travaux, rappelons-le, est de définir quels sont les déterminants de la performance des sociétés d'exploitation des cliniques privées à but lucratif de court séjour, la performance étant mesurée par des indicateurs financiers. **En tant qu'évaluateur externe de la performance, nous avons choisi de mobiliser le modèle des buts pour expliquer la performance des cliniques privées.** De ce fait, nos travaux s'inscrivent dans la perspective dominante de la théorie des organisations qui considère que **l'organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques**¹⁵⁶. **Dès lors, son évaluation consiste à estimer dans quelle mesure l'organisation a atteint ses objectifs.**

Les dimensions de la performance évoquées dans les autres modèles de la performance ne sont pas laissées en reste dans nos travaux. La capacité de l'organisation à s'adapter à son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter, l'intégration des processus internes pour produire avec qualité, ou encore les valeurs de l'organisation **constituent autant d'éléments de preuve qui concourent à observer si une clinique privée remplit ses missions de façon efficiente.** De même, la recherche de qualité et d'efficacité, objectifs prioritaires des pouvoirs publics, représentent des prédicteurs de la performance.

Ceci nous amène à proposer l'hypothèse générale suivante sur la performance d'un établissement de santé :

La performance est un faisceau présomptif de preuves qui permet d'affirmer qu'un établissement de santé remplit de façon efficiente les missions qui sont les siennes.

C'est à travers cette hypothèse que nous aborderons désormais la performance des cliniques privées. Dès lors, revenons sur les missions qui animent les dirigeants de cliniques privées. Nous posons le postulat que **la première mission d'une société d'exploitation de clinique privée est de soigner. Cependant, à la différence des autres catégories d'établissements de santé (associations, hôpital public, etc.), une clinique privée, en tant que société du secteur marchand a également une vocation économique (procurer des biens et des services payants, créer du bénéfice ou des économies, et les partager). Cet objectif est inscrit tant dans le droit français que dans la littérature.** L'article 1832 du code civil énonce :

*« La société est instituée par deux ou plusieurs personnes qui conviennent par un contrat d'affecter à une entreprise commune des biens ou leur **industrie en vue de partager le bénéfice ou de profiter de l'économie qui pourra en résulter.** Elle peut être instituée, dans les cas prévus par la loi, par l'acte de volonté d'une seule personne. Les associés s'engagent à contribuer aux pertes. »*

¹⁵⁵ BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004b), *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*, 16 p.

¹⁵⁶ PRICE J.L. (1972), "The Study of Organizational Effectiveness", *The Sociological Quarterly*, n°13, pp. 3-15

Dans leur manuel d'économie industrielle, Carlton et Perloff¹⁵⁷ rapportent que les dirigeants peuvent poursuivre d'autres objectifs que celui le profit, comme celui d'assurer la croissance des entreprises, notamment pour asseoir leur pouvoir. Certains auteurs, comme Cyert et March¹⁵⁸ montrent que l'objectif de maximisation du profit peut être discuté. Cependant, selon Carlton et Perloff, les efforts isolés de ces auteurs ont été intégrés au courant dominant de l'économie¹⁵⁹. Ils rapportent qu'indépendamment **de la nature de ces objectifs, les dirigeants ne peuvent pas s'écarter durablement de cet objectif de maximisation des profits. La raison en est simple : si une entreprise n'est pas gérée de façon efficiente et ne génère pas suffisamment de profits, elle sera éliminée par les entreprises concurrentes qui partagent cet objectif de maximisation des profits.**

En définitive, la définition des objectifs de l'entreprise proposée, tant par le droit français que par la littérature, légitime le choix, dans nos travaux, de mesurer la performance en des termes financiers puisqu'elle représente un objectif essentiel des sociétés d'exploitation de cliniques privées. Chaque établissement privé se doit d'être suffisamment performant financièrement pour assurer la pérennité de son activité, et donc pour poursuivre sa mission première, celle d'offrir des soins à la population.

En choisissant une mesure financière de la performance, nous adoptons le point de vue d'autres auteurs, comme par exemple, en France, celui de Judith Saghroun¹⁶⁰ pour qui **les comptes d'une entreprise sont la base pour juger de sa bonne santé**. Aux Etats-Unis, cette idée est également reconnue par Kaplan et Norton¹⁶¹. Comme le notent ces chercheurs, inventeurs du célèbre tableau de bord prospectif, le *Balanced Scorecard*, « **le prétendu lien entre performance des opérations et succès financiers est en réalité le moins tenu et le moins incertain** »¹⁶². Ainsi, pour ces auteurs, **dès lors qu'une meilleure performance opérationnelle n'améliore pas les résultats financiers de l'entreprise, les dirigeants n'ont plus qu'à repenser la stratégie de l'entreprise ou réfléchir de nouveau à sa mise en œuvre**. De plus, l'adoption d'une mesure financière de la performance va nous permettre **d'aborder les problèmes économiques des entreprises « de façon rigoureuse »**, comme le soulignent les auteurs du Vernimmen¹⁶³. En effet, les indicateurs financiers présentent l'avantage d'être précis, fiables et valides. Leurs calculs sont élaborés à partir d'un système d'information, la comptabilité générale de l'entreprise qui, malgré ses imperfections qui seront montrées dans la section suivante de ce chapitre, présente les mêmes caractéristiques de précision, de fiabilité et de validité requises pour mesurer la performance des cliniques privées.

Synthèse de la première section

L'objectif de cette section a été d'étudier les travaux sur la performance dans le champ de la santé, et plus particulièrement de la performance hospitalière. Nous avons constaté que la performance hospitalière contribue à la performance du système de santé et, qu'en conséquence, les nombreuses réformes entreprises par les pouvoirs publics ont eu pour principal objectif d'améliorer la performance des hôpitaux en cherchant à optimiser l'usage de leurs ressources. De nombreux progrès ont été réalisés sur sa mesure. De nos jours, la performance est principalement évaluée en termes de qualité, de sécurité des soins et d'efficacité.

¹⁵⁷ CARLTON D.W. et PERLOFF J.M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, p. 13

¹⁵⁸ CYERT R.M. et MARCH J.G. (1963), *A behavioural theory of the firm*, Englewood Cliffs, Prentice Hall

¹⁵⁹ PORTER M.E. (1981), "The contribution of industrial organization to strategic management", *Academy of Management Review*, n°6, pp. 609-620

¹⁶⁰ SAHGROUN J. (2003), "Le résultat comptable : conception par les normalisateurs et perception par les analystes financiers", *Comptabilité, Contrôle, Audit*, pp. 81-108

¹⁶¹ KAPLAN R.S. et NORTON D.P. (1999), "Le tableau de bord prospectif : un système de pilotage de la performance", in *Les systèmes de mesure de la performance*, *Harvard Business Review*, pp. 155-178

¹⁶² Ibid., p. 155-178

¹⁶³ VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, 1176 p.

La montée en puissance de cet impératif de performance, couplée au besoin d'information des utilisateurs du système de soins, ont engendré la diffusion de nombreuses données de performance hospitalière. Ces indicateurs développés et diffusés auprès du grand public n'ont pas été définis dans un cadre conceptuel offrant une définition précise du concept qui rassemble l'ensemble des acteurs. Cette absence de vision partagée de la performance et l'éclatement des données diffusées pour la mesurer ont parfois pour conséquence la mauvaise utilisation de cette information. De plus, le contenu de l'information diffusée dans les diverses bases de données reste, de nos jours, mal adapté à la compréhension du profane. Pour parvenir à une vision partagée de la performance hospitalière ou de celle du système, la définition d'un cadre conceptuel revêt un caractère impérieux. En outre, quel que soit le champ étudié, il s'avère important d'identifier précisément, la nature de l'évaluateur et de ses objectifs pour ensuite réaliser un choix d'indicateurs qui reflètent sans le moindre doute ce qu'ils tentent de mesurer.

Cette revue de littérature a illustré l'actualité du thème de la performance en santé. De plus, elle nous a permis de préciser la vision de la performance retenue dans cette recherche. Nous avons choisi d'inscrire nos travaux dans le modèle de l'atteinte des buts. Selon ce modèle, une organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques. Nous avons formulé l'hypothèse suivante sur la performance des cliniques privées : *La performance est un faisceau présomptif de preuves qui permet d'affirmer qu'un établissement de santé remplit de façon efficiente les missions qui sont les siennes.* L'analyse de la dimension économique et financière de la clinique privée est privilégiée dans ces travaux. Ce choix de mesure se justifie par le fait qu'après la première mission d'un établissement de santé privé qui est de soigner, la performance financière représente un deuxième objectif essentiel pour ces établissements. Ce dernier objectif est partagé par toutes les sociétés du secteur marchand, comme l'énoncent l'article 1832 du code civil et la plupart des théories économiques. L'objectif de performance financière peut être atteint par différents moyens que nous devons identifier. Dans nos travaux, les autres dimensions de la performance, comme par exemple la qualité des soins, sont considérées comme de potentiels prédicteurs de la performance financière des établissements de santé privés.

Après avoir présenté les bases théoriques sous-jacentes à la performance des établissements de santé et positionné nos travaux dans la diversité des référentiels de la performance, il nous faut désormais aborder l'aspect opérationnel et pratique de son évaluation. La deuxième section de ce chapitre est dédiée à la présentation des référentiels de mesure de la performance financière.

Section 2. La performance financière et ses référentiels de mesure

La performance est le plus souvent mesurée et appréhendée par des indicateurs financiers. Si l'approche objective de la mesure de la performance financière à travers les ratios financiers semble s'imposer d'elle-même, soulignons qu'une mesure subjective est possible et a été initiée, dans la littérature gestionnaire française, par Claire Gauzente¹⁶⁴. En effet, pour cette chercheuse, l'autre manière de mesurer la performance des firmes est de recourir à son évaluation par les responsables d'entreprise, c'est-à-dire par recours à des mesures subjectives. Dans ses travaux questionnant la valeur des indicateurs subjectifs au regard des indicateurs économiques, par opposition dits « objectifs », elle démontre une convergence entre ces deux types d'indicateurs, confirmant ainsi les analyses d'autres chercheurs anglo-saxons. Ainsi, les évaluations subjectives des cadres et dirigeants reflètent, dans une certaine mesure, des informations sur les performances effectivement obtenues par l'entreprise. Nous choisissons de centrer cette recherche sur **une mesure objective de la performance qui est basée sur des indicateurs agrégeables c'est-à-dire capables de fournir une évaluation arithmétique globale de la performance d'une entreprise**. Pour cela, il est nécessaire de se référer au domaine auquel elle se rattache, celui de l'analyse financière et de « *ses disciplines mères, la comptabilité et la finance* »¹⁶⁵.

Afin de proposer une définition de la mesure de la performance financière, une revue de littérature est proposée. Nous nous sommes appuyée sur les ouvrages et les articles se rapportant à l'analyse financière des comptes individuels des sociétés, principal matériau mobilisé dans nos travaux. Ainsi, l'appartenance de l'entreprise à un groupe n'est pas traitée, ni dans ses effets sur les comptes sociaux, ni dans l'analyse des comptes consolidés.

« *Soyons clair, la mesure de la performance, c'est le profit économique (...)*¹⁶⁶ » soulignent Jaulent et Quarès. Cependant la mesure de la performance financière ne se limite pas à cette seule analyse des résultats dégagés par l'entreprise. En effet, les auteurs, dans leurs ouvrages et articles, retiennent un périmètre d'analyse plus ou moins large de ses instruments de mesure, les ratios qui sont élaborés à partir des grands concepts de l'analyse financière. Il existe une ambiguïté sémantique sur le terme de « performance financière ». C'est cette variabilité du périmètre que nous souhaitons mettre en avant dans le propos qui va suivre avant de présenter notre propre vision de la mesure de la performance financière.

Avant d'observer la pluralité des indicateurs de performance, il nous faut, dans un premier temps, revenir sur les fondements et concepts de l'analyse financière et sur les limites de leur système d'information, la comptabilité, dont une synthèse est proposée dans une première sous-section, intitulée *L'analyse financière : un instrument d'évaluation des performances*.

La variabilité du périmètre de mesure de la performance financière est introduite dans une deuxième sous-section, intitulée *La performance financière, une mesure à géométrie variable*. Nous montrons que l'analyse financière permet de mesurer, non pas « la », mais « les » performances de l'entreprise. Les définitions apportées de la performance financière n'étant pas toujours explicites, les spécialistes du diagnostic financier des entreprises ne définissant pas toujours clairement le terme, le périmètre d'analyse de la performance financière retenue par des différents auteurs a parfois été recomposé à partir des indicateurs financiers qu'ils

¹⁶⁴ GAUZENTE C. (2000), "Mesurer la performance des entreprises en l'absence d'indicateurs objectifs: quelle validité? Analyse de la pertinence de certains indicateurs", *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 3 : n°2, pp. 145-165

¹⁶⁵ COHEN E. et PEREZ R. (1999), "Vingt ans d'analyse financière en France", *Comptabilité, Contrôle, Audit*, pp. 61-76

¹⁶⁶ JAULENT P. et QUARÈS M.-A. (2004), *Les leviers de la performance, Études pratiques*, Editions Riscus, p. 87

présentent pour la mesurer. Nous concluons notre propos par la présentation du référentiel de mesure de la performance retenu dans cette recherche.

1. L'analyse financière : un instrument d'évaluation des performances des entreprises

Elie Cohen¹⁶⁷ souligne que le développement des sciences de gestion, lors de ces dernières décennies, n'a pas laissé en reste celui de l'analyse financière. Nous revenons sur l'origine et le développement de la discipline pour mieux comprendre ses méthodes et ses techniques. Par la suite, nous retraçons les limites de l'information comptable, ce rappel théorique nous semblant essentiel, le système d'information sur lequel repose l'analyse financière, la comptabilité, façonnant les performances des cliniques privées.

1.1. L'analyse financière, une boîte à outils de mesure de la performance

L'analyse financière est **une technique de diagnostic** de la santé financière des entreprises initiée, depuis la décennie 1950, par les banquiers à la recherche de nouveaux outils d'aide à la décision en matière d'octroi de crédit¹⁶⁸. Les établissements de crédit, ont été les premiers à créer des outils et des méthodes afin de porter un jugement sur la santé financière de leurs clients et de formaliser des projets de développement débouchant sur des demandes de crédits. Par la suite, cette matière a connu de profonds développements tant dans ses outils que dans son champ d'application¹⁶⁹. Par ailleurs, ses utilisateurs sont toujours plus nombreux. L'analyse financière intéresse, bien entendu, les actionnaires ou associés des entreprises, mais également, les dirigeants qui ont pour principal objectif d'assurer la rentabilité de l'entreprise. Les financeurs qui ne prêteront pas de fonds à l'entreprise si celle-ci n'est pas suffisamment rentable, les concurrents qui, pour apprécier la compétitivité d'une entreprise, évalueront sa performance financière et les salariés qui, si l'entreprise n'est pas rentable, verront leurs emplois menacés s'intéressent également à la santé financière des entreprises. À cette liste traditionnelle présentée dans les manuels d'analyse financière, nous ajoutons au cas des cliniques privées, les autorités de tutelle. En effet, une clinique privée, comme toute entreprise du secteur commercial, peut être menacée de fermeture pour raisons financières, la mise en œuvre de cette sanction pouvant, dès lors, entamer l'accès aux soins de la population. Par conséquent, la santé financière de ces établissements intéresse aussi les autorités de tutelles.

¹⁶⁷ COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, 575 p.

¹⁶⁸ ACH Y.A. et DANIEL C. (2004), *Finance d'entreprise, Du diagnostic à la création de valeur*, Hachette, 256 p.

¹⁶⁹ COHEN É. et PÉREZ R. (1999), "Vingt ans d'analyse financière en France", *Comptabilité, Contrôle, Audit*, Les vingt ans de l'AFC, numéro spécial, pp. 61-76

Tableau 1 - Les principaux utilisateurs de l'analyse financière¹⁷⁰

| LES UTILISATEURS | LEURS OBJECTIFS |
|---|--|
| Dirigeants | Une analyse financière interne et fine grâce à une information complète. Les objectifs : juger les différentes politiques de l'entreprise, orienter les décisions de gestion et assurer la rentabilité de l'entreprise |
| Associés | Accroître la rentabilité des capitaux et la valeur de l'entreprise. Réduire le risque. |
| Salariés | Assurer la croissance de l'entreprise (une défaillance de l'entreprise peut engendrer des destructions d'emploi), apprécier le partage de la richesse créée par l'entreprise et celle de l'évolution des charges de personnel. |
| Prêteurs (établissements financiers, fournisseurs) | Des objectifs qui diffèrent en fonction de la durée des prêts : - Les prêts à court terme : apprécier la liquidité de l'entreprise, c'est-à-dire sa capacité à faire face à ses échéances à court terme - Les prêts à long terme : apprécier la solvabilité et la rentabilité de l'entreprise. |
| Investisseurs | Accroître la valeur de l'entreprise et la rentabilité des capitaux |
| Concurrents | Connaître les points forts et les points faibles de l'entreprise et apprécier la compétitivité. |
| Autorités de tutelle des établissements de santé | Maintenir l'accès aux soins et donc pour cela, apprécier la pérennité des entreprises du secteur de la santé. |

Le recours aux outils et méthodes d'analyse financière s'est répandu à l'ensemble des institutions établissant des comptes annuels, et cela, quel que soit leur statut (public, privé, secteur associatif). Selon Élie Cohen, le développement de cette discipline s'explique principalement par les réponses aux nouveaux besoins en matière de pilotage et de contrôle des entreprises qu'elle a su apporter¹⁷¹.

Elle représente **une boîte à outils** permettant d'établir un diagnostic financier de l'ensemble des organismes disposant d'une certaine autonomie financière. Selon Christian Hoarau, elle a « *pour objectif principal de déterminer les forces et les faiblesses ainsi que les marges de manœuvre de l'entreprise (ici, du secteur) étudiée en matière de croissance, de rentabilité, de risque et de liquidités* »¹⁷². Le lecteur devra comprendre que **l'analyse financière n'est pas une discipline dotée d'un corpus théorique avec un contenu explicatif propre**¹⁷³. **En ce sens, elle ne peut pas être considérée comme une discipline autonome** en raison de son positionnement au confluent de la comptabilité et de la finance, et des influences qu'elle subit d'autres disciplines comme le droit, en particulier la fiscalité, la microéconomie, ou encore la stratégie d'entreprise¹⁷⁴. Selon Bernard Colasse, elle représente « *l'art du décryptage et de l'interprétation* »¹⁷⁵. En ce sens, il la qualifie également de « *discipline conjecturale* », la comparaison dans le temps et dans l'espace représentant son principal instrument d'investigation et de vérification. Elle permet, selon lui, de détecter les « *maux* » de l'entreprise, ces derniers n'étant que les « *symptômes* » d'origine non financière que les comptes de l'entreprise prennent modérément en compte. Il précise que c'est sur le terrain que les causes réelles des dysfonctionnements peuvent être observées.

L'analyse financière a pour principal matériau les documents de synthèse de la comptabilité¹⁷⁶. Parmi les innombrables définitions données à la comptabilité, nous retenons celle du Plan Comptable Général : « *La comptabilité est un système d'organisation financière permettant de*

¹⁷⁰ GRANGUILLOT B. et GRANGUILLOT F. (2008), *Analyse financière*, Gualino éditeur, 187 p. et GRANGUILLOT B. et GRANGUILLOT F. (2008), *Analyse financière*, Gualino éditeur, 187 p. Le tableau initial de B. et F. Granguillot a été complété par nos soins au gré de nos lectures.

¹⁷¹ COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, p. 8

¹⁷² HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, p. 24

¹⁷³ COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, p. 13

¹⁷⁴ COHEN E. et PEREZ R. (1999), "Vingt ans d'analyse financière en France", *Comptabilité, Contrôle, Audit*, p. 61

¹⁷⁵ COLASSE B. (2008), *L'analyse financière de l'entreprise*, Repères, La Découverte, 122 p.

¹⁷⁶ STEPHANY E. (1999), *Gestion financière*, Economica, p. 59. L'analyste pourra également agrémenter son analyse d'informations issues des autres fonctions de l'entreprise (Marketing, production, recherche et développement, etc.)

saisir, classer, enregistrer des données de base chiffrées et de présenter des états reflétant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat de l'entité à la date de clôture. »¹⁷⁷ L'analyse financière se base sur les documents de synthèse produits par la comptabilité financière qui lui fournit une source d'information systématique et homogène et propose une représentation globale de l'entreprise¹⁷⁸. Les documents de synthèse sont au nombre de trois : le bilan, le compte de résultat et l'annexe explicative ou complémentaire. Nous en proposons une définition assez large et n'entrons pas dans le détail du contenu de chacun des postes du bilan et du compte de résultat.

Le bilan peut être défini comme suit : « *Etat du patrimoine de l'entreprise à une date donnée, qui permet aux tiers d'apprécier la pérennité de l'entreprise, sa capacité à rembourser ses dettes et de connaître le résultat de l'exercice* »¹⁷⁹. A la notion de patrimoine est généralement associée l'ensemble des biens et droits possédés par une entreprise, les éléments d'« actifs », ainsi que les dettes qui lui incombent, les éléments de « passifs »¹⁸⁰. Tandis que le bilan est établi à une date donnée (le dernier jour de l'exercice), le compte de résultat décrit une période donnée (l'exercice). **Le compte de résultat décrit, quant à lui, l'exploitation de l'entreprise. Cet état reflète « l'activité de l'entreprise pendant 12 mois (exercice) et permet de déterminer le résultat de l'exercice et d'en expliquer la formation en récapitulant les revenus de l'exercice (produits), source d'enrichissement, et les coûts (charges), source d'appauvrissement. »¹⁸¹. Ainsi, il donne des informations sur l'exercice écoulé. Il est divisé en deux parties qui **correspondent aux charges et aux produits de l'exercice**. Enfin, le troisième document de synthèse produit par la comptabilité est **l'annexe** qui « *comporte des informations significatives dont l'objectif est de compléter et d'expliquer le contenu du bilan et du compte de résultat. L'annexe peut être composée de commentaires rédigés et d'une suite de tableaux* »¹⁸².**

Elie Cohen souligne qu'il est difficile de mener un diagnostic financier dans un technicité « naïve » et « sans recul », ce qui suppose une bonne connaissance de la comptabilité et de ses mécanismes influençant la formation du résultat des entreprises, et dans la mesure du possible, des choix de politique comptable effectués par les dirigeants des entreprises étudiées¹⁸³. Ce besoin est également noté par Bernard Colasse¹⁸⁴ qui précise, quant à lui, qu'il faut connaître la comptabilité de l'intérieur pour l'analyser de l'extérieur. Une revue de littérature met en exergue deux limites majeures inhérentes à sa construction sociale¹⁸⁵ qui sont introduites dans le paragraphe suivant.

¹⁷⁷ Voir BURLAUD A., DAVASSE H. et PARRUITTE M. (2010), *DCG 9 Introduction à la comptabilité, Comptabilité financière*, Sup'Foucher, 4^{ème} édition, p. 12

¹⁷⁸ COHEN E. (2009), "Analyse financière et comptabilité", in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de gestion et Audit*, Paris: Economica, 2^{ème} édition, pp. 17-28

¹⁷⁹ GRANDGUILLOT B. et GRANDGUILLOT F. (2007), *Introduction à la comptabilité*, Gualino éditeur, p. 21. Afin de tenir compte des tailles différentes des entreprises et donc de l'organisation comptable qu'elles mettent en œuvre, le plan comptable a prévu 3 types de bilan qui correspondent aux 3 systèmes comptables retenus :

- le système abrégé,
- le système de base,
- le système développé.

Construits sur la même structure, leur différence provient essentiellement de la quantité d'informations qu'ils fournissent.

¹⁸⁰ CASPAR B. et ENSELME G. (2004), *Manuel de comptabilité approfondie et révision*, LexisNexis Litec, 7^e édition, p. 65

¹⁸¹ GRANDGUILLOT B. et GRANDGUILLOT F. (2007), *Introduction à la comptabilité*, Gualino éditeur, p. 21

¹⁸² Ibid., p. 21

¹⁸³ Ces informations sont précisées dans l'annexe des états financiers, un document obligatoire pour les entreprises ayant dépassé certains seuils (PCG, art. 130-1). Les entreprises remplissant deux des trois conditions suivantes ont l'obligation d'établir un tel document: le total du bilan doit être supérieur à 3 650 000 €, ou/et le chiffre d'affaires doit être supérieur à 7 300 000 €, ou/et elle emploie plus de 50 salariés. Pour plus d'informations sur les règles générales d'établissement des documents de synthèse, le lecteur pourra se reporter, notamment, aux ouvrages de comptabilité générale.

¹⁸⁴ COLASSE B. (2007), *Les fondements de la comptabilité*, La Découverte, Collection Repères, p. 6

¹⁸⁵ BARBE-DANDON O., DIDELOT L. et SIEGWART J.-L. (2007), *Comptabilité approfondie, Manuel et applications*, Nathan, p. 75

1.2. Une mesure de la performance façonnée par son système d'information : la comptabilité, un construit social

On pourrait penser que les données du diagnostic financier sont aussi irréfutables que n'importe quelle autre mesure scientifique établie dans un laboratoire par des chercheurs dans les sciences dures, or, le développement suivant illustre la relativité du résultat comptable et sa construction.

Le système comptable constitue le matériau de base de l'analyse financière censé fournir une interprétation réaliste des entreprises¹⁸⁶. Cependant, comme le rappelle René Ricol¹⁸⁷, « **Un bilan, c'est une histoire de conventions. Il n'y a pas de vérité des comptes. La question est de savoir si on est dans un compromis acceptable ou pas** ». Cette pratique dite de « l'habillage » du bilan et du compte de résultat (*Window dressing*), tant qu'il respecte la normalisation n'est pas critiquable. Pour autant, il est important d'informer le lecteur sur le caractère subjectif de l'information comptable, sa vérité étant socialement construite de prime abord par la normalisation comptable. Comme le souligne Bernard Colasse, « *la comptabilité est un instrument ambivalent qui peut à la fois montrer et cacher, informer et désinformer* »¹⁸⁸.

En tant que système de représentation simplifié du réel, certaines dimensions de l'entreprise ne sont pas reportées dans le système comptable tandis que d'autres sont volontairement cachées par les dirigeants. Les différentes « affaires » financières¹⁸⁹, pour ne citer que les plus emblématiques d'entre elles, celles de la faillite d'Enron et de Parmalat ou, plus anciennement, celle du canal de Panama, l'ont prouvé. Ainsi, l'analyse de la performance financière de l'entreprise ne fournit qu'une représentation modélisée et, par conséquent partielle, du monde réel, la comptabilité étant le fruit d'une construction sociale. Les limites de ce système d'information que représente la comptabilité sont inhérentes, d'une part, à la standardisation des états financiers et, d'autre part, sont liées à l'opportunisme comptable des dirigeants exploitant les possibilités offertes par la normalisation. En nous appuyant principalement sur les travaux de Bernard Colasse riches d'enseignements sur le sujet¹⁹⁰, nous apportons quelques précisions au lecteur sur ces deux limites.

1.2.1. Des principes comptables limitant le champ de vision de l'analyste et influençant la formation du résultat de l'entreprise

Les règles d'établissements des comptes contribuent à véhiculer une certaine représentation de l'entreprise. L'élaboration des états financiers repose sur des principes comptables qui, comme tous principes de modélisation, sont, par nature, simplificateurs de la réalité¹⁹¹. En cela, ils orientent la structuration de la représentation de l'entreprise dans les états financiers.

Quatre principes comptables, dits d'observation, parce qu'ils définissent un champ de vision, s'intéressent au découpage dans le temps de l'ensemble des faits comptables. Il s'agit des

¹⁸⁶ COLASSE B. (2008), *L'analyse financière de l'entreprise*, Repères, La Découverte, 122 p.

¹⁸⁷ RICOL R., cité par PONS N. et BERCHE V. (2009), *Arnaque, la manuel anti-fraude*, CRNS Editions, p. 20 ; Cette citation date de 2003. René Ricol est notamment, président d'honneur de l'ordre des experts-comptables et président d'honneur de l'*International Federation of Accountants* (IFAC), la « Fédération internationale des experts comptables » dont il fut président de novembre 2002 à novembre 2004.

¹⁸⁸ COLASSE B. (2007), *Les fondements de la comptabilité*, La Découverte, Collection Repères, p. 6

¹⁸⁹ Sur ce point, Cf. notamment PONS N. et BERCHE V. (2009), *Arnaque, la manuel anti-fraude*, CRNS Editions ; Les auteurs opèrent un recensement de nombreuses fraudes. La deuxième partie de l'ouvrage étudie plus précisément les fraudes comptables et la troisième partie les fraudes s'appuyant sur des montages juridiques complexes.

¹⁹⁰ COLASSE B. (2007), *Les fondements de la comptabilité*, La Découverte, Collection Repères, p. 57

¹⁹¹ Ibid., p. 57

principes de continuité d'exploitation, de périodicité, d'indépendance des exercices ou de spécialisation, et de permanence des méthodes. Le premier, le **principe de périodicité**, oblige à un découpage arbitraire de l'activité des entreprises sur des périodes d'un an. Ce principe est à relier à celui **d'indépendance des exercices** qui consiste à rattacher à chaque exercice les produits et les charges relatifs à ce dernier. En pratique, le respect de ce principe est assuré par le biais des comptes de régularisation¹⁹². Ce découpage temporel masque ce que Bernard Colasse dénomme les *biorythmes* de l'entreprise¹⁹³ comme c'est le cas des entreprises ayant une activité saisonnière qui ont une autre périodisation dont la comptabilité ne rend pas compte. Ainsi, le résultat de l'entreprise ne représente qu'un résultat abstrait d'une période de temps plus qu'un résultat lié au cycle d'activité réelle de l'entreprise. De plus, l'entreprise établit ses comptes dans l'hypothèse de **continuité de son exploitation**. Selon Bernard Colasse, le problème de cette hypothèse est son infirmation. L'hypothèse de non continuation n'est, dans la majeure partie des cas, pas admise, sauf décisions expresse des dirigeants, même si l'entreprise se trouve en situation de fragilité. Enfin, le principe de **permanence des méthodes** oblige les entreprises à ne pas procéder à des changements fréquents de méthode afin de faciliter le suivi de l'évolution des comptes au cours du temps.

Ces principes d'observation sont complétés par des principes de mesure du résultat. Les conventions d'évaluation et de présentation comptable peuvent être différentes selon les référentiels comptables. En France, deux principes prévalent dans l'élaboration des comptes individuels, celui du *coût historique* et celui de *prudence*, car ils assurent une sécurité juridique et une fiabilité des comptes au détriment de leur réalisme économique. **Le principe du nominalisme monétaire** (ou *principe du coût historique*)¹⁹⁴ consiste à conserver la valeur nominale de la monnaie de l'entrée des biens dans le patrimoine (au bilan) valorisés à leurs coûts d'acquisition¹⁹⁵ ou à leurs coûts de production¹⁹⁶ dans le cas des immobilisations produites par l'entreprise pour elle-même sans tenir compte des variations ultérieures de son pouvoir d'achat. Ainsi, l'inflation n'est pas prise en compte et la valeur des actifs inscrite au bilan s'en trouve particulièrement affectée¹⁹⁷. Par exemple, deux biens acquis à cinquante années d'intervalle auront au bilan la même unité monétaire alors qu'ils ont pourtant été acquis en unités monétaires d'époques différentes¹⁹⁸. En conséquence, ce principe fausse l'ensemble des ratios mobilisant les éléments d'actif du bilan. Selon **le principe de prudence**, la valeur comptable d'un bien ne peut jamais excéder son coût historique et, en conséquence, ne reflète pas sa valeur économique réelle en excluant la prise en compte de gains potentiels¹⁹⁹. En fin d'exercice, quelques correctifs peuvent être apportés aux actifs évalués à la valeur historique. Par exemple, les amortissements et dépréciations des biens corrigent à la baisse la valeur de ces actifs. Ce principe a été instauré afin d'éviter la distribution de dividendes fictifs et l'affichage de profits trompeurs susceptibles d'induire en erreur le lecteur des comptes.

¹⁹² PCG, art. 434-1

¹⁹³ COLASSE B. (2007), *Les fondements de la comptabilité*, La Découverte, Collection Repères, p. 57

¹⁹⁴ art. L.123-18 du Code de commerce et 321-1 du PCG

¹⁹⁵ Le coût d'acquisition se compose du prix d'achat majoré des frais accessoires nécessaires à la mise en état d'utilisation du bien.

¹⁹⁶ Le coût de production correspond au coût d'acquisition des matières premières consommées augmenté des charges directes et d'une partie des charges indirectes de production.

¹⁹⁷ HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, p. 89 ; cette sous-évaluation peut donner lieu à des abus. Par exemple, les dirigeants d'Enron afin de valoriser ces actifs sous-évalués dans le bilan revendaient certains biens en fin d'exercice et les rachetaient au même prix au début de l'exercice suivant.

¹⁹⁸ Bernard Colasse précise que la réévaluation est une option offerte aux entreprises, mais elle est en pratique relativement rare.

¹⁹⁹ Le cadre conceptuel des normes internationales d'information financière que doivent respecter les sociétés cotées pour l'établissement de leurs comptes de groupe (International Financial Reporting Standards, les IFRS), s'oppose sur ce point aux principes français, en privilégiant une évaluation des actifs à la juste valeur qui est censé mieux traduire la réalité économique de l'entreprise.

1.2.2. Une performance financière façonnée par la politique comptable et la « comptabilité créative »

Il existe une possibilité de gestion « réelle » des résultats par les dirigeants qui font faire les comptes à leur comptable, sous leur autorité. Ces opérations peuvent avoir un impact caché très important sur les comptes de l'entreprise et qui, selon Bernard Colasse²⁰⁰, ne répondent pas à la définition stricte de la politique comptable, ceci l'amenant à distinguer la *dimension performative de la comptabilité* de sa *dimension constatative*. Ce phénomène, ou « *paradoxe social de la comptabilité* »²⁰¹ met en lumière que l'image comptable de la société peut être construite sur l'exploitation des lacunes des normes comptables, sans pour autant que les dirigeants soient en situation d'illicéité. Les instruments de la politique comptable sont variés. Elle consiste principalement à manipuler les données primaires de la comptabilité (choix de la durée des amortissements, par exemple). Les observations empiriques de terrain montrent que les comportements les plus fréquemment observés vont dans le sens de la minimisation des résultats ou dans celui d'un lissage des résultats (ou *income smoothing*) qui consiste à réduire leur dispersion dans le temps, cette pratique étant surtout le fait des sociétés cotées en bourse²⁰². La minimisation des résultats est aisée à comprendre en raison des liens forts existant en France entre le résultat comptable et le résultat fiscal, la recherche d'économie d'impôt incitant certaines entreprises à choisir la solution comptable la plus avantageuse sur le plan fiscal²⁰³.

Des mécanismes complexes de « truchement » des comptes qui relèvent de ce que l'on peut appeler la comptabilité créative sont parfois mobilisés par les dirigeants pour moduler leur résultat comptable²⁰⁴. Ces opérations s'inscrivent dans une « zone grise » entre le licite et l'illicite et sont le fruit de l'imagination des banquiers et des juristes. Stolowy²⁰⁵ rapporte qu'il peut s'agir de traduire en comptabilité des innovations juridiques, économiques et financières pour lesquelles la normalisation n'a pas prévu, lors de leur émergence, de traitement ou de solutions explicites ou implicites. Le caractère distinctif de la comptabilité créative par rapport à la politique comptable tient à l'imagination comptable mise en œuvre dans le cadre de la comptabilité créative. Ces montages découlant de l'ingénierie financière reposent sur des transactions réelles qui sont initiées uniquement en fonction de leur impact sur les résultats et la situation financière apparente de l'entreprise. L'*in substance defeasance*, ou *désendettement de fait*²⁰⁶, un procédé qui, au début des années 1980, n'était pas normalisé représentait, avant sa réglementation, une illustration d'opération de comptabilité créative. Les conséquences de ces opérations en matière d'analyse financière ne sont pas neutres : la lecture des comptes

²⁰⁰ COLASSE B. (2007), *Les fondements de la comptabilité*, La Découverte, Collection Repères, p. 69

²⁰¹ Ibid., p. 69

²⁰² La gestion des résultats (*management earnings*) peut recouvrir un caractère circonstanciel. Ainsi, il est fréquent de voir les résultats des grandes sociétés plonger immédiatement après l'arrivée de nouveaux dirigeants car ceux-ci font prendre un grand bain (*big bath*) à la comptabilité pour la nettoyer des artifices utilisés par leurs prédécesseurs. Les nouveaux pourront alors utiliser à leur tour des artifices qui feront croître les bénéfices, et cela, d'autant plus rapidement que l'on partira de plus bas.

²⁰³ SAHGROUN J. (2003), "Le résultat comptable : conception par les normalisateurs et perception par les analystes financiers", *Comptabilité, contrôle, audit*, pp.81-108. et AMBLARD M. (2008), *La mesure comptable de la performance financière, évolution des normes, stabilité des principes*, 21 p.

²⁰⁴ Dans les années 1980, l'usage de cette l'expression s'est généralisé suite à la publication d'un ouvrage d'un analyste financier, T.Smith, intitulé « *Accounting for growth* » (1992). Ce dernier a mis au grand jour les pratiques créatives de deux cents sociétés cotées britanniques.

²⁰⁵ STOLOWY H. (2009), "Comptabilité créative", in COLASSE B., *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle, Audit*, Paris: Economica, 2^{ème} édition, pp. 187-195

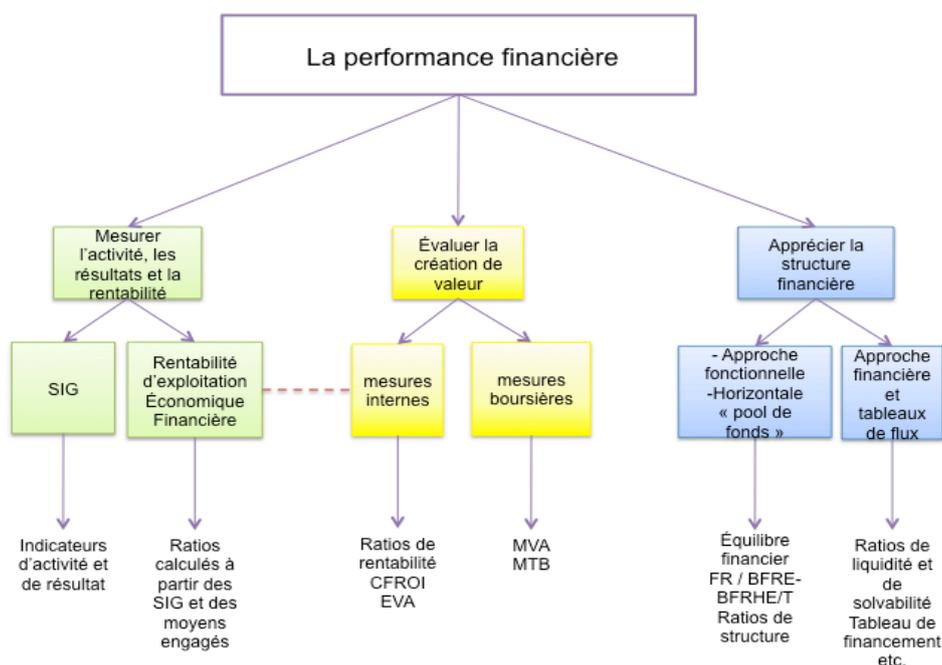
²⁰⁶ Une définition issue de l'ancien arrêté du 11 janvier 1990 (J.O. du 31 janvier 1990) : ce mécanisme permet à une entreprise de se séparer de ses dettes et de certains de ses actifs dont les revenus permettront de rembourser la dette cédée (paiement de l'amortissement et des intérêts). Ce procédé lui permet de diminuer le poids de sa dette pour donner une meilleure image de sa situation financière. Ce type d'opération fait de nos jours l'objet d'une stricte réglementation, celle-ci imposant que l'impact de ces opérations sur le résultat soit clairement identifié et que les explications soient fournies en annexe.

résultant de ces opérations est rendue plus difficile en raison de leur manque de transparence. La performance et la situation réelle de l'entreprise sont souvent difficiles à percevoir.

2. La performance financière, une mesure à géométrie variable

Les contours de la performance financière sont définis de manière hétéroclite dans la littérature en sciences de gestion. Désignant dans son sens le plus réducteur, la mesure de la profitabilité et de la rentabilité de l'entreprise, **dans une conception élargie, elle intègre toutes les mesures relatives aux résultats des comptes de gestion et celles du financement de l'entreprise.** Une autre dimension est prise en compte, celle de **la mesure de la création de valeur**, dont le développement s'est inscrit dans les limites des mesures comptables traditionnelles.

Figure 1 - Les champs de mesure de la performance financière



source : schéma adapté des travaux de HUTIN H., *Toute la finance*, 2010, p.56

Quel que soit le périmètre retenu de sa mesure, la finalité des instruments de la performance financière est de mettre en lumière les spécificités de l'activité de l'entreprise. **Le dirigeant, à l'aide de ces indicateurs, pourra évaluer la possibilité de poursuivre le développement de son entreprise tout en assurant une rentabilité suffisante par un respect des équilibres financiers fondamentaux**²⁰⁷. En cela, elle constitue une méthode de diagnostic à la base de toute réflexion stratégique²⁰⁸.

Le développement qui suit est dédié à l'analyse des dimensions de la mesure de la performance financière. Nous définissons au cours de ces développements l'intérêt de ces familles d'indicateurs pour nos travaux.

2.1. Une mesure des résultats et de la rentabilité au centre du référentiel

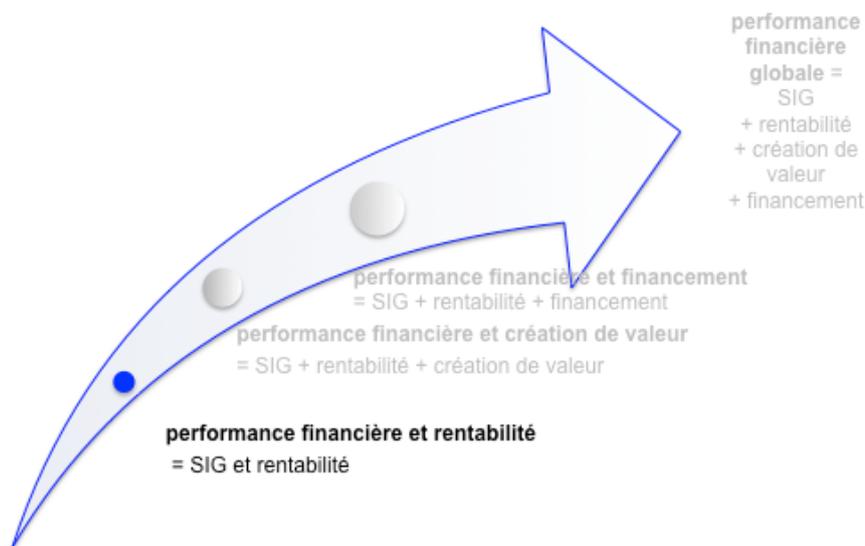
La performance financière est le plus souvent mesurée à l'aide d'indicateurs qui fournissent en premier lieu une information sur les performances de l'entreprise à **partir de la mesure du**

²⁰⁷ ACH Y.A. et DANIEL C. (2004), *Finance d'entreprise, Du diagnostic à la création de valeur*, Hachette, 256 p.

²⁰⁸ Ibid., p. 192

résultat et de ses composants. Pour de nombreux auteurs comme Jean Darsa, **la performance financière ne représente qu'une partie d'un domaine plus large, celui de l'analyse financière intégrant** « un ensemble de techniques qui permettent d'apprécier et d'anticiper la situation de risque de l'entreprise, son patrimoine en sus de la performance financière »²⁰⁹. Pour ces auteurs, la mesure de la performance requiert, en premier lieu, un examen de la structure des charges et des produits de l'entreprise²¹⁰. La performance regroupe l'analyse des résultats. Ainsi définie, elle apparaît comme un élément que les dirigeants peuvent influencer. Selon Elie Cohen, elle « **n'est pas contrainte mais traduit davantage les choix opérés et les objectifs que se sont fixés les dirigeants tant au regard du niveau des réalisations qu'à celui de la nature qualitative de ces performances** »²¹¹. Ainsi, selon ce dernier, les performances financières constituent « **la sanction de l'efficacité globale de l'entreprise** »²¹² et résume les conditions d'activité de façon synthétique, le nombre d'indicateurs étant limité et homogène, ces derniers étant comme nous l'avons vu, exprimés en termes monétaires.

Figure 2 - Définition restreinte de la performance financière : les indicateurs de résultat et de rentabilité



Les résultats de l'entreprise sont mesurés sur la base des soldes intermédiaires de gestion de l'entreprise (SIG)²¹³ dont le tableau récapitulatif est proposé par le Plan Comptable Général (PCG) dans les documents de synthèse du système développé. Ils « *permettent d'évaluer la performance des entreprises en examinant notamment leur évolution dans le temps, ou en les rapportant au chiffre d'affaires, à l'actif économique, ou au fonds propres pour dégager des ratios de rentabilité* »²¹⁴. Les soldes intermédiaires de gestion permettent de rapprocher certains produits et charges de manière à obtenir des « *indicateurs significatifs de la qualité de la gestion* »²¹⁵.

²⁰⁹ DARSA J. (2002), *Gestion financière et business plan*, Lavoisier, p. 63

²¹⁰ COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, pp. 29-30

²¹¹ HUTIN H. (2010), *Toute la finance*, Eyrolles, 4^{ème} édition, p. 138

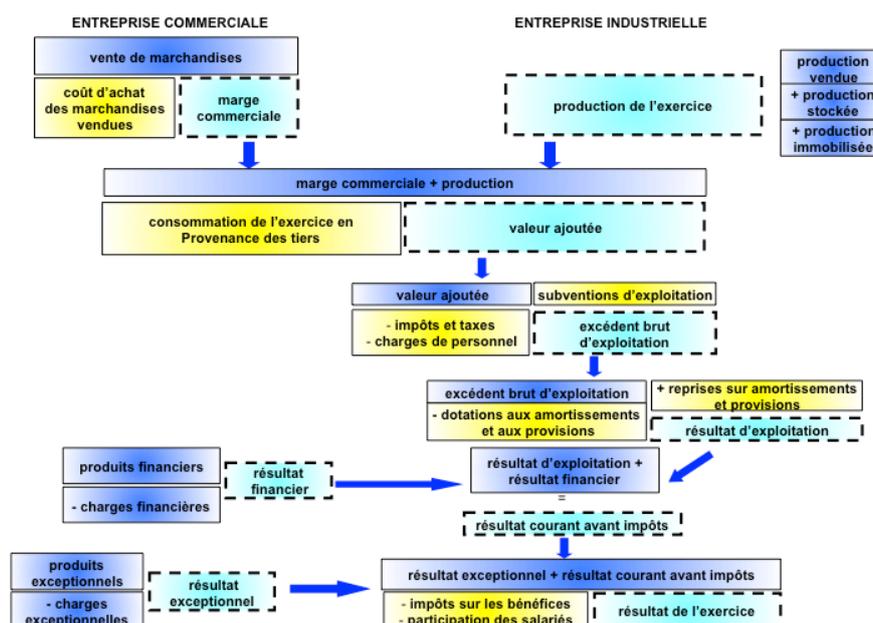
²¹² COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, p. 435

²¹³ Les soldes intermédiaires de gestion repris désormais par l'ensemble des analystes ont été élaborés par la Banque de France.

²¹⁴ JACQUILLAT B. (2006), *Les 100 mots de la Finance*, Puf, Que sais-je ?, p. 41

²¹⁵ Ibid., p. 41

Figure 3 - Les soldes intermédiaires de gestion (SIG)



Hervé Hutin rappelle que cette cascade d'indicateurs est élaborée d'après le type d'opérations effectuées (exploitation, financement, exceptionnels) mais aussi d'après les différentes parties prenantes ou partenaires de l'entreprise²¹⁶.

On dénombre neuf soldes intermédiaires de gestion dont trois permettent de dégager des indicateurs d'activité :

- **le chiffre d'affaires** : il n'apparaît pas parmi les soldes intermédiaires de gestion. Il est composé de la production vendue et de la vente de marchandises, et représente, en conséquence, le montant total des ventes réalisées par l'entreprise.
- **la production** : elle intègre, quant à elle, la production vendue, la production stockée qui enregistre la variation des stocks de produits finis, et la production immobilisée. Elle ne concerne que les entreprises qui ont une activité de fabrication ou de transformation de biens et celles qui produisent des services.
- **la valeur ajoutée** : selon le plan comptable général, elle exprime la création ou l'accroissement de richesse apportée par l'entreprise dans ses activités professionnelles courantes, aux biens et aux services en provenance des tiers.

Les autres soldes intermédiaires de gestion sont des indicateurs de résultat. Nous proposons une définition succincte de ces indicateurs dont l'intérêt et le calcul seront détaillés sporadiquement dans la suite de cette recherche. La **marge commerciale** correspond à la marge que l'entreprise tire de ses ventes de marchandises achetées en « l'état », c'est-à-dire sans opérer de transformation. Ce solde est l'indicateur fondamental d'activité des entreprises commerciales puisqu'il exprime leur performance commerciale, leur aptitude à dégager à une marge commerciale au moment de la revente de marchandises. L'**excédent brut d'exploitation (EBE)** constitue, quant à lui, le premier indicateur de résultat c'est-à-dire de la qualité de la gestion. Quelques auteurs²¹⁷ précisent qu'il s'agit d'un indicateur pivot car il définit la frontière entre la constitution du résultat, la mesure des performances économiques, aboutissement de la gestion commerciale, du marketing, de la gestion du personnel et des achats, et de l'autre côté de la répartition de ce résultat par la rémunération des apporteurs de fonds (banques et

²¹⁶ HUTIN H. (2010), *Toute la finance*, Eyrolles, 4^{ème} édition, p. 138

²¹⁷ Cf. notamment Ibid., p.153 et FRACHON G. et ROMANET Y. (1985), *Finance d'entreprise, Comprendre et maîtriser l'évolution financière de l'entreprise*, CLET, 257 p.

actionnaires), de l'Etat (IS) et par la participation des salariés. Le **résultat d'exploitation** représente l'activité normale de l'entreprise après prise en compte de la politique d'investissement de l'entreprise. Le **résultat courant avant impôt** représente un autre solde qui intègre l'impact du résultat financier de l'entreprise. Le **résultat net** tient compte de l'impact, en sus du résultat financier, du résultat exceptionnel lié à l'activité non courante de l'entreprise. Selon Marc Amblard²¹⁸, cet indicateur demeure le plus connu des indicateurs de performance, ceci s'expliquant en partie par le fait que des décisions majeures dépendent de son montant constaté en fin d'exercice ou attendu, comme les décisions d'embauche ou de licenciement, d'investissement ou abandon d'activité, de restructurations, etc.

Ces indicateurs de résultats s'apprécient par rapport aux moyens de l'entreprise à travers²¹⁹ :

- la rentabilité d'exploitation qui représente un taux de marge dont la formule générale des ratios est la suivante : résultat / activité. Elle est encore appelée profitabilité de l'entreprise.
- la rentabilité économique qui mesure un résultat par rapport à des moyens économiques
- la rentabilité financière qui mesure un résultat par rapport à des moyens financiers

$$\text{Rentabilité d'un moyen} = \frac{\text{Résultat}}{\text{Moyen}}$$

La mesure de la rentabilité vise à s'assurer que l'activité (rentabilité d'exploitation ou taux de marge), l'outil de travail (rentabilité économique), ou encore les capitaux propres apportés par les actionnaires (rentabilité financière) sont bien dimensionnés par rapport aux résultats qu'ils génèrent. En effet, la rentabilité d'un moyen se mesure en rapprochant ce moyen du résultat qu'il permet d'obtenir. Soulignons dès à présent que ces trois rentabilités sont liées : la première influe sur la seconde qui influe elle-même sur la troisième.

Dans ce cadre, **l'analyse de la performance financière permet de porter un jugement sur la réalisation, ou non, des enjeux financiers de l'entreprise en termes de rentabilité²²⁰. La rentabilité représente le critère dominant de la performance financière dans la mesure où elle prend en compte à la fois la valeur du résultat et la valeur des capitaux réunis par l'entreprise pour réaliser ce résultat²²¹.**

Au début des années 1990, d'autres indicateurs, ceux de la création de valeur, ont été conçus pour compléter cette première approche de la performance financière mesurée en termes de résultat et de rentabilité²²².

²¹⁸ AMBLARD M. (2008), « La mesure comptable de la performance financière, évolution des normes, stabilité des principes », *29^{ème} Congrès AFC, La comptabilité, le contrôle et l'audit entre changement et stabilité*, Cergy Pontoise : ESSEC, 21 p.

²¹⁹ Le détail des calculs de rentabilité sera précisé ultérieurement dans ces travaux.

²²⁰ DARSA J., *Gestion financière et business plan*, Lavoisier, 2002, Avant propos, p. 13

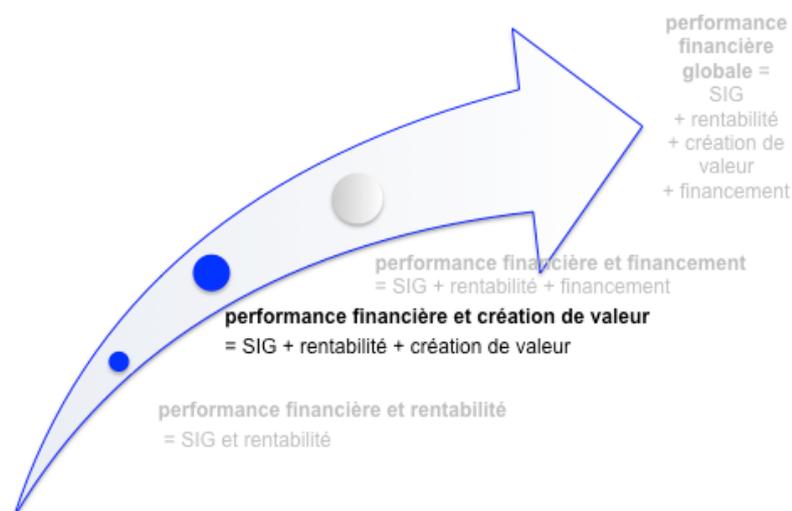
²²¹ PAUCHER P. (1999), *Initiation à la gestion financière de l'entreprise*, Presses Universitaires de Grenoble (PUG), p. 8

²²² COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, p. 400

2.2. Performance financière et création de valeur

Dans une perspective élargie, la mesure de la performance financière intègre une nouvelle dimension, celle des indicateurs de création de valeur de l'entreprise.

Figure 4 - Performance financière et création de valeur



Dans cette perspective, selon Gérard Charreaux, la création de valeur représente « *un des nombreux instruments de mesure de la performance* »²²³. Dans ce même article, il définit la performance financière comme « *la mesure de la création ou la destruction de valeur monétaire générée par l'entreprise* ». Elie Cohen²²⁴ propose une définition similaire en plaçant au premier plan, la création de richesse de l'entreprise : « *l'analyse de la performance financière permet d'apprécier l'efficacité de l'entreprise dans l'utilisation de ses ressources, autrement dit, son aptitude à créer une richesse supplémentaire qui lui permettra de rémunérer ses bailleurs de fonds, dans le cas des sociétés de capitaux et de personnes, et de réinvestir dans l'activité, quel que soit le statut de l'entité (personnes de droit moral publiques ou privées)* ».

Dans un premier temps, nous nous intéressons à l'origine du développement de ce référentiel de mesure. Nous montrons que ces outils s'intègrent dans un véritable référentiel théorique liant finance et stratégie d'entreprise. Enfin, les principaux indicateurs de mesure de création de valeur sont présentés.

2.2.1. La création de valeur : la mesure d'un *surplus monétaire*

Les indicateurs de création de valeur se distinguent des indicateurs de performance mesurée à travers les résultats comptables des entreprises sur un point : l'approche de la performance financière par les résultats comptables tient compte du coût de la dette mais une zone d'ombre a été laissée sur celui des fonds propres. C'est dans cette brèche laissée en suspens par la finance traditionnelle et aux dépens des actionnaires, ces derniers n'étant pas des « philanthropes » comme le précise Michel Albouy²²⁵, qu'ont été élaborés les premiers indicateurs de la création de valeur. Les partisans les plus radicaux de la création de valeur actionnariale ou *shareholder value*, suggèrent que la bonne mesure est celle du marché, et non

²²³ CHARREAUX G. (1991), "Structure de propriété, relation d'agence et performance financière", *Revue Économique*, pp. 521-552

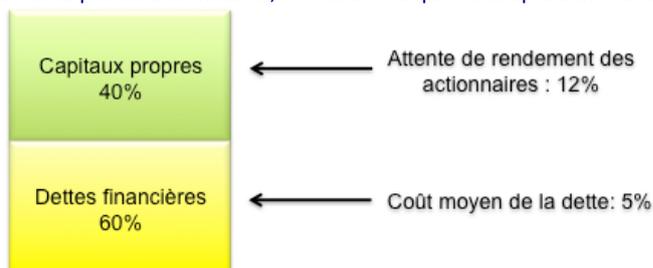
²²⁴ COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, p. 327

²²⁵ ALBOUY M. (2003), *Décisions financières et création de valeur*, Economica, 468 p.

celle qui est établie à partir des coûts historiques²²⁶ de la réglementation comptable et fiscale. Pour d'autres, le référentiel de création de valeur²²⁷ actionnariale, ne remet pas en cause les indicateurs traditionnels de performance, mais les complète et les enrichit. Ainsi, pour mieux apprécier la performance de l'entreprise, il s'avère nécessaire de tenir compte de ces coûts. Sur un plan théorique, le coût de financement des investissements, autrement dit, le coût du capital, étant composé du coût de la dette et du rendement attendu des capitaux propres, peut être estimé à partir du calcul du coût moyen pondéré du capital (CMPC). Le CMPC s'appuie sur le modèle du MEDAF (modèle d'évaluation des actifs financiers) développé à la fin des années 1950 et durant la décennie 1960 par Harry Markowitz, William Sharpe, John Lintner et Jack Treynor pour estimer la rentabilité exigée par les investisseurs (le coût des capitaux propres pour l'entreprise) sur les marchés financiers²²⁸, un modèle qui, dans une certaine mesure, comme le suggère Michel Sion, peut être adapté aux entreprises non cotées.

Encart 2 - Le coût moyen pondéré du capital (CMPC)

D'un point de vue théorique, le coût moyen pondéré du capital (ou WACC) représente l'attente de rendement de l'ensemble des apporteurs de fonds, prêteurs et investisseurs et est estimé à l'aide du modèle du MEDAF (modèle d'évaluation des actifs financiers). Il est calculé sur la base de la moyenne pondérée du coût de la dette et du rendement attendu par les actionnaires, et mesure ce que l'entreprise doit à tous ceux qui lui ont apporté des capitaux.



Les frais financiers étant fiscalement déductibles, le coût de la dette est exprimé après incidence de l'impôt pour le comparer à l'attente de rendement des actionnaires. Pour un taux d'imposition de 30 %, le CMPC est évalué à :

$$(40 \% \times 12 \%) + [60 \% \times 5 \% \times (1-30 \%)] = 6,9 \%$$

Sur les marchés financiers, le coût des capitaux propres est déterminé à partir du *béta* boursier (β) qui mesure la volatilité du cours de l'action en comparaison de celle d'un marché boursier de référence. Plus ce dernier est important, plus l'investissement est risqué et le rendement attendu par les actionnaires élevé. Notons que le *béta* d'une entreprise non cotée se détermine à partir du *béta* d'entreprises cotées comparables et est ajusté du risque propre de l'entreprise. Il s'élève à environ 8 % pour les entreprises d'un secteur non cyclique (par exemple, le secteur agroalimentaire) et 15 % pour les entreprises d'un secteur cyclique (le secteur informatique, celui des composants électroniques, etc.)

source : extrait de l'ouvrage de Michel Sion, « Profession, Directeur financier », Dunod, 2010

Les indicateurs de création de valeur sont notamment utilisés dans le cadre de la communication financière des entreprises cotées, françaises et internationales²²⁹. **La création de richesse ou de valeur de l'entreprise trouve son origine dans l'obtention d'une rentabilité des capitaux investis dans les activités supérieures au coût des ressources mobilisées pour les financer.** Le *surplus*, ou le *bénéfice résiduel* (concept développé dans les

²²⁶ Le principe du coût historique : l'entreprise enregistre des montants correspondants à des valeurs d'acquisition, celles-ci doivent être entendues, selon le cas, comme étant un prix d'achat, un coût de revient ou la valeur d'un apport. Ces valeurs ne sont rien d'autre que la contrepartie monétaire fixée dans les actes juridiques par lesquels l'entreprise a acquis l'élément considéré, activement ou passivement.

²²⁷ Pour une approche historique des concepts de valeur actionnariale et valeur partenariale, Cf. MARTINET A.-C. et REYNAUD E. (2001), "Shareholders, stakeholders et stratégie", *Revue française de gestion*, p. 14.

²²⁸ HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, pp. 232-233

²²⁹ ACH Y.A. et DANIEL C. (2004), *Finance d'entreprise, Du diagnostic à la création de valeur*, Hachette, p. 211

années 1950 chez *General Electric*) ainsi dégagé constitue une rente économique qualifiée d'actionnariale si son montant est uniquement distribué aux actionnaires²³⁰.

2.2.2. Des indicateurs de performance s'insérant dans le référentiel théorique de la création de valeur actionnariale

A la différence des indicateurs de résultat et de rentabilité mesurés à partir des états comptables et financiers, toute une philosophie entoure le concept de création de valeur qui se fonde sur l'essence même du capitalisme : créer du profit et accumuler du capital qui sera à son tour réinvesti²³¹. Ainsi, toutes les décisions prises au sein de la firme (dans cette thèse, les sociétés d'exploitation de cliniques privées) doivent avoir pour finalité d'augmenter sa valeur. Les modèles de gestion de la valeur s'appuient sur les principaux enseignements de la théorie micro-économique standard et sur les principaux enseignements de la théorie financière en matière d'évaluation des entreprises. Le soubassement théorique implicite est celui de la rationalité économique néoclassique²³² au sein duquel les individus sont supposés rationnels, maximisateurs et opportunistes. La citation suivante de G.B. Stewart (1994) du cabinet *Stern et Stewart* donne au lecteur les clés de la compréhension de ce concept : « *la finance d'entreprise et la théorie microéconomique nous indiquent que le premier objectif financier est de maximiser la richesse des actionnaires. Cet objectif ne sert pas simplement les intérêts des propriétaires de l'entreprise, c'est aussi la règle qui permet de s'assurer que les ressources limitées de toutes sortes sont allouées, gérées et déployées de façon aussi efficace que possible, ce qui dès lors maximise la richesse au sens large.* »²³³. Nous sommes ici dans une approche économique qui repose sur la notion centrale d'objectifs à atteindre. Ces objectifs traduisent les attentes des propriétaires dirigeants, ils sont donc souvent énoncés en termes économiques et financiers. Dans la littérature de gestion, la création de valeur représente le dénominateur commun de la planification stratégique et financière²³⁴. En effet, au-delà des simples indicateurs de mesure de la performance financière se développe la gestion de la valeur qui tend à s'imposer, selon Christian Hoarau et Robert Teller, comme un indicateur standard de la performance et comme une mesure universelle de la pertinence des décisions stratégiques²³⁵. Comme le précisent un certain nombre d'auteurs dont Jérôme Caby et Gérard Hirigoyen²³⁶, le concept de création de valeur, de nos jours en développement, tend à devenir un « *guide normatif de la gestion des entreprises* ». De nombreux groupes cotés tel que le groupe Danone ont érigé la création de valeur en principe directeur de gestion de l'organisation. **Il s'agit du Value Based Management (VBM) qui place les notions intimement liées de gouvernance, de processus et de création de valeur au centre de l'analyse stratégique de la performance. La création de valeur constitue la résultante de la mise en œuvre du processus et l'objet de mesure définissant la performance.**

²³⁰ HOARAU C. et TELLER R. (2001), *Création de valeur et management de l'entreprise*, Vuibert, 217 p.

²³¹ Ibid., p.7, Voir le modèle de la stratégie de la valeur de Mc Kinsey reporté dans l'ouvrage de Copeland, Koller et Murrin. La référence suivante correspond à sa traduction francophone COPELAND T., KOLLER T. et MURRIN J. (2002), *La stratégie de la valeur. L'évaluation d'entreprise en pratique*, Éditions d'Organisation, 594 p.

²³² COB, Création de valeur actionnariale et communication financière, *Bulletin COB*, mai 2000, n°346, p. 44

La commission des opérations de bourse (COB) a été fusionnée avec le conseil des marchés financiers (CMF) et le conseil de discipline de la gestion financière (CDGF) pour former l'Autorité des Marchés Financiers (AMF), organisme public indépendant qui a pour mission de veiller à la protection de l'épargne investie dans les instruments financiers et autre placement donnant lieu à appel public à l'épargne à l'information des investisseurs.

²³³ STEWART G.B. cité par CABY J. et HIRIGOYEN G. (2005), *Création de valeur et gouvernance de l'entreprise*, Economica, p. 124

²³⁴ MARTORY B. (2001), "La valeur ajoutée sociale: principe et évaluation", in CASTA J.-F. et COLASSE B., *Juste Valeur, Enjeux techniques et politiques*, Paris : Economica, p. 207.

²³⁵ HOARAU C. et TELLER R. (2001), *Création de valeur et management de l'entreprise*, Vuibert, 217 p.

²³⁶ CABY J. et HIRIGOYEN G. (2005), *Création de valeur et gouvernance de l'entreprise*, Economica, p. 124

2.2.3. Les indicateurs de création de valeur : des mesures de performance boursière et de performance interne de l'entreprise

De nombreux indicateurs de création de valeur ont été développés par les analystes financiers et peuvent être reclassés dans deux grandes catégories : l'une est en relation directe avec la performance boursière de l'entreprise, l'autre avec la mesure de ses performances internes.

- **La mesure de la performance boursière** : la problématique que rencontrent les investisseurs repose sur une thématique assez simple : les actifs économiques de la société sont évalués en valeur historique ou en valeur comptable et non pas en fonction de la valeur de marché. La différence entre ces deux valeurs représente la création de valeur. James Tobin a donné la formule de base à ce raisonnement :

$Q = \text{valeur de marché (capitaux propres + dettes financières)} / \text{valeur nette comptable ou valeur historique ou valeur de remplacement des actifs.}$

Pour qu'il y ait création de valeur, il faut que Q soit supérieur à 1. Un ratio Q supérieur à l'unité signifie, à un moment donné, que la rentabilité secrétée par l'ensemble des actifs de la firme et anticipée par le marché, est plus élevée que le CMP (coût moyen pondéré du capital)²³⁷.

Dans ce développement, nous ne rapportons que quelques exemples d'indicateurs les plus usités par les analystes financiers qui se rapportent à la mesure de la performance boursière. **La Market Value Added (MVA)**, ou dans sa version francisée la valeur de marché ajoutée compte parmi les indicateurs traditionnels de la création de valeur. Élaboré par Stewart en 1991, cet indicateur mesure la création de richesse accumulée par l'entreprise à partir de l'ensemble des fonds engagés par les investisseurs. **Le ratio de Marris, ou Market to Book ratio (MTB)**²³⁸ représente un autre exemple d'indicateur directement inspiré du ratio de Tobin, mais ne retient que les capitaux directement investis par les actionnaires²³⁹ : il compare la valeur boursière des capitaux propres à la valeur comptable des capitaux propres. Un autre indicateur des plus classiques est celui **du bénéfice par action**.

- **La mesure de la performance interne de l'entreprise** : divers indicateurs sont dénombrés. On y compte notamment les correspondances anglo-saxonnes des indicateurs de rentabilité, le **cash flow return on investment (CFROI)** ou encore l'**Economic Value Added (EVA)**²⁴⁰.

Le *cash flow return on investment (CFROI)* ou retour sur investissement. Dans ce ratio, l'entreprise est assimilée à un seul investissement qui représente le total des capitaux engagés. Ces capitaux engagés dégageront des flux de trésorerie d'exploitation (*Operating Cash-flow - OCF*) définis comme suit :

Operating Cash-flow = résultat d'exploitation après impôt + amortissements et provisions d'exploitation - besoin en fonds de roulement d'exploitation

Le CRFOI représente le taux d'actualisation qui égalise a valeur actuelle des OCF dégagés sur cette période et le montant initial de l'investissement. L'écart entre le CRFOI et le coût moyen pondéré du capital permet de mesurer la création de valeur.

²³⁷ CHARREAUX G. "Le point sur... La mesure de performance des entreprises", 7 p.

²³⁸ Le ratio Market-to-book est le modèle d'évaluation élaboré par Fruhan en 1979.

²³⁹ CHARREAUX G. "Le point sur... La mesure de performance des entreprises", 7 p.

²⁴⁰ Pour une lecture des textes fondateurs, v. notamment STEWART B.G. (été 1994), "EVAT : Fact and Fantasy", *Journal of Applied Corporate Finance*, p. 75

L'*Economic Value Added* (EVA) représente un autre indicateur traditionnel du référentiel de mesure de la création de valeur. Pour calculer l'EVA d'un projet, il est nécessaire de calculer le coût moyen pondéré du capital (le coût des fonds propres). L'EVA s'exprime de la façon suivante :

Economic Value Added (EVA) = résultat économique après impôt – coût du capital engagé.

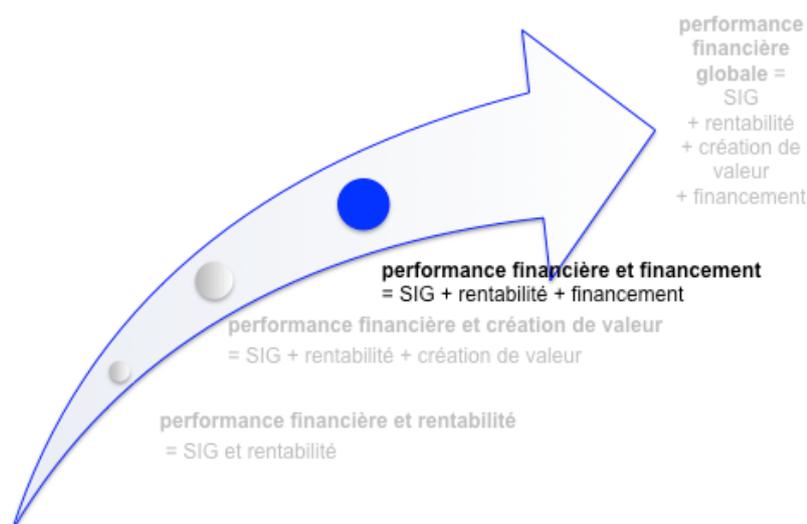
Le résultat économique après impôt retenu dans le calcul est le plus généralement le *Net Operating Profit After Taxes* (NOPAT) qui correspond au résultat d'exploitation hors impôt et charges financières auquel on déduit le montant des impôts théoriques. Si l'EVA est supérieure à 0, on constate une création de valeur et si elle est inférieure, l'entreprise détruit de la valeur.

Une troisième approche de la performance financière a été recensée dans la littérature. Elle intègre les indicateurs de résultats et de rentabilité sans tenir compte des indicateurs de création de valeur, mais intègre, en revanche, l'ensemble des mesures relatives au financement de l'entreprise.

2.3. Performance financière et financement

Pierre Pauchet est l'auteur qui retient la définition la plus large de la performance financière. A la rentabilité et autres ratios calculés à partir du compte de résultat²⁴¹, il intègre la dimension du financement de l'entreprise c'est-à-dire tous les indicateurs liés à la contrainte de financement décrits précédemment. Selon lui, cette approche **permet d'envisager la manière dont une entreprise maîtrise la contrainte de financement comme critère de performance**.

Figure 5 - Performance financière et financement



La gestion de la contrainte de financement s'apprécie à partir de deux types d'analyse du bilan : l'approche statique et l'approche dynamique qui privilégie la présentation des tableaux de flux.

²⁴¹ Pierre Pauchet intègre également à son analyse des performances partielles extraites de la comptabilité analytique des entreprises.

Seule l'approche statique est abordée dans l'ouvrage de Pierre Pauchet²⁴². Cependant il précise que la maîtrise de la contrainte de financement renvoie plus largement à l'appréciation de la structure financière de l'entreprise qui permet d'évaluer la bonne adéquation entre moyens économiques et ressources financières, l'indépendance financière de l'entreprise, sa solvabilité et sa liquidité :

- **L'indépendance financière** : plus une entreprise s'endette, plus elle est dépendante de l'extérieur (ses apporteurs de capitaux externes), moins elle maîtrise l'octroi de ses ressources et en conséquence, le financement de ses emplois. Pour mesurer l'indépendance financière de l'entreprise, l'analyste s'attache à vérifier une des règles d'orthodoxie financière selon laquelle les emplois à long terme (les **emplois stables**) doivent être financés par des ressources à long terme (les **ressources durables**). Pour cela, il est nécessaire d'apprécier le **fond de roulement net global (FRNG)** de l'entreprise qui résulte de la différence entre le montant des ressources durables et des emplois stables constatés. Pour compléter son analyse, l'analyste pourra également avoir recours aux ratios de structure financière.
- **La solvabilité** : le principal risque encouru par l'entreprise est celui de la cessation de paiement et la mise sous tutelle de l'entreprise par le biais des procédures de sauvegarde et de liquidation judiciaire. La solvabilité mesure ce risque et représente l'aptitude de l'entreprise à rembourser ses dettes.
- la **liquidité** de l'entreprise « mesure son aptitude à faire face à ses dépenses par une circulation optimale de ses flux de trésorerie (encaissements – décaissements) »²⁴³.

Le tableau suivant présente quelques exemples de ratios de mesure de financement.

Tableau 2 Exemples de ratios mobilisables dans une analyse du financement de l'entreprise

| Dénomination du ratio | Calcul |
|--|--|
| Ratio de couverture des capitaux investis | $\frac{\text{Ressources stables}}{\text{Immobilisations}}$ |
| Taux d'endettement | $\frac{\text{Endettement financier}}{\text{Ressources propres}}$ |
| Financement des emplois stables | $\frac{\text{Ressources stables}}{\text{Emplois stables}}$ |
| Financement Courant du BFR | $\frac{\text{Concours bancaires courants}}{\text{BFR}}$ |
| Ratio de solvabilité générale | $\frac{\text{Actif réel net}}{\text{Total des dettes}}$ |
| Ratio de liquidité générale | $\frac{\text{Actif réel net à moins d'un an}}{\text{Passif réel à moins d'un an}}$ |

²⁴² PAUCHER P. (1999), *Initiation à la gestion financière de l'entreprise*, Presses Universitaires de Grenoble (PUG), p. 101

²⁴³ HUTIN H. (2010), *Toute la finance*, Eyrolles, 4^{ème} édition, p. 30

Le périmètre de la performance financière retracé, la suite des développements vient préciser le référentiel de mesure de la performance financière retenu dans ce travail de recherche.

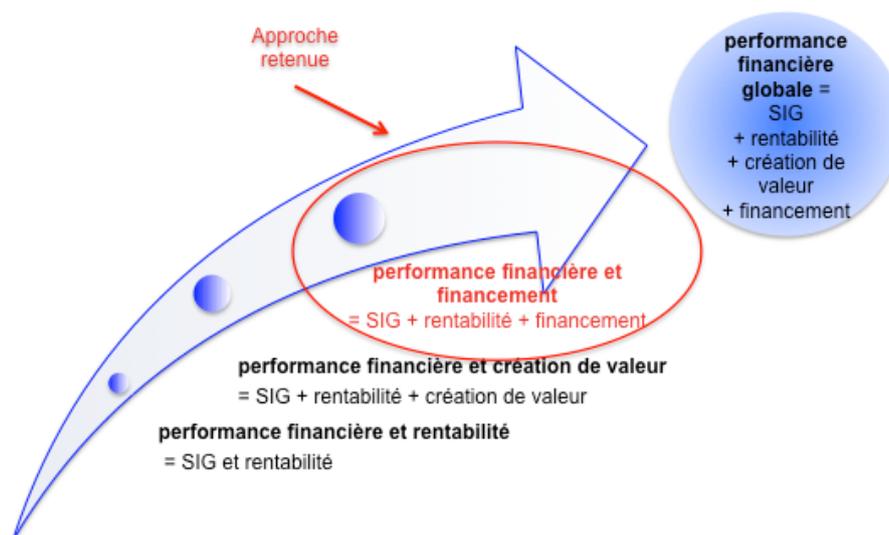
3. Le périmètre de la performance financière retenu dans nos travaux

Martory²⁴⁴ précise que s'agissant des PME non cotées, une approche actionnariale est difficile à mettre en œuvre, la principale limite de la transposition de cette approche étant liée à la détermination du coût du capital difficilement mesurable. Au regard de l'information dont nous disposons sur les cliniques, seule une approche par les résultats comptables de la firme est envisageable. En effet, en France, seul un groupe de cliniques privées est coté en bourse, la Générale de Santé.

En laissant de côté cette dimension de la mesure de la performance que représente la création de valeur, nos travaux s'inscrivent davantage dans le référentiel de mesure de la performance financière décrit par Pierre Pauchet, à ceci près, qu'à l'analyse des équilibres fondamentaux du bilan nous ajoutons les autres dimensions qui permettent d'apprécier la structure financière d'une entreprise, c'est-à-dire sa solvabilité et sa liquidité.

Dans nos travaux, l'analyse de la performance financière permet de porter un jugement sur la réalisation, ou non, des enjeux financiers de l'entreprise mesurés en termes de résultat, de rentabilité et de financement²⁴⁵.

Figure 6 - Le champ d'analyse de la performance financière retenu dans ces travaux



Pour situer nos travaux au sein du référentiel de création de valeur, le référentiel dominant mobilisé par les chercheurs en finance d'entreprise, nous pourrions assimiler la performance financière à une mesure de la « *création de valeur managériale* », concept introduit par Gregory Denglos en 2003²⁴⁶. Selon ce dernier la création de valeur managériale est mesurée par les états comptables et financiers. Elle mesure donc une performance passée qui, selon lui, présente souvent un gage de création de valeur dans le futur. Ce schéma suivant de Christian Hoarau et

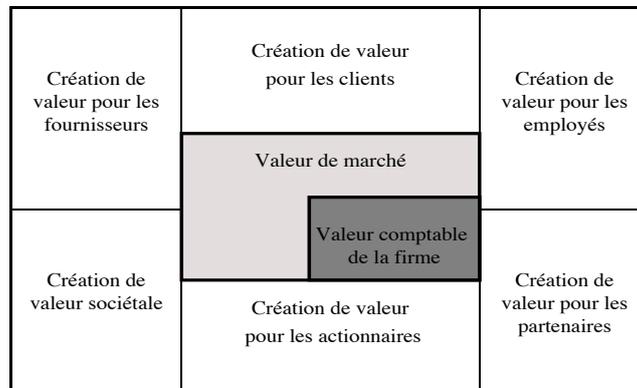
²⁴⁴ MARTORY B. (2001), "La valeur ajoutée sociale: principe et évaluation", in CASTA J.-F. et COLASSE B., *Juste Valeur, Enjeux techniques et politiques*, Paris: Economica, p. 207.

²⁴⁵ DARSA J. (2002), *Gestion financière et business plan*, Lavoisier, Avant propos, p. 13

²⁴⁶ DENGLOS G. (2003), *La création de valeur, Modèle, mesure, diagnostic*, Dunod, 237 p. ; DENGLOS G. (2007), "Création de valeur et gouvernance de l'entreprise : les exigences de l'actionnaire s'opposent-elles à l'intérêt social ?", *La Revue des Sciences de Gestion, Direction et Gestion*, n°224-225, p. 109

Robert Teller met en lumière le rôle central de l'information comptable dans le référentiel de la création de valeur.

Encart 3 - Les multiples aspects de la création de valeur selon Christian Haorau et Robert Teller²⁴⁷



Dans cette optique, la rentabilité n'est plus perçue comme un impératif vers lequel tendent toutes les décisions, mais comme une condition de survie pour l'entreprise²⁴⁸. Les actionnaires, quant à eux, constituent des acteurs parmi d'autres, comme nous l'avons vu, dans une organisation qui a sa propre logique de développement et évolue dans un environnement souvent non maîtrisé²⁴⁹.

Synthèse de la deuxième section

L'analyse financière permet de mesurer les performances de l'entreprise. Ses instruments de mesure sont définis à partir des états financiers des entreprises. La mesure de la performance présente certaines limites, qui sont, en partie, la conséquence de la construction du système d'information sur lequel elle repose, la comptabilité. L'information figurant dans les états financiers peut être « habillée » par les dirigeants, principaux responsables du contenu des comptes, ceci limitant le réalisme économique de l'entreprise traduit par la comptabilité.

Cette revue de littérature nous a également enseigné que les outils de l'analyse financière permettent d'apprécier l'entreprise dans sa globalité en mesurant les performances de l'entreprise au regard de trois grandes dimensions : les résultats et la rentabilité, la création de valeur et le financement. Les auteurs intègrent toujours dans leur périmètre de mesure de la performance financière les notions de rentabilité et de résultat, au cœur de ce référentiel de mesure.

De plus, nos lectures nous ont permis de délimiter le champ d'analyse de la mesure de la performance financière. Cette recherche s'intéressant aux comptes individuels des sociétés d'exploitation des cliniques privées, l'étude de leur performance financière sera donc centrée sur les indicateurs de résultat et de la rentabilité de l'entreprise, ainsi que sur les indicateurs de financement permettant d'apprécier la manière dont l'entreprise maîtrise sa contrainte de financement. Ainsi, la mesure de la performance financière nous permet de porter un jugement sur la réalisation, ou non, des enjeux financiers de l'entreprise en termes de résultats, de rentabilité et de financement.

L'analyse financière, comme nous l'avons vu, est une discipline qui n'est pas dotée d'un corpus théorique avec un contenu explicatif propre. De ce fait, elle ne révèle pas comment les performances des entreprises sont obtenues. Dès lors, l'entreprise demeure une boîte noire pour l'analyste externe. Pour ouvrir cette boîte et comprendre le fonctionnement des entreprises, il est nécessaire de pénétrer dans une autre sphère, celle de

²⁴⁷ HOARAU C. et TELLER R. (2001), *Création de valeur et management de l'entreprise*, Vuibert, p. 9

²⁴⁸ HUTIN H. (2010), *Toute la finance*, Eyrolles, 4^{ème} édition, p. 19

²⁴⁹ Ibid., p. 19

la stratégie d'entreprise, qui permet d'expliquer la performance financière des entreprises. En effet, la performance financière est la résultante de la stratégie mise en œuvre par les dirigeants. A la différence des indicateurs financiers de création de valeur pour lesquels un référentiel d'analyse liant la finance et la stratégie d'entreprise est proposé, le *Value Based Management* (VBM), le référentiel d'analyse stratégique doit être précisé s'agissant des indicateurs traditionnels d'analyse financière. La section suivante a pour objet la définition d'un référentiel à même de nous permettre de comprendre quels sont les fondements de la performance financière des entreprises.

Section 3. Les apports de l'économie industrielle et de la stratégie dans la construction d'une grille de lecture

Michel Albouy, dans son introduction du numéro spécial de la Revue Française de Gestion sur le thème « *Concilier finance et management* » constate et regrette la segmentation, voire le cloisonnement des sciences de gestion²⁵⁰. Dans nos travaux, la place est donnée à la réconciliation des deux grandes disciplines du management, le domaine de la stratégie et de la finance d'entreprise, par l'intermédiaire du concept fédérateur de performance. **Un consensus des chercheurs se dégage sur le lien tenu existant entre ces deux champs d'étude des sciences de gestion.** Il a été reconnu dès 1965 par Igor Ansoff²⁵¹, un des pères fondateurs de la stratégie d'entreprise, celui-ci affirmant que **la stratégie d'entreprise crée la performance.** Comme l'énonce Christian Marmuse, « *la performance de l'entreprise se mesure dans les comptes de l'entreprise, lesquels décrivent, parfois assez imparfaitement, toutes les forces et les vulnérabilités d'une firme* »²⁵². Ansoff, dans la définition qu'il propose de la performance, introduit le rôle considérable de l'environnement comme déterminant de la performance des firmes, mais également l'importance de la gestion opérationnelle et stratégique de l'entreprise. Il propose la définition suivante de la performance d'une entreprise : elle représente « *le processus permettant à l'entreprise d'identifier ses actions futures à travers son passé, de joindre la gestion opérationnelle et la gestion stratégique et d'intégrer l'entreprise dans son environnement. Sur cette base, la notion de performance de l'entreprise dans son environnement est l'essence même de la stratégie, par conséquent la performance se mesure par les décisions stratégiques* »²⁵³. Dès 1976, il va élargir sa définition en remplaçant le terme de « *décisions* » par celui de « *management stratégique* »²⁵⁴. Ces deux niveaux de compréhension de la performance de la firme (l'environnement et la gestion opérationnelle et stratégique) figurent dans l'un des premiers modèles de management stratégique, le modèle LCAG du nom de ses auteurs Learned, Christensen, Andrews et Guth (LCAG), plus connu sous l'acronyme de « *SWOT* »²⁵⁵. Développé à l'Université d'Harvard, le modèle propose de confronter l'entreprise à son environnement concurrentiel en évaluant la plus ou moins grande adaptation des compétences et ressources propres de l'entreprise aux contraintes que lui imposent son environnement. Il se centre sur l'évaluation, d'une part, des forces (*strengths*) et des faiblesses (*wiknesses*) de l'entreprise (diagnostic interne) et d'autre part sur l'identification des opportunités (*opportunities*) et des menaces (*threat*) (diagnostic externe). En 1981, Michael Porter²⁵⁶ suggère l'insuffisance de précision de ce modèle qui ne propose pas de méthode de diagnostic interne (forces, faiblesses), pas plus que du diagnostic externe (opportunité, menaces).

La « boîte » de l'analyse externe a été ouverte par les économistes industriels dont les apports sont synthétisés dans un modèle de diagnostic fondé sur l'explication du tryptique structure-comportement-performance (S-C-P). Dans une recherche des déterminants de la performance des cliniques privées, ce modèle, situant son analyse au niveau du secteur, permet de spécifier l'impact de l'environnement sectoriel et économique ainsi que celui des choix stratégiques des entreprises ou encore des politiques publiques sur la performance financière de ces entités. Les

²⁵⁰ ALBOUY M. (2009), "Concilier finance et management", *Revue française de gestion*, n°198-199, pp. 17-27

²⁵¹ ANSOFF I. (1965), *Corporate Strategy: An Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion* McGraw-Hill, 241 p.

²⁵² MARMUSE C. (1997), "Performance", in SIMON Y. et JOFFRE P., *Encyclopédie de Gestion*, 2^{ème} édition, Paris: Economica, p. 2197

²⁵³ ANSOFF I. (1965), *Corporate Strategy: An Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion* McGraw-Hill, 241 p.

²⁵⁴ ANSOFF I. (1976), *From Strategic Planning to Strategic Management*, 266 p.

²⁵⁵ STRATEGOR Politique générale de l'entreprise (2005), Dunod, 4^{ème} édition, 960 p.

²⁵⁶ PORTER M.E. (1981), "The contribution of industrial organization to strategic management", *Academy of Management Review*, n°6, pp. 609-620

concepts introduits par les auteurs de l'économie industrielle ont été intégrés à la stratégie d'entreprise par Porter au début des années 1980. De nos jours, l'économie industrielle est couramment utilisée pour décrire et analyser les systèmes productifs, leurs composantes et leurs acteurs. Cependant les écrits des économistes industriels n'ont pas permis d'ouvrir la seconde « boîte » de diagnostic du modèle LCAG, celle du diagnostic interne, qui consiste notamment à étudier la gestion organisationnelle et stratégique d'une entreprise. Nous verrons que c'est là la principale limite du modèle décrit par les économistes industriels. Les approches développées par la suite en stratégie d'entreprise, notamment celle des ressources, vont montrer l'importance qu'il y a de prendre en compte les facteurs spécifiques à l'entreprise comme déterminant de la performance des firmes. Pour autant, les critiques adressées à l'approche de l'économie industrielle ne remettent pas en cause l'apport du paradigme S-C-P sur un plan pratique.

La première sous-section, *Le tryptique structure-comportement-performance (S-C-P) : la structure, principal déterminant de la performance d'une industrie*, s'attache à décrire le modèle structure-comportement-performance en revenant au préalable sur ses origines. Dans la deuxième sous-section, *La recherche des déterminants individuels de la performance des firmes, une préoccupation majeure de la stratégie d'entreprise*, nous montrons la nécessité de tenir compte des caractéristiques de la firme comme déterminant de la performance. La troisième sous-section, *Les apports des économistes et des stratèges pour nos travaux*, réhabilite l'usage du paradigme S-C-P dans nos travaux. Nous montrons que le tryptique reste d'actualité et qu'il constitue un outil intéressant pour comprendre le fonctionnement d'une industrie et pour expliquer le niveau de performance moyen des entreprises y évoluant. Enfin, nous procédons à la synthèse des principaux enseignements de cette revue de littérature dans la compréhension des déterminants de la performance des cliniques privées.

1. Le tryptique structure-comportement-performance (S-C-P) : la structure, principal déterminant de la performance d'une industrie

Le modèle S-C-P constitue le modèle de référence de la théorie de l'économie industrielle, une discipline développée sous le terme d'*Industrial Organization* (IO) aux États-Unis²⁵⁷. Elle se donne comme objectifs l'étude des origines de la performance d'une industrie et celle du lien entre cette performance et la structure d'organisation de l'ensemble des firmes présentes sur un marché concurrentiel²⁵⁸. Le modèle S-C-P a représenté l'approche dominante durant les années 1950 jusqu'à la fin des années 1970²⁵⁹. Dans cette sous-section, nous questionnons l'origine du tryptique S-C-P, puis étudions les relations entre les composants du modèle.

1.1. Un modèle né des insuffisances de la microéconomie

L'économie industrielle est issue des développements théoriques récents de la microéconomie²⁶⁰. Plus précisément, comme le précisent Carlton et Perloff²⁶¹, elle est venue compléter le modèle de la concurrence parfaite par l'introduction des imperfections du monde réel comme la présence d'information limitée, de coûts de transaction, de coûts d'ajustement des prix, d'interventions publiques et de barrières à l'entrée de nouvelles entreprises sur un marché. Malgré ses origines plus lointaines qui remontent au développement du capitalisme industriel, l'économie industrielle a acquis son statut de discipline autonome avec les travaux

²⁵⁷ CHEVALIER J.-M. (2000a), *L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, p. 7

²⁵⁸ MAGAKIAN J.-L. et PAYAUD M.-A. (2007), *100 fiches pour comprendre la stratégie d'entreprise*, Bréal, p. 35

²⁵⁹ ORMANIDHI O. et STRINGA O. (2008), "Porter's Model of Generic Competitive Strategies", *Business Economics*, Juillet 2008, p. 55

²⁶⁰ PONSSARD J.-P. (1988), *Stratégie d'entreprise et économie industrielle*, Mc Graw-Hill, p. 2

²⁶¹ CARLTON D.W. et PERLOFF J.M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, p. 1

des chercheurs de l'Université d'Harvard menés dans les années 1930. Jusqu'alors, les réflexions étaient peu formalisées²⁶². Pour ainsi dire, comme le note Alcouffe, l'économie industrielle a « *une histoire aussi vieille que de « l'industrie » ou de l'économie politique* »²⁶³. Les paragraphes suivants retracent succinctement l'histoire du développement de l'économie industrielle.

1.1.1. Du capitalisme industriel à l'économie industrielle

Parmi les principaux auteurs ayant concouru au développement de l'économie industrielle entre la fin du XIXe siècle et les années 1930, il nous semble indispensable de citer Adam Smith qui fut le premier à présenter le capitalisme industriel, alors en plein développement au moment (1776) où il écrit « *Une enquête sur la nature et les causes de la richesses des nations* »²⁶⁴. A la suite des travaux de Smith, Ricardo va poser, quant à lui, les bases du capitalisme libéral en Angleterre en faisant le pari de l'industrialisation et du libre échange au travers de deux grandes théories, celle de la rente foncière et celle des avantages comparés²⁶⁵. En France, Jean-Baptiste Say a représenté l'un des pionniers du courant industrialiste dont l'héritage est plus tard repris par Saint Simon²⁶⁶ qui a été le premier à prôner l'industrialisation de la France au cours du dix-neuvième siècle, le pays se trouvant jusqu'alors ancré dans une tradition colbertiste²⁶⁷.

La réflexion sur l'économie industrielle va considérablement se développer aux Etats-Unis, à partir des années 1870, avec l'entrée du capitalisme de deuxième génération s'illustrant dans le développement du **capitalisme des grandes entreprises**. Les considérations « antitrust » vont jouer un rôle moteur dans son développement²⁶⁸. En effet, à cette époque, le monde politico-économique américain s'interroge sur les mouvements de concentration en cours. La question qui se pose est celle de savoir si, dans une optique darwinienne de « sélection naturelle », il faut autoriser le développement des *trusts* sans agir, ou bien s'il faut introduire des règles pour préserver le fonctionnement concurrentiel des marchés et éviter les situations de monopole²⁶⁹. Durant cette période, **l'économie industrielle oppose deux grands courants de pensée²⁷⁰ : celui de l'école de Chicago qui accorde la primauté aux mécanismes du marché et celui des « institutionnalistes » dont les auteurs ont pour centre d'attention l'entreprise**. C'est sur la base des travaux des institutionnalistes, en premier lieu ceux de Thorstein Veblen²⁷¹, père fondateur de ce courant de pensée, que vont être publiées les premières lois antitrust (le

²⁶² ARENA R. (1991c), "Structures industrielles et concentration économique: les antécédents historicistes et institutionnalistes de l'économie industrielle", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M. , *Traité d'économie industrielle*, Paris: Economica, p. 22

²⁶³ ALCOUFFE A. Ibid."Histoire des faits industriels et histoire de l'économie industrielle", p. 2

²⁶⁴ JULIEN P.-A. et MARCHESNAY M. (1997), *Économie et stratégie industrielle*, Economica, p. 27

²⁶⁵ La première, celle de la rente foncière explique que les propriétaires situés sur les meilleures terres bénéficient de rentes de situation non justifiées. La deuxième théorie qu'il énonce est celle des avantages comparés dans laquelle il expose que les pays se spécialiseront sur les productions dans lesquelles ils sont le mieux dotés en facteur de production.

²⁶⁶ Voir sur ce point, ARENA R. (1991c), "Structures industrielles et concentration économique: les antécédents historicistes et institutionnalistes de l'économie industrielle", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M. , *Traité d'économie industrielle*, Paris: Economica, pp. 22-55.

²⁶⁷ Ibid., p. 25 Dans ses travaux, Saint Simon va démontrer l'importance du rôle des ingénieurs et des entrepreneurs dans la réorganisation de la production nationale.

²⁶⁸ PONSSARD J.-P. (1988), *Stratégie d'entreprise et économie industrielle*, Mc Graw-Hill, p. 2

²⁶⁹ CHEVALIER J.-M. (2000a), *L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, p. 7

²⁷⁰ JULIEN P.-A. et MARCHESNAY M. (1997), *Économie et stratégie industrielle*, Economica, p. 29

²⁷¹ Dans ses écrits, Thorstein Veblen va dénoncer le pouvoir excessif des grands *trusts* et des grands dirigeants, la perte de commande des grandes entreprises au profit des managers salariés, le rôle excessif des techniciens et spécialistes²⁷¹. Il évoque également l'influence excessive des grandes entreprises sur les choix des consommateurs. Il considère que les consommateurs sont poussés à une consommation excessive, en raison des pratiques mises en œuvre par les grandes entreprises qui organisent une désuétude volontaire au détriment de productions socialement plus importantes. Cet effet sera plus tard dénommé « l'effet Veblen ».

Sherman en 1890 et le Clayton Act en 1914²⁷²). La confluence de ces deux courants de pensée, l'un orienté sur la firme, l'autre sur le marché va donner naissance à l'économie industrielle dans les années 1930 à l'école d'Harvard. La montée en puissance des grands *trusts* au sortir de la Seconde Guerre mondiale va engendrer de nombreux développements de la discipline, parmi lesquels le tryptique structure-comportement-performance qui progressivement va devenir le centre des analyses des économistes²⁷³.

L'émergence de l'économie industrielle a engendré l'obsolescence progressive des principes de la microéconomie classique. Dans le paragraphe suivant, nous précisons les évolutions majeures de la pensée économique au cours de cette période.

1.1.2. La remise en cause des principes de microéconomie

Pour les auteurs de l'économie industrielle, la microéconomie pure, dite « théorie micro-économique de l'équilibre marginaliste » (TNEM)²⁷⁴ ou encore théorie dite « standard », si elle présente un grand intérêt pour introduire et expliciter les phénomènes économiques fondamentaux, n'apparaît pas suffisante pour décrire la réalité industrielle. Les chercheurs vont montrer par l'observation empirique que la réalité est souvent éloignée de l'« idéal concurrentiel abstrait » et de ce fait que le marché de concurrence pure et parfaite n'est pas réalisable²⁷⁵. De nombreux auteurs vont considérer que l'économie classique se trouve enfermée dans des conditions très sévères, ses hypothèses de base étant particulièrement restrictives. En particulier, **deux piliers de l'économie classique vont être remis en cause, celui de la firme qui va devenir le point de départ des analystes et celui de marché** auquel succède le concept d'industrie.

Rappelons que dans les postulats de l'économie classique, les entreprises sont soumises à la « main invisible » du marché, à la libre concurrence et aux forces du marché. Comme le note Demsetz²⁷⁶, la firme : « (...) is the well known « black-box » into which resources go and out of which goods come, with little attention paid to how this transformation is accomplished. ». En réalité, les producteurs sont perçus comme abstraits et interchangeables²⁷⁷. Elle se trouve dans une position dite de *price taker*, ce qui signifie qu'elle ne peut avoir aucune action sur le marché. **Cette approche marginaliste de la firme ne peut convenir aux économistes industriels puisque l'entreprise représente le point de départ**²⁷⁸ de leurs analyses. Ronald Coase en 1937²⁷⁹ sera le premier économiste à questionner le statut théorique de l'entreprise dans un article intitulé « *The nature of the firm* ». Ses travaux vont déclencher un vaste mouvement d'idées sur la théorie de la firme qui sera progressivement appréhendée comme une organisation. Vont être plus particulièrement développées deux grandes théories de la firme, la théorie de l'agence et celle des coûts de transaction²⁸⁰.

²⁷² Le *Sherman Act* prohibe le monopole et la tentative de monopolisation. Les contrevenants peuvent être condamnés à verser aux personnes lésées jusqu'à trois fois le montant des préjudices dont il est responsable. Le *Clayton Act* limite le champ des fusions et crée la *Federal Trade Commission* chargée de veiller au respect de la concurrence.

²⁷³ Notons que le tryptique est présenté pour la première fois dans les rapports des commissions d'enquêtes nommées et chargées de juger de la légitimité de l'action des grandes firmes.

²⁷⁴ JULIEN P.-A. et MARCHESNAY M. (1997), *Économie et stratégie industrielle*, Économica, p. 38

²⁷⁵ BALASSE A. (2003), "Regard sur trente ans d'économie industrielle", *Reflets et Perspectives*, XLII:n°4, pp. 116-117

²⁷⁶ DEMSETZ H. (1997), "The Firm in Economic Theory: A Quiet Revolution", *American Economic Review*, vol.87:n°2, pp. 426-429

²⁷⁷ CHEVALIER J.-M. (2000b), *L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, Montchrestien, p. 18

²⁷⁸ Ibid., p. 18

²⁷⁹ COASE R. (1937), "The Nature of the Firm", *Economica*, vol. 4, pp. 386-406 ; CHEVALIER J.-M. (2000a), *L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, 300 p.

²⁸⁰ Cf. Titre 1, Chapitre 1, Section 3, p. 65

Par ailleurs, si les économistes industriels reconnaissent que le marché de concurrence pure et parfaite représente la forme d'organisation industrielle la meilleure pour la société, ils considèrent que ses conditions d'existence en tant que structure de marché sont particulièrement contraignantes²⁸¹. Ils prônent l'idéologie selon laquelle l'économie ne doit pas être trop soumise à des tendances monopolistiques²⁸². C'est en France que Cournot et Walras ont conceptualisé sous forme mathématique la notion de concurrence pure et parfaite. S'inspirant des travaux de Cournot et notamment de sa théorie des duopoles, en 1890, Alfred Marshall²⁸³ va systématiser cette théorie. Il va opposer à la situation de concurrence pure et parfaite, celle de monopole (naturel ou réglementaire). A partir des années 1920, cette théorie va être remise en cause. Les auteurs vont formuler des critiques sur l'ensemble des postulats de l'économie classique. En outre, ils vont montrer que les individus ne disposent pas de toutes les informations pour prendre des décisions optimales. De plus, ils vont critiquer le mode de fixation des prix sur le marché en démontrant que ceux-ci ne sont pas nécessairement déterminés par la confrontation de l'offre et de la demande, mais qu'ils résultent le plus souvent des décisions des producteurs. Le développement des concepts de concurrence imparfaite et de concurrence monopolistique par Chamberlin puis par Robinson²⁸⁴, vont mettre en lumière le fait que chaque entreprise dispose de son propre marché et que le pouvoir de monopole s'applique même dans les marchés atomisés où il existe un grand nombre de vendeurs. Ce pouvoir de monopole dépend de multiples facteurs comme la position géographique, la notoriété, la qualité du service après-vente, etc. Ces mêmes auteurs vont rejeter l'hypothèse d'homogénéité des produits en démontrant que plusieurs techniques de production peuvent être mobilisées pour produire un produit X. Enfin, Berle et Means dans *The Modern Corporation and Private Property*²⁸⁵ vont mettre en évidence l'apparition d'un nouveau mode de régulation économique qualifié par Means de « capitalisme collectif ». Selon ces auteurs, la concurrence monopolistique est vouée à constituer la forme prédominante d'organisation des marchés, celle-ci ne pouvant dès lors plus être considérée comme une « déviation », c'est-à-dire une imperfection des marchés²⁸⁶. En cela, ils vont remettre en cause le principe d'atomicité des agents.

Dans le cadre de la transformation progressive de la théorie des marchés (jusqu'à la fin des années 1930), **le concept d'industrie introduit dans les travaux d'Alfred Marshall va se généraliser**. Au regard de l'incapacité du concept de marché décrit par la microéconomie classique à décrire l'économie réelle, le cadre de référence devient celui du marché, celui-ci étant désormais assimilé à l'industrie, dont les auteurs vont chercher à caractériser les structures. De nos jours, en France, la notion de secteur à laquelle se réfèrent la plupart des études industrielles, regroupant les entreprises en fonction de leur activité principale se rapproche du concept d'industrie. L'industrie est définie par Julien et Marchesnay²⁸⁷ comme « un système productif constitué d'un ensemble suffisamment homogène d'activités de production indépendantes, conduites par des acteurs, les firmes, ayant des logiques d'actions individualisées ».

²⁸¹ CHEVALIER J.-M. (2000a), *L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, p. 7

²⁸² Ibid., p. 7

²⁸³ MARSHALL A. (1890), *Principles of Economics*, Gordon and Breach, trad. française, Giard et Brière (1971)

²⁸⁴ Joan Robinson pose l'hypothèse que chaque entreprise possède sa propre clientèle car les entreprises se différencient entre elles. Ce pouvoir de monopole s'applique même dans les marchés de grand nombre, où l'offre est atomisée.

²⁸⁵ BERLE A. et MEANS G. (1956), *The modern corporation and private property*, Mac Millan

²⁸⁶ ARENA R. (1991b), "Structures industrielles et concentration économique: la naissance de l'économie industrielle à Harvard", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M., *Traité d'économie industrielle*, Paris Economica, pp. 15-21

²⁸⁷ JULIEN P.-A. et MARCHESNAY M. (1997), *Économie et stratégie industrielle*, Économica, p. 48

1.1.3. La formulation du modèle S-C-P, les travaux précurseurs de Mason et de Bain

Les économistes reconnaissent l'importance des travaux des chercheurs de l'école de Harvard, notamment de ceux de Mason et de Bain (1951, 1959)²⁸⁸ dans la formulation du modèle Structure-comportement-performance. Le principal apport de Mason, dans son ouvrage *Economic Concentration and the Monopoly problems*, a été de poser le principe de structure de marché, c'est-à-dire l'hypothèse de caractéristiques morphologiques selon les marchés²⁸⁹. Il va remettre en cause le concept de marché (et de son équilibre) renforçant ainsi le concept marshallien d'industrie, en vérifiant la diversité des pratiques de production entre les firmes. Il considère que les structures dominantes sur une industrie déterminent les comportements des firmes. En 1951, l'apport de Bain, d'abord étudiant de Mason à Harvard, a été de spécifier les relations existantes entre la firme et la structure de marché pour dégager des schémas types de comportement et de performance. Dans une démarche inductive telle que celle adoptée par Mason²⁹⁰, c'est-à-dire d'une démarche partant de l'observation des faits pour remonter à une généralisation empirique²⁹¹, Bain confirme l'hypothèse selon laquelle la profitabilité dans des secteurs ultra-concentrés est plus forte que dans les industries moins concentrées²⁹². Il proclame l'existence d'une relation indirecte entre les performances et les structures de marché qui passe à travers le filtre des comportements²⁹³. Il pose pour la première fois la séquence structure-comportement-performance²⁹⁴.

Avant de revenir sur la définition des éléments du modèle, soulignons que Mason et Bain ne proposent pas une formalisation très approfondie des comportements qui, selon eux, est peu utile. En 1959, Bain écrit : « *Mon approche du domaine retenu est essentiellement externe et « comportementaliste* » ; **je m'intéresse au contexte environnemental dans lequel les entreprises fonctionnent dans ce contexte en tant que productrices, vendeuses ou acheteuses. A l'opposé je n'adopte pas une approche interne (...)** qui étudierait comment elles devraient se comporter en ordonnant leurs opérations internes ». En réalité, ces deux auteurs partagent le souci de réduire au maximum l'importance des dimensions subjectives de l'économie industrielle. C'est pourquoi l'auteur s'intéresse plus à l'industrie qu'à la firme. Par ailleurs, pour J. Bain, la séquence structure-comportement-performance était une hypothèse de travail qu'il convenait d'approfondir et de tester et ne constituait pas « *une sorte de construction axiomatique posée a priori* »²⁹⁵. Ce n'est que dans les années 1960 que la formulation du paradigme S-C-P va rompre nettement avec la démarche positive et descriptive de Mason et Bain. Les chercheurs vont attribuer un rôle essentiel au contenu normatif de l'analyse, très réduit dans les premières formulations de Mason et de Bain. C'est à cette période que le tryptique est érigé en véritable paradigme « (...) *bien qu'il ait connu de multiples acceptions, selon les écoles de pensée* »²⁹⁶ car il constitue, comme le notent Julien et Marchesnay, « *une théorie générale acceptée dans une discipline, ou servant en tout cas de référence dans les*

²⁸⁸ MAGAKIAN J.-L. et PAYAUD M.-A. (2007), *100 fiches pour comprendre la stratégie d'entreprise*, Bréal, p. 36

²⁸⁹ Ibid., p. 36

²⁹⁰ ARENA R. (1991a), "Approches théoriques et économie industrielle", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M., *Traité d'économie industrielle*, Paris: Economica, p. 131. Bain part des faits particuliers pour parvenir à définir une loi générale.

²⁹¹ JULIEN P.-A. et MARCHESNAY M. (1997), *Économie et stratégie industrielle*, Economica, p. 48

²⁹² ORMANIDHI O. et STRINGA O. (2008), "Porter's Model of Generic Competitive Strategies", *Business Economics*, Juillet 2008, pp. 55-64

²⁹³ ARENA R. (1991a), "Approches théoriques et économie industrielle", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M., *Traité d'économie industrielle*, Paris: Economica, p. 131

²⁹⁴ Ibid., p. 133

²⁹⁵ Ibid., p. 99

²⁹⁶ JULIEN P.-A. et MARCHESNAY M. (1997), *Économie et stratégie industrielle*, Economica, p. 49

débats »²⁹⁷. Son caractère normatif constitue l'un de ses traits originaux. Selon Arena²⁹⁸, il reste de nos jours la référence théorique principale en économie industrielle.

L'origine du modèle S-C-P ayant été retracée, nous attachons à décrire ses composants et les liens empirico-logiques qu'ils entretiennent.

1.2. Le tryptique structure-comportement-performance

Le développement qui suit présente, dans un premier temps, les éléments du modèle et leurs relations. Nous montrons que les barrières à l'entrée et la concentration concurrentielle représentent les principaux déterminants de la performance d'une industrie. Les principaux types d'études que l'on trouve dans la littérature économique et stratégique testant la validité du modèle sont brièvement introduits.

1.2.1. Le modèle structure-comportement-performance, un cadre général pour l'analyse des performances sectorielles

Bernard et Torre²⁹⁹ rappellent que **l'objectif du tryptique est « d'expliquer sur la base d'une relation causale et linéaire les performances des firmes d'une industrie par les caractéristiques des marchés dans lesquels elles sont insérées (les structures) et par la manière dont les firmes agissent sur ces marchés (les comportements) »**. Dans ce modèle de base, la performance d'une industrie est considérée comme dépendante du comportement moyen des entreprises en place. Ce comportement est lui-même déterminé par les caractéristiques structurelles du marché (l'ensemble des facteurs qui concourent à la compétitivité d'un secteur). À la relation causale décrite par Bain, Scherer³⁰⁰ va ajouter, les conditions de base de la structure. La structure dépend, elle-même, de conditions fondamentales rencontrées tant au niveau de l'offre (par exemple, la technologie), que de la demande. La structure est donc considérée comme exogène parce qu'elle est déterminée par les conditions de marché³⁰¹. Dans ce modèle, les cas polaires de l'industrie sont ceux de la concurrence parfaite et du monopole, sachant que la plupart des industries ont des structures intermédiaires entre ces deux extrêmes³⁰². Les trois éléments fondamentaux du tryptique et leur relation causale synthétisent le processus concurrentiel d'une industrie³⁰³:

- **La structure de l'industrie** : la structure d'un marché regroupe « (...) l'ensemble des facteurs qui concourent à la compétitivité d'un marché »³⁰⁴. Elle est souvent définie par le nombre d'entreprises en présence, le degré de concentration de l'industrie, ou encore, par la distribution des parts de marché. Elle peut également étudier le niveau d'investissement des entreprises, leur intensité capitalistique, ou encore le degré d'intégration vertical et la structure des coûts qui en résulte³⁰⁵. La structure est

²⁹⁷ Ibid., p. 49

²⁹⁸ ARENA R. (1991a), "Approches théoriques et économie industrielle", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M., *Traité d'économie industrielle*, Paris: Economica, p. 98

²⁹⁹ BERNARD J. et TORRE A. (1991), "Études empiriques - L'énigme du chaînon manquant, ou l'absence des stratégies dans les vérifications empiriques du paradigme S.C.P.", *Revue d'économie industrielle*, vol. 57 : 3^e trimestre, p. 94

³⁰⁰ SHERER F.M. et ROSS D. (1990), *Industrial Market Structure and Economic Performance*, Houghton Mifflin, 3^e éd.

³⁰¹ DELORME C.D., KLEIN P.G., KAMERSCHEN D.R., et al. (2002), "Structure, conduct and performance: a simultaneous equation approach", *Applied Economics*, n°35, p. 13

³⁰² DIETSCH M. (1992), "Quel modèle de concurrence dans l'industrie bancaire?", *Revue économique*, vol. 43 : n°2, p. 232

³⁰³ BENZONI L. (1991), "Approches de la concurrence en économie industrielle", in *Traité d'économie industrielle*, Paris: Economica, p. 400

³⁰⁴ CARLTON D.W. et PERLOFF J.M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, p. 2

³⁰⁵ MAGAKIAN J.-L. et PAYAUD M.-A. (2007), *100 fiches pour comprendre la stratégie d'entreprise*, Bréal, p. 35

influencée par les conditions d'entrée et la réglementation³⁰⁶, de même que par le degré de différenciation des produits³⁰⁷.

La structure détermine :

- **Les comportements** des firmes du secteur : le comportement des firmes est défini par Caves³⁰⁸ de la façon suivante : « *Market conduct consists of the behaviour patterns which firms in an industry exhibit in the market where they sell their product* ». L'étude des comportements peut consister notamment à évaluer les niveaux de prix qu'il est possible de pratiquer, les comportements de prédation, d'exclusion ou de collusion entre les firmes, le degré de différenciation entre les produits proposés, les investissements en actifs de production nécessaires, les dépenses de recherche et développement, les dépenses de notoriété et de publicité qu'il faut engager, *etc.* Ce comportement permet aux firmes de perdurer³⁰⁹.

La structure et le comportement des firmes expliquent :

- **La performance** des entreprises : la vision de la performance n'est pas limitative. Elle est le plus souvent mesurée par la rentabilité ou par les parts de marché. La performance peut être définie en termes de performance globale, autrement dit d'optimum social (*social welfare*). Ceci implique que pour améliorer la performance d'un point de vue social, les économistes préconisent une baisse du taux de profit pour se rapprocher du modèle de concurrence pure et parfaite. En cela, l'objectif des économistes industriels est opposé à celui des stratèges qui, s'intéressant au profit de la firme, le plus souvent défini en des termes économiques et financiers, poursuivent, quant à eux, un objectif de rentabilité et préconisent donc une hausse des profits.

La figure suivante, introduite par Scherer et traduite en France par Morvan, illustre les relations entre les quatre blocs : structure, conduite, performance, conditions fondamentales d'une industrie.

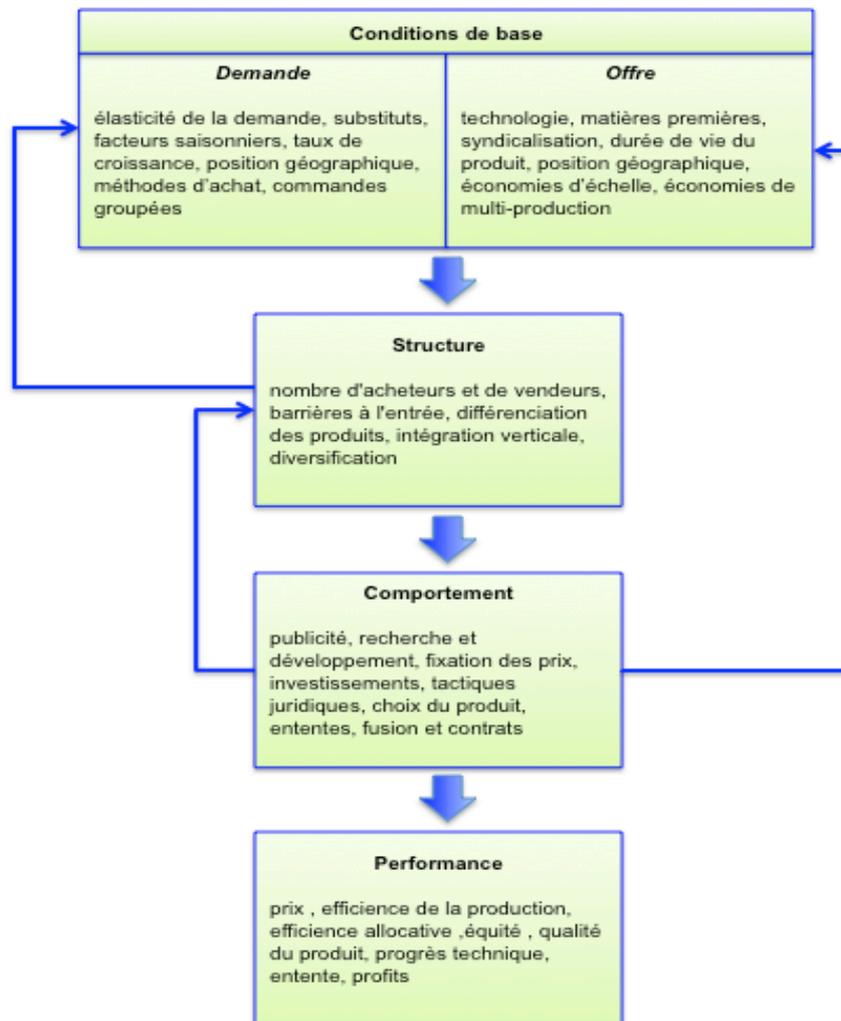
³⁰⁶ DIETSCH M. (1992), "Quel modèle de concurrence dans l'industrie bancaire?", *Revue économique*, vol. 43 : n°2, pp. 229-260

³⁰⁷ GREYER E.T. (1970), "Industrial organization: retrospect and prospect", *American Economic Review*, vol. 60 : n°2, pp. 83-89

³⁰⁸ CAVES R.E. (1967), *American Industry: Structure, Conduct, Performance*, cité par JACQUEMIN A.-P. (1972), "Market structure and the firm's market power", *Journal of Industrial Economics*, vol. 20 : n°2, pp. 122-134

³⁰⁹ MAGAKIAN J.-L. et PAYAUD M.-A. (2007), *100 fiches pour comprendre la stratégie d'entreprise*, Bréal, p. 35

Figure 7 - Le tryptique structure - comportement - performance



source : MORVAN, Y.(1991), *Les fondements de l'économie industrielle*, Economica, p.9

La relation permet d'avancer un résultat simple : pour une structure de marché identique, les firmes de deux secteurs différents doivent connaître des performances similaires³¹⁰. Pour les tenants de l'école de l'économie industrielle, la relation la plus importante est celle de l'impact de la structure sur la performance des entreprises³¹¹. **La performance d'une industrie est souvent considérée comme la résultante du comportement « moyen » des entreprises en place, eux mêmes déterminés par les structures de l'industrie.** En effet, dans ce modèle, les firmes n'ont pas de comportement stratégique propre. De ce fait, la rivalité entre offreurs sur le marché conduit à un niveau unique de prix, des profits et éventuellement de la structure des charges des entreprises du secteur. Dans ses écrits, Porter rappelle que la seule variable économique qui les différencie est la taille³¹².

Cette première approche « structuraliste » des performances des firmes considère que **le taux de profit est déterminé par les caractéristiques de leur environnement³¹³.**

³¹⁰ RAINELLI M. (1993), *Économie industrielle*, Mémentos Dalloz, 2^{ème} édition, p. 5

³¹¹ ORMANIDHI O. et STRINGA O. (2008), "Porter's Model of Generic Competitive Strategies", *Business Economics*, Juillet 2008, pp. 55-64

³¹² PORTER M.E. (1979), "The Structure Within Industries and Companies Performance", *The Review of Economic and Statistics*, vol. 61 : n°2, pp. 214-228

³¹³ MAGAKIAN J.-L. et PAYAUD M.-A. (2007), *100 fiches pour comprendre la stratégie d'entreprise*, Bréal, p. 36

Dans le paragraphe suivant sont introduites les deux principales variables déterminant le niveau de la performance d'une industrie, le niveau de concentration et la hauteur des barrières à l'entrée.

1.2.2. Les déterminants des performances d'une industrie : les barrières à l'entrée et le niveau de concentration du secteur

Mc Williams et Smart³¹⁴, reprenant les propos de Michael Porter, rappellent que les deux principales variables de structure qui peuvent venir modifier la performance de l'industrie et en conséquence, la performance des firmes individuelles sont l'existence de barrières à l'entrée et le nombre et la taille de la distribution des firmes dans une industrie. Ils notent « *The success to any given strategy relates to the ability of the involved firms to engage in activities that lead to barriers to entry and increased concentration. The height of the barriers determines the extent to which superior profits can be earned.* ». Ces deux éléments déterminent le niveau de concurrence sur le marché.

➤ Le niveau de concentration des firmes

Parmi les variables de structure, **le niveau de concentration des vendeurs est décrit comme affectant particulièrement la performance notamment parce qu'elle a un impact sur la marge et sur les prix**³¹⁵. Comme le note Sherrill Shaffer³¹⁶ : « *The conventional Wisdom holds that an increase in the number of firms will generally lead to more competitive conduct, lower price-cost margins, reduced profitability of firms (approaching the competitive level as the number of firms grows large), greater output, higher consumer welfare, better allocative efficiency and increased total welfare* ». Le pouvoir sur le marché est positivement relié à la profitabilité³¹⁷. Plus le pouvoir est important, plus la profitabilité est élevée³¹⁸. Cette notion de pouvoir de marché exprime la capacité des firmes établies à fixer leurs prix de vente au dessus du seuil des prix d'équilibre dans un marché concurrentiel. Bain montrera que le pouvoir de marché qu'induit la concentration en faveur des grandes firmes débouche sur des profits supra-normaux ou excessifs en cas de condition d'entrée difficiles. Dans un esprit bainien, l'hypothèse d'un impact de la structure sur le niveau de performance a été vérifiée empiriquement à maintes reprises, et cela, quel que soit le secteur d'activité considéré³¹⁹. Dans ces études, les chercheurs privilégient une approche en coupe (*cross section*) dans laquelle les firmes de différents secteurs sont comparées³²⁰. Par exemple, ils cherchent à savoir si les prix sont plus élevés dans les industries possédant certaines caractéristiques structurelles telles qu'un nombre peu élevé d'entreprises³²¹. Schmalensee³²² souligne la présence d'un autre type d'étude se centrant sur l'étude d'une industrie et consistent à observer son évolution dans le temps ou à comparer sa situation dans les différents pays³²³. Britton, Clark et Ball³²⁴ notent que les

³¹⁴ MC WILLIAMS A. et SMART D.L. (1993), "Efficiency v. Structure-Conduct-Performance: Implications for Strategy Research and Practice", *Journal of Management*, vol. 19 : n°1, pp. 63-78

³¹⁵ DELORME C.D., KLEIN P.G., KAMERSCHEN D.R., *et al.* (2002), "Structure, conduct and performance: a simultaneous equation approach", *Applied Economics*, n°35, pp. 13-20

³¹⁶ SHAFFER S. (1994), "Structure, conduct, performance, and Welfare", *Review of Industrial Organization*, vol. 9, pp. 435-450

³¹⁷ ORMANIDHI O. et STRINGA O. (2008), "Porter's Model of Generic Competitive Strategies", *Business Economics*, Juillet 2008, pp. 55-64

³¹⁸ Ibid., p. 55

³¹⁹ DIETSCH M. (1992), "Quel modèle de concurrence dans l'industrie bancaire?", *Revue économique*, vol. 43 : n°2, pp. 229-260

³²⁰ RAINELLI M. (1993), *Économie industrielle*, Mémentos Dalloz, 2^{ème} édition, p. 4

³²¹ CARLTON D.W. et PERLOFF J.M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, p. 2

³²² SCHMALENSEE R. (1988), "Industrial economics: an overview", *The Economic Journal*, n°98, pp. 648-649

³²³ CARLTON D.W. et PERLOFF J.M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, p. 398

industries de service sont moins représentées dans les études, en raison de la difficulté à obtenir des données généralisées d'activité. Parmi les principaux secteurs étudiés, on note une prolifération des études relatives à l'industrie bancaire. Michel Dietsch³²⁵ rapporte que ces études analysent les effets de la concentration du secteur sur les indicateurs de performance bancaire. Il souligne que la plupart des travaux ont conclu à une liaison positive entre la concentration du système bancaire et le taux de profit des institutions financières. Ouvrons une parenthèse pour préciser que nos recherches nous ont permis d'établir qu'en France, les articles mobilisant ce cadre théorique portent le plus souvent sur ce secteur d'activité.

➤ La hauteur des barrières à l'entrée

Demsetz³²⁶ reconnaît que les barrières à l'entrée, un concept introduit par Bain en 1956³²⁷ constituent un fondement majeur de l'approche S-C-P. La question sous-jacente est celle de la persistance de profits importants dans certaines industries spécialement dans les industries observant une concentration importante qui suggère la présence de barrières à l'entrée. Ainsi, cette théorie a pour objectif d'apporter des explications aux situations de monopole³²⁸. Selon Bain, les barrières à l'entrée revêtent un caractère stratégique car elles influencent à la fois le comportement des firmes établies, la structure et les performances du marché. En effet, les barrières déterminent le nombre de firmes qui, en retour, influencent la compétitivité d'une industrie et, ainsi, le taux de profit de chaque firme³²⁹. A la suite des travaux de Bain, une multitude de définitions et de théories des barrières à l'entrée vont être développées³³⁰. Cependant, dans nos travaux, nous présentons uniquement la version introduite de Bain. Il propose la définition suivante des barrières à l'entrée : « (...) *the advantage of established sellers in an industry over potential entrant sellers, these advantages being reflected in the extent to which established sellers can persistently raise their prices above a competitive level without attracting new firms to enter the industry.* »³³¹

Pour lui, la hauteur des barrières détermine le niveau de profit de l'industrie³³². Les économistes industriels considèrent que pour construire une position forte sur le marché, les entreprises doivent avoir recours à un certain nombre de barrières pour protéger leur position³³³ et nécessairement adopter un comportement approprié pour ne pas, en quelque sorte, « gâcher ce potentiel »³³⁴. Les barrières à l'entrée peuvent être des barrières économiques naturelles qui imposent un surcoût aux nouveaux entrants ou bien des barrières réglementaires³³⁵. Sur ce point, Hartley White et Chaundy³³⁶ rapportent que le gouvernement

³²⁴ BRITTON L.C., CLARK A.R. et BALL D.F. (1992), "Modify or Extend ? The application of the Structure Conduct Performance Approach to Service Industries", *The Service Industries Journal*, vol. 12 : n°1, pp. 34-43

³²⁵ DIETSCH M. (1992), "Quel modèle de concurrence dans l'industrie bancaire?", *Revue économique*, vol. 43 : n°2, p. 232

³²⁶ DEMSETZ H. (1982), "Barriers To Entry", *American Economic Review*, vol. 72 : n°1, pp. 47-57

³²⁷ BAIN J.S. (1956), *Barriers to new competition*, Harvard University Press, p. 3

³²⁸ DEMSETZ H. (1982), "Barriers To Entry", *American Economic Review*, vol. 72 : n°1, pp. 47-57

³²⁹ CARLTON D.W. (2004), "Why Barriers to Entry Are Barriers to Understanding", *Ibid.*, vol. 94 : n°2, pp. 466-470

³³⁰ DAVIDOVICI-NORA M. (2000), "Entrée, sortie, contestabilité", in *Montchrestien, L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, Paris, pp. 143-172

³³¹ MC WILLIAMS A. et SMART D.L. (1993), "Efficiency v. Structure-Conduct-Performance: Implications for Strategy Research and Practice", *Journal of Management*, vol. 19 : n°1, pp. 63-78

³³² *Ibid.*, p. 66

³³³ FORGUES B. et LOOTVOET E. (2006/6), "Avantage concurrentiel durable, Imitation et ambiguïté causale", *Revue française de gestion*, n°165, pp. 197-209

³³⁴ MC WILLIAMS A. et SMART D.L. (1993), "Efficiency v. Structure-Conduct-Performance: Implications for Strategy Research and Practice", *Journal of Management*, vol. 19 : n°1, pp. 63-78

³³⁵ DIETSCH M. (1992), "Quel modèle de concurrence dans l'industrie bancaire?", *Revue économique*, vol. 43 : n°2, pp. 229-260

³³⁶ HARTLEY K., WHITE R. et CHAUNDY D. (1997), "Government and industry performance: a comparative study", *Applied Economics*, vol. 29, pp.1227-1237, Dans leur article, ces auteurs testent si les caractéristiques des industries

au travers de ses décisions peut influencer à la fois les structures, les conduites et les performances des entreprises, les performances pouvant varier en fonction des volumes de commande, de la négociation des prix, de la régulation des profits, ou encore du contrôle des exportations (industrie de l'armement par exemple). Pour Bain, **les barrières économiques naturelles trouvent le plus souvent leur origine dans les économies d'échelle, la différenciation des produits et les avantages de coût absolu**. Ces trois éléments qui ont donné lieu à une littérature abondante sont présentés de façon succincte dans les travaux de Myriam Davidovici-Nora³³⁷. Ses explications sont les suivantes :

- **Economies d'échelle** : Bain distingue les économies d'échelle *réelles* représentant la quantité d'input par output des économies d'échelles *monétaires* qui sont le résultat d'un accroissement du pouvoir de négociation de la firme par rapport aux fournisseurs compte tenu de sa taille. Il estime que ces dernières sont significatives dans les industries où les coûts fixes sont élevés.
- **La différenciation des produits** : elle constitue une barrière à l'entrée indirecte car le concurrent qui souhaitera imiter un produit constatera un désavantage de coût et/ou de ventes du fait de la rente de clientèle des entreprises établies.
- **Les avantages de coûts absolus** : ils sont déterminés par le degré de maîtrise d'une technique de production qui peut, par exemple, résulter d'efforts menés en recherche et développement, du savoir-faire, de l'expérience ou de livraison ou encore d'un accès privilégié aux capitaux. Demsetz³³⁸ précise que pour Bain, ces avantages de coûts dérivent, d'une certaine façon, des dépenses publicitaires et/ou des dépenses en capital ou des économies d'échelle.

Après avoir retracé les principaux éléments de compréhension du tryptique, nous nous intéressons dans le paragraphe suivant aux principales limites du paradigme recensées dans la littérature.

1.3. Les principales limites du modèle S-C-P : un modèle statique et une minimisation des comportements des entreprises

Comme le note Michel Morvan, « *l'unanimité (relative) des pionniers autour de la « séquence royale » ne doit pas faire illusion* »³³⁹. Le lien de causalité entre la concentration industrielle, les comportements des firmes et la performance de l'industrie a donné lieu à de nombreuses critiques émanant d'économistes de sensibilité différente³⁴⁰. Le modèle a été maintes fois remanié³⁴¹. Nous retraçons les principales critiques adressées au paradigme S-C-P et introduisons brièvement les principales théories économiques issues des travaux des économistes industriels.

Parmi les principales critiques adressées au modèle S-C-P, on note l'échec de ce dernier à **rendre compte de l'ensemble des relations inter-industrielles**. En restant profondément ancré dans l'analyse marshallienne en équilibre partiel, le modèle tend à **isoler les secteurs du**

qui sont les plus dépendantes des décisions gouvernementales différent de celles qu'ils jugent moins dépendantes et observent si cette dépendance a des effets favorables ou adverses sur leur performance.

³³⁷ DAVIDOVICI-NORA M. (2000), "Entrée, sortie, contestabilité", in *Montchrestien, L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, Paris, p. 145

³³⁸ DEMSETZ H. (1982), "Barriers To Entry", *American Economic Review*, vol. 72 : n°1, pp. 47-57

³³⁹ MORVAN M. (1991), *Fondements d'économie industrielle*, Economica, p. 14

³⁴⁰ MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris: L'Harmattan, p. 283

³⁴¹ Pour un exemple de modification du paradigme, V. notamment MC WILLIAMS A. et SMART D.L. (1993), "Efficiency v. Structure-Conduct-Performance: Implications for Strategy Research and Practice", *Journal of Management*, vol. 19 : n°1, pp. 63-78. Le paradigme proposé diffère du paradigme S-C-P sur les points suivants : ses auteurs considèrent que dès lors qu'une industrie n'est pas régulée par l'Etat, elle est concurrentielle. De plus, la concurrence est perçue comme un processus dans un environnement dynamique et non analysé en termes d'équilibre dans un environnement statique comme c'est le cas du paradigme S-C-P.

reste de l'économie et ignore assez largement les relations intersectorielles (effets d'entraînement, effets de domination, phénomène de co-développement des secteurs, hybridation des technologies, etc.)³⁴².

De plus, le caractère statique du modèle a largement été remis en cause. Cette limite a donné naissance à l'approche des évolutionnistes de la firme initiée par Nelson et Winter³⁴³ en 1982. Ces auteurs perçoivent les structures comme étant en évolution permanente. Dans le modèle S-C-P, la concurrence est analysée en terme d'équilibre³⁴⁴. L'analyse statique de la relation entre la structure et la performance implique l'existence de conditions optimales et que ces conditions optimales se maintiennent dans le temps³⁴⁵. Cependant certains auteurs vont montrer que les industries ne sont jamais à l'équilibre. En effet, la concentration augmente et diminue, tout comme les barrières à l'entrée et les autres mesures de structures identifiées dans le paradigme de l'économie industrielle.

Enfin, **les chercheurs vont reconnaître l'existence de rétroactions** entre les éléments du modèle. Dans le modèle S-C-P initial, les firmes sont considérées être homogènes³⁴⁶ et, par conséquent, elles n'ont pas de comportements stratégiques. Du moins, comme le précise Michel Rainelli, les comportements individuels sont minimisés³⁴⁷, toutes les firmes d'un secteur étant supposées poursuivre un même objectif et s'adapter aux conditions imposées par leur environnement concurrentiel. **L'école de Chicago va critiquer le penchant trop structuraliste** de l'université d'Harvard considérant que **la chaîne de causalité entre S-C-P est unidirectionnelle en partant des structures de marché pour aboutir à la rentabilité**³⁴⁸. Ainsi, à la causalité univoque S-C-P, se sont surajoutés des effets de rétroaction (*feedback*) divers conduisant des comportements vers les structures de marché ou encore vers les conditions de base constituées par les coûts, la demande ou la technologie³⁴⁹. Les économistes de l'école de Chicago considèrent que des structures concentrées ne sont pas le symptôme d'une imperfection de marché, mais qu'elle résulte de la domination des firmes les plus efficaces³⁵⁰. **La performance s'explique surtout par les attitudes stratégiques adoptées par les acteurs**³⁵¹.

Une série de développements ont invité à jeter des regards renouvelés sur le paradigme central S-C-P. On compte plus particulièrement trois variantes spécifiques à cette approche fondée sur la théorie des prix : la théorie des marchés contestables, la théorie des coûts de transaction et la théorie des jeux³⁵². Si le champ de l'économie a été profondément bouleversé par les

³⁴² MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris: L'Harmattan, p. 283

³⁴³ NELSON R.R. et WINTER S.G. (1982), *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Harvard University Press

³⁴⁴ MC WILLIAMS A. et SMART D.L. (1993), "Efficiency v. Structure-Conduct-Performance: Implications for Strategy Research and Practice", *Journal of Management*, vol.19 : n°1, pp. 63-78

³⁴⁵ PORTER M.E. (1981), "The contribution of industrial organization to strategic management", *Academy of Management Review*, n°6, pp. 609-620

³⁴⁶ RUMELT R.P. (1991), "How Much Does Industry Matter?", *Strategic Management Journal*, vol. 12, pp.167-185

³⁴⁷ RAINELLI M. (1993), *Économie industrielle*, Mémentos Dalloz, 2^{ème} édition, p. 5

³⁴⁸ Ibid., p. 5

³⁴⁹ DELORME C.D., KLEIN P.G., KAMERSCHEN D.R., et al. (2002), "Structure, conduct and performance: a simultaneous equation approach", *Applied Economics*, n°35, p. 13 ; BERNARD J. et TORRE A. (1991), "Études empiriques - L'énigme du chaînon manquant, ou l'absence des stratégies dans les vérifications empiriques du paradigme S.C.P.", *Revue d'économie industrielle*, vol. 57 : 3e trimestre, pp. 93-105

³⁵⁰ MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris: L'Harmattan, p. 283

³⁵¹ MORVAN M. (1991), *Fondements d'économie industrielle*, Economica, p. 16

³⁵² La théorie des marchés contestables a été développée notamment par Baumol, Panzar et Willig en 1982. Elle a eu pour ambition de fournir de nouvelles analyses des structures de marchés. L'idée fondamentale de cette théorie est que la concurrence est gouvernée par les conditions d'entrée et de sortie de l'industrie, non pas par le nombre d'entreprises, comme c'est le cas dans le modèle S-C-P. La théorie des jeux, introduite par Von Neuman et Morgenstern en 1944 décrit comment les entreprises forment leurs stratégies et comment ces stratégies déterminent les profits. La concurrence des entreprises y est considérée comme un jeu de stratégies, ou plans de bataille qui

développements de l'économie industrielle, celui de la stratégie d'entreprise n'a pas été laissé en reste. **Avec les travaux de Michael Porter qui vont faire le pont entre l'économie et la stratégie d'entreprise, les spécialistes du champ vont dénoncer l'absence de solutions proposées pour améliorer la performance des firmes.** Les behaviouristes (ou stratégestes) vont déplacer le débat centré jusqu'alors sur les déterminants de la performance de l'industrie vers celui des facteurs de performance internes à la firme. **En démontrant que la stratégie des firmes est à l'origine d'une hétérogénéité intra-sectorielle des comportements³⁵³, la recherche des déterminants de la performance des firmes va devenir le centre d'attention des stratèges.**

2. La recherche des déterminants individuels de la performance des firmes, une préoccupation majeure de la stratégie d'entreprise

Tandis que **le paradigme SCP propose des solutions pour améliorer la performance de l'industrie** (ériger des barrières à l'entrée, diminuer la concurrence)³⁵⁴, il ne s'intéresse pas pour autant à la performance d'une firme en particulier. L'approche ne met donc pas l'accent sur l'éventail des stratégies qui s'offrent aux entreprises et ne permet pas d'expliquer pourquoi, à structures de marchés comparables, des firmes d'un même secteur obtiennent des performances différentes. Cette question va guider la recherche dans le domaine du management stratégique³⁵⁵. Pour autant, il nous semble important de rappeler que les concepts fondamentaux de la stratégie d'entreprise telles que les notions de compétitivité et de rentes qui permettent d'appréhender le fondement du succès d'une firme ont été introduits dans les travaux des économistes industriels. C'est avec les travaux de Porter que le champ de la stratégie d'entreprise va adopter et adapter les concepts de l'économie industrielle à partir des années 1980. Dans la lignée des travaux des économistes industriels, Porter va considérer que les caractéristiques de la structure constituent le principal déterminant de la performance des firmes. Cependant ses travaux n'apportent pas de réponse pas à une question importante : si les firmes appartenant à une même industrie rencontrent des conditions identiques dans leurs relations avec leurs clients et leurs fournisseurs et qu'elles opèrent dans une même structure de marché, pourquoi certaines firmes réussissent-elles mieux que d'autres ? Les théoriciens des ressources vont déduire que la structure de l'industrie ne représente pas le seul déterminant de la performance des entreprises et qu'il faut tenir compte des spécificités internes de la firme pour expliquer les performances intra-industrie. Le dualisme des réponses apportées à la question de l'hétérogénéité intra-industrie va conduire à un renouveau des recherches empiriques. Les auteurs vont tenter de déterminer l'importance relative des caractéristiques de l'industrie et de celles de la firme dans l'explication du niveau de performance des entreprises.

Avant de nous intéresser aux approches centrées sur l'explication des déterminants de la performance des firmes, nous introduisons les apports des économistes dans la compréhension des déterminants de la performance des entreprises. Par la suite, une synthèse est proposée du contenu et des résultats des principales études empiriques portant sur les déterminants majeurs de la performance intra-industrie.

décrivent le comportement de chaque entreprise. Le but du jeu pour les entreprises est le profit. Enfin, le concept de coût de transaction, introduit par Coase en 1937 est approfondi et développé dans les années 1970 Williamson. Coase soutiendra la thèse fondamentale que l'analyse économique standard néglige les coûts de transaction. Les coûts de transaction sont des dépenses liées aux échanges effectués par les agents économiques entre eux qui s'ajoutent aux prix des biens eux-mêmes, comme les coûts de rédaction et d'application du contrat. L'importance plus ou moins grande de ces coûts permet expliquer pourquoi les structures, conduites et performances varient d'une industrie à l'autre.

³⁵³ MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris: L'Harmattan, p. 286

³⁵⁴ DOUGLAS T.J. et RYMAN J.A. (2003), "Understanding competitive advantage in the general hospital industry: Evaluating strategic competencies", *Strategic Management Journal*, n°24, pp. 333-347

³⁵⁵ RUMELT R.P., SCHENDEL D. et TEECE D.J. (1991), "Strategic Management and Economics", *Ibid.*, vol. 12, pp. 5-29

2.1. Les apports des économistes dans la compréhension des déterminants de la performance des firmes

Les différents concepts d'économie industrielle permettent de construire une séquence logique qui sous-tend la réflexion stratégique des entreprises. Ces premiers développements des économistes industriels vont être repris et complétés par les auteurs en stratégie d'entreprise.

Cette séquence est retracée dans les travaux de Michel Chevalier³⁵⁶. Il rappelle que l'objectif principal de l'entreprise est la recherche du profit. **Cette recherche de profit nécessite pour une entreprise d'être compétitive**, la compétitivité étant définie comme « *la capacité de vendre durablement et avec profit ce que l'on produit* ». Pour obtenir un tel résultat, il faut que l'entreprise soit en mesure de faire face à la concurrence réelle et potentielle à court, à moyen et à long terme. Dans la construction et la défense de cette position compétitive, il y a des éléments qui relèvent de la maîtrise des coûts (**compétitivité coût**) et d'autres qui sont plus qualitatifs (**compétitivité hors coût**). **Finalement, dans cette quête de profit et de compétitivité, l'entreprise ne fait en réalité que rechercher des rentes et le profit ne fait que refléter l'existence de rentes**. Ce concept de rente occupe une place centrale dans la stratégie d'entreprise, toute stratégie d'entreprise visant à « *créer des rentes, protéger des rentes, accroître des rentes, disputer des rentes, s'approprier des rentes, éventuellement s'entendre sur leur partage* ».

Les économistes industriels distinguent deux grands types de rente. Tandis que les **rentes différentielles** mesurent les avantages de coût, les **rentes de monopole** reflètent les avantages hors coûts. **Les rentes différentielles** sont la résultante des différences de coûts qui existent entre plusieurs entreprises concurrentes. Elles trouvent leur origine dans la technologie, le savoir-faire, l'information, l'organisation, la disponibilité de meilleurs inputs, les stratégies de localisation. Cette notion de rente différentielle recouvre ainsi une large gamme de « ressources » possibles. **Les rentes de monopole** ne recouvrent pas seulement la différenciation du produit, et le service qui peut y être associé, mais aussi des marchés captifs, des situations de monopoles naturels, des brevets de fabrication, et aussi le véritable monopole lié à l'innovation. Dans certains cas, on peut aussi évoquer **une rente de clientèle**, celle-ci étant définie comme la rente potentielle qu'une entreprise détient sur un client qui a déjà acheté l'un de ses produits et qui sera amené à renouveler ses achats.

2.2. Les déterminants de la performance en stratégie d'entreprise

Les deux grandes approches en stratégie, celle de Porter s'appuyant sur les travaux des économistes industriels et celle des théoriciens des ressources, ont chacune mis en lumière l'existence de déterminants majeurs de la performance. Tandis que la première considère que la structure de l'industrie représente le premier déterminant de la performance, la seconde s'attache à démontrer le rôle primordial des caractéristiques internes de la firme.

2.2.1. De l'économie industrielle à la stratégie d'entreprise : les travaux de Michael Porter

C'est à l'Université d'Harvard que Michael Porter va faire de l'économie industrielle, sa discipline de base, un outil de réflexion stratégique en modifiant quelque peu la relation

³⁵⁶ CHEVALIER J.-M. (2000b), *L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, Montchrestien, p. 22 et s.

structure-performance³⁵⁷. Il va principalement inaugurer l'étude des « groupes stratégiques » et introduire le modèle des cinq forces. Dans un premier temps, Porter développe l'idée que des firmes installées peuvent être classées dans des « **groupes stratégiques** ». Le concept de groupe stratégique va constituer un premier apport dans la compréhension de l'hétérogénéité des performances intra-industrie. Ces groupes sont obtenus en privilégiant deux variables structurelles (une en abscisse, l'autre en ordonnée) dont on a pu observer, constater, vérifier qu'elles discriminent bien les firmes. Les **barrières à la mobilité**³⁵⁸ empêchent les firmes de passer d'un groupe stratégique à l'autre au sein d'une même industrie et, de cette façon, expliquent les différences de performance observées au niveau intra-industriel.

Dans son modèle des cinq forces, Porter va spécifier la nature des divers intervenants d'une industrie (concurrents du secteur, entrants potentiels, clients, fournisseurs, substituts représentant les cinq forces) et leurs relations³⁵⁹. Le modèle des cinq forces permet de déterminer l'état de la concurrence dans une industrie et de spécifier la nature des contraintes qui pèsent sur les prises de décision des firmes³⁶⁰. Ainsi, l'effet collectif de ces cinq forces détermine la capacité d'une firme à réaliser des profits. L'objet principal devient le comportement concurrentiel, alors que l'objet principal du modèle S-C-P était le contexte dans lequel les compétiteurs évoluent³⁶¹. **Il met en avant trois stratégies génériques possibles pour des firmes installées dans des industries (volume, différenciation, spécialisation large ou étroite)**. Selon le groupe d'appartenance dans la **carte stratégique**, la firme devra adopter la **stratégie générique** propre au groupe. Ce lien positionnement / structure est censé donner la meilleure performance. L'entreprise qui adopterait une stratégie différente ou qui souhaiterait recourir simultanément à différentes stratégies ne serait pas compétitive. **Ainsi, la structure industrielle détermine les stratégies individuelles des firmes**. De même que le paradigme S-C-P, Porter reconnaît l'influence de la structure de l'industrie sur les comportements et les performances. En revanche, à la différence du modèle S-C-P, selon Porter, la structure et le comportement sont mutuellement dépendants.

Les études empiriques qui ont suivi ont montré que des firmes positionnées dans un groupe stratégique dont la stratégie générique pouvait être qualifiée d'« aberrante » s'avéraient parfois très performantes. Le lien entre le positionnement de l'entreprise dans son industrie et la stratégie a donc, dans ces études, été remis en cause. En 1985, dans *L'Avantage Concurrentiel*³⁶², Porter adopte une vision moins déterministe et souligne l'importance de **l'avantage concurrentiel** que la firme va délibérément développer en tenant compte de ses propres ressources, valorisées au travers des activités compétitives de l'entreprise³⁶³. L'avantage concurrentiel d'une entreprise privée se mesure en premier lieu par la capacité d'une firme à générer des profits³⁶⁴. La firme y est perçue comme développant sa propre stratégie.

³⁵⁷ HOSKISSON R.E., HITT M.A., WAN W.P., *et al.* (1999), "Theory and Research in strategic management: Swings of the pendulum", *Journal of Management*, vol. 25 : n°3, pp. 417-456

³⁵⁸ CAVES R.E. et PORTER M.E. (1977), "From entry barriers to mobility barriers: conjectural decisions and contrived deterrence to new competition", *Quarterly Journal of Economics*, pp. 241-261

³⁵⁹ HOSKISSON R.E., HITT M.A., WAN W.P., *et al.* (1999), "Theory and Research in Strategic Management: Swings of the Pendulum", *Journal of Management*, vol. 25 : n°3, pp. 417-456

³⁶⁰ SMITH R.L., ROUND D.K. et TRINTADE R. (2007), "Integrating strategic behaviour into competition analysis", *The Antitrust Bulletin*, vol. 52 : n°3, pp. 633-660

³⁶¹ ORMANIDHI O. et STRINGA O. (2008), "Porter's Model of Generic Competitive Strategies", *Business Economics*, Juillet 2008, pp. 55-64

³⁶² PORTER M.E. (2003), *L'avantage concurrentiel*, Dunod, 647 p.

³⁶³ JULIEN P.-A. et MARCHESNAY M. (1997), *Économie et stratégie industrielle*, Économica, pp. 93-95

³⁶⁴ JOHNSON G., SCHOLES K., WHITTINGTON R., *et al.* (2008), *Stratégique*, Pearson Education, 8^{ème} édition, p. 66

2.2.2. La reconnaissance du rôle des ressources internes de la firme comme déterminant de la performance

Le deuxième apport considérable en matière de compréhension des déterminants de la performance est issu des travaux des chercheurs de l'école des ressources ou *Resource Based View* (RBV), second grand courant de pensée en stratégie d'entreprise introduit par Edith Penrose³⁶⁵. Pour Porter, les firmes intervenant sur les mêmes marchés de produits tendent à posséder les mêmes ressources analysées en termes de capacités, d'expérience, d'actifs, etc. Cette vision sera contestée par les théoriciens des ressources qui considèrent que Porter néglige les variables contrôlées par le management. Dans l'approche des ressources, **les stratégies des acteurs d'une même industrie peuvent différer entre elles et les ressources être hétérogènes et immobiles**. Les firmes ne sont plus perçues comme des « boîtes noires » dans une structure de marché donné, mais comme « *une collection dynamique de compétences spécifiques qui sont sources de divers niveaux de performance* »³⁶⁶, comme l'illustrent ces propos de Rumelt³⁶⁷ : « *A firm's competitive position is defined by a bundle of unique resources and relationships* ».

De même que dans les travaux de Porter, l'approche par les ressources et les compétences accorde une place centrale au comportement des entreprises et admet l'importance de tenir compte de l'environnement. En effet, chaque entreprise, en fonction de ses compétences spécifiques, et selon ses propres routines de prise de décision, adopte des comportements qui lui semblent les plus à même d'atteindre ses objectifs étant donnée la spécificité de sa représentation de l'environnement³⁶⁸. L'accent est mis sur la dynamique qui naît de la confrontation d'agents hétérogènes aux pressions de leur environnement local. En effet, un contexte local favorable permet à l'entreprise d'accumuler des ressources et de développer ses compétences³⁶⁹. Notons que dans ce processus, le faisceau de compétences détenu par une firme est amené à évoluer.

Barney³⁷⁰ en reprenant la définition de Daft³⁷¹, inclut dans la notion de ressources « *tous les actifs, capacités, processus organisationnels, attributs de la firme, informations, connaissances et savoirs contrôlés par l'organisation qui permettent de concevoir et mettre en place des stratégies qui améliorent l'efficacité* ». Barney précise qu'une ressource doit être VRIN pour conduire à un avantage concurrentiel durable. Cela signifie qu'elle doit être *Valuable*, c'est-à-dire qu'elle doit créer des situations d'opportunités dans l'industrie ou en neutraliser des menaces, *Rare* pour les concurrents actuels et potentiels et *Non imitable* pour générer un avantage concurrentiel durable, l'imitation de la ressource ne peut être qu'imparfaite et *non substituable* (elle ne doit pas avoir de substituts).

Atamer et Calori³⁷² précisent que le diagnostic des ressources et leur utilisation procurent des éléments essentiels pour expliquer les causes profondes des performances ou les contre performances de l'entreprise face à la concurrence. Les performances des entreprises sont directement déterminées par le degré d'adaptation de leur comportement au régime de concurrence. Les entreprises qui réalisent les meilleurs résultats sont celles qui auront su (ou

³⁶⁵ PENROSE E.G. (1959), *The theory of the growth of the firm*, Wiley

³⁶⁶ Ibid.

³⁶⁷ RUMELT (R), *Towards a strategic theory of the firm, competitive strategic management* (1984), Englewood Cliffs, Prentice-Hall, pp. 556-570

³⁶⁸ MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris: L'Harmattan, p. 289

³⁶⁹ ARREGLE J.-L. et POWELL T.C. (2009), "Pour une approche plus équilibrée de la performance des firmes", *Revue française de gestion*, vol.6:n°196, pp. 147-165

³⁷⁰ BARNEY J. (1991), "Firm resources and sustained competitive advantage", *Journal of management*, vol. 17 : n°1, pp. 99-120

³⁷¹ DAFT R. (1983), *Organization theory and design*, West

³⁷² ATAMER T. et CALORI R. (2003), *Diagnostic et décisions stratégiques*, Dunod, p. 221

pu) mettre en œuvre des comportements permettant d'affirmer des avantages compétitifs forts sur les modes de concurrence dominants. **En définitive, dans cette approche, c'est l'hétérogénéité des ressources qui crée les succès ou les échecs dans une même industrie.**

Ce sont les conditions présentes, structure du marché et stratégie dans la première approche, et le portefeuille de ressources, pour les théoriciens des ressources qui permettent de comprendre les performances des firmes³⁷³. La dualité de ces approches des déterminants de la performance a engendré le développement de recherches empiriques ayant pour objectif de comprendre dans quelle mesure la performance financière est influencée par l'appartenance à une industrie ou par les caractéristiques propres de la firme. Dans le paragraphe suivant, nous analysons le contenu et les résultats de ces études.

2.3. Les études empiriques des déterminants de la performance : effet « firme » ou effet « industrie » ?

Face à la dualité des déterminants de la performance, depuis les travaux pionniers de Schmalensee³⁷⁴ et de Rumelt³⁷⁵, plusieurs équipes de chercheurs se sont intéressées à décomposer la variance totale du taux de rentabilité des « *business unit* » ou segment d'activité des entreprises en distinguant principalement l'effet « industrie » et l'effet « *business unit* ».

De nombreuses variables permettent de caractériser l'hétérogénéité d'une industrie. Parmi les plus répandues, on compte le taux de croissance du secteur, la concentration, l'intensité capitalistique, l'intensité des dépenses de publicité, *etc.* Cependant l'importance relative de ces facteurs pour chaque industrie a souvent été discutée par les chercheurs³⁷⁶. En 1985, Schmalensee mesure l'hétérogénéité intra-industrie à partir des parts de marché³⁷⁷, celui-ci suivant le constat des économistes industriels selon lequel, comme nous l'avons vu auparavant, l'hétérogénéité intra-industrie est uniquement due aux différences de taille entre les firmes. En 1991, Rumelt³⁷⁸, pour des raisons de clarté de son exposé, distinguera l'effet « *business unit* » ou effet « segment d'activité » pour la part des opérations d'une entreprise réalisée dans une unique industrie de l'effet « *corporate* » qui dénote l'appartenance à une entreprise qui détient et opère dans plusieurs « *business unit* ». L'analyse de l'effet « segment d'activité » remplace l'effet « part de marché » mesuré par Schmalensee. Dans l'ensemble des travaux, la performance est mesurée de façon systématique par un indicateur financier, le plus souvent un indicateur de rentabilité ou de création de valeur³⁷⁹.

Les résultats de ces études empiriques sont très variables. L'étude de Schmalensee³⁸⁰ montre l'importance de l'effet « industrie ». D'après ses résultats, l'appartenance à une industrie compte pour plus de 20 % de la variance observée dans la rentabilité des segments d'activité, tandis que l'effet « parts de marché » a un faible pouvoir explicatif sur la variance. L'auteur conclut que l'effet « industrie » joue un rôle central dans la détermination du niveau de performance tandis que l'effet « part de marché » n'est pas significatif. Pour autant, Schmalensee laisse dans ses

³⁷³ TARONDEAU J.-C. (2010), "Les héritages du passé peuvent-ils expliquer les performances actuelles des firmes?", *Revue française de gestion*, n°201, pp. 27-43

³⁷⁴ SCHMALENSEE R. (1985), "Do markets differ much?", *American Economic Review*, vol. 75 : n°3, pp. 341-351

³⁷⁵ RUMELT R.P. (1991), "How Much Does Industry Matter?", *Strategic Management Journal*, vol. 12, pp. 167-185

³⁷⁶ HANSEN G.S. et WERNERFELT B. (1989), "Determinants of firm performance: the relative importance of economic and organizational factors", *Ibid.*, vol. 10, pp. 399-411

³⁷⁷ SCHMALENSEE R. (1985), "Do markets differ much?", *American Economic Review*, vol. 75 : n°3, pp. 341-351

³⁷⁸ RUMELT R.P. (1991), "How Much Does Industry Matter?", *Strategic Management Journal*, vol. 12, pp. 167-185

³⁷⁹ Hawanini, Subramanian et Verdin choisissent de mesurer la performance des entreprises par le *Market to book ratio* et par un indicateur de profitabilité. Tandis que le premier reflète la performance opérationnelle de la firme sur une année, le second reflète les attentes du marché sur la performance opérationnelle à venir de la firme.

³⁸⁰ SCHMALENSEE R. (1985), "Do markets differ much?", *American Economic Review*, vol. 75 : n°3, pp. 341-351

travaux 80 % de la variance des taux de rentabilité des segments d'activité inexpliquée. En 1989, Hansen et Wernerfelt³⁸¹ vont montrer, quant à eux, que l'appartenance à une industrie explique 19 % de la variance des taux de profit des firmes qu'ils étudient, mais que les caractéristiques organisationnelles sont au moins deux fois plus importantes. En 1991, Rumelt, fondant son étude sur les insuffisances de celle de Schmalensee, montre que l'effet « industrie » joue pour 9 % dans la variance des taux de rentabilité dont seulement la moitié est stable sur les quatre années. L'effet « segment d'activité » explique quant à lui plus de 44 % de la variance. Les autres effets testés, comme l'effet « corporate » ou encore l'effet « année », sont négligeables. Cette étude va initier un nouveau débat sur la pertinence de l'appartenance à une industrie et des facteurs caractéristiques des segments d'activité comme déterminants de la profitabilité.

Toutes les études qui vont suivre (nous ne citons dans ces développements que les résultats de quelques unes d'entre elles), **quels que soient les raffinements méthodologiques qu'elles introduisent, confirment la dominance des effets spécifiques au segment d'activité, c'est-à-dire la prédominance de l'effet « firme » ou de l'effet « corporate » sur l'effet « industrie »**³⁸². Par exemple, en 1997, McGahan et Porter³⁸³, en recourant à un échantillon plus large d'entreprises comprenant également des entreprises du secteur des services, trouvent que l'effet « industrie » est plus important (19 %) que dans les travaux de Rumelt (9 %). Ils vont également montrer que les effets « industrie » et « firme » varient selon les secteurs d'activité. Contrairement aux résultats des études antérieures, en 2001, Bowman et Helfat³⁸⁴ vont révéler l'importance de l'effet « corporate » parmi les déterminants de la performance. En 2003, Hawawini, Subramanian et Verdin³⁸⁵ vont montrer que la majorité de la variance liée à l'effet « firme » est due à la présence de quelques firmes qui obtiennent des résultats financiers exceptionnellement hauts ou bas dans des industries données. Pour eux, l'effet « firme » semble donc jouer un rôle plus important que l'effet « industrie » seulement pour les entreprises qui sur-performent ou sous-performent les autres entreprises du secteur. L'effet « industrie » prime pour les entreprises qui ont des résultats financiers intermédiaires. Ruefli et Wiggins³⁸⁶, dans une étude publiée en 2003 trouvent une faible importance de l'effet « industrie » et un effet « corporate » primant sur les autres. Selon eux, l'importance relative des effets varie avec le temps. La principale conclusion qu'ils retirent de leurs résultats est que les managers, par les décisions qu'ils prennent peuvent influencer la performance de chacun des segments d'activité de leur entreprise.

En définitive, il semble que les deux effets, « industrie » et « firme », représentent tous deux des déterminants de la performance des firmes à des degrés divers selon le secteur considéré et le niveau des résultats financiers des firmes. Ce débat sur l'importance relative de l'industrie (« *looking through the window* »³⁸⁷) versus la firme elle-même (« *looking through the Mirror* »³⁸⁸) est loin d'être clos.

Le propos qui suit précise les apports de cette revue de littérature pour nos travaux.

³⁸¹ HANSEN G.S. et WERNERFELT B. (1989), "Determinants of firm performance: the relative importance of economic and organizational factors", *Strategic Management Journal*, vol. 10, pp. 399-411

³⁸² HAWAWINI G., SUBRAMANIAN V. et VERDIN P. (2003), "Is Performance Driven by Industry- Or Firm- Specific Factors? A New Look at the Evidence", *Ibid.*, vol. 24, pp.1-16

³⁸³ MC GAHAN A.M. et PORTER M.E. (1997), "How Much Does Industry Matter, Really?", *Ibid.*, vol. 18, pp.15-30

³⁸⁴ BOWMAN E.H. et HELFAT C.E. (2001), "Does corporate strategy matter?", *Ibid.*, vol. 12:n°1, pp.1-14

³⁸⁵ HAWAWINI G., SUBRAMANIAN V. et VERDIN P. (2003), "Is Performance Driven by Industry- Or Firm- Specific Factors? A New Look at the Evidence", *Ibid.*, vol. 24, pp.1-16

³⁸⁶ RUEFLI T.W. et WIGGINS R.R. (2003), "Industry, Corporate and Segment Effects and Business Performance : a Non-Parametric Approach", pp. 861-879

³⁸⁷ BOWMAN E.H. et HELFAT C.E. (2001), "Does corporate strategy matter?", *Ibid.*, vol. 12 : n°1, pp.1-14

³⁸⁸ *Ibid.*, p.1

3. Les apports des économistes et des stratégies pour nos travaux

Nous revenons successivement sur les apports pour nos travaux de la grille de lecture offerte par paradigme S-C-P en montrant ses apports sur un plan pratique. Nous revenons par la suite sur les différentes approches de la stratégie d'entreprise développées à la suite des travaux des économistes industriels et leurs apports dans la compréhension des déterminants de la performance des firmes.

3.1. Le paradigme S-C-P, un outil puissant sur le plan pratique

Malgré l'ensemble des critiques formulées à son égard, les chercheurs s'accordent à dire que sur un plan empirique, la référence à la grille de lecture pré-déterminée offerte par le paradigme S-C-P s'avère fort utile. Le paradigme offre un modèle systématique pour évaluer la nature de la concurrence d'une industrie. Selon Porter (1981), « *Identifying the « structure » of industry in IO terms casts the spotlight on the crucial aspects of the firm's industry environment, and illuminates such critical concepts as barriers to entry and demand elasticity.*³⁸⁹ ». Moati rappelle, quant à lui, que l'économie industrielle représente « *le plus gros pourvoyeur de concepts et de grilles d'analyse sectorielle* »³⁹⁰. Le paradigme S-C-P offre aux chargés d'étude un cadre d'analyse cohérent et un plan de déroulement de l'étude doté d'une forte portée heuristique³⁹¹. Autrement dit, le plan d'analyse S-C-P va plus loin que les méthodes existantes en ce qu'il apporte une véritable valeur ajoutée à la description du secteur « *en aidant l'analyste à repérer et à articuler les informations pertinentes, en vue d'atteindre une compréhension des mécanismes du secteur* »³⁹². L'*output* de chaque partie est un *input* essentiel à la partie suivante et n'est donc pas un plan « tiroir », « interchangeable »³⁹³. A titre illustratif, l'analyse des éléments du modèle est proposée dans le célèbre manuel *Strategor*³⁹⁴ pour comprendre l'environnement des entreprises. **Chacune des cases du tryptique constitue une boîte à outils où puise l'utilisateur pour expliquer le fonctionnement des industries.** Cette démarche, simple d'application est valable pour tous les secteurs d'activité. En effet, comme le rappelle Moati³⁹⁵ qui souligne les mérites de cette approche pour la réalisation d'une étude de secteur, **l'ensemble des critiques formulées sur le modèle S-C-P ne remet pas en cause son apport opérationnel qui demeure pour l'analyse sectorielle « puissant sur le plan pratique ».**

Dans le cadre d'une analyse des déterminants de la performance des cliniques privées, la trilogie structure-comportement-performance permet de recenser et d'ordonner tous les facteurs nécessaires à la compréhension de l'industrie (dont le périmètre est défini par le secteur d'activité) et de ses performances, sans qu'aucun pan ne soit négligé : environnement concurrentiel, politique publique, stratégie des acteurs locaux, etc. Le modèle nous permet de comprendre les principales mutations au sein d'un secteur industriel³⁹⁶. Il peut constituer un outil managérial important dans la définition des objectifs internes, de

³⁸⁹ PORTER M.E. (1981), "The contribution of industrial organization to strategic management", *Academy of Management Review*, n°6, p. 611

³⁹⁰ MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris: L'Harmattan, p. 279

³⁹¹ Ibid., p. 280

³⁹² Plan type : 1- le marché et la demande ; 2- les entreprise et l'offre

³⁹³ MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris: L'Harmattan, p. 281

³⁹⁴ STRATEGOR Politique générale de l'entreprise (2005), Dunod, 4^{ème} édition, 960 p.

³⁹⁵ MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris: L'Harmattan, p. 280

³⁹⁶ CHAPELLE K. (2008), *Économie industrielle*, Vuibert, p. 3 et DOUGLAS T.J. et RYMAN J.A. (2003), "Understanding competitive advantage in the general hospital industry: Evaluating strategic competencies", *Strategic Management Journal*, n°24, pp. 333-347

même que pour les pouvoirs publics³⁹⁷. De plus, Grether³⁹⁸ précise que ce cadre théorique est particulièrement adapté pour l'étude des marchés dont le déterminisme et les contraintes sont fortes ; ce qui est le cas de l'industrie des soins de court séjour. En 2003, Douglas et Ryman³⁹⁹ ont d'ailleurs rappelé l'intérêt d'appliquer ce modèle au secteur hospitalier. Pour expliquer les structures de l'industrie des hôpitaux de court séjour, ils reviennent sur les principales évolutions du secteur qu'ils définissent comme les deux principales forces concurrentielles ayant eu un impact à la fois sur la structure de l'industrie et la rentabilité des hôpitaux. Ainsi, comme le note Michael Porter⁴⁰⁰, le paradigme offre un point de départ à la compréhension de l'environnement des entreprises d'une industrie qui peut être complété par des analyses particulières. C'est d'ailleurs l'usage qu'en font Douglas et Ryman dans le secteur hospitalier qui mobilisent le paradigme S-C-P dans un but descriptif et fondent leurs hypothèses de recherche sur les caractéristiques internes des hôpitaux en recourant au référentiel de la théorie des ressources. Notons que le paradigme S-C-P est peu mobilisé dans les recherches menées sur le champ sanitaire. En revanche, certains thèmes majeurs de l'économie industrielle comme ceux de la concentration et de la concurrence étudiés notamment par Dranove⁴⁰¹ ont donné lieu à des recherches dans le champ sanitaire. **Dans nos travaux, nous adoptons une démarche similaire à celle de Douglas et Ryman et employons le paradigme S-C-P dans une visée descriptive.**

3.2. L'identification des déterminants majeurs de la performance

Cette revue de littérature procure des enseignements clés en matière de compréhension des déterminants de la performance.

En premier lieu, les travaux des économistes industriels soulignent la prédominance des caractéristiques de l'industrie pour expliquer son niveau de performance en comparaison d'autres industries. Les principaux déterminants de cette performance sectorielle s'expliquent par le niveau des barrières à l'entrée et par le degré de concentration du secteur. **Le deuxième apport des économistes réside dans les concepts introduits pour comprendre non plus la performance des industries mais celles des firmes.** Ils mettent en avant que l'obtention de profits est conditionnée par la recherche de compétitivité de l'entreprise que celle-ci soit une compétitivité coût ou hors coût. Ce niveau de compétitivité détermine l'obtention d'une rente qui peut-être une rente différentielle, lorsqu'elle découle d'une compétitivité coût, ou une rente de monopole qui reflète les avantages hors coûts. Ainsi, pour atteindre un niveau supérieur de rentabilité à la moyenne du secteur, une entreprise dispose de deux principaux leviers à sa disposition : le niveau de coût auquel elle produit son offre et le prix qu'elle parvient à faire payer ses clients. La deuxième voie possible consiste donc pour l'entreprise à se différencier en produisant une offre spécifique, appréciée des clients, et lui permettant de leur faire payer un prix supérieur⁴⁰².

Par la suite, ces idées vont être reprises en stratégie d'entreprise dont les auteurs s'attachent à analyser les déterminants des profits individuels des entreprises, et non

³⁹⁷ GRETHER E.T. (1970), "Industrial organization: retrospect and prospect", *American Economic Review*, vol. 60 : n°2, pp. 83-89

³⁹⁸ Ibid., p. 85

³⁹⁹ DOUGLAS T.J. et RYMAN J.A. (2003), "Understanding competitive advantage in the general hospital industry: Evaluating strategic competencies", *Strategic Management Journal*, n°24, pp. 333-347

⁴⁰⁰ PORTER M.E. (1981), "The contribution of industrial organization to strategic management", *Academy of Management Review*, n°6, pp. 609-620

⁴⁰¹ Le lecteur pourra notamment se référer aux articles suivants : DRANOVE D., SHANLEY M. et SIMON C. (1992), "Is Hospital Competition Wasteful?", *RAND journal of Economics*, vol. 23 : n°2, pp. 247-262 ; DRANOVE D., SHANLEY M. et WHITE W.D. (1993), "Price and Concentration in Hospital Markets: the Switch from Patient-Driven to Payer Driven Competition", *Journal of Law and Economics*, vol. 36, pp. 179-204

⁴⁰² STRATEGOR Politique générale de l'entreprise (2005), Dunod, 4^{ème} édition, p. 126

plus ceux de l'industrie. Outre le rôle du contexte sectoriel global dans lequel évolue l'entreprise (hypothèse structuraliste), mis en lumière par les travaux de Porter, les auteurs vont affirmer l'importance de variables traduisant essentiellement les caractéristiques de la firme pour expliquer son niveau de performance. Ainsi, ces approches suggèrent que les différences de performance entre concurrents proviennent des ressources inimitables ou de positions concurrentielles. L'important pour une entreprise est de développer un avantage concurrentiel. Pour Arrègle et Powell⁴⁰³ « *La relation est simple et directe: point d'avantage concurrentiel point de performance supérieure et, à terme, la disparition.* ». Soulignons que ces deux auteurs contestent dans leurs travaux le fait que la performance soit réduite à la recherche d'un avantage concurrentiel. Ils reconnaissent une dimension « oubliée » par les stratèges pour comprendre les différences de performance entre les firmes : celle des « erreurs organisationnelles » qui peut avoir des conséquences fondamentales sur la performance des entreprises. Ils considèrent que les organisations peuvent connaître des erreurs de jugement, ou encore peuvent hésiter et ne pas saisir les opportunités qui s'offrent à elles, ne parviennent pas toujours à résoudre des problèmes facilement gérables ou n'arrivent pas à exécuter les actions stratégiques essentielles. **Ainsi, en plus des deux grandes théories de management stratégique (approche de Porter et approche par les ressources et compétences de la firme), l'erreur organisationnelle représente, selon ces auteurs, une autre source d'explication des différences de performance entre entreprises d'une même industrie.**

Si les théories développées en stratégie d'entreprise permettent d'identifier les déterminants majeurs de la performance des entreprises, comme le notent, en 2005, Mc Gahan et Porter⁴⁰⁴ dans un article identifiant les limites de ces études, elles procurent un niveau général de compréhension qui n'apporte pas d'informations sur les *drivers* et les mécanismes par lesquels la performance est générée. De plus, Mc Gahan et Porter rapportent qu'il existe d'autres facteurs qui peuvent faire varier à la hausse ou à la baisse chacun des effets. Ils citent les exemples de la régulation gouvernementale, l'attitude des acheteurs, les catastrophes naturelles, les événements macroéconomiques et des dynamiques concurrentielles. Rumelt précise que ces modèles statistiques suggèrent simplement l'existence de différents taux de rentabilité associés à ces catégories dans chaque industrie⁴⁰⁵. **Les effets mesurés sont globaux.** Par exemple, l'effet « segment d'activité » mesure les différences persistantes autres que celles dues à l'appartenance à une industrie ou à une firme. Ces différences sont dues à la présence de savoirs spécifiques au sein de la firme, aux ressources, à la réputation, à l'apprentissage et autres contributions intangibles entre entreprises. Ces caractéristiques distinctives sont sous-jacentes dans l'étude de l'effet « firme », mais ne sont pas révélées dans ces études empiriques. Ainsi, la bonne gestion des portefeuilles de produits, du positionnement sur le marché de la firme, du niveau de performance des principaux processus stratégiques, de la qualité des ressources mises en œuvre ou encore des compétences de son personnel, *etc.* constituent autant de déterminants de la performance.

Les causes et les effets de la persistance des niveaux de performance dans le temps ne sont pas davantage explicités⁴⁰⁶. La persistance de la performance dans le temps peut s'expliquer par la présence de ressources durables, par les conditions favorables de l'industrie, ou encore par des anomalies financières, un contrôle des prix, par l'intervention des dirigeants,

⁴⁰³ ARREGLE J.-L. et POWELL T.C. (2009), "Pour une approche plus équilibrée de la performance des firmes", *Revue française de gestion*, vol. 6 : n°196, pp. 147-165

⁴⁰⁴ MC GAHAN A.M. et PORTER M.E. (2005), "Research Notes And Commentaries. Comment On 'Industry, Corporate And Business-Segment Effects And Business Performance: A Non-Parametric Approach By Ruefli And Wiggins", *Strategic Management Journal*, vol. 26, pp. 873-880

⁴⁰⁵ RUMELT R.P. (1991), "How Much Does Industry Matter?", *Ibid.*, vol. 12, pp. 167-185

⁴⁰⁶ MC GAHAN A.M. et PORTER M.E. (2005), "Research Notes And Commentaries. Comment On 'Industry, Corporate And Business-Segment Effects And Business Performance: A Non-Parametric Approach By Ruefli And Wiggins", *Ibid.*, vol. 26, pp. 873-880

etc. Cependant ces études ne révèlent pas dans quelle mesure ces divers éléments ont un effet puisqu'elles n'évaluent que la présence ou l'absence de persistance de la performance dans le temps.

En définitive, l'absence de précision des déterminants de la performance recensés dans cette littérature nous a conduit à mener une autre revue de littérature portant plus précisément sur les facteurs de performance financière des établissements de santé.

Synthèse de la troisième section

On compte deux principaux apports de l'économie industrielle et de la stratégie d'entreprise dans la recherche des déterminants de la performance des cliniques privées. L'économie industrielle apporte un outil d'analyse puissant sur le plan pratique, le paradigme S-C-P, qui offre un cadre d'analyse cohérent et qui peut apporter une véritable valeur ajoutée à la description du secteur des cliniques privées. De plus, les travaux des économistes nous livrent la séquence logique qui sous-tend la réflexion stratégique des entreprises reprise, par la suite, par les stratèges dont l'un des principaux objectifs vise à comprendre et à expliquer l'hétérogénéité observée dans la performance des firmes. Les économistes sont les premiers à expliquer que la performance est conditionnée par la recherche de compétitivité de l'entreprise, que celle-ci soit une compétitivité coût ou hors coût, la compétitivité se traduisant, en dernier lieu, dans la notion de rentes.

De plus, les travaux des économistes et des stratèges nous ont permis d'appréhender la nature des déterminants majeurs de la performance des cliniques privées. Sur la base de ces travaux, nous pouvons conclure que les déterminants dans la performance financière des cliniques sont à rechercher dans deux directions, celle des caractéristiques de la structure de l'industrie des soins de court séjour et celle des spécificités de chaque établissement. Comme ont pu le suggérer les économistes industriels, ayant volontairement écartés de leurs analyses le comportement des entreprises, les caractéristiques de la structure de l'industrie, notamment les niveaux des barrières à l'entrée et de la concentration sectorielles, ne sont pas les seuls déterminants de la performance des cliniques privées. Le comportement joue un rôle primordial dans l'explication de l'hétérogénéité intra-industrie de la rentabilité (ou profitabilité), ce que vont démontrer les stratèges. L'approche de Porter et celle des ressources, représentant les deux courants majeurs de la stratégie d'entreprise, vont spécifier la nécessité de considérer d'une part, le positionnement des entreprises au niveau du secteur, d'autre part, les ressources spécifiques de la firme comme les principaux déterminants de la performance. Malgré l'absence de consensus des études empiriques sur la question de l'importance relative à accorder à ces effets « industrie » et « firme », l'existence de ces deux grands déterminants de la performance financière des firmes a été confirmée statistiquement. Enfin, si l'on se réfère aux travaux récents d'Arrègle et Powell, nous pouvons ajouter un troisième déterminant à la performance financière des cliniques privées, celui des « erreurs organisationnelles » dont la prise en compte est minorée, voire absente dans les travaux des chercheurs en stratégie.

Si le paradigme S-C-P et les travaux des chercheurs en stratégie d'entreprise nous apportent une clé d'entrée à la compréhension du fonctionnement du secteur des cliniques privées et des déterminants sectoriels et individuels de leur performance, le niveau de compréhension des facteurs de performance ne nous permet pas d'appréhender, ou de « lister » les facteurs de performance d'une clinique privée. Les déterminants de la performance des établissements de santé étant, au demeurant, un angle mort des sciences de gestion dans les recherches françaises. Pour compléter cette première approche sur la nature des facteurs influençant la performance, nous nous proposons d'étudier le référentiel américain qui, malgré un tout autre contexte, est riche d'enseignements sur ce sujet.

Conclusion du premier chapitre

Le caractère protéiforme de la performance révèle l'impérieuse nécessité d'y apporter une définition précise. Concept à la mode en sciences de gestion comme l'a été celui d' « excellence » dans les années 1980, la performance représente le nouveau mot d'ordre de la gestion en santé. Définie en termes d'efficacité et de qualité des soins, la recherche de performance est prônée à tous les niveaux : de la performance du système à celle des individus en passant par celle des organisations.

De nombreux modèles de performance ont émergé dans le champ de la gestion. Ils sont issus des travaux des chercheurs en théorie des organisations. Ils ont été progressivement adaptés aux travaux réalisés dans le champ sanitaire. Parmi la diversité des modèles, celui des buts nous semble particulièrement pertinent à mobiliser dans une recherche s'intéressant à identifier les déterminants de la performance des établissements de santé privés. La performance y est définie par rapport aux principaux objectifs de l'entreprise. Toute entreprise du secteur privé et donc toute société d'exploitation de clinique ayant vocation à réaliser des profits, une nécessité rappelée par le courant dominant en économie, et qui, dans le droit français, constitue une obligation inscrite à l'article 1832 du code civil, il nous semble légitime de mesurer la performance en des termes économiques et financiers. La performance financière représente, dans nos travaux, un marqueur d'efficacité des établissements de santé. Ces indicateurs de mesure vont nous permettre de nous assurer qu'un établissement remplit ses missions. C'est à travers l'hypothèse suivante que nous avons choisi d'aborder la performance des cliniques privées commerciales :

La performance est un faisceau présomptif de preuves qui permet d'affirmer qu'un établissement de santé remplit de façon efficiente les missions qui sont les siennes.

La performance financière se mesure dans les comptes de l'entreprise. Le système d'information de la comptabilité, s'il présente l'avantage de présenter une information uniformisée pour l'ensemble des entreprises et s'il constitue le système d'information le plus apte à rendre compte des forces et des faiblesses de l'entreprise, n'est pas exempt de limites. Sa principale limite est à rechercher dans la manipulation possible de l'information contenue dans les comptes par les dirigeants qui limite le réalisme économique de l'entreprise.

La performance financière a été, dans ces travaux, définie comme un concept à géométrie variable. Elle sera mesurée, dans nos travaux, à partir d'indicateurs de résultat, de rentabilité et de financement des entreprises. Ces indicateurs vont nous permettre de porter un jugement sur la réalisation ou non des enjeux financiers de l'entreprise. Cependant l'analyse financière ne révèle pas comment ces performances sont obtenues. Pour comprendre ses fondements, il faut s'intéresser à une autre discipline entretenant des liens forts avec la finance d'entreprise, celle de la stratégie d'entreprise. Comme l'ont mentionné de nombreux chercheurs, la performance financière représente la résultante de la stratégie mise en œuvre par une entreprise.

Les fondements de la stratégie sont à rechercher dans les travaux des économistes industriels qui ont développé la séquence structure-comportement-performance (S-C-P), un outil puissant sur le plan pratique décrivant l'impact de la structure des industries sur leur performance. Dans ce référentiel, la performance est le plus souvent mesurée à partir d'indicateurs financiers ou de parts de marché. Dans le cadre de cette recherche, l'étude de la trilogie S-C-P va nous permettre de recenser et d'ordonner tous les facteurs nécessaires à la compréhension de l'industrie.

En s'appuyant sur les travaux des économistes industriels, les stratégies dont la préoccupation majeure est de comprendre et d'analyser les différences de performance, non plus au niveau du secteur, mais à celui de la firme, ont mis en lumière l'existence de deux déterminants majeurs de la performance des firmes. Michael Porter, reprenant et adaptant les travaux des économistes industriels en retenant comme principale unité d'analyse la firme va montrer que les positions concurrentielles représentent les principaux déterminants de la performance. Les théoriciens des ressources vont, quant à eux, affirmer le rôle des ressources développées par la firme comme autre déterminant de la performance. A ces deux déterminants complémentaires, s'ajoute un autre, actuellement peu étudié dans la littérature, celui des « erreurs organisationnelles » révélé dans les travaux d'Arrègle et Powell.

De nombreuses études empiriques ont été réalisées visant à déterminer l'importance relative des effets « industries », « firme » et « segment d'activité ». Cependant nous avons montré qu'aucun consensus ne se dégage des résultats de ces études. Par ailleurs, l'absence de possibilité de saisir précisément quels sont les facteurs de performance des entreprises, et *a fortiori*, ceux influençant la performance des établissements de santé, ont été soulignés.

Pour compléter cette approche « globale » des déterminants de la performance, une revue de littérature complémentaire sur la performance financière des établissements de santé américains est proposée dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 Les déterminants de la performance financière des établissements de santé : le modèle américain

La performance financière des établissements de soins de court séjour et plus particulièrement les facteurs qui l'influencent est un thème dont les enjeux sont unanimement reconnus par les praticiens et les chercheurs, mais qui n'a été jusqu'alors qu'« effleuré » dans la littérature professionnelle française. La littérature sur la performance des entreprises n'apportant que peu d'éclairage à nos travaux, nous avons exploré la littérature étrangère. Or, il s'avère que la performance financière des établissements de santé est un thème qui a été particulièrement étudié par les chercheurs américains, ces établissements étant soumis, depuis les années 1970, à de fortes turbulences de leur environnement affectant leur performance financière et leur capacité à survivre⁴⁰⁷.

Face aux diverses pressions, aux changements et aux évolutions des tendances, les chercheurs ont publié pléthore d'articles en lien avec la montée en charge des contraintes pesant sur la gestion des établissements de santé. De nombreuses recherches empiriques ont été conduites sur les facteurs influençant leur rentabilité en raison de son lien ténu avec la continuité de leur exploitation. Nous montrons au lecteur la richesse de ces études sur lesquelles s'appuie fortement notre propre recherche. Nous allons décrire dans ce chapitre, les différents contextes ayant conduit les chercheurs à réaliser des études. Puis, nous découvrirons la méthodologie déployée par ces chercheurs pour identifier les facteurs influençant la performance financière des établissements de santé.

Cette revue de littérature est ciblée sur les établissements de santé de court séjour. Des études ont été conduites sur la performance financière d'autres types de structures de prise en charge, notamment sur les hôpitaux spécialisés dans la prise en charge de soins de suite et de réadaptation, ou encore sur la psychiatrie. Ces recherches ne sont pas étudiées dans ces travaux. De même, les recherches ciblées sur les *Critical Access Hospitals* (CAH's), qui constituent des petits établissements ruraux aux nombreuses particularités⁴⁰⁸, et ayant fait l'objet de recherches abondantes, ne sont pas analysées. La méthodologie employée dans notre recherche d'articles est précisée dans l'encadré de la page suivante.

La diversité des champs de recherche et les problématiques parfois éloignées de nos travaux nous ont conduit à réaliser une synthèse qui ne retranscrit pas de manière exhaustive les réponses apportées par les chercheurs à leur problématique. Par exemple, les résultats des articles étudiant les différences entre les établissements privés à but lucratif et ceux à but non lucratif ne sont pas reportés dans leur ensemble. **De ces articles ont été extraits les facteurs recensés comme ayant un impact significatif sur la performance financière des établissements de santé.** Les différentes théories dans lesquelles les chercheurs inscrivent

⁴⁰⁷ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

⁴⁰⁸ Les *Critical Access Hospital* (CAH) sont certifiés pour prendre en charge des patients couverts par *Medicare* et perçoivent des aides financières qui ont tendance à améliorer leur performance financière. Ils répondent à une demande de proximité. Leur capacité n'excède pas 25 lits et ils prennent en charge des patients dont les séjours n'excèdent pas 96h. En 2004, ces établissements percevaient en moyenne 1% de plus sur leurs tarifs que les autres hôpitaux. Le lecteur souhaitant mieux connaître ces établissements pourra consulter le site internet du *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS), *US Department of Health and Human Services*, en ligne (www.cms.hhs.gov/Certificationandcompliance/04_CAHs.asp), consulté le 22 mars 2010

leurs travaux et sur la base desquelles ils élaborent leurs hypothèses de recherche ne sont pas davantage étudiées dans cette revue de littérature.

Encart 4 - La méthodologie de la recherche d'articles publiés dans les revues internationales

Notre recherche d'articles sur la performance financière des établissements de santé américains a été réalisée en plusieurs phases. Dans un premier temps, elle a consisté en une recherche systématique sur plusieurs mots clés. Par la suite, ces premières recherches ont été complétées par arborescence en nous appuyant sur les revues de littérature existantes, comme celle de Pauline Rosenau-Vaillancourt⁴⁰⁹, ou celle de Shen, Eggleston, Lau et Schmidt⁴¹⁰. Shen, Eggleston, Lau et Schmidt s'intéressent plus particulièrement aux études menées sur la performance financière mesurée exclusivement au travers des indicateurs de coûts, de revenu et de profitabilité. Pauline Vaillancourt-Roseneau cible sa recherche sur les établissements de santé à but non lucratif et mesure la performance des établissements de santé selon de nombreuses dimensions (de coût, de qualité et d'efficacité opérationnelle). Enfin, nous nous sommes appuyée sur les bibliographies des articles que nous avons consultés. Les études ont été analysées selon un protocole standard.

Une revue de littérature systématique sur certains mots clés

Les premières recherches ont été réalisées dans différentes bases de données. Un nombre important d'articles a été recensé dans la base *Business Source Complete* (EBSCO). D'autres bases de données, *Proquest* et *Jstor*, ont été consultées et nous ont permis d'accéder à certaines revues anglo-saxonnes non référencées dans *Business Source Complete*, comme la revue *Health Affairs*, ou encore *Modern Healthcare*. Ayant débuté nos recherches par une recherche systématique sur le mot clé « performance », dont ressortait dans la base *Business Source Complete* 167 470 références d'articles publiés dans des revues universitaires, nous avons réorienté notre recherche sur la performance financière (« *financial performance* ») recensant plus de 23 000 articles de revues universitaires, puis sur la performance financière des établissements de santé (« *financial performance* » & « *hospital* ») en mot du titre (*tittle*) ou dans les résumés (*abstract*). 445 résultats ont été recensés dans EBSCO. Nous avons parcouru les titres et les résumés de ces articles repérés par la recherche électronique et nous avons exclu les articles dont la problématique centrale ne consistait pas à expliquer la performance financière des établissements de santé américains. Un même travail a été mené sur les bases de données *Proquest* et *Jstor*. Une sélection d'articles a été réalisée sur la base de ces résultats. Après élimination des doublons entre les bases de données, plus de 80 articles ont été exploités pour rédiger cette revue de littérature et nous avons centré nos analyses sur 42 études empiriques recherchant à établir le lien entre la performance financière des établissements de santé et les facteurs qui l'influencent. Précisons que nous n'avons pas limité notre recherche dans le temps. Les articles les moins récents de cette revue de littérature ont été publiés après 1985. Nous n'avons pas non plus réalisé de restriction concernant les variables financières ou les facteurs de performance. En revanche, le champ est limité aux établissements spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique.

Des recherches complémentaires menées par arborescence

Le travail de lecture des bibliographies des différents articles nous a permis de nous rendre compte de l'existence d'autres articles non recensés à partir des termes clés (« *hospital* » & « *Financial performance* ». Nous avons procédé à des recherches complémentaires sur d'autres mots clés comme (« *hospital* » & « *profitability* ») ou (« *hospital* » & « *ROA* »), (« *specialty hospitals* » & « *Financial performance* ») etc. Nous avons également recherché les articles ciblés sur des critères de citation et/ou de pertinence par rapport à notre sujet dans les bibliographies des chercheurs.

Pour les articles des chercheurs intégrant seulement des explications très sommaires sur le fonctionnement du système de santé américain, nous avons eu recours, en plus, à d'autres sources de la littérature française publiées sur le système de santé américain. Nous avons recueilli certaines informations des sites internet d'organismes américains comme à celui de l'*American Hospital Association* (AHA) ou encore à celui du *US Department of Health and Human Services* pour compléter nos sources d'information sur les établissements de santé américains.

Au regard de l'abondante littérature anglo-saxonne sur les établissements de santé et de la difficulté à se procurer certains articles, notamment ceux publiés vers la fin des années 1970 et au début des années 1980, nous ne prétendons pas réaliser une revue de littérature exhaustive sur cette thématique de la performance financière des établissements de santé américains.

Le protocole ou grille d'analyse des études empiriques

Les études correspondant à nos critères de recherche ont été évaluées avec un protocole standard. Pour chaque étude, nous avons extrait les éléments suivants : le contexte et la problématique dans lesquels elles s'inscrivent, les caractéristiques des échantillons (le nombre d'établissements étudiés, la région et la/les période(s) étudiée(s) ainsi que le type de données mobilisées), les indicateurs financiers et les variables explicatives de la performance financière, la/les méthodes statistiques, ainsi que les résultats statistiquement significatifs obtenus par les chercheurs

⁴⁰⁹ VAILLANCOURT ROSENAU P. (2003b), "Performance Evaluations of For-Profit and Nonprofit US Hospitals Since 1980", *Nonprofitmanagement and Leadership*, vol.13 : n°4, pp. 401-423

⁴¹⁰ SHEN Y.S., EGGLESTON K., LAU J., *et al.* (2007), "Hospital Ownership and Financial Performance: What Explains the Different Findings in the Empirical Litterature?", *Inquiry*, vol. 44 : n°1, pp. 41-68

La première section, *les turbulences du marché des soins américains et leurs impacts dans la gestion financière des établissements de santé*, est consacrée à l'étude du contexte dans lequel s'inscrivent ces études et à une présentation du système de santé américain **qu'il nous semble indispensable de porter à la connaissance du lecteur pour comprendre les travaux réalisés sur la performance financière des établissements de santé** analysés dans la deuxième section de ce chapitre. Elle permet, notamment d'éclairer les choix d'indicateurs réalisés par les chercheurs américains.

La deuxième section, *Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé américains : de la richesse des analyses à la difficile généralisation des résultats*, présente les variables financières à expliquer et les variables explicatives mobilisées dans les études quantitatives ainsi que les principaux résultats obtenus par les chercheurs.

Section 1. Les turbulences du marché des soins américain et leurs impacts dans la gestion financière des établissements de santé

Aux Etats-Unis, l'environnement « placide » des années 1960, période pendant laquelle le remboursement des coûts était à même d'assurer la pérennité des entreprises du secteur, au point qu'aucun établissement n'avait de réelle stratégie, a laissé place à une période où leur environnement était encore serein, mais dont la régulation des remboursements s'est intensifiée⁴¹¹. Les premiers articles d'économie de la santé, avec l'article fondateur de Kenneth Arrow⁴¹² ont été publiés à cette période. Dès lors, les établissements de santé ont commencé à développer des stratégies pour maximiser le montant des remboursements perçus. Depuis le milieu des années 1980, ils sont soumis à une concurrence accrue liée à un développement croissant des *Managed Care*⁴¹³ ayant engendré une disparition progressive des assurances privées traditionnelles. Dès 1983, les établissements de court séjour ont également dû faire face à l'introduction d'un nouveau système de tarification, le *Prospective Payment System* (PPS), dans le cadre des financements des programmes *Medicare* et *Medicaid*, assurances publiques instituées pour les personnes âgées, les personnes handicapées et certaines familles pauvres. La pression concurrentielle accrue, la réglementation tarifaire plus contraignante et les autres évolutions plus récentes du système, se sont traduites par la nécessité, pour les dirigeants, de mettre en place un management financier efficace et d'entrer dans une dynamique de planification stratégique. Les chercheurs se sont saisis de ces problématiques pour aider les dirigeants et les autorités publiques dans leur prise de décisions.

La première sous-section, *Des recherches d'impacts sur la performance financière liées à la structuration de l'assurance santé*, est consacrée à l'étude des grands changements auxquels ont dû faire face les établissements de santé américains.

La deuxième sous-section, *Le développement du secteur privé à but lucratif au cœur du débat sur la performance financière des établissements de santé*, étudie le développement du secteur privé à but lucratif, dont le modèle de gestion a ouvert le champ à de nombreuses recherches.

1. Des recherches d'impacts sur la performance financière liées à la structuration de l'assurance santé

Le système de santé des Etats-Unis se caractérise par la multiplicité des parties prenantes. La couverture des soins et les structures d'accueil émanent essentiellement du secteur privé. L'organisation du financement des soins guidée par une nécessaire maîtrise des dépenses de santé a dessiné les contours actuels du paysage hospitalier américain. Ces principales évolutions sont présentées ainsi que leurs conséquences sur l'organisation des établissements et *in fine* leur impact sur la gestion financière des établissements de santé.

⁴¹¹ EASTAUGH S.R. (1992), "Hospital Strategy and Financial Performance", *Health Care Management Review*, vol. 17 : n°3, pp. 19-31

⁴¹² ARROW K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care ", *American Economic Review*, vol. 53, pp. 941-973

⁴¹³ Pour une définition, Cf. Encart 6

1.1. Les assurances privées : le développement des Managed Care Organization (MCO) à l'origine d'une pression concurrentielle accrue pour les établissements de santé

Le système de santé américain se caractérise par des coûts élevés et représente le système de santé le plus coûteux des pays de l'OCDE. Pourtant, malgré les sommes engagées, les indicateurs de santé (espérance de vie, décès prématurés, etc.) ne traduisent pas un meilleur état de santé⁴¹⁴ de la population et n'offre pas une couverture santé à l'ensemble de la population. Selon Porter et Olmsted Teisberg⁴¹⁵, ce constat qui n'est pas surprenant dans un secteur contrôlé par l'Etat, semble inconcevable dans un marché concurrentiel, ce qui est le cas du système de santé américain plus sujet à la concurrence que n'importe quel autre système. A l'instar de nombreux pays, les gouvernements successifs ont mis en place une régulation du secteur de la santé laissant pleinement jouer les mécanismes du marché. Ce mode de régulation a eu de lourdes répercussions pour les établissements de court séjour qui ont été dans l'obligation de faire face à une hausse de la pression concurrentielle, celle-ci ayant conduit à la restructuration du secteur.

Les paragraphes suivants présentent le fonctionnement du système de remboursement des soins aux Etats-Unis et les spécificités du secteur hospitalier américain.

1.1.1. Le système de remboursement des soins aux États-Unis : un pari sur le développement du secteur privé

Jusqu'à la réforme Obama de mars 2010⁴¹⁶, aux Etats-Unis, le rôle important des assurances privées pouvait être perçu à l'aune du nombre de personnes couvertes. Au début des années 2000, six personnes sur dix avaient souscrit une assurance privée, cette dernière étant, le plus souvent, liée à leur emploi (les deux tiers des américains de moins de 65 ans sont assurés par le biais de leur employeur). En 2005, le secteur public par l'intermédiaire des financements des couvertures *Medicare*, *Medicaid* et autres allocations de fonds a financé 45,5 % des dépenses, le secteur privé 54,5 %⁴¹⁷. L'encart suivant apporte des précisions sur ces programmes de financement public.

⁴¹⁴ PORTER M.E. et OLMSTED-TEISBERG E. (2004), "Redefining Competition in Health Care", *Harvard Business Review*, pp. 65-71

⁴¹⁵ Ibid., p. 65

⁴¹⁶ La réforme a eu pour objet d'offrir un accès aux soins plus large de la population. La réforme, qui va s'étaler sur les 10 prochaines années, représente la plus grande expansion de la couverture médicale depuis l'adoption, en 1965, de *Medicare* (pour les plus de 65 ans, soit 43 millions d'individus) et de *Medicaid* (pour les plus démunis, soit 42,6 millions d'individus). Elle s'adresse à des gens qui ne sont pas assez pauvres pour bénéficier des programmes d'aides aux plus déshérités, ni assez fortunés pour s'offrir une police d'assurance, dont le coût peut facilement atteindre plus de mille dollars par mois et par personne. Près de 16 millions de personnes supplémentaires devraient ainsi avoir accès à la couverture publique déjà disponible (*Medicaid*) et des crédits d'impôts doivent aider 24 millions de personnes à s'offrir une assurance privée.

⁴¹⁷ COHU S. et LEQUET-SLAMA D. (2007), "Le système d'assurance santé aux Etats-Unis, Un système fragmenté et concurrentiel", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, p. 1

Encart 5 - Les programmes de remboursement des soins financés par l'Etat fédéral

La mise en place des programmes *Medicaid* et *Medicare* a été instituée en 1965 à l'initiative du président Lyndon Johnson.

Medicaid est un programme financé en grande partie au niveau fédéral, le reste étant à la charge de chaque Etat. Chacun d'eux a également pour mission la mise en œuvre de ce programme⁴¹⁸. *Medicaid* est destiné au financement des dépenses de santé des familles les plus pauvres et de celles des personnes handicapées bénéficiant du *SSI (Supplemental Security Income)*. Il est nécessaire de préciser que de nombreux individus ne sont pas éligibles à ce programme, notamment les couples sans enfant et les personnes seules de plus de 19 ans même si leurs revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté national. La loi fédérale sur *Medicaid* autorise les Etats à élargir cette couverture à d'autres franges de la population. Par exemple, l'Etat de l'Arizona a institué une couverture médicale minimum à toutes les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté.

Le programme SCHIP (State Children's Health Insurance Program) a été créé en 1997 et offre une couverture aux enfants vivant dans les ménages qui ne relèvent pas de *Medicaid* et disposant de revenus inférieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral (33 200 dollars par an pour une famille de trois personnes).

Medicare est destiné aux personnes âgées de plus de 65 ans et, sans considération d'âge et de revenus, aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler. 13,7 % de la population bénéficie de *Medicare* en 2005. Cette couverture a été étendue au remboursement des médicaments en 2003, dans le cadre d'une loi adoptée par le Congrès, *The Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act*, applicable pour cette disposition à compter du 1^{er} janvier 2006.

Le problème du système de santé américain est qu'il est inéquitable car il sélectionne et rejette les risques individuels les plus lourds et les plus coûteux en laissant près de 15 % de la population sans couverture maladie⁴¹⁹. La hausse du coût de la santé conduit à un désengagement des entreprises dans le financement de l'assurance santé de leurs employés, notamment celles de petite taille⁴²⁰. Le risque financier à la charge du patient a augmenté au fil du temps⁴²¹, ce qui n'est pas sans conséquence pour les établissements de santé qui connaissent une pression financière croissante. En effet, les dépenses liées aux soins dits « non compensés » c'est-à-dire à ceux dispensés bénévolement et aux soins impayés, se sont élevés en 2006 à plus de 31 milliards de dollars, contre 22 milliards en 2001 (plus de 10 % du total des coûts)⁴²².

Pour réguler les dépenses de santé croissantes, les États ont misé sur le développement et la mise en concurrence des assurances privées. Actuellement, aux Etats-Unis, l'assurance santé est organisée de manière décentralisée et concurrentielle⁴²³. Elle offre toute une gamme de produits proposés par des compagnies privées allant des réseaux de soins très intégrés à des organismes plus proches de l'assurance traditionnelle⁴²⁴. Depuis les années 1970, les

⁴¹⁸ Les fonds alloués à chaque État pour *Medicaid* varient en fonction des inégalités de la richesse de chaque Etat. Par exemple, l'Etat fédéral finance à hauteur de 50% le programme Medicaid dans l'Etat de New-York contre 77% du montant de ce programme dans l'Etat du Mississippi. Un système de péréquation (Federal Medical Assistance Percentage, FMAP) corrige les inégalités de richesse entre les États.

⁴¹⁹ DUHAMEL G. (2002), *Le système de santé et d'assurance maladie américain. Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, rapport n°2002-073, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 71 p.

⁴²⁰ COHU S. et LEQUET-SLAMA D. (2007), "Le système d'assurance santé aux Etats-Unis, Un système fragmenté et concurrentiel", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.

⁴²¹ PORTER M.E. et OLMSTED-TEISBERG E. (2004), "Redefining Competition in Health Care", *Harvard Business Review*, pp. 65-71

⁴²² AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (AHA), (2008). «Trendwatch, Beyond Health Care: The Economic Contribution of Hospitals », en ligne (www.org/aha/trendwatch/2008/twapr2008econcontrib.pdf), consulté le 30 mars 2010, 8 p.

⁴²³ COHU S. et LEQUET-SLAMA D. (2007), "Le système d'assurance santé aux Etats-Unis, Un système fragmenté et concurrentiel", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, pp. 5-6

⁴²⁴ Ibid., pp. 5-6

assurances privées ont mis au point un système de gestion coordonné de filières de services médicaux, le *Managed Care*, abandonnant ainsi de manière progressive leur rôle passif de remboursement des actes. Le *Managed Care* réunit dans un même organisme les fonctions de prévention, de production de soins et d'assurance⁴²⁵ et est devenu le mode d'organisation des soins dominant. Les premiers réseaux de soins datent des années 1930 et se sont développés dans quelques États dans les années 1970, dans le cadre de la mise en œuvre du programme *Medicaid*, avant de connaître une croissance fulgurante dans les années 1980, en réponse aux préoccupations croissantes des employeurs concernant l'assurance maladie de leurs employés. La Drees recensait, dans une étude publiée en 2007, plus de 70 % des américains inscrits dans un plan de *Managed Care*, soit par l'intermédiaire de leur employeur, soit dans le cadre des programmes *Medicare* et *Medicaid*⁴²⁶. Ces organismes sont complexes et cumulent une grande variété de mécanismes, incluant les *Health Maintenance Organizations* (HMOs), les *Preferred Provider Organizations* (PPOs) et les *Point of Service* (POS) qui regroupent les caractéristiques des deux autres modèles organisationnels. La diversité de ces organismes est présentée dans l'encadré de la page suivante.

1.1.1. Les conséquences pour les établissements de santé : une intensification des concentrations

40 % des patients pris en charge par les établissements de santé adhèrent à un *Managed Care* ce qui explique que les établissements de santé souhaitent bénéficier de cette clientèle dont la solvabilité est assurée. Praticiens et établissements ont dû répondre aux incitations à l'efficacité des HMO pour recueillir de plus en plus de contrats. Ces incitations attisent la concurrence sur les prix et les services offerts par les établissements de santé⁴²⁷. Le choix des établissements par les *Managed Care* repose sur différents critères. En premier lieu, les *Managed Care* choisissent de s'affilier à ceux dont les services médicaux et chirurgicaux sont variés. Ils regardent également l'équipement biomédical, la certification des médecins, l'accréditation de l'établissement, notamment en matière d'accueil des patients couverts par *Medicare*, le ratio personnel/malades et les antécédents juridiques de l'établissement. D'autres critères fondent leur évaluation tel que le prix de journée de l'établissement qui varie en fonction de la spécialité, les équipements du service et de sa réputation. Des grilles standardisées, dans lesquelles figurent les coûts des principales stratégies diagnostiques et thérapeutiques, en particulier pour les pathologies chroniques, sont publiées par l'*Agency for Health Care Research*. Des réductions de prix sont généralement accordées par les établissements : les *Managed Care* obtiennent le plus généralement des remises comprises entre 5 % et 25 %⁴²⁸.

⁴²⁵ DUHAMEL G. (2002), *Le système de santé et d'assurance maladie américain. Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, rapport n°2002-073, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 71 p.

⁴²⁶ COHU S. et LEQUET-SLAMA D. (2007), "Le système d'assurance santé aux Etats-Unis, Un système fragmenté et concurrentiel", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, p. 6

⁴²⁷ LE FAOU A.-L. (2003), *Les systèmes de santé en question*, Ellipses, p. 161

⁴²⁸ *Ibid.*, p. 62

Encart 6 - Les Managed Care Organizations (MCO)

En 1971, le projet *Comprehensive Health Insurance Plan* ou CHIP à l'initiative du président Nixon, institue la mise en place des HMO. Cet encadré est consacré à la présentation des différents types de couverture de la population américaine.

Les Health Maintenance Organization (HMO)

Les HMO offrent à leurs adhérents l'accès à un réseau de praticiens et d'établissements de santé moyennant un forfait fixé au préalable, indépendamment du recours effectif aux services. Par ce système de mutualisation des risques, ils offrent à leurs assurés des prestations quasiment gratuites. L'assuré ne peut s'adresser qu'aux praticiens faisant partie du HMO sauf en cas d'urgence. La part des HMO « classiques » qui avait fortement augmenté jusqu'en 1997 s'élève, de nos jours, à environ 20 % des parts de marché du secteur. Ces organisations se subdivisent en quatre groupes dont les différences portent sur la liberté d'accès aux soins :

- les *Independent Practice Association (IPA)* : ce modèle de HMO n'emploie pas directement les médecins, pas plus que les établissements de santé. L'IPA est lié à ces prestataires par des contrats. Le patient bénéficie d'un choix d'un large éventail de prestataires. Il a la possibilité de consulter d'autres médecins, moyennant l'acquittement d'un ticket modérateur assez élevé, pratique dite du *co-payments*.
- Les *Group Plans* : les médecins sont regroupés en association qui propose ses services et négocie un contrat avec une compagnie d'assurance. L'assurance paie le groupe qui répartit les sommes reçues entre les médecins. Les organisations les plus célèbres sont la *Kaiser Permanent Group* et le *Health Insurance Plan* de New York.
- Les *Networks* : Les *Networks* à la différence des *Group Plans* font appel à plusieurs groupes de médecins, voire à des praticiens indépendants.
- Le « *Staff model* » est le modèle de plan le plus contraignant sur le plan de la liberté de choix des médecins par leurs assurés. Dans ce modèle, les médecins sont employés directement et sont salariés de la structure. L'organisation possède ses propres centres de soins ambulatoires et établissements de santé.

Les Preferred Provider Organization (PPO)

Les PPO cherchent à concilier le *managed care* et la médecine libérale. Les compagnies d'assurance mettent en place une contractualisation sélective entre organismes assureurs et prestataires de soins, médecins et établissements de santé qui représentent des « prestataires préférentiels ». Les PPO sont désormais le modèle dominant des *Managed Care* en raison de leur souplesse et de la liberté qu'ils laissent aux patients, *via* un système de *co-payment*. Ils détiennent 60 % des parts de marché du secteur. Le *Point of service*, un PPO à l'échelon local, offre aux patients la possibilité de se faire soigner en dehors du réseau et de recevoir un remboursement partiel de leurs soins. Les POS détiennent environ 15 % des parts de marché.

Les Indemnity plans

Ce sont les organisations les moins contraignantes qui couvrent des personnes des milieux favorisés pour les patients et les médecins qui sont payés à l'acte (*fee-for-service*) soit un système proche de la médecine libérale française.

Les Provider Sponsored Organizations (PSO)

Ces groupements ont été autorisés à entrer en concurrence avec les réseaux de soins coordonnés en 1999. Les groupes de médecins contractent directement avec les employeurs. Dans ce système, il n'existe pas de passage par un tiers et les prestataires de services supportent le risque des dépassements de budget.

Ce réalignement sur les incitations des *Managed Care* s'est traduit par la mise en place d'associations entre établissements qui leurs permettent de négocier des contrats de façon plus efficace. Des systèmes de soins intégrés, à des degrés variables, ont été développés, notamment au moyen d'intégrations verticales (cabinets de médecins⁴²⁹ et assurances santé par exemple) et horizontales d'offreurs. Deux principaux types de regroupement sont recensés : le **réseau de santé**, sans lien capitalistique entre les établissements membres, et le « **système** » (*multi-hospital systems*), un mode d'intégration impliquant des liens capitalistiques entre les structures. L'ensemble de ces organisations, sont dénommées par Bazzoli, Dynan et Burns les *Integrated Health Organizations (IHO's)*⁴³⁰. Leur conduite est semblable à celle des grandes entreprises commerciales qui opèrent à de nombreux rachats pour dominer un marché et diminuer la concurrence. Ainsi, **de 1994 à 1997, deux établissements de santé sur cinq ont été impliqués dans des opérations de fusions ou acquisitions**. Le mouvement de fusion a

⁴²⁹ Précisons que les cabinets de médecins aux Etats-Unis ne ressemblent guère à ceux que nous connaissons en France. Il existe de grandes structures privées dans des spécialités uniques qui peuvent rassembler de 30 à 50 médecins.

⁴³⁰ BAZZOLI G., DYNAN L. et BURNS L.R. (1999), "Capitated contracting of integrated health provider organizations", *Inquiry*, vol. 36 : n°4, pp. 426-444

été particulièrement net depuis le milieu des années 1990 avec l'entrée de nombreux établissements dans des chaînes à but lucratif (ce point sera discuté dans la suite des développements). De nos jours, ils occupent une place centrale dans le système de soins américain. On compte des systèmes multi-hospitaliers tant dans le secteur privé lucratif que dans celui à but non lucratif. **La consolidation du secteur hospitalier de court séjour a touché plus particulièrement les systèmes hospitaliers qui ont développés par les catholiques**⁴³¹. Ces systèmes, comme par exemple *Humana* ou encore *l'Hospital Corporation of America*, se sont développés depuis les années 1980. Elles détenaient à elles seules, à la fin des années 1980, 15 % des capacités en lits⁴³².

1.1.2. Les recherches sur la performance financière suite aux opérations de regroupement d'établissements : des liens peu évidents

De nombreuses études sur la performance financière des systèmes multi-hospitaliers ont été réalisées, notamment depuis la fin des années 1990. Les chercheurs qui étudient cet objet centrent leurs analyses sur les résultats et les externalités produites par les systèmes. Grant, Burns, Gimm et Nicholson⁴³³ rappellent que les deux premières motivations à ces opérations de regroupement sont, d'un point de vue théorique, la hausse de la profitabilité à travers le renforcement de l'établissement sur son marché et la création de synergies se traduisant par des économies de coût. Les établissements qui se regroupent réaliseraient des gains d'efficacité au travers des économies d'échelle et grâce à l'internalisation des transactions sur le marché (les coûts de transaction sont moins élevés au sens de Williamson). De nombreuses recherches empiriques ont tenté de démontrer ces liens entre l'entrée des *Managed Care*, le développement des systèmes et la performance financière des établissements tout en tenant compte des caractéristiques internes, structurelles et environnementales de ces derniers (taille, population accueillie, etc.). Parmi l'ensemble de ces recherches sur les systèmes multi-hospitaliers, certains articles répondent à des problématiques très ciblées, comme celui de Clement et Mc Cue⁴³⁴ dans lequel est étudiée la performance financière des systèmes suite à leur rachat par opération de LBO.

Les établissements de santé qui sont demeurés indépendants, les « *freestanding hospitals* », devenus vulnérables au marché intéressent les chercheurs⁴³⁵. Ce sont des structures de plus en plus rares dans le paysage hospitalier américain⁴³⁶. Certains chercheurs, notamment Mc Cue et Diana⁴³⁷ les ont étudiés pour mieux comprendre les logiques sous-jacentes à leurs résultats financiers favorables, un niveau de performance financière qui a été souligné par les agences de notation.

⁴³¹ Le nombre moyen d'établissements d'un système à but non lucratif est passé de 7 à 11 structures entre 1989 et 2005 en comparaison des autres systèmes privés (de 14,3 en 1989 à 15,8 en 2005 pour les systèmes à but lucratif). Les autres systèmes à but non lucratif ont constaté une légère diminution de leur nombre moyen de structure (de 4,6 à 4,4 établissements).

⁴³² HERZLINGER R.E., et KRASKER S. (1987), "Who Profits From Nonprofits?", *Harvard Business Review*, pp. 93-105

⁴³³ BURNS L.R., GIMM G. et NICHOLSON S. (2005), "The Financial Performance of Integrated Health Organization", *Journal Of Health Care Management*, vol. 50 : n°3, pp. 191-211

⁴³⁴ CLEMENT J.P. et MC CUE M.J. (1996), "The Performance of Hospital Corporation Of America And HealthTrust Hospitals After Leveraged Buyout", *Medical Care*, vol. 34 : n°7, pp. 672-685

⁴³⁵ MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, p. 300

⁴³⁶ Ibid., p. 300

⁴³⁷ Ibid., p. 300

1.2. Les autres évolutions sectorielles sources de mise en tension des établissements de santé : le progrès technique, la qualité des soins et le système de tarification

Dans ces développements sont présentées pèle mèle les autres évolutions du système relevées dans les articles de recherche pouvant influencer la performance financière des établissements de santé : le progrès technique, les systèmes de remboursement des soins *Medicare* et *Medicaid*, la mise en œuvre des démarches d'amélioration de la qualité ainsi que les problématiques relatives à la gestion du personnel des établissements.

1.2.1. La mise en place du *Prospective Payment System (PPS)* : une tarification cause de difficultés financières supplémentaires pour les établissements de santé

Afin de limiter les dépenses publiques, le Congrès a adopté, en 1983, dans le cadre de *Medicare* et pour certains États, de *Medicaid*, un système de paiement prospectif des frais hospitaliers sur la base de coûts par pathologie (*Diagnosis Related Group system* ou *DRGs*) dont la mise en place a été progressive (jusqu'en 1988)⁴³⁸. Le Medicare PPS place l'Etat en acheteur de soins « prudent » en payant un prix fixe pour un produit défini, la durée de séjour de l'établissement⁴³⁹. Le PPS a augmenté la concurrence entre les établissements en les incitant à contrôler leurs dépenses et a précipité les fermetures d'établissements qui ont été multipliées par trois⁴⁴⁰ sur la période 1984 à 1986 (en moyenne 150 fermetures par an), notamment celles des établissements situés en zone rurale⁴⁴¹. Celles-ci ont alerté les pouvoirs publics craignant une dégradation de l'accès aux soins. La problématique générale qui s'est imposée aux pouvoirs publics, dont se sont saisis les chercheurs, a été d'identifier si ces fermetures d'établissements de santé ont conduit à plus d'efficacité du système en supprimant les excès de capacité et d'identifier leurs conséquences en matière d'accès aux soins. Plus tardivement, les chercheurs se sont intéressés à la performance des établissements de santé de court séjour avant et après mise en œuvre du *Balanced Budget Act (BBA)* de 1997 qui a modifié les tarifs de remboursements en défaveur des établissements de santé. Dans l'Etat de Californie, par exemple, les dépenses liées à la prise en charge de patients couverts par *Medicare* ont diminué de 4,9 milliards de dollars de 1997 à 2002⁴⁴².

D'autres recherches ont porté sur la spécialisation des établissements de santé, les tarifs de remboursement attribués à chaque DRG encourageant ces derniers à se spécialiser dans les activités pour lesquelles les coûts de production sont peu élevés. Trois principales dérives à ce système ont été recensées et ont, entre autres, conduit au développement des établissements spécialisés, un thème de recherche que nous abordons dans la suite des développements. De même qu'en France, aux Etats-Unis, certaines spécialités médicales et chirurgicales sont mieux remboursées que d'autres. En 2009, Kim, Mc Cue et Thompson ont listé les activités à faible marge qui sont présentées dans le tableau ci-dessous⁴⁴³.

⁴³⁸ YOUNIS M., RICE J. et BARKOULAS J. (2001), "An Empirical Investigation of Hospital Profitability in the Post - PPS Era", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 28 : n°2, pp. 65-73

⁴³⁹ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

⁴⁴⁰ WILLIAMS D., HADLEY J. et PETTENGILL J. (1992), "Profits, Community Role, and Hospital Closure : An Urban and Rural Analysis", *Medical Care*, vol. 30 : n°2, pp. 174-187

⁴⁴¹ Ibid., p. 176

⁴⁴² HARRISON M.G. et MONTALVO C. (2002), "The Financial Health Of California Hospitals : A Looming Crisis", *Health Affairs*, vol. 21 : n°1, pp. 118-126

⁴⁴³ KIM T.H., MC CUE M.J. et THOMPSON J.M. (2009), "The Relationship of Financial and Mission Factors to the Level of Uncompensated Care Provided in California Hospitals", *Journal Of Health Care Management*, vol. 54 : n°6, pp. 383-402

Tableau 3 - Les activités à faibles marges des établissements de santé américains

| Type d'activité | Spécialités |
|---|--|
| Hospitalisation à temps complet | la traumatologie |
| | les unités de soins intensifs en néonatalogie |
| | les accouchements |
| | la prise en charge des grands brûlés |
| | les pathologies liées au fonctionnement des reins |
| | les soins palliatifs |
| | la psychiatrie de long séjour |
| | la psychiatrie des adultes |
| Hospitalisations à temps partiel | les urgences psychiatriques |
| | Hospitalisation à domicile |
| | Accueil de jour pour adultes |
| | Le planning familial |
| | L'hospitalisation de jour en psychiatrie |
| Recherche et enseignement | Activités de prévention : <i>Parent training class</i> et <i>Public Health class</i> |
| | Formation des résidents (des étudiants de médecine) Recherche médicale |

Le PPS donne la possibilité aux établissements de réaliser des économies de coûts en traitant des patients en meilleur état de santé au sein de quelques catégories de DRG⁴⁴⁴. L'exemple des tarifs de chirurgie cardiaque illustre notre propos.

Encart 7 - L'exemple de la couverture *Medicare*, les distorsions de ce système de remboursement selon Blackstone et Fuhr⁴⁴⁵

Le système de remboursement *Medicare* déforme l'allocation de ressources de deux manières : certains DRG sont plus profitables que d'autres et au sein d'un même DRG, il n'existe pas d'ajustement de tarif tenant compte de la gravité de l'état de santé des patients pris en charge. Ainsi, qualité et *outcome* ne sont pas pris en compte dans la fixation des tarifs. Ceci explique, qu'au-delà d'un effet volume, les établissements de santé spécialisés en chirurgie cardio-vasculaire, par exemple, aient un niveau de profitabilité plus élevé. Hormis une exception, celle de la pose de Pacemaker, les DRG de chirurgie cardiaque sont de 4 à 16 % plus profitables que la moyenne d'ensemble des DRG (toutes pathologies confondues). De plus au sein des DRG, la profitabilité diffère en fonction du niveau de complications. Par exemple, pour un patient dont les complications sont faibles, la pose de *Bypass* coronaires et celle de cathéters sont 47 % plus profitables que la moyenne des DRG, mais pour les patients dont les complications sont plus nombreuses, ces deux actes sont 21 % moins profitables que la moyenne des DRG. Des situations similaires sont observables pour les autres DRG.

Enfin, pour une même pathologie, praticiens et chercheurs soulignent qu'il existe des différences dans les remboursements proposés par le programme *Medicare* suivant le type d'établissement. Par exemple, les prises en charge en ambulatoire des hôpitaux spécialisés sont remboursées sur la base de l'*Outpatient Prospective Payment System* (OPPS), tandis que ces mêmes actes sont remboursés dans les centres de chirurgie ambulatoire sur la base de l'*ASC Fee Schedule*. Healy, Cromwell et Thomas se sont intéressés à ces différences et ont cherché à montrer que le programme *Medicare*, à pathologies identiques, rembourse plus les prises en charge en ambulatoire des hôpitaux spécialisés que celles des centres de chirurgie ambulatoire⁴⁴⁶. Pour cela, ils ont analysé les données d'activité des hôpitaux spécialisés au prisme de la tarification 2004 des centres de chirurgie ambulatoire. Ils trouvent que pour les

⁴⁴⁴ DRANOVE D. (1987), "Rate-Setting by diagnosis related groups and hospital specialization", *RAND journal of Economics*, vol.18 : n°3, pp. 417-527

⁴⁴⁵ BLACKSTONE E.A. et FUHR J.P. (2007), "Specialty Hospitals: The Economics and Policy Issues They Pose", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 34 : n°2, pp. 1-9

⁴⁴⁶ HEALY D., CROMWELL J. et THOMAS F. (2007-2008), "Repricing Specialty Hospital Outpatient Services Using Ambulatory Surgery Center Prices", *Health Care Financing Review*, vol. 29 : n°2, pp. 81-90

mêmes procédures chirurgicales, les remboursements sont de 43 % à 64 % plus élevés dans les hôpitaux spécialisés⁴⁴⁷.

Des changements majeurs sont attendus dans le système de tarification américain. Une réflexion est en cours sur un système de rémunération à la performance des établissements de santé, le « *pay for performance* »⁴⁴⁸. A la différence du PPS, ce système intégrera au calcul des remboursements des indicateurs de qualité des soins. Selon Porter et Olmsted Teisberg, ce système de remboursement pourrait se révéler inadéquate à long terme, parce qu'il récompense les producteurs sur des pratiques mandatées et non parce que les établissements atteignent un parfait ajustement des pratiques aux résultats⁴⁴⁹.

1.2.2. Les technologies de l'information : un gisement de performance ?

La révolution de la technologie et la globalisation des marchés changent l'environnement compétitif des entreprises de l'ensemble des secteurs d'activité. Les établissements de court séjour américains n'ont pas échappé à ces évolutions et ont été contraints de procéder aux ajustements nécessaires afin de conserver, voire même améliorer leur position concurrentielle sur leur marché⁴⁵⁰. L'adoption des nouvelles technologies de l'information a été tardive dans le secteur de la santé en comparaison à d'autres secteurs d'activité, notamment dans le domaine clinique. La résistance au changement des praticiens explique en partie ce retard mais le principal facteur est celui des coûts liés à ce type d'investissement, dont le retour sur investissement n'a jamais été prouvé à grande échelle (dans une étude quantitative).

Notons qu'aux Etats-Unis, l'enjeu du sujet est d'autant plus prégnant en raison de la *surtechnicité* des soins qui s'explique par une expansion des techniques difficilement contrôlable⁴⁵¹. Elle a conduit inéluctablement à une surconsommation des examens médicaux, ceux-ci se surajoutant plus qu'ils ne se substituent. Ils sont donc source d'inflation des dépenses de santé⁴⁵². Au delà de l'impact du recours aux nouvelles technologies de l'information sur la hausse des dépenses de santé, une équipe de chercheurs dirigée par Menachemi, ayant publié deux articles en 2006 et en 2007, s'est interrogée sur les effets de ces investissements, souvent coûteux, sur le niveau de la performance financière des établissements de santé de Floride. Pour ces chercheurs, l'utilisation de nouvelles technologies dans les établissements de santé est liée à de nombreux bénéfices organisationnels (améliorations sur la qualité des soins et de la sécurité des patients)⁴⁵³. Ils s'interrogent pour autant sur le bénéfice financier associé à la détention d'un portefeuille d'investissement en nouvelles technologies.

⁴⁴⁷ Les auteurs notent toutefois les limites de leurs résultats, en raison de la comptabilisation de certains actes qui sont parfois séparés en deux selon le système de remboursement étudié et donnent donc lieu à deux paiements distincts.

⁴⁴⁸ BLACKSTONE E.A. et FUHR J.P. (2007), "Specialty Hospitals: The Economics and Policy Issues They Pose", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 34 : n°2, pp. 1-9

⁴⁴⁹ PORTER M.E. et OLMSTED-TEISBERG E. (2004), "Redefining Competition in Health Care", *Harvard Business Review*, pp. 65-71

⁴⁵⁰ MENACHEMI N., BURKHARDT J., SHEWCHUK R., et al. (2006), "Hospital Information Technology and Positive Financial Performance: A different Approach to Finding ROI", *Journal of Healthcare Management*, vol. 51 : n°1

⁴⁵¹ DUHAMEL G. (2002), *Le système de santé et d'assurance maladie américain. Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, rapport n°2002-073, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 71 p.

⁴⁵² Ibid., 71 p.

⁴⁵³ Le recours à ces nouvelles technologies contribue à accroître la satisfaction des praticiens, à augmenter la responsabilité et l'efficacité des infirmières et à améliorer la gestion des données des patients et l'efficacité administrative.

1.2.3. Pénurie de main d'œuvre et économies sur les coûts salariaux, quels impacts sur la performance financière des établissements de santé ?

Les Etats-Unis connaissent des problématiques similaires en de nombreux points à celles que nous constatons en France en matière de gestion du personnel. Malgré la croissance de l'emploi dans le secteur sanitaire, il manque des professionnels de tous niveaux, notamment de médecins. Depuis 1940, la croissance du nombre de médecins s'est faite en milieu urbain, les zones rurales ont connu un taux de croissance presque nul sur la période. Ainsi, la répartition des praticiens sur le territoire est aussi déséquilibrée qu'en France⁴⁵⁴. Le degré de spécialisation des médecins y est très important et même plus élevé qu'en France. Près de 9 médecins américains sur 10 sont des spécialistes (87 %). Les 13 % restants sont des médecins généralistes en ambulatoire qui interviennent souvent aussi dans l'établissement⁴⁵⁵. Cette ressource rare fait l'objet d'une attention particulière de la part des dirigeants d'établissements de santé et des chercheurs qui tentent de démontrer que certaines modalités d'intégration des praticiens conduisent à de meilleures performances financières des établissements de santé⁴⁵⁶.

La relation entre le personnel soignant et notamment l'emploi infirmier et la performance financière est davantage étudiée par les chercheurs en raison de l'importance de ces charges dans le budget des établissements. Les effectifs infirmiers représentent en moyenne 30 à 40 % de l'ensemble des charges de personnel d'un établissement. L'instauration de ratios minimum de personnel dans certains États et la pénurie de personnels infirmiers ont engendré une pression croissante sur les coûts d'exploitation et la marge des établissements de santé. Par ailleurs, la concurrence accrue sur le marché des soins liée à la croissance de la pénétration des HMO et à la contraction du prix du remboursement des soins de la part du gouvernement ont amené ces structures de prise en charge à réduire ces coûts. Les stratégies déployées par les établissements de santé afin de réduire leurs coûts ont engendré de manière fréquente des opérations de *downsizing* engendrant des réductions d'effectifs infirmiers. Une étude nationale a démontré que 60 % des établissements de santé américains ont procédé à des réorganisations de leurs services entre 1990 et 1995. 82 % de ces opérations se sont traduites, entre autres, par des réductions d'effectif.⁴⁵⁷ Certains dirigeants ont fait le pari qu'en réduisant le nombre d'IDE et ainsi, les coûts liés au travail, ils amélioreraient leur performance financière. En considération de ces éléments, certains chercheurs se sont intéressés à l'évaluation des conséquences de ces changements opérés dans la structuration du personnel.

1.2.4. Une préoccupation plus récente : un contrôle des démarches d'amélioration de la qualité des soins sur la performance financière des établissements de santé

De nombreux chercheurs ont pensé que la croissance des *Managed Care* conduirait à restructurer les relations entre offreurs, cela en apportant une attention accrue à la qualité des soins. Hors, elle reste un enjeu majeur du secteur. Des études notent que le coût engendré par le manque de qualité des soins et par l'utilisation inappropriée des structures de soins se monterait à 30 % de la dépense totale dont 10 % seraient liés aux coûts des recours en justice contre les médecins. Un contrôle de qualité officiel a été mis en place depuis 1991 : il s'agit du

⁴⁵⁴ DUHAMEL G. (2002), *Le système de santé et d'assurance maladie américain. Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, rapport n°2002-073, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 71 p.

⁴⁵⁵ Dans ce pays, le faible nombre de généralistes est compensé en partie par le nombre de médecin de premier recours, les « *primary care physician* »⁴⁵⁵ et par la redéfinition des compétences qui ont engendré la création de deux grandes catégories d'assistants médicaux : les « *physician assistants* » et les « *nurse practitioners* »⁴⁵⁵. Ibid., p. 19

⁴⁵⁶ MARK T.L., EVANS W.N., SCHUR C.L., *et al.* (1998), "Hospital-Physician Arrangements and Hospital Financial Performance", *Medical Care*, vol. 36 : n°1, pp. 67-78

⁴⁵⁷ CHADWICK C., HUNTER L.W. et WALSTON S.L. (2004), "Effects of Downsizing Practices on the Performance of Hospitals", *Strategic Management Journal*, vol. 25 : n°5, pp. 405-427

National Committee for Quality Assurance (NCQA), un organisme fédéral. Il emploie des médecins qui sont chargés d'apprécier la qualité des prises en charge offertes par les *Managed Care* et plus particulièrement l'organisation et les processus de prise en charge. L'intervention de l'Etat fédéral dans le contrôle de la qualité a été renforcée récemment avec l'obligation faite à l'agence de recherche sur la santé et la qualité, AHRQ (*Agency for Health Care Research and Quality*) de réaliser chaque année un rapport sur les disparités dans la qualité et l'accès aux soins. Depuis 1999, la qualité des soins des établissements de santé est également évaluée par la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) chargée de l'accréditation des structures de prise en charge. Le principe est le même qu'en France⁴⁵⁸ : Les comptes-rendus comportent des données précises qui sont publiées pour aider les usagers à faire leur choix.

La mise en œuvre des démarches d'amélioration de la qualité ayant un coût certain pour les établissements, les chercheurs s'intéressent depuis le début de les années 2000 à leur impact sur leur performance financière.

2. Le développement du secteur privé à but lucratif au cœur du débat sur la performance financière des établissements de santé

Comme nous l'avons vu, au regard des difficultés soulevées par le développement et la concentration du secteur hospitalier, les chercheurs américains ont tenté d'apporter des réponses claires sur le niveau de performance financière des établissements de santé et sur les facteurs qui l'influencent. De nombreux chercheurs ont apporté leur contribution en menant des études comparatives entre établissements de différents secteurs : à but lucratif, à but non lucratif et public (d'État ou gouvernementaux). De nos jours, le centre d'intérêt des chercheurs est encore largement centré sur des comparaisons entre établissements ou groupes d'établissements du secteur privé à but lucratif et leurs homologues du secteur privé à but non lucratif. Par ailleurs, le développement récent des hôpitaux spécialisés, des structures majoritairement à but lucratif, soulève de nombreuses questions. Les études menées sur les spécificités de ces structures et l'impact de leur développement sur la santé financière des établissements de santé généraux représentent un nouveau terrain de recherche investigué par les chercheurs.

Le premier paragraphe est consacré à l'étude du développement du secteur privé à but lucratif et présente les problématiques des études de performance financière plaçant ces établissements au centre des recherches. Le paragraphe suivant présente les hôpitaux spécialisés qui constituent, selon nous, un nouvel idéal type de structure du paysage hospitalier privé commercial américain. Nous allons voir que les recherches sur ces structures soulèvent de nombreuses questions d'ordre financier.

2.1. Le développement des conglomérats du secteur privé à but lucratif : des recherches sur des organisations réputées pour leur bonne gestion financière

Au regard d'un bref historique sur le développement du secteur privé à but lucratif américain, le lecteur constatera que le secteur privé à but lucratif français partage des origines communes avec celui américain. Le développement précoce des « cliniques anonymes » aux Etats-Unis, c'est-à-dire, d'établissements se caractérisant par un actionnariat de groupe, dont le

⁴⁵⁸ Les Etats-Unis sont à l'origine de la mise en œuvre de ce type de démarche. En France, le système de certification des établissements de santé s'est largement inspiré du modèle américain. Sur ce point, V. notamment LE FAOU A.-L. (2003), *Les systèmes de santé en question*, Ellipses, p. 129

financement est le plus souvent assuré sur les marchés financiers, est selon nous, l'un des principaux critères qui les distingue. Par la suite, nous verrons que « ce modèle d'efficacité » soulève la question de la pertinence des avantages fiscaux accordés par le gouvernement aux établissements privés à but non lucratif. Les chercheurs ont tenté d'apporter des réponses à cette problématique par l'analyse des facteurs influençant la performance financière des établissements de santé.

2.1.1. Le développement du secteur privé à but lucratif ou la naissance d'un secteur objet de débats controversés

Aux Etats-Unis, les soins hospitaliers ont été traditionnellement prodigués par le secteur privé à but non lucratif. Au début du XX^{ème} siècle, les établissements de santé sont le plus souvent détenus par des organisations charitables, par des médecins, ou encore par des dirigeants d'entreprises souhaitant faire bénéficier des services de santé à la population locale du territoire sur lequel leur entreprise est implantée⁴⁵⁹. A cette période, les établissements à but lucratif (les *for profit hospitals*) sont peu nombreux et font figures d'exception dans le paysage hospitalier. Ils ne détiennent qu'une faible part des capacités d'hospitalisation. Ces institutions de petite taille, le plus souvent détenues par des médecins, constituent, à l'image du secteur privé lucratif français, le prolongement des cabinets médicaux. La croissance du secteur privé à but lucratif s'est accélérée à partir des années 1970 avec l'arrivée de nouveaux investisseurs sur le marché, créateurs de chaînes d'établissements financées par appel public à l'épargne, tel que *Columbia HCA*, le plus grand investisseur privé du début des années 2000. Le secteur des « *for profit* », apprécié des investisseurs en raison des perspectives de profits qu'il offre et d'un management efficace de ses organisations, a enregistré durant les années 1970 une croissance de 64 % de ses lits d'hospitalisation contre 17 % pour le secteur privé à but non lucratif⁴⁶⁰. Au début des années 1980, les *for profit* représentaient 10 % des parts de marché du secteur hospitalier⁴⁶¹. Un mouvement de conversion a été engagé et de nombreux établissements du secteur privé non lucratif en difficulté financière ont été rachetés et réorganisés en structures privées commerciales durant les années 1980 et 1990. La croissance de ce type d'opération s'est ralentie à la fin des années 1990 lorsqu'il est devenu clair qu'il n'était pas possible de réaliser des profits faciles à long terme.⁴⁶² Le développement du secteur hospitalier commercial a été plus prégnant sur certaines zones géographiques telle que la *Sunbelt* où, en 1980, ces structures rassemblaient 20 % des capacités d'hospitalisation, selon les données de l'*American Hospital Association* (AHA). En 2008, les Etats-Unis comptent 5 148 établissements de santé tous secteurs confondus⁴⁶³ avec un secteur privé détenant une place privilégiée au sein du système, 74 % des établissements appartenant au secteur privé. 57 % sont des établissements de santé privés à but non lucratif et 17 % sont des établissements privés commerciaux. Les établissements publics (26 % du parc hospitalier) sont, pour la plupart, soit des institutions importantes liées aux écoles de médecine, soit de petits établissements implantés en milieu rural.

⁴⁵⁹ WILCOX-GÖK V. (2002), "The effects of for-profit status and system membership on the financial performance of hospitals", *Applied Economics*, vol. 34, pp. 479-489

⁴⁶⁰ SHERMAN H.D. (1986), "Financial Reporting, Interpreting Hospital Performance with Financial Statement Analysis", *The Accounting Review*, LXI:3

⁴⁶¹ Ibid.

⁴⁶² VAILLANCOURT ROSENAU P. (2003a), "Performance Evaluations of For-Profit and Nonprofit US Hospitals Since 1980", *Nonprofitmanagement and Leadership*, vol. 13: n°4, pp. 401-423

⁴⁶³ Ce total ne tient pas compte des 451 établissements privés psychiatriques et de rééducation.

2.1.2. Les *for profit*, un modèle d'efficience ?

« *We do not claim that the for profits are perfect, merely better* » Hertzlinger et Krasker (1987)

En parallèle à la forte croissance du secteur privé à but lucratif, comme nous l'avons vu précédemment, le coût des dépenses hospitalières a fortement augmenté, voire a « dérapé » selon David Sherman⁴⁶⁴. Précisons que jusqu'alors, les établissements privés à but non lucratif, le modèle dominant, avaient fait l'objet de peu d'écrits, notamment en raison du paradigme prévalent selon lequel les décideurs au sein des organismes à but non lucratif maximisent leur propre satisfaction plutôt que la recherche de profits. Ainsi les excédents réalisés par la structure étaient considérés comme un résidu non central dans le processus de décision⁴⁶⁵.

Afin de réguler ces coûts, une attention particulière a été portée au modèle des *for profit* dans les années 1980 en raison de leur bonne santé financière, ceux-ci semblant constituer le modèle à suivre en matière de management des coûts. Quels facteurs expliquent encore de nos jours les différences observées dans la performance financière de ces établissements ? Une étude statistique unidimensionnelle⁴⁶⁶, publiée en 2008 par Schuman⁴⁶⁷, illustre que les entreprises du secteur privé à but lucratif obtiennent de meilleurs résultats financiers que ceux des autres secteurs. Les principaux résultats de cette étude publiée dans la revue *Health Financial Management* sont reportés dans l'encadré suivant.

Encart 8 - Une étude des différences de performance financière entre les *for profit* et les *not-for-profit*

Schuman, dans son article de 2008, mène une analyse financière de l'ensemble des établissements de santé américains de court séjour sur la base des rapports de coûts publiés par les CMS. Ainsi, précise-t-il un point important : les données qu'il étudie sont à relativiser car elles n'intègrent pas l'ensemble de la population accueillie par les établissements de santé américains, mais traitent seulement de la population couverte par *Medicare*.

Ses résultats montrent que le taux de marge opérationnelle (résultat opérationnel / total des revenus), dont l'auteur signale la pertinence pour rendre compte de la viabilité financière des entreprises, bien qu'il soit en baisse pour les entreprises du secteur lucratif, reste positif et plus important entre 2003 et 2007 que celui des établissements de santé à but non lucratif. Il diminue de plus de 3 % sur la période passant de 8,87 % à 5,45 %, tandis que les établissements du secteur non lucratif enregistrent des valeurs négatives sur l'ensemble de la période étudiée. Seul le ratio de *cash on hand* (nombre de jours durant lesquels une entreprise peut faire face à ses dépenses d'exploitation à partir de ses liquidités disponibles, en faisant l'hypothèse que cette dernière n'enregistre en caisse aucun remboursement de créance) est moins élevé que celui enregistré par les établissements à but non lucratif mais il est compensé, selon l'auteur, par un ratio de liquidité générale (*current ratio*) plus élevé, le secteur privé lucratif démontrant ainsi sa plus grande capacité à anticiper ses obligations à court terme. Selon l'auteur, plusieurs facteurs touchant la gestion des établissements permettent d'expliquer ce différentiel de performance. En effet, la durée moyenne de séjour est plus faible dans ces établissements et la part des hospitalisations externes dans le chiffre d'affaires augmente. Elle s'établit à 33,60 % en 2007, contre 30,52 % en 2003 tandis que celle des établissements de santé à but non lucratif stagne. Schuman signale une autre différence qui, selon lui, explique certainement à elle seule les différences de performance enregistrées sur le résultat opérationnel. Il s'agit des dépenses en personnel. Elles sont, dans les établissements à but lucratif inférieures de 20 % à celles des établissements de santé à but non lucratif. Au delà de la gestion de l'activité, des différences sont également à noter dans la gestion financière de ces structures : le délai moyen de recouvrement des créances clients est plus faible dans les structures à but lucratif, mais leur délai moyen de paiement des fournisseurs est plus long.

⁴⁶⁴ SHERMAN H.D. (1986), "Financial Reporting, Interpreting Hospital Performance with Financial Statement Analysis", *The Accounting Review*, LXI:3

⁴⁶⁵ PERVAIZ A., ELSHAFIE E. et JARJOURA D. (2008), "The Effect of Ownership Structure on Performance of Hospitals", *Academy of Accounting and Financial Studies Journal*, vol. 12 : n°3, pp. 37-51

⁴⁶⁶ Une analyse de différentes mesures ou variables d'une étude de manière indépendante.

⁴⁶⁷ SCHUMANN T. (2008), "Hospital Financial Performance - Trends to Watch", *Health Financial Management*, pp. 59-66

Notons toutefois, que ces structures ne sont pas hors de tout reproche. Comme dans le système français, de nos jours encore, certains acteurs craignent que les pratiques liées à la réglementation administrative au sein de ces établissements n'affectent directement le bien-être des patients. En effet, le système d'allocation des ressources incite à la hausse des volumes d'activité (donc de revenus) et les pratiques médicales sont soumises à la pression des coûts, ces facteurs pouvant concourir à altérer la qualité des soins prodigués par ces structures. Les acteurs craignent un alignement vers le bas des bonnes pratiques. Ce phénomène est accentué par la perte de pouvoir des médecins américains au sein des chaînes d'établissements, de nombreuses décisions étant, dans ces groupes, centralisées au niveau de la direction administrative. Il est également reproché aux établissements à but lucratif de sélectionner leurs patients en choisissant de ne pas pratiquer les activités auxquelles ont fréquemment recours les personnes en difficultés financières ou sans couverture maladie⁴⁶⁸.

La relative convergence observée entre les structures à but lucratif et celles à but non lucratif soulève une autre problématique, celle des avantages accordés au secteur privé à but non lucratif. En effet, en contrepartie des allègements fiscaux dont ils bénéficient et de la possibilité qui leur est offerte de recevoir des donations exemptées de taxes, les établissements de santé privés à but non lucratif américains ont pour mission de dispenser des soins aux catégories de personnes les plus défavorisées (aux Etats-Unis, il existe 45 à 48 millions de non assurés et ce chiffre croît d'années en années). Hors, depuis les années 1980, ces établissements sont soumis à une pression croissante sur leurs objectifs économiques⁴⁶⁹, notamment en raison du déclin de la générosité publique (les dons et autres contributions ne représentent plus, qu'en moyenne, moins d'un pourcent de leurs revenus). De nos jours, le capital de ces établissements est prêté par des investisseurs dont les préoccupations sont davantage orientées sur le risque financier et les revenus générés par l'activité. La pression financière est d'autant plus prégnante que les nouvelles technologies médicales, ayant largement contribué au développement de l'activité ambulatoire, et le développement des *Managed Care* encourageant l'efficacité (à travers la limitation des prix et la hausse des volumes d'hospitalisation) ont engendré une baisse de la demande pour les soins hospitaliers traditionnels. Sujets à des impératifs financiers croissants, le niveau de leur participation à la prise en charge des personnes les plus démunies interroge les pouvoirs publics, les professionnels et les chercheurs. Les allègements fiscaux dont bénéficient les établissements à but non lucratif sont-ils justifiés ?

Afin d'apporter des réponses à l'ensemble de ces problématiques, les chercheurs ont mené des études comparatives de la performance financière de ces deux types de structures et des facteurs l'influençant. En raison de la conflictualité des résultats obtenus par les chercheurs sur l'ensemble de ces problématiques depuis la fin des années 1970 (ces résultats sont présentés dans la deuxième section de ce chapitre), cette source de publication n'est, de nos jours, pas tarie. Pour illustrer notre propos, citons les résultats d'une revue de littérature consacrée à l'évaluation des performances des établissements de santé à but lucratif et à but non lucratif réalisée en 2003 par Pauline Vaillancourt Rosenau⁴⁷⁰. Cette chercheuse dénombre en moyenne 3 à 4 finalisations de projet de recherche par an depuis 1980 sur la performance des établissements de santé, celle-ci étant mesurée par quatre critères : la qualité des soins, les coûts et l'efficacité, la responsabilité sociale et l'accès aux soins.

⁴⁶⁸ Les exemples de services les moins rentables les plus cités dans la littérature sont les services d'urgences et les services de gynécologie.

⁴⁶⁹ PHILLIPS J.F. (1999), "Do Managerial Efficiency and Social Responsibility Drive Long-Term Financial Performance of Not-for-Profit Hospitals before Acquisitions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 25 : n°4

⁴⁷⁰ VAILLANCOURT ROSENAU P. (2003b), "Performance Evaluations of For-Profit and Nonprofit US Hospitals Since 1980", *Nonprofitmanagement and Leadership*, vol. 13 : n°4, pp. 401-423

2.2. Les établissements de santé spécialisés, un nouveau champ de recherche en management hospitalier

Le cas des hôpitaux spécialisés, les « *specialty hospitals* », représente une autre problématique ayant donné lieu à des recherches sur la performance financière des établissements de santé. Suite à deux rapports d'avril et d'octobre 2003 du *United States Government Accounting Office* (GAO)⁴⁷¹, le Congrès américain a imposé, parmi d'autres mesures de la loi de modernisation des établissements de santé de 2003, le *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act*, un moratoire de deux années prolongé jusqu'à l'été 2006⁴⁷² pour ralentir le développement de ces établissements⁴⁷³. Le Congrès n'ayant pas cédé aux pressions lobbyistes d'associations telle que *l'American Hospitalization Association* (AHA), concernant l'interdiction définitive d'adressage des patients couverts par *Medicare* à ces structures, le débat sur leur développement reste d'actualité. Les chercheurs ont mené des études qui tentent de mieux comprendre ces organisations et les conséquences de leur entrée sur le secteur sur l'évolution des profits des établissements de santé dits « généraux », c'est-à-dire non spécialisés.

La place de ces structures dans le paysage hospitalier américain et les éléments du débat entourant leur développement sont précisés au lecteur.

2.2.1. Les hôpitaux spécialisés, un développement dans une brèche laissée entrouverte par le Congrès américain

La présence d'hôpitaux spécialisés dans le paysage hospitalier américain n'est pas un phénomène nouveau. L'intérêt récent porté à ces structures est lié à la croissance du nombre de ces structures spécialisées en chirurgie, et plus particulièrement, en orthopédie et en chirurgie cardiaque. Les spécificités de ces structures sont présentées dans les développements suivants.

- Des établissements en faible nombre, de taille limitée et implantés dans des zones géographiques dont la croissance démographique est favorable

Aux Etats-Unis, toutes spécialités médicales confondues, on compte 2 199 établissements spécialisés dont le taux de croissance a été de 16 % entre 2000 et 2005, contre 4 % pour les établissements de santé généraux⁴⁷⁴. Sur cette période, ce taux a été largement tiré par celui des établissements de santé chirurgicaux qui, pourtant, ne représentent une faible part du nombre total de ces structures spécialisées et une petite fraction du nombre d'établissements généraux. Leur nombre a presque doublé entre 2000 et 2005 et devrait continuer à croître dans les années à venir⁴⁷⁵. La forme la plus courante est celle des établissements de santé spécialisés en

⁴⁷¹ Le *Government Accounting Office* (GAO) est l'organisme d'audit, d'évaluation et d'investigation du Congrès aux États-Unis en charge du contrôle des comptes publics. Il fait partie de la branche législative du gouvernement fédéral des États-Unis.

⁴⁷² La période du moratoire a été prolongée par Le *Deficit Reduction Act* (DRA) de 2005.

⁴⁷³ Les établissements déjà en activité en novembre 2003 n'entrent pas dans le champ du moratoire. Les établissements en projet après cette date ont dû se référer aux *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), les agences responsables de la gestion des programmes Medicare, Medicaid, SCHIP (State Children's Health Insurance) et autres programmes de santé, pour toute autorisation de création d'activité. Les hôpitaux déjà existants ont dû également s'adresser aux CMS pour tout projet d'extension.

⁴⁷⁴ SCHNEIDER J.E., OHSFELDT R.L. et BENTON J (2007), *The Effects of Physician-Owned Specialty Hospitals: A Critical Review of the Evidence*, Health Economics Consulting Group LLC, 36 p.

⁴⁷⁵ S'agissant des créations, les représentants des hôpitaux spécialisés s'attendent à une croissance modeste et graduelle des créations de structures. En effet, l'incertitude des acteurs au regard de l'évolution de la réglementation pourrait atténuer l'intérêt porté par les praticiens pour ce type de structure et rendre plus difficile l'obtention de financements pour ces projets. En 2005, le GAO a estimé qu'entre 12 et 37 projets d'ouverture devaient aboutir si le moratoire était maintenu et que leur expansion serait plus rapide si le moratoire prenait fin en 2005. Celui-ci ayant pris fin en juillet 2006, il est, par conséquent très probable que les créations d'établissements s'accélèrent.

orthopédie réalisant, par exemple, uniquement des actes de chirurgie des membres inférieurs⁴⁷⁶. Les établissements de santé spécialisés en chirurgie cardiaque (poses de *Bypass*, angioplasties, etc.) est le sous-ensemble qui a connu la plus forte croissance mesurée en nombre de créations de structures. Beaucoup de ces établissements de santé cardiaques sont détenus par une chaîne d'établissements à but lucratif, la *MedCath Corporation*, la seule du pays spécialisée dans ce type de prise en charge.

Tableau 4 - Evolution des établissements de santé généraux et des établissements de santé spécialisés (période 2000-2005)

| Types d'établissements | Nbre ét.2000 | Nbre ét. 2005 | % d'évolution 2000-2005 |
|---|--------------|---------------|-------------------------|
| Établissements de santé généraux de court séjour | 4 915 | 4 936 | 4,3 % |
| Établissements de santé spécialisés | | | |
| <i>Non-chirurgicaux</i> | | | |
| - Réhabilitation | 1 102 | 1 235 | 12,1 % |
| - Psychiatrie | 491 | 481 | -2,0 % |
| - soins de longue durée | 263 | 392 | 49,0 % |
| <i>Total établissements de santé spécialisés non chirurgicaux</i> | 1 856 | 2 108 | 13,6 % |
| <i>Chirurgicaux</i> | | | |
| Orthopédie | 27 | 53 | 96,3 % |
| Chirurgie cardiaque | 12 | 25 | 108,3 % |
| Chirurgie générale | 7 | 13 | 85,7 % |
| <i>Total chirurgie</i> | 46 | 91 | 97,8 % |
| Total établissements de santé spécialisés | 1 902 | 2 199 | 15,6 % |

sources : Kaiser Family Foundation ; études MedPAC (2005, 2006, 2007)

Les auteurs des rapports 2003 du *GAO* ont établi des critères d'identification plus précis des établissements spécialisés qui ont été retenus, par la suite, dans la plupart des recherches menées sur ce thème. Ainsi, un établissement est dit « spécialisé » si les séjours d'au moins deux tiers des patients couverts par *Medicare* apparaissent dans le classement de deux catégories majeures de diagnostic (CMD) ou si les séjours d'au moins deux tiers des patients d'un établissement se classent parmi des catégories de séjours chirurgicaux. Les établissements de santé publics, de long séjour et ceux dont la rotation n'excède pas 10 patients par lit et par année et ceux réalisant des activités bien distinctes des activités de court séjour sont exclus de ce classement. Sur la base de ces critères, les établissements de santé spécialisés ont été reclassés en cinq grandes catégories par le *GAO* : les établissements de santé spécialisés dans la prise en charge cardiaque, ceux spécialisés en orthopédie, en chirurgie générale ou dans la prise en charge de la femme, et enfin, ceux n'appartenant à aucun de ces cinq groupes, par exemple, ceux spécialisés en ophtalmologie ou en ORL⁴⁷⁷. Une centaine d'établissements de santé spécialisés répondent à ces critères de définition⁴⁷⁸. Ces structures hybrides entre les établissements de santé généraux et les centres de chirurgie ambulatoire réalisent seulement 2 % de l'offre de soins de court séjour hospitalier. Une autre spécificité des établissements de santé spécialisés tient leur faible capacité d'accueil, notamment au regard de la taille moyenne des établissements de santé généraux. A titre illustratif, la taille médiane des établissements de santé spécialisés en chirurgie est de 16 lits, ceux spécialisés en gynécologie obstétrique de 61 lits. En comparaison, celle des établissements de santé généraux est d'environ 170 lits. Ils se sont développés dans certaines zones géographiques où la régulation sanitaire est considérée comme propice à leur développement, en raison d'une faible ou d'une absence de régulation des installations et des hausses des capacités ainsi que dans des zones où la croissance démographique est favorable. Le *GAO* a recensé en 2003 que les deux tiers des 100

⁴⁷⁶ SCHNEIDER J.E., OHSFELDT R.L. et BENTON J (2007), *The Effects of Physician-Owned Specialty Hospitals: A Critical Review of the Evidence*, Health Economics Consulting Group LLC, 36 p.

⁴⁷⁷ Les hôpitaux spécialisé en ORL sont exclus des analyses du *GAO* car, selon les auteurs des différents rapports publiés par cet organisme, ces établissements n'apportent que peu d'informations supplémentaires, ceux-ci ayant le plus souvent été créés de longue date.

⁴⁷⁸ STEINWALD A.B., COSGROVE J., FEIN H., et al. (2003), *Specialty Hospitals, Geographic Location, Services Provided, and Financial Performance*, Report to Congressional Requesters United States General Accounting Office (GAO), 36 p.

établissements de santé spécialisés se sont implantés dans sept états, les projets d'ouverture (26 recensés en 2003) obéissant au même constat de concentration.

Au regard de ces données descriptives, le débat engagé par les autorités de santé américaines pourrait paraître excessif. La suite des développements explicite les raisons pour lesquelles l'Etat Fédéral a choisi de freiner leur développement.

➤ **Des taux de profit parfois très élevés mais non systématiques**

La performance financière des établissements de santé spécialisés a été analysée au travers d'analyses longitudinales et comparatives mesurant la rentabilité de ces établissements. L'enquête du *Government Accounting Office* (2003) a consacré une partie de ses développements à l'analyse des comptes d'exploitation d'une centaine d'établissements spécialisés⁴⁷⁹. Elle révèle que ces structures obtiennent de meilleurs résultats financiers que les établissements de santé généraux lorsque l'on considère leur revenu global. En revanche, leur niveau de performance financière est identique à celui des établissements de santé généraux concernant la prise en charge des patients couverts par *Medicare*⁴⁸⁰. Moore et Coddington, mandatés par l'*American Hospital Association* et d'autres associations d'établissements de santé de plusieurs États trouvent à partir d'une série de monographies d'établissements de santé spécialisés, que leur marge nette est plus élevée que celle des établissements de santé généraux⁴⁸¹. En 2003, pour certains établissements, elle atteint parfois plus de 40 %. L'exemple le plus éloquent, pour ces deux consultants, est celui du *Black Hills Surgery Center* (BHSC), spécialisé en chirurgie du rachis et en orthopédie, qui a réalisé une marge nette de 40,4 % (un revenu net de 16,8 millions de dollars pour un chiffre d'affaires de 41,6 millions de dollars, l'établissement comptant 16 lits)⁴⁸². Cependant les représentants des établissements de santé spécialisés, telle que l'Association américaine des établissements de santé chirurgicaux ou encore les dirigeants des grandes chaînes d'établissements de santé spécialisés comme *MedCath Corporation* ou le *National Surgical Hospitals* précisent que les établissements de santé spécialisés ne connaissent pas tous des succès financiers. Certains ont déjà fait faillite, les médecins actionnaires perdant ainsi les sommes qu'ils y avaient investies⁴⁸³.

2.2.2. But lucratif et actionariat médical : de nombreuses problématiques de recherche sous-jacentes

Selon Blackstone et Fuhr et les chercheurs du *Health Economics Consulting Group*, le secteur hospitalier connaît, à plus petite échelle, une évolution similaire à celle des entreprises industrielles⁴⁸⁴. Olmsted Teisberg, Porter et Brown notent que la spécialisation permet aux établissements de santé de diminuer leurs coûts, d'obtenir un plus haut niveau de qualité des soins grâce à l'effet d'expérience induit par la répétition des procédures de prise en charge⁴⁸⁵. Pourtant le fort développement de ce type de structures aux Etats-Unis est controversé et

⁴⁷⁹ Ibid., 36 p.

⁴⁸⁰ Ibid., 36 p.

⁴⁸¹ MOORE K., et CODDINGTON D. (juillet 2005), "Specialty hospital rise could add to full-service hospital woes", *Health Care Financial Management*, pp. 84-91

⁴⁸² Moore et Coddington précisent, par ailleurs, qu'avec la vente de la moitié des parts de l'établissement à un groupe d'investisseurs canadien, les 35 praticiens actionnaires ont touché une prime additionnelle de 71 millions de dollars, soit environ 2 millions de dollars par praticien cette même année.

⁴⁸³ STEINWALD A.B., COSGROVE J., GAUMER J. et PODULKA J. (mai 2005), *Specialty Hospitals : Information on Potential New Facilities*, Report to the Congress, United States Government Accountability Office (GAO), 12 p.

⁴⁸⁴ BLACKSTONE E.A. et FUHR J.P. (2007), "Specialty Hospitals: The Economics and Policy Issues They Pose", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 34 : n°2, pp.1-9. ; SCHNEIDER J.E., OHSFELDT R.L. et BENTON J (2007), *The Effects of Physician-Owned Specialty Hospitals: A Critical Review of the Evidence*, Health Economics Consulting Group LLC, 36 p.

⁴⁸⁵ OLMSTED TEIBERG E., PORTER M.E. et BROWN G.B. (2000), "Making Competition in Health Care Work", *Harvard Business Review*, vol. 72 : n°4, pp. 131-141

continue d'interroger les pouvoirs publics. De même que les hôpitaux généraux à but lucratif, la spécialisation de ces établissements de santé dans les prises en charge les plus rémunératrices leur est reprochée. Ils prendraient en charge des patients qui ont peu de complications, laissant ainsi aux établissements de santé généraux les prises en charge les plus complexes et les plus coûteuses, une pratique dite de « *cherry-picking* » par les chercheurs américains. Par ailleurs, les praticiens actionnaires des hôpitaux spécialisés obéiraient à des incitations financières qui affecteraient de manière inappropriée leur pratique et le comportement de référence en matière de prise en charge clinique.

Les questionnements portent également sur la présence de praticiens actionnaires exerçant en leur sein⁴⁸⁶. Deux rapports du GAO de 2003 établissent que plus de 90 % des établissements de santé spécialisés ouverts depuis 1990 poursuivent un but lucratif, contre 20 % des établissements de santé généraux. De plus, 70 % de ces établissements de santé comptent des médecins actionnaires et un cinquième d'entre eux sont détenus presque à 100 % par des praticiens⁴⁸⁷, le reste des parts sociales étant le plus souvent la propriété de chaînes d'établissements de santé généraux d'envergure locale⁴⁸⁸. Les praticiens sont séduits par ce type d'investissement qui leur offre la possibilité de contrôler davantage leur service clinique et par les opportunités financières. Tandis qu'en France, l'actionnariat médical est autorisé, aux Etats-Unis, une loi fédérale, connue sous le nom de *Stark anti-self-referral law* impose des limites aux pratiques de demande induite, en limitant la capacité des praticiens à créer une nouvelle demande. Le *Stark Act* interdit aux praticiens actionnaires d'adresser leurs patients couverts par *Medicare* aux structures dans lesquelles ils (ou leur famille proche) détiennent des droits de propriété ou tout autre intérêt financier⁴⁸⁹. Il existe une exception à cette législation, dénommée exception des « *whole hospitals* » dont les praticiens des hôpitaux spécialisés ont pu bénéficier jusqu'en 2003. Cet amendement prévoit que les praticiens qui détiennent des intérêts financiers dans les hôpitaux généraux et qui sont autorisés à y pratiquer ont la possibilité d'adresser leurs patients couverts par *Medicare* à ces structures, les gains financiers potentiels pour le praticien étant relativement faibles en raison du grand nombre de services offerts par ces établissements.

Les chercheurs se sont saisis des problématiques liées à la pénétration des hôpitaux spécialisés sur le marché des soins hospitaliers de court séjour. La rentabilité des hôpitaux spécialisés et celle des établissements de santé généraux ont donné lieu à des recherches longitudinales et comparatives, ainsi qu'à des recherches étudiant l'impact de l'entrée des hôpitaux spécialisés sur la rentabilité des établissements de santé généraux. L'absence de conclusions évidentes sur les impacts financiers, et notamment de la rentabilité sur les comptes des établissements de santé généraux est unanimement reconnue par les chercheurs⁴⁹⁰. Les diverses études menées par *MedPAC* et l'ensemble des recherches publiées sur le sujet dans la revue *Health Affairs* ne parviennent pas à mettre en évidence ce phénomène⁴⁹¹. De manière combinatoire ou indépendante, les chercheurs ont tenté de répondre à d'autres problématiques liées au

⁴⁸⁶ BLACKSTONE E.A. et FUHR J.P. (2007), "Specialty Hospitals: The Economics and Policy Issues They Pose", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 34 : n°2, pp. 1-9

⁴⁸⁷ STEINWALD A.B. et Al. (18 avril 2003), *Specialty Hospitals: Information on National Market Share, Physician Ownership, and Patient Served*, Report to the Congress, United States General Accounting Office (GAO), 18 p.

⁴⁸⁸ Le rapport 2003 du GAO précise qu'une grande majorité de praticiens (73%) exerçant dans ces structures n'est pas actionnaire.

⁴⁸⁹ Le moratoire de 2003 a concerné les établissements spécialisés dans les prises en charge cardiaque, orthopédique et autres spécialités chirurgicales définies par le Secrétariat aux services humains et de santé (*Secretary Of Health and Human Services*). Durant la période d'effectivité du moratoire, tout praticien ayant un intérêt financier dans un hôpital spécialisé s'est vu interdire la possibilité d'adresser à cet hôpital ses patients couverts par *Medicare* et, pour l'hôpital, de facturer la prise en charge de ces patients.

⁴⁹⁰ La revue de littérature menée par Cimasi et al. montre que toutes les études menées depuis novembre 2003 ne trouvent aucun résultat tangible, de même que les études qui ont suivi celle de *Medpack* en 2005.

⁴⁹¹ CIMASI J.R., SHARAMITARO A.P., HAYNES L.A., et al. (2008), "Market Impact of Specialty Hospitals : A study of the Profitability of General Short-Term Acute Care Hospitals Post Market Entry of Specialty Hospitals", *Journal of Health Care Finance*, vol. 35 : n°2, pp.1-53

développement des établissements de santé spécialisés. Elles ont notamment concerné l'adressage des patients et la patientèle accueillie par les établissements de court séjour, la qualité des soins ou encore l'efficacité clinique.

Synthèse de la première section

Cette description du système de santé américain nous a permis d'appréhender la diversité des contextes dans lesquels s'inscrivent les études de performance financière des établissements de santé, et de manière subséquente le grand nombre d'objectifs poursuivis par les chercheurs. De plus, elle met en évidence que certaines évolutions du système sont similaires à celles que nous connaissons en France, comme la montée en charge des préoccupations liées à la qualité des soins, la pression constante de la gestion du personnel des établissements, tant du personnel soignant que de celui médical. La mise en place d'une tarification à l'activité et ses répercussions diverses sont également au centre des préoccupations des autorités américaines. De même qu'en France, la présence d'un secteur privé à but lucratif interroge les pouvoirs publics tant sur le niveau de la performance financière de ces établissements qu'en matière d'accès aux soins de la population, le développement des établissements de santé spécialisés ayant marqué un renouveau dans ce débat. L'existence de nombreux points communs entre les deux systèmes montre l'intérêt d'étudier la littérature américaine portant sur les déterminants de la performance des établissements de santé. Nous consacrons la deuxième partie de ce chapitre à la présentation des résultats des études empiriques conduites sur ce thème.

Section 2. Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats

Les études analysant les déterminants de la performance financière des établissements de santé américains mobilisent des méthodes de recherche et des échantillons d'établissements de santé ou de systèmes multi-hospitaliers de taille variée et implantés sur diverses zones géographiques. Leurs problématiques sont plus ou moins ciblées sur l'impact de variables caractérisant l'environnement externe et interne (le management stratégique et opérationnel) des établissements. **Sans l'énoncer de manière explicite, les chercheurs américains font référence dans leurs travaux à la trilogie structure-comportement-performance, ces derniers testant l'existence de liens entre des facteurs de mesure de la structure et du comportement des établissements de santé sur les indicateurs de performance financière.**

Quarante-trois études empiriques publiées sur ce thème depuis 1987 sont étudiées. La grande diversité des problématiques étudiées par les chercheurs et la variabilité des indicateurs qu'ils sélectionnent pour étudier un même phénomène explique les difficultés que nous avons rencontrées dans la généralisation des résultats de leurs études qui sont, de plus, parfois conflictuels. Seuls les indicateurs des études empiriques dédiées à l'analyse de la performance financière des établissements de santé, c'est-à-dire celles considérant les variables financières comme des variables à expliquer sont analysés dans ces travaux.

L'analyse proposée poursuit un double objectif :

- **Le recensement des indicateurs financiers et des facteurs explicatifs de la performance financière** mobilisés par les chercheurs. Un repérage de ceux les plus fréquemment mobilisés par les chercheurs est réalisé à partir d'un recensement systématique.
- **Le recensement et l'évaluation des impacts des variables indépendantes sur les indicateurs financiers et de coûts des établissements.** Ce travail est élaboré sur la base des analyses présentées par les chercheurs. La convergence des résultats des différentes études est analysée.

Le premier paragraphe, intitulé *Les indicateurs financiers : une préférence accordée à la profitabilité et au cash flow des établissements de santé*, présente la diversité des indicateurs financiers et les différentes méthodes d'analyse statistiques utilisées par les chercheurs.

Le deuxième paragraphe, intitulé *Les variables indépendantes à visée explicative : les environnements interne et externe des établissements de santé passés au crible*, s'intéresse à la nature des facteurs explicatifs de la performance financière des établissements de santé américains et recense les résultats statistiquement significatifs présentés par les chercheurs.

1. Les indicateurs financiers : une préférence accordée à la profitabilité et au cash flow dégagés par les établissements de santé

Dans les études de performance, les chercheurs mobilisent de manière traditionnelle des mesures reposant sur l'étude de ratios financiers calculés à partir des états financiers des établissements de santé américains. Les bases de données utilisées par les auteurs sont variées, de même que le choix des ratios et les méthodes statistiques d'analyse. Le choix des indicateurs financiers n'est que peu explicité par les chercheurs, hormis par ceux ayant recours aux

indicateurs de *cash flow*, un choix moins courant réalisé par certains chercheurs qui nécessite donc d'être justifié.

Cette section est dédiée à l'étude des variables financières et à leurs modalités d'analyse. Les différences entre les états financiers établis selon les normes françaises et ceux établis en respect de la normalisation comptable américaine sont présentées au fil des développements.

1.1. La méthodologie d'analyse des données financières : un chercheur confronté à la diversité des méthodes

A la diversité des variables s'ajoute celle des traitements statistiques. Les méthodes d'analyse des variables financières et les principales techniques d'analyse statistique multivariée sont étudiées dans ces développements.

1.1.1. Un choix des variables financières dominé par la subjectivité

Dans l'ensemble des études empiriques, les indicateurs financiers sont choisis pour leur pouvoir explicatif exprimant la capacité d'un établissement à opérer dans un environnement compétitif et à maîtriser ses coûts⁴⁹². De nombreux chercheurs appuient leurs études sur la base des rapports de coûts diffusés par les CMS qui sont dénommés les *Medicare Costs Reports*. Cependant ils ont parfois recours à d'autres sources, comme par exemple, à la base de données de l'*Health Care Financing Administration* (HCFA), à celle de l'étude annuelle des établissements de santé de l'AHA, aux données des agences de notation comme *Fitch*. Les données financières sont également parfois récoltées auprès de divers organismes publics et associatifs au niveau d'un Etat.

La plupart des recherches sur la performance financière des établissements de santé n'utilisent qu'un faible nombre de variables qui expriment, le plus souvent, la rentabilité et la liquidité des établissements de santé. Certains chercheurs considèrent d'ailleurs qu'en raison de la complexité du secteur, le recours, constaté dans certaines études, à seulement une ou deux variables financières ne permet pas de rendre compte du niveau réel de performance des établissements de santé en raison de ses multiples attributs⁴⁹³. **Les données sont étudiées sur des périodes relativement courtes et sont parfois ajustées à des indicateurs d'activité (nombre d'admissions, nombre de journées), plus particulièrement lorsque les chercheurs choisissent des indicateurs financiers présentés en valeur absolue. Ces ajustements, par exemple, au nombre d'admissions leurs permettent de « standardiser » leurs résultats pour des comparaisons plus pertinentes, comme le précise Philipps⁴⁹⁴. Alexander, Weiner et Griffith recommandent quant à eux d'étudier ces variables financières sur une longue période de temps⁴⁹⁵ (environ 5 ans), en établissant une moyenne, pour éviter les biais du court terme et pour « capturer » la volatilité des résultats.**

⁴⁹² ALEXANDER J.A., WEINER B.J., GRIFFITH J. (2006), "Quality Improvement and Hospital Financial Performance", *Journal of Organizational Behaviour*, vol. 27, pp.1003-2029

⁴⁹³ PERVAIZ A., ELSHAFIE E. et JARJOURA D. (2008), "The Effect of Ownership Structure on Performance of Hospitals", *Academy of Accounting and Financial Studies Journal*, vol. 12 : n°3, pp. 37-51 et EASTAUGH S.R. (1992), "Hospital Strategy and Financial Performance", *Health Care Management Review*, vol. 17 : n°3, pp.19-31

⁴⁹⁴ PHILIPPS J.F. (1999), "Do Managerial Efficiency and Social Responsibility Drive Long-Term Financial Performance of Not-for-Profit Hospitals Before Acquisitions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 25 : n°4

⁴⁹⁵ ALEXANDER J.A., WEINER B.J., GRIFFITH J. (2006), "Quality Improvement and Hospital Financial Performance", *Journal of Organizational Behaviour*, vol. 27, pp.1003-2029

Définir les indicateurs de mesure de la performance financière n'est pas aisé et implique de la subjectivité⁴⁹⁶ et cela, quelle que soit la méthode d'analyse retenue. Cette subjectivité explique pour partie la diversité des indicateurs et des méthodes d'analyse des données financières des établissements de santé. Elles sont diverses allant de la plus simple analyse de ratios testés statistiquement un par un dans des modèles statistiques multivariées conçu pour chacun d'eux, à l'établissement d'un score de performance financière, impliquant des traitements statistiques plus complexes.

D'après nos observations, les chercheurs ont relativement peu recours à ces méthodes. Nous avons recensé seulement trois articles dont les chercheurs procèdent à la construction d'un score financier. Il s'agit de l'étude menée par Pervaiz et al., de celle d'Ozcan et Mc Cue dont le score est dénommé « *Financial Performance Index* »⁴⁹⁷, et de celle de Mc Kay et Deily⁴⁹⁸. Ces chercheurs ont déterminé un score à partir du montant des dépenses totales observées pour chacun des établissements de santé de leur échantillon, ce type de score est dit score « d'inefficience » en raison de la méthode statistique utilisée pour le déterminer, celle de la frontière stochastique. Pour élaborer une mesure du changement dans l'inefficience des établissements de santé, ces chercheurs ont calculé deux fonctions stochastiques de coût correspondant chacune à une année étudiée. L'approche de la frontière stochastique permet de faire l'hypothèse que la fonction de coût d'un établissement est affectée à la fois par des facteurs stochastiques sur lesquels l'établissement n'a aucun contrôle et à la fois, par des erreurs de choix réalisés par les établissements de santé qui conduisent à leur inefficience. La fonction de coût définie estime donc deux valeurs d'« erreur » des établissements de santé, l'une prévalent pour l'ensemble de l'échantillon étudié, l'autre propre à l'inefficience de chaque établissement. C'est la variation de cette dernière entre les scores des deux années étudiées qui est retenue comme variable dépendante dans l'étude de Mc Kay et Deily.

La méthode du *Data Envelopment Analysis* (DEA), utilisée par Ozcan et Mc Cue⁴⁹⁹ permet de réaliser le même type d'étude. Ces chercheurs précisent que le DEA est une approche de programmation linéaire qui suppose une approche déterministe de la fonction de production. Cette méthode permet d'identifier les établissements les plus performants par rapport à une série d'*input* et d'*output* définis par les chercheurs et intégrés dans un modèle statistique. Le traitement de ces données permet d'attribuer un score de 1, aux établissements dont la combinaison de variables est optimale, c'est-à-dire à ceux dont la combinaison d'*input* permet d'atteindre le plus haut niveau d'*output*. Dans cette étude, les auteurs n'étudient que des variables financières. Les données des établissements les plus performants sont ensuite utilisées pour créer une frontière, dite également « enveloppe de données », à partir de laquelle les autres établissements de santé sont comparés. Un score compris entre 0 et 1 est attribué à chacun d'eux.

Enfin, de nombreuses équipes de chercheurs analysent un *continuum* de performance financière d'un échantillon d'établissements de santé. Quelques équipes de chercheurs sélectionnent, à l'inverse, parmi leur échantillon initial deux groupes d'établissements dont les indicateurs financiers sont situés aux extrêmes sur un indicateur dans leur base de données. Par exemple, ce choix peut porter sur les établissements classés dans le 1^{er} et le dernier quartile, ou sur les établissements de santé du premier et du dernier décile. Cette méthode revient à sélectionner

⁴⁹⁶ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 18 : n°2, pp.15-26 et OZCAN Y.A. et MC CUE M.J. (1996), "Development of a Financial Performance Index for Hospitals : DEA Approach", *Journal of the Operational Research Society*, n°47, pp.18-26

⁴⁹⁷ OZCAN Y.A. et MC CUE M.J. (1996), "Development of a Financial Performance Index for Hospitals : DEA Approach", *Journal of the Operational Research Society*, n°47, pp.18-26

⁴⁹⁸ MCKAY N.L. et DEILY M.E. (2008), "Cost Inefficiency and Hospital Health. Outcomes.", *Health Economics*, vol. 17 : n°7, pp. 833-848

⁴⁹⁹ OZCAN Y.A. et MC CUE M.J. (1996), "Development of a Financial Performance Index for Hospitals : DEA Approach", *Journal of the Operational Research Society*, n°47, pp. 18-26

deux groupes d'établissements de santé, « les meilleurs » et les « moins bons » sur un ou plusieurs indicateurs financiers. Leurs analyses consistent ensuite à comparer les résultats de ces deux groupes. A titre illustratif, Vogel, Langland-Orban et Gapenski⁵⁰⁰ ont sélectionné les résultats des établissements de santé dont la rentabilité est « exceptionnellement élevée » et ceux dont la rentabilité est « exceptionnellement basse ». Pour ces chercheurs, les contributions des variables indépendantes pour expliquer la performance financière sont moins claires lorsque l'on analyse un *continuum* de rentabilité. Ils soulignent que grâce à cette méthode d'analyse, les différences observées tendent à être plus marquées et la variance observée entre les deux groupes plus forte.

1.1.2. Un invariant des études : un recours aux méthodes d'analyse statistique explicatives

Les études empiriques de nature quantitative empruntent la même démarche générale de recherche. Les chercheurs procèdent en premier lieu à une étude descriptive (unidimensionnelle) des variables qu'ils étudient. Des tests d'analyse statistique multivariée sont ensuite élaborés sur chacun des indicateurs financiers pour mesurer l'intensité des relations entre chaque variable financière dépendante étudiée et les variables indépendantes liées au marché, à la structure des établissements, ou encore à des indicateurs d'efficacité du management.

Ainsi un modèle statistique est élaboré pour chacune des variables financières sélectionnées. La signification statistique des corrélations est observée par recours à l'un des différents tests statistiques dits d'inférence ou d'ajustement comme le test « F » pour chacune des variables indépendantes. Le pourcentage de la variance expliquée grâce aux variables est parfois mentionné par les chercheurs.

Le tableau suivant définit les méthodes d'analyse statistiques auxquelles les chercheurs américains ont le plus fréquemment recours : l'analyse de la variance, la régression linéaire et la régression logistique.

⁵⁰⁰ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Health Care Management Review*, vol.18 : n°2, pp. 15-26

Section 2 ■ Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats ■

Tableau 5 - Présentation générale des méthodes de l'analyse statistique multivariée utilisées par les chercheurs dans les études d'impact

| Modèle | Définition |
|---|--|
| Analyse de la variance ou ANOVA et ses dérivés : analyse de la variance multiple (MANOVA) ou analyse de covariance (ANCOVA). | Elle a pour objet de vérifier l'existence d'un lien de causalité entre un ensemble de variables explicatives et une variable expliquée. Ce test statistique s'applique lorsque l'on mesure une ou plusieurs variables explicatives catégorielles (appelées alors facteurs de variabilité, leurs différentes modalités étant parfois appelées « niveaux ») qui influence sur la distribution d'une variable continue à expliquer. Les chercheurs qui souhaitent étudier le comportement de plusieurs variables à expliquer (variables dépendantes) simultanément ont recours à la méthode MANOVA. Si les chercheurs classent leurs variables explicatives dans des catégories et qu'ils souhaitent étudier les lois liant les variables explicatives avec la variable à expliquer, ils utiliseront une autre méthode, celle de l'analyse de la covariance (ANCOVA). |
| La régression linéaire multiple | La régression linéaire est employée dans deux types d'études : les études à visée prédictive et celle à finalité explicative, cas rencontré dans la majorité des articles étudiés. Lorsque la finalité est explicative, l'analyse de régression consiste à analyser une ou plusieurs variables (par exemple, la taille, le statut de établissement, ou encore l'âge, etc.) pour expliquer leur contribution (poids respectif) à l'explication de la variable à expliquer (ici, une mesure de performance financière). Cette technique permet également d'expliquer le sens de l'influence (positif et négatif) et le pouvoir explicatif global de l'ensemble de ces facteurs. |
| Les techniques de régressions logistiques | Elles permettent de produire un modèle. Par rapport à la régression linéaire, la régression logistique se distingue par le fait que la variable expliquée est catégorielle, le plus souvent binaire. Par exemple, en médecine la régression logistique permet d'identifier les facteurs qui caractérisent un groupe d'établissements à forte rentabilité par rapport à un groupe d'établissements de santé dont la rentabilité est faible. |

Suite à ces précisions méthodologiques, un inventaire des indicateurs financiers est proposé. Nous présentons, dans un premier temps, les indicateurs de rentabilité et de profitabilité des établissements qui sont les indicateurs les plus souvent mobilisés par les chercheurs. Par la suite, une étude des indicateurs *cash flow* est menée, ces derniers étant préférés par certains chercheurs pour leur aptitude à rendre compte de la situation financière réelle des établissements de santé. En dernier lieu, nous présentons les indicateurs financiers auxquels les chercheurs ont le moins souvent recours, c'est-à-dire les indicateurs de structure financière et les indicateurs non financiers de mesure de la performance des établissements de santé.

1.2. Coûts, résultats, rentabilité et profitabilité : des indicateurs classiques le plus souvent utilisés pour caractériser la performance financière des établissements de santé

Malgré l'importance accordée et justifiée par certains chercheurs à la mesure des flux de liquidités, notre revue de littérature démontre qu'une majorité de chercheurs élaborent leurs modèles statistiques à partir d'indicateurs simples de coûts et de résultats, une remarque qui, par ailleurs, avait déjà été formulée par Ozcan et Mc Cue⁵⁰¹. Avant de procéder à l'étude des indicateurs, notons que la notion de produit, de charge ou de résultat opérationnel correspond au résultat d'exploitation des comptes des sociétés individuelles françaises⁵⁰².

1.2.1. Les indicateurs de coût : des dépenses d'exploitation au centre des analyses

Les chercheurs sont nombreux à mobiliser ce type d'indicateurs pour approcher la performance financière des établissements de santé. Ces indicateurs sont souvent ajustés à des indicateurs

⁵⁰¹ OZCAN Y.A. et MC CUE M.J. (1996), "Development of a Financial Performance Index for Hospitals : DEA Approach", *Journal of the Operational Research Society*, n°47, pp. 18-26

⁵⁰² VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, 1176 p.

d'activité. Le coût moyen par admission ou par sortie (« *per discharge* »), ou encore, le coût moyen journalier et par lit d'hospitalisation, sont les variables qui sont le plus souvent mobilisées par les chercheurs dans cette catégorie d'indicateurs. L'indicateur du coût opérationnel est le plus souvent étudié. Les ratios intégrant les dépenses de personnel sont peu analysés en tant que variable dépendante. Seule l'équipe de chercheur de Coyne⁵⁰³ a recours à ces indicateurs pour mesurer la performance financière des établissements de santé. Ces variables sont le plus souvent utilisées comme variables explicatives des modèles de performance financière. Enfin, les indicateurs mesurant les impayés ou évaluant l'importance des soins non facturés sont plus particulièrement employés dans les études de performance financière portant sur les hôpitaux spécialisés.

Tableau 6 - Les indicateurs de coût des établissements de santé

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|---|
| Coût moyen opérationnel : <ul style="list-style-type: none"> • par admission, ou • par sorties, ou • par journée, ou encore • par lit, ou • pour 1 000 journées Ces variables peuvent être ajustées au <i>casemix</i> et à la part des hospitalisations à temps partiel | $\frac{\text{Total des dépenses opérationnelles}}{\begin{matrix} \bullet \text{ Nombre admissions} \\ \bullet \text{ Nombre de sorties} \\ \bullet \text{ Nombre de journées} \\ \bullet \text{ Nombre de lits} \\ \bullet \text{ 1 000 journées} \end{matrix}}$ | Coyne et al. (2009) Plante C. (2009) Alexander J.A. (2006) Kim et al. (2004) Williams et al. (2002) Wilcox-Gök V. (2002) Clement et al. (1997) Goes et Zhan (1995) |
| Total des charges opérationnelles | | Mc Cue et al. (2003) |
| Part des dépenses de personnel / Total des dépenses | $\frac{\text{Salaires et autres avantages}}{\text{Total des charges}}$ | Coyne et al. (2009) |
| Salaire moyen par ETP | $\frac{\text{Total des charges de personnel}}{\text{ETP}}$ | Coyne et al. (2009) |
| Dépenses en capital | $\frac{\text{(intérêts + dépréciations)}}{\text{total des dépenses opérationnelles}}$ | Pervaiz et al. (2008) |
| <i>Charity Care</i> (montant des soins non facturés au patient) | Montant total des soins non facturés | Carey K et al. (2009) |
| <i>Bad debt</i> (montant des créances irrécouvrables des établissements de santé) | Montant total des soins facturés dont les créances sont devenues irrécouvrables | Carey K et al. (2009) |

L'étude des indicateurs de coût est souvent couplée à celle des indicateurs de revenu et de résultat.

1.2.2. Les indicateurs de revenu et de résultat : des indicateurs pertinents de mesure de la performance financière

Le total des produits issus des hospitalisations, le résultat opérationnel, le résultat net avant impôt et le résultat net sont couramment étudiés par les chercheurs. Pour obtenir le résultat opérationnel, on déduit du total du revenu des hospitalisations les remises accordées par les établissements de santé ainsi que le total des dépenses opérationnelles correspondantes. Le résultat net mesure la différence entre le total des produits perçus par un établissement et le total de ses charges. Si le revenu est plus élevé que le montant des charges, l'établissement réalise une plus-value, dans le cas contraire son activité lui coûte plus que ce qu'elle ne lui rapporte.

Ces trois indicateurs (le résultat opérationnel, le résultat net avant impôt et le résultat net) sont souvent ajustés à des indicateurs d'activité. Notons que le total des revenus des hospitalisations

⁵⁰³ COYNE J., THOMAS R.M., SHORT R., *et al.* (2009), "Hospital Cost and Efficiency: Do Hospital Size and Ownership Really Matter?", *Journal of Healthcare Management*, vol. 54 : n°3, pp. 163-176

Section 2 ■ Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats ■

est parfois calculé en tenant compte des soins impayés et des soins gratuits qui sont déduits du total des produits comme c'est le cas de Clement et Mc Cue⁵⁰⁴ dans leur étude de la performance financière des systèmes suite à opération de LBO. Ces mêmes auteurs déduisent du revenu opérationnel les dépenses en capital (dépréciations et charges d'intérêts).

Tableau 7 - Les indicateurs de revenu et de résultat des établissements de santé

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|---|---|
| Total des produits par admission | $\frac{\text{Total des produits d'exploitation}}{\text{Nombre d'admissions}}$ | Wilcox-Gök V. (2002) Kim et al. (2004) Clement et al. (1996) |
| Résultat opérationnel ajusté au nombre au nombre d'admissions ou de lits | $\frac{\text{Résultat opérationnel}}{\text{Nombre total d'admissions}}$ • Nombre total de lits | Cimasi R.J. et al.(2008) Plante C. (2009), Kim et al. (2004) Clement et al. (1996) |
| Résultat net avant impôt | Résultat net avant impôt | Wilcox-Gök V. (2002) |
| Résultat net (parfois ajusté au <i>casemix</i>) : • par admission ou • par lit d'hospitalisation à temps complet (HC) et/ou • par lit d'hospitalisation à temps partiel (HTP) | $\frac{\text{Résultat net}}{\text{Nombre d'admissions}}$ Nombre de lits d'HC et/ou nombre de lits d'HTP | Cimasi R.J. et al. (2008) Menachemi et al. (2006) Clement et al. (1997) Williams et al. (1992) |

L'étude des taux de marge et de la rentabilité complète ces indicateurs. Les différents ratios sont présentés dans les deux tableaux suivants.

Tableau 8 - Les indicateurs de rentabilité des établissements de santé

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|--|--|
| <i>Return on Asset (ROA)</i> , ou rentabilité totale de l'actif | $\frac{\text{Revenu net}}{\text{Total des actifs}}$ | Das D. (2009), Pervaiz et al. (2008), Menachemi et al. (2006), Ginn et al. (2006), Burns et al. (2005), Younis et al. (2005), Younis et al. (2003), Younis et al. (2001), Weech-Maldonado R. (2002), Clement et Mc Cue (1996), Cody et al. (1995), Vogel et al. 51993), Chang C.F. et al. (1988) |
| <i>Return on Equity (ROE)</i> , ou rentabilité financière | $\frac{\text{Résultat net}}{\text{Fonds propres}}$ | Das D. (2009) Pervaiz et al. (2008) Cody et al. (1995) |
| <i>Total Asset Turnover</i> Ratio de rotation de l'actif | $\frac{\text{Revenu opérationnel}}{\text{Total des actifs}}$ | Coyne et al. (2009) Pervaiz et al. (2008) |
| <i>Fixed Asset Turnover</i> Ratio de rotation de l'actif immobilisé | $\frac{\text{Revenu opérationnel ou total des revenus}}{\text{Total de l'actif immobilisé}}$ | Coyne et al. (2009) Pervaiz et al. (2008) |
| <i>Current Asset Turnover</i> Ratio de rotation des actifs à court terme | $\frac{\text{Actifs réalisables à court terme}}{\text{Total des actifs}}$ | Coyne et al. (2009) |

Les indicateurs de rentabilité et plus particulièrement celui de rentabilité de l'actif total et les taux de marge (d'exploitation et net) sont considérés comme de bons indicateurs de mesure de la performance par les chercheurs. Alors que la rentabilité financière, ou *Return On Equity (ROE)*, mesure la rentabilité des fonds investis par les actionnaires, les ratios de rentabilité économique comme le *Return On Assets (ROA)* ne sont pas affectés par le mode de financement de l'établissement de santé⁵⁰⁵. Cependant ces indicateurs n'indiquent pas de quelle manière

⁵⁰⁴ CLEMENT J.P. et MC CUE M.J. (1996), "The Performance of Hospital Corporation Of America And HealthTrust Hospitals After Leveraged Buyout", *Medical Care*, vol. 34 : n°7, pp. 672-685

⁵⁰⁵ GINN G.O. et LEE R.P. (2006), "Community orientation, strategic flexibility, and financial performance in hospitals", *Journal of Health Care Management*, vol. 51 : n°6, pp. 111-121

l'établissement parvient à être rentable. Selon Ozcan et Mc Cue⁵⁰⁶, ceci explique que l'analyse de ces ratios doit être complétée par celle des ratios de décomposition de la rentabilité économique, c'est-à-dire par un ratio de rotation de l'actif et par un ratio de profitabilité.

Les indicateurs de profitabilité mesurent un résultat dégagé par rapport à un niveau d'activité. Les chercheurs sélectionnent ces variables en partant du principe qu'un établissement ne peut rester viable à long terme s'il ne dégagne pas de profit ou un excès de revenu sur ses dépenses.

Tableau 9 - Les indicateurs de profitabilité des établissements de santé

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|---|--|
| Return on patient revenue (ROPR) Taux de marge lié à la prise en charge des patients ou marge opérationnelle | $\frac{\text{(revenus issus de la prise en charge des patients - total des dépenses d'exploitation)}}{\text{Total des revenus issus des prises en charge des patients ou revenu opérationnel}}$ | Das D. (2009), Pervaiz et al. (2008), Menachemi et al. (2006), Burns et al. (2005), Mc Cue et al. (2003), Kim et al. (2002), Cody et al. (1995), Goes et Zhan (1995), Vogel et al. (1993), Chang et al. (1988), Sear A.S. (1991) |
| Taux de marge nette | $\frac{\text{(Total des revenus - total des dépenses)}}{\text{Total des revenus}}$ | Das D. (2009), Pervaiz et al. (2008), Menachemi et al. (2006), Younis et al. (2005), Kim et al. (2002), Weech-Maldonado R. (2002), Cody et al. (1995), Williams et al. (1992), |
| Markup ratio | $\frac{\text{Revenu des hospitalisations}}{\text{Dépenses opérationnelles}}$ | Das D. (2009) |
| Return on costs (ROC) | $\frac{\text{Revenu net}}{\text{Total des coûts}}$ | Chang C.F. et al. (1988) |

Le tableau signale la préférence des chercheurs pour les indicateurs classiques de la mesure de la profitabilité : le taux de marge opérationnel et le taux de marge nette.

Malgré le succès de ces indicateurs, certains chercheurs estiment que d'autres mesures financières sont plus à même de rendre compte du niveau de performance financière des établissements de santé. Il s'agit d'indicateurs exprimant le niveau de liquidité des établissements de santé comme le *cash flow*, le *free cash flow* ou encore le *days cash on hand*. Ces indicateurs et leurs dérivés sont présentés dans le paragraphe suivant.

1.2.3. Les indicateurs de cash flow : des mesures appréciées pour le réalisme de la situation financière qu'elles traduisent

D'un point de vue organisationnel, de nombreux chercheurs considèrent que la ressource clé pour mesurer la pérennité des établissements de santé est celle du *cash flow*⁵⁰⁷, c'est-à-dire d'une variable traduisant les flux de trésorerie des établissements de santé. Le plus souvent, pour rendre compte de l'importance des *cash flow*, les chercheurs ont recours aux indicateurs de marge de *cash flow* ou au *free cash flow*. Le calcul de ces indicateurs n'est pas mentionné par les chercheurs qui les mobilisent, alors qu'il existe pourtant diverses manières de les évaluer⁵⁰⁸. En revanche, les avantages de ces indicateurs sont souvent précisés au lecteur. Dans un premier temps, revenons sur quelques éléments de définition pour comprendre les raisons pour lesquelles ils sont parfois préférés aux indicateurs de profitabilité.

⁵⁰⁶ OZCAN Y.A. et MC CUE M.J. (1996), "Development of a Financial Performance Index for Hospitals : DEA Approach", *Journal of the Operational Research Society*, n°47, pp. 18-26

⁵⁰⁷ MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, pp. 299-308

⁵⁰⁸ HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, pp.184-185

Section 2 ■ Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats ■

Tableau 10 - Les indicateurs de cash flow des établissements de santé

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|--|
| <i>Cash flow margin</i> | $\frac{\text{Net disponible pour le service de la dette}}{\text{Total des produits}}$ | Alexander J.A. (2006) Menachemi et al. (2006) Mc Cue et Diana (2007) Chadwick et al. (2004) |
| Actif net + dépréciations / total de l'actif | $\frac{\text{Actif net + dépréciations}}{\text{Total de l'actif}}$ | Alexander et Lee (2006) Succi et al. (1997) |
| <i>Operating Cash Flow</i> par lit | $\frac{\text{Résultat net + dépréciations + intérêts d'emprunt}}{\text{Nombre de lits}}$ | Clement et al. (1997) |
| <i>Operating cash flow ROA</i> | $\frac{\text{Résultat net + dépréciations + intérêts d'emprunt}}{\text{Total de l'actif}}$ | Weech-Maldonado R. (2002) |
| Part du <i>Cash flow</i> dans le total des dettes | $\frac{\text{Cash flow}}{\text{Total des dettes}}$ | Pervaiz et al. (2008) |
| <i>Free cash flow</i> ou flux de trésorerie disponible | Le flux de trésorerie disponible = flux de trésorerie d'exploitation – dépenses en capital nettes des cessions d'actif | Phillips J.F. (1999) |

L'**operating cash flow** représente l'excédent financier généré par l'activité des établissements de santé. Cette ressource permet à un établissement de rembourser la part en capital de ses emprunts à moyen et à long terme, de financer partiellement ou dans leur intégralité ses investissements, d'assurer le versement de dividendes aux actionnaires, ou encore d'acquiescer d'autres structures, etc.⁵⁰⁹ Il peut être calculé sur la base du résultat net (*net earnings* ou *net income*), sur celle de l'EBITDA (*Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*), un indicateur proche de l'excédent brut d'exploitation (EBE) des soldes intermédiaires de gestion français, ou encore, à partir l'EBIT (*Earnings Before Interest and Taxes*, un indicateur proche du résultat d'exploitation). De ces indicateurs de résultat sont déduits les charges et les produits ne se traduisant pas par un flux de trésorerie, c'est-à-dire ne donnant pas lieu à un décaissement ou à un encaissement. On obtient alors la capacité d'autofinancement de l'établissement, ou *cash flow*. Ensuite, on ajoute ou l'on soustrait à ce solde la variation du besoin en fonds de roulement (BFR) de l'établissement⁵¹⁰. En effet, dans le calcul de cet indicateur, l'augmentation du BFR est considérée comme une immobilisation de trésorerie qui vient minorer les liquidités générées par l'activité. A l'inverse, la diminution du BFR génère un excédent de trésorerie.

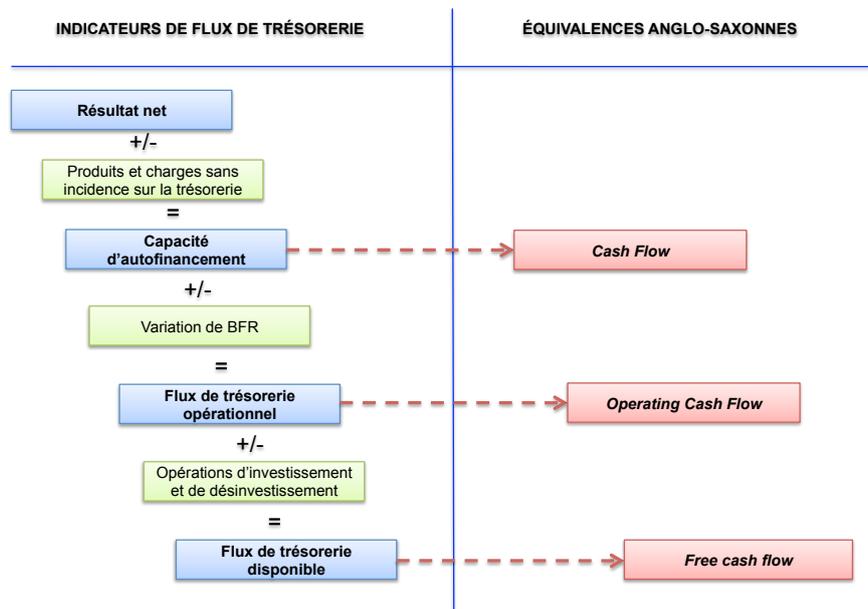
Le **free cash flow** ou **flux de trésorerie disponible** mesure la profitabilité à long terme de l'entreprise une fois les investissements financés. Il correspond au flux de trésorerie d'exploitation duquel on déduit le montant des investissements net de produits de cession des immobilisations. Autrement dit, il correspond à la portion liquide de la capacité d'autofinancement (CAF) obtenue dans l'année et qui ne sert pas à acheter de nouveaux éléments d'actif (investissements) et à rembourser les échéances normales d'emprunt.

La figure suivante, explique de manière simplifiée le calcul de ces deux indicateurs à partir du résultat net comptable des entreprises.

⁵⁰⁹ SION M. (2010), *Profession, Directeur financier*, Dunod, p. 48

⁵¹⁰ Présenté de manière simplifié, le cash flow se calcule de la manière suivante : résultat net + les dotations aux amortissements et aux provisions nettes de reprise +/- les plus ou les moins values de cession des immobilisations – la quote-part des subventions virées au compte de résultat.

Figure 8 - Représentation simplifiée de la cascade d'indicateurs de flux de trésorerie calculés sur la base du résultat net des établissements de santé



Plusieurs ratios financiers ont été élaborés à partir de ces indicateurs de liquidité. **La marge de cash flow**, ou *cash flow margin* est un indicateur courant qui évalue la part du résidu de trésorerie que représente le *cash flow* dans le total des produits générés par l'activité de l'établissement. Cette marge mesure la capacité de l'organisation à générer suffisamment de flux de liquidité à partir de ses opérations afin d'assurer sa viabilité financière. Ce revenu disponible sera consacré, notamment, au remboursement des dettes et à la constitution de capitaux propres.

L'**operating cash flow ROA** mesure la part de revenu disponible dans le total de l'actif d'un établissement de santé, constituant ainsi un indicateur de rentabilité. Celui-ci peut également être observé par rapport au total des dettes auquel cas il constitue un indicateur de capacité de remboursement des dettes de l'établissement.

Une étude de Philipps en 2003 est consacrée à l'étude de la pertinence de l'*operating cash flow ROA* pour mesurer la performance financière des établissements de santé à but non lucratif⁵¹¹. Selon l'auteur, l'analyse du *cash flow* est fréquemment préférée à celle du résultat net pour une raison majeure : le taux de profit peut être erroné car il tient compte des créances des usagers sur l'établissement. Au regard de l'importance des impayés de certains établissements américains, une structure hospitalière ne percevra pas nécessairement les sommes qui lui sont dues et qui sont comptabilisées dans le compte de résultat (*Income Statement*). Parce que la plupart des transactions réalisées par les établissements de santé le sont à crédit, le *cash flow* représente un indicateur pertinent car il ne tient compte que des créances perçues. De plus, le résultat net de l'établissement de santé intègre la valeur des charges calculées, notamment des dépréciations et du *goodwill* qui ne donnent pas lieu à un décaissement réel⁵¹². Lorsque le *cash flow* est calculé sur la base de L'EBITDA ou de l'EBIT, il exclut le montant des impôts payés par les établissements et est également indépendant des méthodes de financement car il ne tient pas compte du résultat financier, ni du choix de la méthode de consolidation (*purchase* ou *pooling*).

⁵¹¹ PHILIPPS J.F. (2003), "The dilemma of valuing not-for-profit hospitals - Is the free cash flow the answer?", *Journal of Accounting and Public Policy*, vol. 22 : n°4, pp. 347-374

⁵¹² MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, pp. 299-308

Quelques auteurs ont intégré parmi leurs variables de mesure de la performance financière des ratios qui reflètent la gestion des *cash flow* des établissements de santé, ainsi que d'autres ratios complémentaires de mesure de liquidité, notamment le *days cash on hand* qui sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 11 - Des indicateurs de gestion des *cash flow* pour mesurer la performance financière des établissements de santé

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|---|
| Délai moyen de paiement des clients | $(\text{Créances clients} / \text{Chiffre d'affaires}) \times 360$ | Plante C. (2009) |
| <i>Days revenue in Accounts receivable</i> | $(\text{Produits nets à recevoir des patients}) / ((\text{Revenu net par patient} / \text{Nombre de journées}))$ | Das D. (2009) |
| <i>Current Ratio</i> (ratio de liquidité générale) | Total des actifs réalisables à court terme / Total des dettes à court terme | Coyne et al. (2009) Das D. (2009) Pervaiz et al. (2008) |
| <i>Quick ratio</i> (ratio de liquidité immédiate) | $(\text{Disponibilités} + \text{VMP}) / \text{Dettes à court terme}$ | Das D. (2009) |
| <i>Days cash on hand</i> | $(\text{Disponibilités} + \text{VMP}) / ((\text{Dépenses opérationnelles} - \text{Dépréciations}) / 365)$ | Das D. (2009) Pervaiz et al. (2008) |

Le délai moyen de paiement des clients n'a pas été étudié avant l'année 2009. Catherine Plante⁵¹³ est la première chercheuse à mobiliser cet indicateur comme mesure de performance financière. Selon l'auteur, les délais moyens de paiement des clients et des fournisseurs offrent une mesure de l'importance accordée par l'établissement à la gestion de ses *cash flow*. Ils sont, selon elle, également de bons indicateurs pour mesurer la défaillance des entreprises. En effet, combiné à un haut niveau de dette, le manque de liquidité d'un établissement peut conduire à la fermeture de certains services.

Les ratios de liquidité immédiate et de liquidité générale sont également mobilisés par quelques chercheurs. Le ***days cash on hand*** est une mesure qui exprime le nombre de jours des liquidités immédiates dont dispose un établissement pour faire face à ses dépenses quotidiennes. Selon Coyne et al.⁵¹⁴, la liquidité immédiate est un facteur important à prendre en compte notamment dans l'étude des grands systèmes, l'accès aux liquidités et aux lignes de crédit contribuant à expliquer les différences de performance financière des structures. Mc Cue, Thompson et Dodd-Mc Cue⁵¹⁵ notent que cet indicateur est l'un des plus regardés par les agences de notation *Fitch* et *Standard and Poors* et par les banquiers.

Des indicateurs se référant à d'autres dimensions de la performance financière que celles précédemment étudiées sont utilisés par quelques chercheurs. Il s'agit notamment des ratios permettant d'évaluer l'équilibre de la structure du bilan et d'indicateurs non financiers de mesure de la performance. Ils sont recensés dans le paragraphe suivant.

1.2.4. Un faible recours aux ratios d'endettement et aux indicateurs non financiers pour mesurer la performance financière des établissements de santé américains

Soulignons la faible utilisation des ratios de structure du capital pour mesurer la performance financière des établissements de santé. Ces variables financières sont plus fréquemment intégrées dans les modèles statistiques comme variables explicatives du niveau de performance

⁵¹³ PLANTE C. (2009), "The Differentiation Between For-Profit and Not For-Profit Hospitals : Another Look", *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 12 : n°1, pp. 7-17

⁵¹⁴ COYNE J., THOMAS R.M., SHORT R., *et al.* (2009), "Hospital Cost and Efficiency: Do Hospital Size and Ownership Really Matter?", *Journal of Healthcare Management*, vol. 54 : n°3, pp. 163-176

⁵¹⁵ MC CUE M.J., THOMPSON J.M. et DODD-MC CUE D. (2001), "Association of Market, Mission, Operational and Financial Factors with Hospitals Level of Cash and Security Investments", *Inquiry*, vol. 37, pp. 411-422

des établissements de santé. Des ratios classiques sont retenus par les chercheurs. Ils sont présentés dans le tableau de la page suivante.

Tableau 12 - Les ratios d'endettement et de financement des immobilisations des établissements de santé

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|--|
| Financement par fonds propres | $\frac{\text{Fonds propres}}{\text{Total de l'actif}}$ | Pervaiz et al. (2008) |
| Ratio de financement des immobilisations | $\frac{\text{Dettes à long terme}}{\text{Actif immobilisé}}$ | Pervaiz et al. (2008) |
| Endettement | $\frac{\text{Dettes à long terme}}{\text{Capitaux propres}}$ | Pervaiz et al. (2008) Burns et al. (2005) |

Par ailleurs, certains ratios spécifiques à l'étude des systèmes hospitaliers ont été utilisés par Weech Maldonado⁵¹⁶ et sont recensés dans le tableau suivant.

Tableau 13 - Les indicateurs spécifiques à la mesure de la performance financière des systèmes

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|-------------------------------------|
| <i>Premium per member and per month (PMPM)</i> (tarif moyen par membre et par mois) | $\frac{\text{Total des produits d'exploitation}}{\text{nombre d'adhérents} / 12 \text{ (nombre de mois dans l'exercice)}}$ | Weech-Maldonado (2002) |
| <i>Administrative expense ratio</i> (ratio de dépenses administratives) | $\frac{\text{Dépenses administratives}}{\text{Produits d'exploitation}}$ | Weech-Maldonado (2002) |
| <i>Medical expense ratio</i> (ratio de dépenses médicales) | $\frac{\text{Dépenses médicales (établissements de santé + corps médical)}}{\text{Produits d'exploitation}}$ | Weech-Maldonado (2002) |

Le *Premium per member and per month* mesure le niveau de prix moyen pratiqué par les systèmes multi-hospitaliers. Le ratio de dépenses administratives et celui de dépenses médicales mesurent la part respective de ces dépenses dans le chiffre d'affaires du système. Ils donnent des indications sur la capacité du système à contrôler les principaux centres de coûts des établissements de santé qui en sont membres.

Quelques équipes de chercheurs ont fait le choix d'intégrer des variables non financières pour mesurer la performance des établissements qui sont recensées dans le tableau de la page suivante.

⁵¹⁶ WEECH-MALDONADO R. (2002), "Impact of HMO Mergers and Acquisitions on Financial Performance", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 29 : n°2, pp. 64-77

Section 2 ■ Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats ■

Tableau 14 - Les ratios non financiers utilisés comme variables dépendantes pour mesurer la performance financière

| Indicateurs | Formules de calcul | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|---|
| Nombre de fermetures d'établissements de santé | Nombre d'établissements de santé fermés pour chaque année étudiée | Williams et al. (1992) Succi et al. (1997) |
| Total des admissions | Nombre total d'admissions pour une année | Williams (1992) Alexander et Lee (2006) |
| ETP / Nombre de journées | $\frac{\text{ETP}}{\text{Nombre de journées}}$ | Coyne et al. (2009) |
| Casemix index | Casemix index | Pervaiz et al. (2008) |
| Casemix ajusté des admissions | Casemix index x Total des admissions | Pervaiz et al. (2008) |
| CMA patient days | Casemix x nombre de journées | Pervaiz et al. (2008) |
| Taux d'occupation | $\frac{\text{(Nombre de journées réalisées / 365)}}{\text{Nombre de lits installés}}$ | Pervaiz et al. (2008) Goes et Zhan (1995) Alexander et Lee (2006) |
| Parts de marché | $\frac{\text{Nombre d'admissions d'un établissement}}{\text{Nombre total des admissions sur une zone géographique}}$ | Alexander et Lee (2006) |

En raison de la mise en place du *Prospective Payment System* (PPS) et dans une période de déclin du nombre d'hospitalisations à temps complet au profit d'autres formes de prise en charge, notamment de celles à temps partiel, les auteurs qui ont recours au taux d'occupation comme variable dépendante considèrent que cette variable représente une clé de compréhension de la performance financière. En effet, une tendance à la baisse du taux d'occupation a un impact négatif sur la moyenne des coûts, la rentabilité et la liquidité d'un établissement. Lorsque le taux d'occupation est bas, les dépenses opérationnelles par patient sont plus élevées ce qui nuit à la capacité à mener un management financier efficace.

En guise de conclusion sur ce paragraphe, soulignons une nouvelle fois la primauté de l'usage des indicateurs de rentabilité et de *cash flow* et l'originalité, parfois la complexité des analyses réalisées sur la base de ces indicateurs. Les multiples indicateurs de la performance financière et leurs méthodes d'analyse ayant été présentés, nous procédons à l'étude des facteurs considérés théoriquement comme influençant la performance financière des établissements de santé, c'est-à-dire à l'étude des variables explicatives des variables financières.

2. Les variables indépendantes à visée explicative : les environnements interne et externe des établissements de santé passés au crible

Des différences majeures existent entre établissements, en terme de localisation géographique, de services offerts, de taille, de propriété, de structure organisationnelle qui peuvent affecter la performance financière des établissements de santé. En plus de ces différences structurelles et géographiques, il existe des variables que les établissements peuvent difficilement contrôler comme la régulation gouvernementale, la nature des différents payeurs, et d'autres variables non financières qui doivent être considérées avec attention⁵¹⁷. D'autres facteurs influençant la performance financière sont considérés comme plus facilement actionnables par les dirigeants. Les impacts de ces facteurs sont étudiés au travers d'indicateurs liés au management stratégique et opérationnel mesurant la capacité des dirigeants à gérer l'environnement et les ressources dont ils disposent.

Dans cette sous-partie, nous nous appliquons à recenser les différentes variables explicatives de la performance financière des établissements de santé étudiées dans les recherches empiriques

⁵¹⁷ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

menées dans le contexte américain. Nous constatons que **les résultats obtenus par les chercheurs sur ces indicateurs sont parfois conflictuels.**

Au regard du nombre élevé d'indicateurs et de la diversité des problématiques pour lesquels ils sont employés, ces indicateurs ont été reclassés dans quatre grandes catégories d'effets d'impact définies par nos soins : les indicateurs relatifs aux effets « structure », « environnement externe », « management opérationnel » et « stratégie » sont présentés dans les paragraphes suivants.

2.1. Les caractéristiques structurelles des établissements de santé : une absence de consensus sur les impacts de la taille et de la structure de propriété

La structure de propriété, l'affiliation à un système, la taille et la participation aux missions d'enseignement représentent les principaux indicateurs de la structure des établissements de santé qui peuvent expliquer leur niveau de performance financière. Selon Cody, Friss et Hawkinson⁵¹⁸, ces caractéristiques influencent les missions des établissements, leurs intérêts stratégiques, les économies d'échelle et le niveau de leurs ressources financières. Précisons que l'âge des structures n'est que très rarement étudié. Parmi la quarantaine d'articles de recherche que nous avons étudiés, seul celui de Robert Wheech Maldonado⁵¹⁹ tient compte de cette dimension. Nous passons en revue les indicateurs retenus par les chercheurs pour mesurer les trois autres grandes caractéristiques structurelles des établissements de santé.

2.1.1. La taille : un impact certain mais indéterminé sur la performance financière

L'impact du dimensionnement des établissements de santé mesuré en nombre de lits sur les coûts et l'efficacité des établissements de santé est une question clé qui se pose également en France. Cette problématique de la taille ne trouve pas de consensus dans la littérature⁵²⁰. Cependant les chercheurs s'accordent à penser qu'elle est un des déterminants importants de leur gestion⁵²¹ et nombreux sont ceux à tenter de définir la taille optimale permettant d'atteindre un haut niveau de performance financière. Le nombre d'articles de recherche étudiant l'impact de cette variable sur la performance financière est éloquent, comme l'illustre le tableau ci-dessous. D'autres variables comme le nombre de services ou le nombre de lits de réserve, exprimant le dimensionnement des établissements, sont couplées à l'analyse du nombre de lits.

⁵¹⁸ Ibid., pp.77-87

⁵¹⁹ WEECH-MALDONADO R. (2002), "Impact of HMO Mergers and Acquisitions on Financial Performance", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 29 : n°2, pp.64-77

⁵²⁰ COYNE J., THOMAS R.M., SHORT R., *et al.* (2009), "Hospital Cost and Efficiency: Do Hospital Size and Ownership Really Matter?", *Journal of Healthcare Management*, vol. 54 : n°3, pp. 163-176 ; WILSON P.W. et CAREY K. (2004), "Nonparametric Analysis of Returns to Scale in The Hospital Industry", *Journal of Applied Econometrics*, n°19, pp. 504-524

⁵²¹ PLANTE C. (2009), "The Differentiation Between For-Profit and Not For-Profit Hospitals : Another Look", *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 12 : n°1, pp. 7-17

Section 2 ■ Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats ■

Tableau 15 - Les indicateurs de taille des établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|--|---|
| Nombre de lits | Nombre de lits installés et/ou classement des établissements de santé par taille (exemple : catégorie 1, établissements entre 0 et 100 lits ; catégorie 2, de 100 à 400 lits et catégorie n°3, les établissements de plus de 400 lits) | Pervaiz et al. (2008), Mc Cue et Diana (2007), Alexander et Lee (2006), Younis et al. (2005), Kim et al. (2004), Williams et Carey (2004), Chadwick et al. (2004), Mc Kay et al. (2003), Younis et al. (2003), Mc Cue et al. (2003), Wilcox-Gök V. (2002), Kim et al. (2002), Mc Cue et al. (2001), Younis et al. (2001), Clement et al. (1997), Succi et al. (1997), Goes et Zhan (1995), Vogel et al. (1993), Williams et al. (1992), Eastaugh (1992), Chang. et al. (1988) |
| Nombre de services | Indicateur parfois intégré dans les modèles statistiques par classes : Moins de trois services par établissement; de 3 à 6 services ; de 7 à 9 services; plus de 9 services | Mc Cue et Diana (2007), Kim et al. (2004), Mc Cue et al. (2001), Clement et al. (1997), Williams et al. (1992) |
| Nombre de lits en réserve | Lits installés gardés « en réserve » par les établissements. | Cody et al. |
| Nombre de places d'hospitalisation à domicile | Nombre de places d'hospitalisation à domicile | Williams et al. (1992) |

Parmi les diverses recherches, l'influence de la taille des établissements sur leur performance financière est presque toujours démontrée. Le GAO, dans une étude datant de 1990 identifie un impact de cette variable du nombre de lits sur le risque de faillite des établissements de santé. De même, Succi, Lee et Alexander notent que la taille est associée aux fermetures des établissements de santé ruraux⁵²². Coyne, Richards, Short et Shultz⁵²³ à partir d'une étude comparative des établissements de santé à but non lucratif et des établissements de santé publics de l'Etat de Washington montrent que celle-ci a une influence sur cinq des dix mesures financières qu'ils testent. Selon ces auteurs, les grands établissements de santé de l'Etat de Washington, quel que soit leur secteur d'appartenance (public ou privé non lucratif), sont plus performants que les petits. Cody, Friss et Hawkinson parviennent à la même conclusion dans une étude des établissements de Californie, dans laquelle ils trouvent également que les structures qui gardent le plus de lits en réserve ont une marge opérationnelle moins élevée. Kim, Stoskopf, Glover et Park observent que le nombre de lits a un impact significatif négatif sur plusieurs variables financières : le chiffre d'affaires par sortie de patient, le résultat généré par sortie de patient. Ils trouvent un impact positif de cette variable sur le montant du coût total par patient. Leurs résultats suggèrent ainsi que le niveau de performance financière des établissements subit un impact négatif de la taille, la médiane de la taille des établissements de leur échantillon s'élevant à 198,84 lits.

Cependant nous notons une conflictualité importante des résultats dans ces recherches empiriques. En effet, il semble que la relation entre la taille et les indicateurs de performance financière ne soit pas linéaire, mais les seuils critiques du nombre de lits ne sont pas clairement définis. En 2001, Younis, Rice et Bakoulas⁵²⁴ montrent une telle relation avec le ratio de rentabilité de l'actif total (ROA) : pour chaque lit supplémentaire dans la catégorie des établissements de 0 à 100 lits, la profitabilité augmente de 0,003 %. En revanche, le ROA diminue à chaque lit supplémentaire installé dans ceux comptant plus de 500 lits. L'étude de Kim, Glover, Stoskopf et Boyd (2002) analysant les établissements de Caroline du

⁵²² SUCCI M., LEE S.-H. et ALEXANDER J.A. (1997), "Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures", *Health Services Research*, vol. 31 : n°6, pp. 679-699

⁵²³ Les auteurs précisent qu'il n'existe que deux établissements privés à but lucratif dans l'état de Washington.

⁵²⁴ YOUNIS M., RICE J. et BARKOULAS J. (2001), "An Empirical Investigation of Hospital Profitability in the Post - PPS Era", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 28 : n°2, pp. 65-73

sud⁵²⁵ révèle que lorsque le nombre de lits augmente, la rentabilité augmente jusqu'à un seuil de 238 lits. Au-delà, la rentabilité diminue jusqu'à un deuxième seuil à 560 lits à partir duquel la rentabilité augmente de nouveau. En conséquence, pour ces chercheurs, la courbe illustrant la relation entre le nombre de lits et la rentabilité est de forme convexe puis concave, les établissements de taille moyenne (entre 220 et 500 lits) étant les moins rentables. Dans une autre recherche, ces mêmes auteurs infirment leurs premiers résultats. Ils trouvent un niveau de dépense moyenne par admission plus élevé et un taux marge plus faible pour les établissements de grande taille. Ainsi, ils montrent que l'étalement des charges fixes avec des capacités plus élevées n'a pas d'impact sur le niveau global des coûts. D'autres équipes de chercheurs, dont les résultats ne sont pas reportés dans ces travaux, identifient ce type de relation.

A l'image du nombre de lits, **le nombre de services est corrélé aux indicateurs de performance financière dans certaines études**. En l'occurrence, l'article de Kim et al. démontre que cette variable est positivement associée au revenu par admission des établissements qu'ils étudient. De même, pour Succi Alexander et Lee⁵²⁶, un plus grand nombre de services minimise le risque de fermeture des établissements de santé ruraux. Selon ces chercheurs, plus les services sont nombreux, meilleur est le niveau de performance financière.

Précisons que le critère de taille n'est jamais étudié seul. Il est couplé à l'étude d'autres variables explicatives de la performance des établissements comme celle de la structure de propriété, une variable très fréquemment mobilisée, que nous étudions dans le paragraphe suivant.

2.1.2. La structure de propriété : des variables de mesure ne se suffisant pas à elles-mêmes pour expliquer la performance financière des établissements de santé

La problématique de l'impact de la structure de propriété des établissements de santé sur la performance financière a été étudiée dans de nombreux articles. Elle est mesurée par différentes variables, le plus souvent à partir de celle mesurant l'appartenance d'un établissement à un secteur et à partir de l'affiliation des établissements à un *Managed Care*. L'interaction entre ces deux variables, sous forme de score est étudiée par Wheech Maldonado et par l'équipe de Mc Cue en 2001⁵²⁷.

⁵²⁵ KIM Y.K., GLOVER S.G., STOSKOPF S.H., *et al.* (2002), "The relationship between bed size and profitability in south carolina hospitals", *Ibid.*, vol. 29, pp.53-63

⁵²⁶ SUCCI M., LEE S.-H. et ALEXANDER J.A. (1997), "Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures", *Health Services Research*, vol. 31 : n°6, pp. 679-699

⁵²⁷ WEECH-MALDONADO R. (2002), "Impact of HMO Mergers and Acquisitions on Financial Performance", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 29 : n°2, pp. 64-77

Section 2 ■ Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats ■

Tableau 16 - Les variables liées à la structure de propriété des établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|---|--|
| Secteur d'appartenance | <ol style="list-style-type: none"> 1. Etablissements à but lucratif 2. Etablissements à but non lucratif <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Etablissements appartenant à des congrégations religieuses 2.2. Autres organismes à but non lucratif 3. Etablissements de santé publics d'Etat | Alexander et al. (2006), Alexander et Lee (2006), Younis et al. (2005), Kim et al. (2004), Chadwick et al. (2004), Mc Cue et al. (2003), Mc Kay et al. (2003), Younis et al. (2003), Weech-Maldonado R. (2002), Wilcox-Gök V. (2002), Mc Cue et al. (2001), Younis et al. (2001), Kim et al. (2002), Clement et al. (1997), Succi et al. (1997), Goes et Zhan (1995), Vogel et al. (1993), Eastaugh (1992) |
| Appartenance à un système ou variables binaires d'appartenance à un HMO, un PPO ou à un FFS | Variable dichotomique (oui/non) et Variable dichotomique : 1=staff/group models 2=IPA/réseaux/modèles mixes | Alexander et al. (2006), Alexander et Lee (2006), Ginn et Lee (2006), Weech-Maldonado R.(2002), Wilcox-Gök V. (2002), Mc Cue et al. (2003), Mc Kay et al. (2003), Mc Cue et al. (2001), Succi et al.(1997), Goes et Zhan (1995), Vogel et al. (1993) |
| <i>For Profit x System</i> | Score d'interaction entre les deux variables (secteur et appartenance à un système) | Wilcox-Gök V. (2002) Mc Cue et al. (2001) |
| Présence au sein de la structure de son propre comité de direction | Variable dichotomique (oui/non) | Alexander et al. (2006) |
| Conversion au statut d'établissement à but lucratif ou au statut d'établissement à but non lucratif | Variable dichotomique (oui/non) | Younis et al. (2001) Younis et a. (2005) |
| <i>Managed Care</i> | Participation à un programme médical à la capitation | Goes et Zhan (1995) |
| Statut de <i>Critical Access Hospital (CAH)</i> | Variable dichotomique (oui/non) | Younis et al. (2005) |

Les analyses comparatives des différences entre les structures à but lucratif et celles à but non lucratif sur le secteur hospitalier s'inscrivent dans le débat plus large de la privatisation qui affecte de nombreuses industries dans le monde et qui a pour objectif, pour les praticiens et les chercheurs, de définir le rôle et la place des secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif et du secteur public⁵²⁸. D'après les résultats recensés dans de nombreux articles, nous pouvons affirmer que le type de détention de propriété a une influence sur les indicateurs de performance financière et sur les fermetures d'établissements⁵²⁹. **Cependant nous notons également pour cette variable une conflictualité des résultats**⁵³⁰. Nous ne citerons que deux études dont les résultats sont antagonistes pour illustrer notre propos. Pervaiz, Elshafie et Jarjoura⁵³¹ montrent qu'il existe des différences significatives dans la performance financière des trois groupes d'établissements de l'Etat de Washington qu'ils étudient sur une période de 23 ans (1984-2003) sur cinq catégories de mesures financières. Ils montrent que les établissements privés à but non lucratif sont plus profitables que les deux autres catégories (les établissements publics gouvernementaux et ceux du secteur privé commercial) et qu'ils ont moins recours au levier financier que les établissements de santé gouvernementaux. Stoskopf, Glover et Park⁵³² ne valident pas ces résultats. Ils trouvent que le coût moyen par admission est plus élevé pour les établissements de santé gouvernementaux.

⁵²⁸ HERZLINGER R.E., et KRASKER S. (février 1987), "Who Profits From Nonprofits?", *Harvard Business Review*, pp. 93-105

⁵²⁹ Sur les fermetures d'hôpitaux, V. SUCCI M., LEE S.-H. et ALEXANDER J.A. (1997), "Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures", *Health Services Research*, vol. 31 : n°6, pp. 679-699

⁵³⁰ PLANTE C. (2009), "The Differentiation Between For-Profit and Not For-Profit Hospitals : Another Look", *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 12 : n°1, pp. 7-17

⁵³¹ PERVAIZ A., ELSHAFIE E. et JARJOURA D. (2008), "The Effect of Ownership Structure on Performance of Hospitals", *Academy of Accounting and Financial Studies Journal*, vol. 12 : n°3, pp. 37-51

⁵³² KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

Les études qui comparent les établissements privés à but lucratif et ceux privés à but non lucratif montrent le plus souvent une profitabilité plus élevée des établissements du secteur privé commercial. C'est le cas, par exemple, des études de Younis et al.⁵³³, Sear⁵³⁴, Forgione, Schiff et Crumbley⁵³⁵, Hertzlinger et Krasker⁵³⁶, etc. En revanche, l'analyse des *cash flow* et des liquidités ne permet pas d'établir un même constat : Mc Cue, Thompson et Dodd-McCue⁵³⁷ montrent que les établissements qui appartiennent à un système et ceux indépendants à but lucratif disposent de liquidités immédiates moins importantes que les établissements publics et ceux à but non lucratif. Selon ces auteurs, ces différences s'expliquent par la distribution des excès de liquidités opérée par les établissements à but lucratif pour rémunérer leurs investisseurs. Ceux qui appartiennent à des systèmes hospitaliers font, quant à eux, remonter leurs excédents de liquidité au niveau du groupe.

Pour de nombreux chercheurs, le statut, pris isolément, n'a pas d'impact sur la performance financière⁵³⁸, certains considérant, par ailleurs, que l'affiliation à un système représente un meilleur déterminant du comportement stratégique que l'actionnariat à lui seul. Virginia Wilcox Gök⁵³⁹ trouve que la variable d'affiliation à un système est corrélée à une meilleure performance financière que le statut d'établissement à but lucratif. Par ailleurs, les études des résultats des établissements reconvertis du statut d'établissement à but non lucratif à celui de structure à but lucratif confirment que cette variable ne peut à elle seule expliquer la performance financière des établissements. Les hypothèses d'économies de coûts des établissements à but non lucratif reconvertis au statut d'établissement à but lucratif ne se vérifient pas dans les recherches empiriques. Les résultats de la recherche de Younis Forgione, Khan et Barkoulas⁵⁴⁰ sur 133 établissements de Floride convertis en établissements à but lucratif montrent que leur profitabilité ne s'améliore pas et que cette conversion n'a pas d'effet majeur sur leur comportement. Les antécédents culturels en matière de management, et/ou en raison de la régulation contraignante du secteur expliqueraient ces résultats. D'autres chercheurs, comme Alan Sear⁵⁴¹, considèrent que les stratégies managériales et financières et la situation géographique des établissements jouent un rôle majeur dans la performance financière. La problématique traitée par Alexander et Lee⁵⁴² rappelle également l'importance de prendre en compte l'influence de la politique du conseil d'administration sur le niveau de performance des établissements. Sur la base d'une étude d'impact de deux archétypes de configuration du conseil d'administration des établissements à but non lucratif sur des indicateurs de performance financière, ces chercheurs constatent que ceux dont le conseil d'administration se situe dans le modèle du « *corporate* », plus interventionniste dans la stratégie d'établissement, que celui du modèle « *philantropic* » parviennent à de meilleures performances.

⁵³³ YOUNIS M., RICE J. et BARKOULAS J. (2001), "An Empirical Investigation of Hospital Profitability in the Post - PPS Era", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 28 : n°2, pp. 65-73

⁵³⁴ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol.16 : n°2, pp. 31-37

⁵³⁵ FORGIONE D.A., SCHIFF A.D. et CRUMBLEY D.L. (1996), "Assessing hospital performance: an inventory of financial and nonfinancial metrics.", *International Association of Management Journal, Forum on Research in Healthcare Financial Management*, vol. 8 : n°2, pp. 65-83

⁵³⁶ HERZLINGER R.E. et KRASKER S. (1987), "Who Profits From Nonprofits?", *Harvard Business Review*, pp. 93-105.

⁵³⁷ MC CUE M.J., THOMPSON J.M. et DODD-MC CUE D. (2001), "Association of Market, Mission, Operational and Financial Factors with Hospitals Level of Cash and Security Investments", *Inquiry*, vol. 37, pp. 411-422

⁵³⁸ KIM T.H., MC CUE M.J. et THOMPSON J.M. (2009), "The Relationship of Financial and Mission Factors to the Level of Uncompensated Care Provided in California Hospitals", *Journal Of Health Care Management*, vol. 54 : n°6, pp. 383-402

⁵³⁹ WILCOX-GÖK V. (2002), "The effects of for-profit status and system membership on the financial performance of hospitals", *Applied Economics*, vol. 34, pp. 479-489

⁵⁴⁰ YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., et al. (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Research in Healthcare Management*, vol. 8 : n°1, pp. 95-102

⁵⁴¹ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16 : n°2, pp. 31-37

⁵⁴² ALEXANDER J.A. et LEE S-Y.D. (2006), "Does Governance Matter? Board Configuration and Performance in Not-For-Profit Hospitals", *The Milbank Quarterly*, vol. 84 : n°4, pp. 733-758

Afin de comprendre ces différences de résultats dans la littérature empirique Shen, Eggleston, Lau et Schmidt⁵⁴³ ont réalisé une méta-analyse d'articles. Leur sélection présente des analyses multivariées de performance financière dont les résultats sont mesurés par des indicateurs financiers de coût, de revenu et de profitabilité. Ils confirment les observations d'autres chercheurs : les différences de résultats s'expliquent par la diversité des problématiques traitées, la méthodologie, et les échantillons étudiés.

Une autre caractéristique structurelle des établissements, celle de la participation aux missions d'enseignement, est très souvent étudiée par les chercheurs et fait l'objet d'un consensus quant à son impact sur la performance financière. Elle est étudiée dans le paragraphe suivant.

2.1.3. Une participation aux missions d'enseignement : un facteur associé à un faible niveau de performance financière

L'hypothèse principale formulée sur la participation des établissements aux missions de recherche et d'enseignement est que ce type d'activité a un impact négatif sur la performance financière. Dans une majorité d'articles, cette participation est mesurée par une variable dichotomique (participant ou ne participant pas) comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau 17 - Les indicateurs de participation des établissements aux missions d'enseignement

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|--|--|
| Appartenance au <i>Council of Teaching Hospitals (COH)</i> | Variable dichotomique (1 = oui ; 0 = non) | Alexander et al. (2006) |
| Nombre de résidents par lit | Nombre de résidents / Nombre de lits | Mc Kay et al. (2003) |
| Participation aux missions d'enseignement / Accueil des internes (<i>residency program</i>) | Variable dichotomique : 1 : l'établissement participe aux missions d'enseignements et de formation des internes 0 : l'établissement ne participe pas aux missions d'enseignements et de formation des internes | Alexander et Lee (2006, Younis et al. (2005), Kim et al. (2004), Wilcox-Gök V. (2002), Mc Cue et al. (2001), Younis et al. (2001), Younis et al. (2003), Clement et al. (1997), Vogel et al. (1993), Eastaugh (1992) |

Les chercheurs sont unanimes : les établissements qui participent aux missions d'enseignement obtiennent de moins bonnes performances. Ces différences s'expliquent par des coûts plus élevés associés aux missions d'enseignement et à la part des soins non compensés dispensés par ces établissements⁵⁴⁴. L'objectif de soins n'est pas le même dans ces établissements et les services qu'ils offrent diffèrent de ceux des autres structures. Les établissements participant aux missions d'enseignement sont des lieux de stage pour les internes et les résidents. Ils sont le plus souvent affiliés aux écoles de médecine et maintiennent un accès aux soins aux plus démunis. Ils sont généralement de plus grande taille et sont situés dans des zones urbaines défavorisées où la part des soins dispensés gratuitement est élevée⁵⁴⁵.

D'après l'ensemble de ces recherches, nous pouvons conclure que les variables structurelles ont un impact significatif sur la performance financière. Cependant les auteurs ne s'accordent pas sur la nature de leurs effets et les explications qu'ils proposent. Parmi celles-ci, seule l'effet de la variable de participation aux missions d'enseignement sur le niveau de performance financière des établissements de santé est clairement établi.

⁵⁴³ SHEN Y.S., EGGLESTON K., LAU J., *et al.* (2007), "Hospital Ownership and Financial Performance: What Explains the Different Findings in the Empirical Literature?", *Inquiry*, vol. 44 : n°1, pp. 41-68

⁵⁴⁴ YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., *et al.* (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Research in Healthcare Management*, vol. 8 : n°1, pp. 95-102

⁵⁴⁵ YOUNIS M.Z. et FORGIONE D.A. (2005), "Using return on equity and total profit margin to evaluate hospital performance in the U.S.: a piecewise regression analysis", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°3, pp. 82-88

2.2. L'environnement des établissements : un impact le plus souvent avéré

Le management stratégique souligne l'importance de positionner les organisations par rapport à leur environnement et à la concurrence pour atteindre leur but et assurer leur survie. L'objectif de cette démarche est de lier les forces environnementales, le design de l'organisation interne, les processus et la stratégie des organisations. Les chercheurs développent, depuis peu, des analyses du comportement des établissements de santé au regard des caractéristiques du marché dans lequel ils évoluent⁵⁴⁶. Ils sont d'avis que la concurrence et la population prise en charge par les établissements influencent les décisions prises par les dirigeants⁵⁴⁷. La situation géographique de la structure d'accueil, l'importance de la population et ses caractéristiques sont considérées comme ayant, *in fine*, un impact sur la performance financière de ces structures d'accueil.

2.2.1. Les caractéristiques de marché : un impact vérifié de la situation géographique et de la concurrence des établissements de santé

Les différences géographiques représentent des déterminants importants de la rentabilité des établissements de court séjour⁵⁴⁸ et sont constatées à plusieurs niveaux. Un découpage entre établissements situés dans des zones urbaines et ceux situés dans des zones rurales est souvent observé. Certaines recherches, sont ciblées sur l'une de ces deux catégories de structures, comme celle de Catherine Plante ou celle de Kim, Stoskopf, Glover et Park⁵⁴⁹ qui n'étudient que ceux situés en zone urbaine car la concurrence et la pénétration des HMO y sont plus importantes. Au contraire, Succi, Lee et Alexander ne s'intéressent qu'à l'étude des établissements ruraux. Ils cherchent à montrer l'impact des caractéristiques de marché des établissements ruraux sur les fermetures d'établissements⁵⁵⁰. D'autres chercheurs analysant des données nationales réalisent un découpage de leur échantillon par grandes zones d'analyse : nord, sud, est et ouest des Etats-Unis.

Tableau 18 - Les variables descriptives de l'environnement local des établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|------------------------|---|--|
| Urbain / rural | Variable dichotomique : 1= urbain 0 : rural | Alexander et Lee (2006), Mc Kay et al. (2003), Kim et al. (2002), Goes et Zhan (1995) Eastaugh (1992) |
| Distribution régionale | Nord/sud/est/ouest au niveau national | Younis et al. (2005), Younis et al. (2001), Mc Cue et al. (2001), Williams et al. (1992) |

La variable de distinction urbain/rural a été sélectionnée par quelques chercheurs, mais peu d'entre eux formulent des hypothèses et exposent les résultats qu'ils obtiennent sur ces variables. En 2003, l'équipe de chercheurs de Younis vérifie l'hypothèse selon laquelle les établissements de santé situés en zone rurale sont moins profitables que les autres car, selon ces chercheurs, ils sont soumis à une moindre concurrence qui ne les inciteraient pas à être performants. Sur la base d'une analyse de régression multiple, ils concluent que les établissements ruraux sont, comme attendu, moins profitables que ceux situés en zone urbaine⁵⁵¹. De même, pour Goes et Zhan, les établissements situés en zone urbaine observent un

⁵⁴⁶ HORWITZ et NICHOLS (2007) cités par PLANTE C. (2009), "The Differentiation Between For-Profit and Not For-Profit Hospitals : Another Look", *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 12 : n°1, pp. 7-17

⁵⁴⁷ Ibid., pp. 7-17

⁵⁴⁸ Ibid., pp. 7-17

⁵⁴⁹ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

⁵⁵⁰ SUCCI M., LEE S.-H. et ALEXANDER J.A. (1997), "Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures", *Health Services Research*, vol. 31 : n°6, pp. 679-699

⁵⁵¹ YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., *et al.* (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Research in Healthcare Management*, vol. 8: n°1, pp. 95-102

Section 2 ■ Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats ■

taux de marge opérationnel plus élevé. Menachemi et al. montrent, quant à eux, que les établissements de santé situés en zone urbaine ont un niveau de dépenses moyen par cas plus élevé que celui observé pour ceux situés dans les zones rurales, cet indicateur, rappelons le, ne préjugant pas du niveau de profitabilité de l'établissement de santé⁵⁵².

Les résultats de la distribution régionale n'apportent pas d'information complémentaire. En revanche, une série d'indicateurs caractérisant la stabilité du marché sur lequel évoluent les établissements a été recensée, certains de ces indicateurs semblant représenter des déterminants importants de la performance financière. Le tableau, ci-dessous, recense uniquement les variables caractéristiques de l'offre de soins, les facteurs de demande étant analysés ultérieurement.

Tableau 19 - Les caractéristiques générales de l'offre de soins

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|---|--|
| Nombre de lits : <ul style="list-style-type: none"> • par habitant • pour 1000 habitants | Population totale d'une zone géographique Nombre de lits d'établissement total dans cette zone géographique | Mc Cue et Diana (2007) Eastaugh (1992) Williams et al. (1992) |
| Taux d'occupation d'un MSA ou d'un county | Taux d'occupation d'un MSA ou d'un county | Mc Kay et al. (2003) |
| Nombre de médecins généralistes ou de médecins de premiers recours / population totale | Nombre de médecins généralistes ou de médecins de premiers recours / population totale | Wilcox-Gök V. (2002) Clement et al. (1997) |
| Nombre de médecins / population totale ou nombre de praticiens pour 1000 habitants | Nombre de médecins / population totale ou nombre de praticiens pour 1000 habitants | Wilcox-Gök V. (2002), Mc Cue et Diana (2007), Vogel et al. (1993), Eastaugh (1992) |
| Nombre de chirurgiens spécialistes / population totale | Nombre de chirurgiens spécialistes / population totale | Williams et al. (1992) |
| Nombre de praticiens spécialisés en médecine / population totale | Nombre de praticiens spécialisés en médecine / population totale | Williams et al. (1992) |
| Part de praticiens rattachés à un grand centre de consultation | Nombre de praticiens rattachés à un grand centre de consultation / Nombre de praticiens total | |
| Localisation dans un état où les installations ne sont soumises à aucune réglementation (absence de loi instituant les <i>Certificate on Needs-CON</i>) | 1= l'établissement est localisé dans un état où les <i>Certificate On Needs</i> ne sont pas obligatoires 0 = l'établissement est situé dans un état où les <i>Certificate On Needs</i> sont obligatoires | Mc Cue et al. (2001) |
| <i>HSA Hospital use</i> Recours moyen aux services hospitaliers | Nombre moyen de journées d'hospitalisation pour 1000 habitants | Mc Cue (2003) |

Le tableau, ci-dessus, expose un certain nombre d'indicateurs de densité médicale et relatifs à la part de ces ressources pour une zone géographique donnée. Les chercheurs optent, le plus souvent, pour un découpage géographique par *Metropolitan statistical area* (MSA)⁵⁵³ ou par *county*⁵⁵⁴. Le découpage par MSA est plus fréquent lorsque les chercheurs étudient des zones urbaines, le *county* étant plus adapté pour l'étude des zones rurales et celles menées au niveau national. Les zones géographiques sont parfois reclassées par les chercheurs par catégorie (exemple : zone géographique de 100 000 à 249 999 habitants ; de 250 000 à 299 999 habitants, de plus de 500 000 habitants, etc.). Par ailleurs, comme nous l'avons observé dans la première section de ce chapitre, la réglementation du secteur sanitaire n'étant pas identique d'un état à l'autre, quelques chercheurs, dans des études d'envergure nationale, étudient des

⁵⁵² MENACHEMI N., BURKHARDT J., SHEWCHUK R., *et al.* (2006), "Hospital Information Technology and Positive Financial Performance: A different Approach to Finding ROI", *Journal of Healthcare Management*, vol. 51: n°1

⁵⁵³ *Metropolitan Statistical Area* (MSA): les MSA sont des zones géographiques avec une densité de population relativement élevée et disposant d'un cœur économique de plus de 50 000 habitants.

⁵⁵⁴ *County* : un *county* est la subdivision administrative locale de dimension la plus importante de chacun des états d'Amérique.

variables exprimant la présence d'une contrainte réglementaire sur les lits et les équipements des établissements.

Ces variables sont étudiées de manière concomitante avec celles mesurant le niveau de concurrence des établissements. Ces dernières sont fréquemment intégrées dans les modélisations statistiques des chercheurs. En effet, un débat majeur qui anime les chercheurs est celui de l'impact de la concurrence et de la régulation sur la rentabilité des établissements. La concurrence est supposée diminuer les coûts des structures et améliorer la qualité des services. Elle est mesurée à partir de quelques indicateurs, plus ou moins affinés, parmi lesquels est recensé le taux de pénétration des HMO, un indicateur spécifique à l'analyse du marché des soins de court séjour américain. Il est défini par le pourcentage du nombre d'inscrits à un plan de HMO sur le total des habitants couverts par une assurance, ce ratio étant calculé pour une zone géographique donnée. Le total des habitants correspond au total des résidents d'un *county* ou d'une MSA. Les chercheurs ont également souvent recours à l'indice *Herfindhal* qui mesure la concentration du marché sur une zone géographique que les auteurs définissent au préalable et aux indicateurs de mesure de parts de marché.

Tableau 20 - Les variables de mesure d'intensité de la concurrence pour le recrutement des patients en hospitalisation à temps complet et à temps partiel

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|---|---|
| Taux de pénétration des HMO (1) | Nombre de souscriptions dans un HMO en % du total de la population assurée d'un HSA, d'un MSA ou d'un county | Mc Cue et Diana (2007), Alexander et al. (2006), Kim et al. (2004), Chadwick et al. (2004), Mc Cue et al. (2003), Mc Cue et al. (2001), Clement et al. (1997) |
| Taux de pénétration des HMO (2) | % de patients d'un établissement pour lesquels l'établissement a été payé à la capitation, ou dont les patients ont bénéficié d'un taux négocié ou encore d'une remise. | Alexander et al. (2006) |
| Part de plus de la population de plus de 65 ans couverts par <i>Medicare</i> ayant souscrit un contrat dans un HMO | Nombre de personnes de plus de 65 ans couverts par <i>Medicare</i> ayant souscrit un contrat dans un HMO / Population totale | Clement et al. (1997) |
| Nombre d'HMO d'un <i>county</i> | Nombre d'HMO d'un <i>county</i> | Eastaugh (1992) |
| <i>Herfindhal Index</i> Une mesure de concentration du marché | Somme au carré des parts de marché d'une zone géographique définie. | Alexander et al. (2006), Alexander et Lee (2006), Kim et al. (2004), Chadwick et al. (2004), Mc Cue et al. (2003), Wilcox-Gök V. (2002), Clement et al. (1997), Succi et al. (1997), Goes et Zhan (1995), Vogel et al. (1995) |
| Autres mesures d'intensité de la concurrence pour le recrutement des patients en hospitalisation complète et partielle. | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de concurrents directs - parts de marché - Variable dichotomique : 1 = l'établissement est le seul à prendre en charge les patients couverts par <i>Medicare</i> sur la zone géographique sur laquelle il est implanté ; 0 = l'établissement n'est pas seul à prendre en charge les patients couverts par <i>Medicare</i>. - Variable dichotomique 1 : l'établissement est le seul prestataire de service sur son marché selon la définition de l'HCFA 0 : l'établissement est en concurrence selon la définition de l'HCFA - Intensité de la concurrence mesuré sur une échelle de 1 à 7 : de 1 « pas du tout intense » à 7 « très intense » | Mc Cue et Diana (2007), Alexander et al. (2006) Forgione et al. (2005) Kim et al. (2004), Mc Kay et al. (2003) Younis et al. (2003) Mc Cue et al. (2001) Younis et al. (2001) |

Rares sont les chercheurs à estimer que ces variables descriptives du marché n'ont pas d'impact sur les comptes des établissements. Parmi la quarantaine d'articles que nous étudions, celui de Cody, Friss et Hawkinson est l'un des seuls à ne démontrer aucun effet de ces

indicateurs sur la santé financière des établissements de santé⁵⁵⁵. De même, Kim, Stoskopf, Glover et Park montrent que le revenu par admission n'est corrélé à aucune des variables d'environnement qu'ils étudient et selon Succi, Lee et Alexander, la densité de population et le PIB/habitant sont des variables qui ne sont pas corrélées aux fermetures des établissements ruraux et seule la densité des structures d'accueil, mesurée à partir du nombre d'établissements présents sur une zone géographique expliquent ces fermetures, l'indice *Herfindhal* n'ayant pas davantage d'impact.

Les chercheurs émettent le plus souvent l'hypothèse que les établissements qui bénéficient de conditions de marché stables, celles-ci pouvant, par exemple, être mesurées à partir du nombre de lits, du nombre de médecins présents sur ce marché, ou encore sur la base du taux de pénétration des *Managed Care* sont plus performants. Un taux de pénétration faible des *Managed Care* est un signe de stabilité du marché. De même, ils considèrent que les établissements qui ont des parts de marché élevées qui, par exemple, peuvent être évaluées sur la base du nombre d'admissions d'une structure d'accueil par rapport au total des admissions d'un *county*⁵⁵⁶ obtiennent un plus haut niveau de performance. L'étude de Kim, Mc Cue et Thompson⁵⁵⁷, publiée en 2009, montre que les variables descriptives de marché (au niveau local) sont positivement associées au niveau des soins non compensés dispensés par les établissements (parts de marché, pénétration des HMO, et autres variables caractérisant la demande de soins). Mc Cue et Diana ont également mesuré, parmi d'autres facteurs, les impacts de la structure du marché sur la performance financière des établissements indépendants. Ils procèdent à la comparaison de deux groupes d'établissements : ceux à *cash flow* élevé et ceux à faible *cash flow*. Leurs résultats révèlent que les établissements qui ont un *cash flow* élevé ont des parts de marché importantes et sont situés dans des zones géographiques bien dotées en effectifs médicaux. De même, un nombre de lits total par habitant peu élevé sur la zone géographique étudiée sont des facteurs associés à un haut niveau de *cash flow*⁵⁵⁸. Pour Williams, Hadley et Pettengill, la concurrence augmente le risque de faillite en raison de ses effets sur le nombre d'admissions d'un établissement⁵⁵⁹. De même, en 2003, Younis et al. montrent qu'elle constitue l'un des facteurs explicatifs du niveau de rentabilité des établissements⁵⁶⁰. Mc Cue, Thompson et Dodd Mc Cue⁵⁶¹ trouvent, quant à eux, que les réserves financières des établissements destinées aux investissements sont plus importantes pour les établissements dont les parts de marché sont élevées. Enfin, Kim, Stoskopf, Glover et Park⁵⁶² trouvent que le taux de pénétration des HMO a un impact négatif sur leur rentabilité, c'est-à-dire que plus cet indicateur est élevé, plus le niveau de performance d'un établissement est faible. Ces chercheurs précisent que le résultat qu'ils obtiennent vérifie ceux d'autres études ayant établi que les HMO mettent en place des mécanismes qui diminuent les coûts et les revenus des établissements de santé.

⁵⁵⁵ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp.77-87

⁵⁵⁶ MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, pp. 299-308

⁵⁵⁷ KIM T.H., MC CUE M.J. et THOMPSON J.M. (2009), "The Relationship of Financial and Mission Factors to the Level of Uncompensated Care Provided in California Hospitals", *Journal Of Health Care Management*, vol. 54 : n°6, pp. 383-402

⁵⁵⁸ MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, pp. 299-308

⁵⁵⁹ WILLIAMS D., HADLEY J. et PETTINGILL J. (1992), "Profits, Community Role, and Hospital Closure : An Urban and Rural Analysis", *Medical Care*, vol. 30 : n°2, pp.174-187

⁵⁶⁰ YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., et al. (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Research in Healthcare Management*, vol. 8 : n°1, pp.95-102

⁵⁶¹ MC CUE M.J., THOMPSON J.M. et DODD-MC CUE D. (2001), "Association of Market, Mission, Operational and Financial Factors with Hospitals Level of Cash and Security Investments", *Inquiry*, vol. 37 : pp. 411-422

⁵⁶² KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., et al. (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

2.2.2. Des indicateurs de la demande corrélés au niveau de performance financière des établissements : la lourdeur des cas pris en charge et la solvabilité des patients

La demande évolue en fonction des besoins et de la richesse de la population locale. Les variables descriptives de la demande de soins sont reclassées dans deux catégories d'indicateurs. Nous recensons les indicateurs descriptifs de **la population générale d'une zone géographique** et ceux caractérisant la **demande directe** de chaque établissement. Celle-ci est mesurée par la lourdeur des cas et la solvabilité des patients.

- La diversité des variables concourant à caractériser la demande des établissements de santé

De nombreuses équipes de recherche intègrent à leur modèle des variables caractérisant les spécificités de la population générale de la zone géographique sur laquelle les établissements de santé sont implantés, comme l'illustre le tableau ci-dessous. Parmi celles-ci, le revenu par habitant et le taux de chômage sont les plus souvent étudiés. L'ensemble de ces indicateurs permet de mesurer la richesse de la zone de population desservie par un établissement.

Tableau 21 - Les variables caractéristiques de la population prise en charge dans les établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|---|---|
| Population totale (HSA) | Nombre d'habitant d'un HSA | Mc Cue et al. (2003), Williams et al. (1992), Kim et al. 2004 |
| Variation du nombre d'habitants sur une période donnée | (Nombre d'habitants de l'année n - Nombre d'habitants de l'année n-1) / Nombre d'habitants de l'année n-1 | Mc Kay et al. (2003), Cody et al. (1995), Williams et al. (1992) |
| Densité de population | Nombre d'habitant / km ² | Wilcox-Gök V. (2002), Succi et al.(1997), Williams et al. (1992) |
| Ethnicité | Pourcentage de la population noire, ispanique, etc. | Cody et al. (1995) |
| Taux de chômage | Nombre de personnes actives sans emploi Total des personnes actives | Mc Cue et Diana (2007), Mc Cue et al. (2003), Mc Cue et al. (2001), Clement et al. (1997), Williams et al. (1992) |
| Taux d'emploi | Personnes occupant un emploi Total des actifs | Kim et al. (2002) |
| PIB/Habitant ou par famille sur une zone géographique ou taux de variation du PIB/hab sur une période donnée | Revenu moyen par habitant d'un county | Mc Cue et Diana (2007), Alexander et Lee (2006), Mc Cue et al. (2003), Mc Kay et al. (2003), Wilcox-Gök (2002), Kim et al. (2002), Mc Cue et al. (2001), Phillips J.F. (1999), Suuci et al. (1997), Goes et Zhan (1995), Vogel et al. (1993), Williams et al. (1992), |
| Proportion de familles vivant en dessous du seuil de pauvreté | Nombre de familles vivant en dessous du seuil de pauvreté Population totale | Kim et al. (2002) |
| Part des plus de 65 ans | Nombre de personnes de plus de 65 ans Nombre d'habitants | Mc Cue et al. (2003), Kim et al. (2002), Clement et al. (1997) |
| Part de la population dépendante | Nombre de personnes dépendantes Population totale | Cody et al. (1995) |

Tableau 22 - Les variables caractéristiques de la population prise en charge dans les établissements de santé (suite)

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|--|-------------------------------------|
| Part des personnes retraitées | $\frac{\text{Nombre de personnes retraitées}}{\text{Population totale}}$ | Philipps (1999) |
| Part des salariés employés par de grandes entreprises | $\frac{\text{Nombre de salariés employés par de grandes entreprises}}{\text{Nombre total de salariés de la population}}$ | Clement et al. (1997) |
| Part des moins de 18 ans | $\frac{\text{Nombre de personnes de moins de 18 ans}}{\text{Nombre d'habitants}}$ | Kim et al. (2002) |
| Taux de mortalité | $\frac{\text{Nombre de décès annuels}}{\text{Nombre d'habitants}}$ | Kim et al. (2002) |
| Part des personnes titulaires du Bac et plus | $\frac{\text{Nombre de titulaires du bac et plus}}{\text{Population totale}}$ | Kim et al. (2002) |
| Le nombre de naissance pour 10 000 habitants | $(\text{nombre de naissances} / \text{nombre d'habitants total}) \times 10\,000$ | Williams et al. (1992) |
| Casemix moyen d'un État | Casemix moyen d'un État | Goes et Zhan (1995) |

Les hypothèses formulées sur ces variables caractéristiques de la demande des établissements de santé américains sont le plus souvent vérifiées par les chercheurs. Par exemple, les études statistiques des chercheurs qui estiment que les établissements situés dans des zones favorisées avec un taux de chômage bas et un revenu par habitant élevé obtiennent une performance financière élevée voient leur hypothèse confirmée⁵⁶³. Ces résultats sont vérifiés dans l'étude de Kim et al.⁵⁶⁴, ou encore dans celle de Williams, Hadley et Pettengill⁵⁶⁵ qui trouvent que les établissements situés dans les zones peu peuplées et/ou en déclin ont un risque plus élevé de faire faillite. Cody, Friss et Hawkinson⁵⁶⁶ montrent, quant à eux, qu'un taux de croissance élevé de la population et une part importante de population dépendante a une influence positive sur la rentabilité s'expliquant par un nombre d'utilisateurs potentiels plus élevé.

- Un impact certain des variables descriptives de la demande directe sur la performance financière des établissements de santé américains

Notons que les variables caractérisant la demande directe des établissements sont considérées par certains chercheurs comme des indicateurs du management opérationnel des établissements, ces derniers considérant que les dirigeants ont un certain pouvoir d'action sur la population prise en charge dans leur établissement. **L'impact de la lourdeur des cas et la solvabilité des patients sur la performance financière des établissements de santé sont des problématiques de recherche récurrentes.** Les variables sélectionnées par les chercheurs sur ces deux thèmes permettent de caractériser de manière plus précise la clientèle des établissements que celles que nous avons étudiées précédemment. Elles sont analysées de manière indépendante ou sont couplées à l'étude des variables caractérisant la demande générale d'une zone géographique. Les chercheurs ont recours à celles-ci pour répondre à de

⁵⁶³ MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, pp. 299-308

⁵⁶⁴ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp.73-84

⁵⁶⁵ WILLIAMS D., HADLEY J. et PETTENGILL J. (1992), "Profits, Community Role, and Hospital Closure : An Urban and Rural Analysis", *Medical Care*, vol. 30 : n°2, pp. 174-187

⁵⁶⁶ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

nombreuses problématiques. Par exemple, dans les études portant sur les établissements privés à but non lucratif, ils ont recours à ces données pour déterminer si les exemptions de taxes dont bénéficient les *Not-For-Profit* se justifient (en 2002, ils ont bénéficié d'un allègement fiscal de plus de 12 milliards de dollars). De même, dans les études mesurant l'impact de l'ouverture d'établissements de santé spécialisés sur la rentabilité des établissements de santé généraux, ils utilisent ces variables pour évaluer les changements dans la typologie des patients pris en charge par les établissements de santé généraux⁵⁶⁷.

Tableau 23 - Les indicateurs d'activité caractérisant la solvabilité et la lourdeur de la patientèle prise en charge par les établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|--|
| <i>Medicare casemix index</i> (un indicateur du mix produit d'un établissement de santé mesuré à partir du niveau de sévérité et de complexité des patients admis par un établissement) | $\frac{\text{Total des produits}}{\text{(nombre de sorties x poids de chaque DRG)}}$ | Plante C. (2009), Menachemi (2006), Mc Cue et al. (2003), Harrison et al. (2002), Wilcox-Gök V. (2002), Mc Cue et al. (2001), Phillips J.F. (1999), Clement et al. (1997), Cody et al. (1995), Vogel et al. (1993), Williams (1992), Sear A.S. (1991) |
| <i>Managed Care Mix</i> | $\frac{\text{Nombre de journées de patients affiliés à un Managed Care}}{\text{Nombre total de journées}}$ | Vogel et al. (1993) |
| Nombre de journées de patients insolubles / Nombre de journées Ou Montant des soins non compensés dans le total des revenus | $\frac{\text{Nombre de journées de patients insolubles}}{\text{Nombre total de journées}}$ Ou $\frac{\text{Montant des soins non compensés}}{\text{Revenu total}}$ | Vogel et al. (1993) |
| Part de la population non assurée | $\frac{\text{Nombre de personnes non assurées}}{\text{Population totale}}$ | Mc Cue et al. (2000) |
| Part de patients pris en charge en soins intensifs | $\frac{\text{Nombre de patients pris en charge en soins intensifs}}{\text{Nombre de patients total pris en charge en hospitalisation complète}}$ | Cody et al. (1995) Vogel et al. (1993) |
| Indicateurs relatifs à la prise en charge de patients couverts par Medicare ou par Medicaid | Nombre de patients couverts par Medicare ou par Medicaid Accueil de patients couverts par Medicare ou par Medicaid : variable dichotomique (1= oui ; 0=non) $\frac{\text{Nombre de bénéficiaire de Medicare et/ou Medicaid}}{\text{Population totale de la zone géographique étudiée}}$ Nombre de patients couverts par Medicare ou par Medicaid <ul style="list-style-type: none">• Nombre total de patients pris en charge, ou• Nombre total de journées $\frac{\text{Revenu de patients couverts par Medicare ou par Medicaid}}{\text{Revenu total}}$ Dépenses moyennes par bénéficiaire de Medicare | Plante C. (2009), Pervaiz et al. (2008), Mc Cue et Diana (2007), Kim et al. (2004), Mc Kay et al. (2003), Weech-Maldonado R. (2002), Wilcox-Gök V. (2002), Mc Cue et al. (2001), Phillips J.F. (1999), Cody et al. (1995), Goes et Zhan (1995), Vogel et al. (1993), Williams et al. (1992), Chang C.F. et al. (1988), |

⁵⁶⁷ CAREY K., BURGESS J.F. et YOUNG G.J. (2009), "Specialty Hospitals and Uncompensated Care in General Hospitals", *Journal of Health Care Finance*, vol. 36 : n°1, pp. 61-69

Nous ne revenons pas sur les définitions de la part des patients couverts par *Medicare* et par *Medicaid* qui ne posent pas de difficultés particulières. Cody, Friss et Hawkinson⁵⁶⁸ ainsi que Vogel, Langland-Orban et Gapenski⁵⁶⁹ étudient l'impact de l'indicateur de part des soins intensifs des établissements. En raison des contrôles plus stricts sur les admissions liés au développement des HMO, les auteurs font l'hypothèse que les patients pris en charge sont en moins bon état de santé. En conséquence, plus le nombre de patients pris en charge en soins intensifs est élevé, plus la performance financière d'un établissement est faible. Le pourcentage du nombre de journées de patients insolubles représente un autre indicateur couramment étudié. Moins cette part est importante, meilleur est le niveau de performance financière des établissements.

Par ailleurs, les tarifs de remboursement des établissements par les couvertures *Medicare* et *Medicaid* étant plus faibles, dans leurs études, les chercheurs font l'hypothèse que la part de ces patients pris en charge influe sur leur niveau de performance financière : plus ces patients sont accueillis en faible nombre, meilleure est la performance financière. **Cette hypothèse est confirmée par certaines études dont les chercheurs obtiennent des résultats significatifs sur ces indicateurs.** Par exemple, Kim, Stoskopf, Glover et Park⁵⁷⁰ montre que la part de patients *Medicaid* a un impact significatif sur le coût moyen par admission et que lorsque la part de patients couverts par *Medicare* ou *Medicaid* est importante, la rentabilité des établissements est plus faible. Vogel, Langland-Orban et Gapenski⁵⁷¹ trouvent que la rentabilité est associée à la part de patients *Medicare* prise en charge par l'établissement. Selon Williams, Hadley et Pettengill⁵⁷², une part élevée de patients *Medicare* pris en charge accroît le risque de fermeture des structures, ce qui s'explique par le fait qu'elle a un impact sur la rentabilité. Mc Cue et Diana⁵⁷³ trouvent que les établissements à *cash flow* élevés ont un *payer mix Medicare* faible, c'est-à-dire que ces établissements de santé traitent peu de patients couverts par *Medicare*. Un *free cash flow* élevé est associé négativement au niveau des soins offerts aux plus démunis. Cody, Friss et Hawkinson⁵⁷⁴ trouvent, pour leur part, que les établissements qui remplissent le plus de lits avec des patients couverts par *Medicaid* sont en moins bonne santé financière.

Nous présentons, plus en détail, l'indicateur du *Medicare casemix index (CMI)* en raison de l'utilisation fréquente de cette variable dans les études de performance financière. **Il représente un indicateur du niveau relatif de complexité et de sévérité des pathologies calculé pour chaque établissement sur la base des patients Medicare traités.** Le *casemix index* est analogue au *mix* produit dans un contexte industriel⁵⁷⁵. Il représente une mesure de la diversité des pathologies traitées dans un établissement relativement à la moyenne nationale et constitue un indicateur de la consommation relative des ressources d'un établissement. Ainsi, une structure dont la valeur du CMI se trouve au dessus de la moyenne nationale devrait consommer davantage de ressources qu'une autre dont la valeur se situe en dessous de la moyenne nationale. Plus cet indicateur est élevé, plus l'établissement traite des cas complexes

⁵⁶⁸ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

⁵⁶⁹ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Ibid.*, vol.18 : n°2, pp. 15-26

⁵⁷⁰ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 79-80

⁵⁷¹ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Health Care Management Review*, vol.18 : n°2, pp. 15-26

⁵⁷² WILLIAMS D., HADLEY J. et PETTENGILL J. (1992), "Profits, Community Role, and Hospital Closure : An Urban and Rural Analysis", *Medical Care*, vol. 30 : n°2, pp. 174-187

⁵⁷³ MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, pp. 299-308

⁵⁷⁴ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

⁵⁷⁵ YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., *et al.* (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Research in Healthcare Management*, vol. 8 : n°1, pp. 95-102

relativement aux autres structures auxquelles il est comparé⁵⁷⁶. Il est calculé de la manière suivante :

Somme des produits / (nombre de sorties x poids de chaque DRG)

Utilisé tantôt comme variable d'ajustement des indicateurs financiers et de certaines variables d'activité telle que la DMS, tantôt comme variable de contrôle dans les modèles statistiques, ou encore, comme indicateur de responsabilité sociale des établissements de santé⁵⁷⁷, le *Medicare casemix index* est utilisé dans la plupart des études empiriques quantitatives. **Il est considéré comme une variable déterminante du niveau de performance financière des établissements de santé.** C'est pour cette raison qu'il est fréquemment étudié comme variable de contrôle dans les modèles statistiques. Analysé indépendamment de toute autre variable, il représente une contrainte sur l'efficacité du management plutôt qu'une mesure d'efficacité⁵⁷⁸. Deux hypothèses contradictoires sont exposées par les chercheurs. Pour certains, un *casemix* élevé est associé positivement à la performance financière. En effet, les établissements accueillant des patients dont le niveau de sévérité moyen est plus élevé observent des coûts plus importants et des marges plus élevées⁵⁷⁹. D'autres considèrent que le système de tarification favorise un niveau de sévérité faible de l'état de santé des patients pris en charge et donc leur performance financière. Cette deuxième hypothèse représente un questionnement important ayant alimenté la controverse sur le développement hôpitaliers spécialisés.

Les résultats des études comparatives entre structures à but lucratif et celles à but non lucratif ne parviennent pas systématiquement à montrer des différences à partir de l'indicateur du *casemix*. Selon Alan Sear⁵⁸⁰, les différences de résultats entre établissements à but lucratif et ceux à but non lucratif ne s'expliquent pas par les catégories de diagnostic des patients admis dans ces structures. Philipps⁵⁸¹ confirme ces résultats et ne trouve pas d'impact significatif du *casemix* sur leur rentabilité à long terme⁵⁸². S'agissant des hôpitaux spécialisés, le GAO montre qu'à capacité égale, ces structures prennent en charge un volume plus important de patients, ce qui pose la question de la sévérité des cas pris en charge par ces établissements. Schneider, Ohsfeldt et Benton⁵⁸³ notent que les hôpitaux spécialisés prennent en charge des patients en meilleur état de santé que ceux accueillis par les établissements de santé généraux. Plusieurs chercheurs ont investigué le sujet en étudiant la clientèle des établissements et les pratiques d'adressage des praticiens actionnaires exerçant au sein des structures spécialisées. Une étude du cabinet *McManis Consultants* de février 2005, citée par Cimasi et son équipe de chercheurs⁵⁸⁴ a montré que les praticiens actionnaires sélectionnent avec attention les patients pris en charge par les établissements de santé dans lesquels ils sont actionnaires. **Selon nous, les résultats de**

⁵⁷⁶ PERVAIZ A., ELSHAFIE E. et JARJOURA D. (2008), "The Effect of Ownership Structure on Performance of Hospitals", *Academy of Accounting and Financial Studies Journal*, vol. 12 : n°3, pp. 37-51

⁵⁷⁷ Un niveau peu élevé de complexité et de sévérité mesuré par le *casemix index* reflète un faible niveau de responsabilité sociale des établissements.

⁵⁷⁸ PHILLIPS J.F. (1999), "Do Managerial Efficiency and Social Responsibility Drive Long-Term Financial Performance of Not-for-Profit Hospitals before Acquisitions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 25: n°4

⁵⁷⁹ PIZZINI M.J. (2006), "The relation between cost-system design, managers evaluation of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, vol.31, pp.179-210

⁵⁸⁰ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol.16 : n°2, pp. 31-37

⁵⁸¹ PHILLIPS J.F. (1999), "Do Managerial Efficiency and Social Responsibility Drive Long-Term Financial Performance of Not-for-Profit Hospitals before Acquisitions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 25: n°4

⁵⁸² Ibid.

⁵⁸³ SCHNEIDER J.E., OHSFELDT R.L. et BENTON J (novembre 2007), *The Effects of Physician-Owned Specialty Hospitals: A Critical Review of the Evidence*, Health Economics Consulting Group LLC, 36 p.

⁵⁸⁴ *Mc Manis Consulting*, cité par CIMASI J.R., SHARAMITARO A.P., HAYNES L.A. et SEILER R.L. (2008), "Market Impact of Specialty Hospitals : A study of the Profitability of General Short-Term Acute Care Hospitals Post Market Entry of Specialty Hospitals", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 35 : n°2, pp. 1-53

ces études sur les établissements de santé spécialisés montrent qu'il est nécessaire d'entrer dans le détail de chaque DRG pour percevoir des différences dans la patientèle prise en charge par les établissements.

L'ensemble de ces résultats nous a permis de constater que de nombreux indicateurs ont un impact sur la performance financière des établissements. Parmi les variables caractéristiques de la structure, **l'impact du nombre de lits et la participation aux missions d'enseignement semblent déterminants**. Les liens entre la performance financière et la structure de propriété sont moins ténus, ces variables ne se suffisant pas à elles seules pour expliquer le niveau de performance des établissements. **Les variables descriptives de l'environnement ont un impact certain. Les effets, par exemple, des variables du revenu par habitant, du nombre de patients couverts par Medicare et Medicaid, ou encore des indicateurs mesurant l'intensité de la concurrence des établissements ont été montrés dans de nombreuses recherches**. Dans les développements qui suivent, nous nous intéressons aux variables de mesure de l'efficacité du management opérationnel et stratégique des établissements.

2.3. Le management opérationnel des établissements de santé : la productivité du management en réponse au changement d'environnement

Les facteurs liés au management des ressources internes des établissements comme les variables de personnel, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation mesurent la manière dont les dirigeants, le personnel médical et l'administration « sécurisent » leurs ressources sur leur marché (les patients). Les établissements situés sur des marchés où les ressources sont abondantes peuvent connaître des difficultés financières si les dirigeants ne sécurisent pas ces ressources. Les développements suivants recensent les résultats des travaux des chercheurs sur les indicateurs du taux d'occupation et de la durée moyenne de séjour. Par la suite, nous nous intéressons à l'impact des décisions prises en matière de ressources humaines et de la politique qualité des établissements sur leur performance financière.

2.3.1. La durée moyenne de séjour (DMS) et le taux d'occupation : un impact sur la performance financière difficile à établir

Comme nous l'avons constaté précédemment, les indicateurs d'activité, le coût ainsi que le revenu moyen par patient sont parfois considérés comme des variables de mesure de la performance financière. La plupart des chercheurs les intègrent à leur modèle en tant que variables indépendantes, c'est-à-dire comme des variables explicatives de la performance. La durée moyenne de séjour (DMS) et le taux d'occupation (TO) étant les plus souvent mobilisés dans les recherches, nous centrons nos analyses sur ces deux indicateurs.

Tableau 24 - Les indicateurs d'activité des établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|---|--|
| Nombre de séjours | Nombre de séjours sur l'année | Mc Cue et al. (2003) |
| Nombre de visites | Nombre de visites sur l'année | Mc Cue et al. |
| Nombre de journées | Nombre de journées sur l'année | Goes et Zhan (1995) |
| Le taux d'occupation (TO) | $\frac{\text{Nombre de journées réalisées}}{\text{Nombre de lits installés}}$ Dans certaines études, il fait l'objet d'un classement (exemple : catégorie 1 : établissements de santé dont le TO est compris entre 0 et 10 %, etc.) | Plante C. (2009), Coyne (2009), Mc Cue et Diana (2007), Younis et al. (2005), Kim et al. (2004), Mc Kay et al. (2003), Younis et al. (2003), Mc Cue et al. (2001), Younis et al. (2001), Phillips J.F. (1999), Clement et al. (1997), Chang et al. (1988), |
| Taux de variation du taux d'occupation | $\frac{\text{TO année N} - \text{TO année N-1}}{\text{TO année N-1}}$ | |
| La durée moyenne de séjour (variable qui peut-être ajustée au casemix de l'établissement) | $\frac{\text{Nombre de journées réalisées}}{\text{Nombre d'admissions}}$ | Phillips J.F. (1999), Mc Cue et al. (2003), Plante C. (2009), Harrison et al. (2002), Younis et al. (2001), Kim et al. (2004), Vogel et al. (1993) |
| Durée moyenne de séjour / durée moyenne de séjour attendue | $\frac{\text{DMS}}{\text{DMS attendue}}$ | Mc Cue et al. (2003) |

La DMS et le taux d'occupation sont considérés comme des mesures d'adaptation des établissements à leur environnement et permettent d'évaluer la manière dont une structure utilise ses ressources de base : ses capacités en lits⁵⁸⁵. Alan Sear⁵⁸⁶ considère que la DMS, constitue, au côté du salaire moyen par patient et par jour, le deuxième indicateur le plus significatif pour expliquer la performance financière des établissements de santé. Le recours au taux d'occupation est plus controversé.

La DMS fait parfois l'objet d'un ajustement au *casemix* de l'établissement comme c'est le cas dans l'étude de Younis et al.⁵⁸⁷, ou d'un ajustement au revenu des patients pris en charge en hospitalisation complète et à temps partiel. L'hypothèse formulée par les chercheurs est qu'**une DMS élevée a un impact négatif sur la performance financière des établissements** car ils sont soumis à un tarif fixe pour chaque cas pris en charge. Plus un patient reste hospitalisé un nombre de journées qui dépasse la borne du tarif existante du DRG concerné, moins ils sont rémunérés. En effet, le tarif est plafonné à un certain nombre de journées d'hospitalisation. Peu de résultats sont exposés sur l'impact de cet indicateur sur le niveau de performance financière, ce qui s'explique, dans certaines études, par son absence de significativité statistique. Kim et al.⁵⁸⁸ trouvent un effet positif de la DMS sur le revenu par patient. La DMS est particulièrement étudiée dans les articles qui ont pour objet de comparer différents types d'établissements. Les résultats obtenus par certains chercheurs, comme Cody Friss et Hawkinson⁵⁸⁹, ou encore, Vogel et al.⁵⁹⁰ confirment l'hypothèse selon laquelle une DMS courte a un effet positif sur la rentabilité des établissements.

⁵⁸⁵ PLANTE C. (2009), "The Differentiation Between For-Profit and Not For-Profit Hospitals : Another Look", *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 12 : n°1, pp. 7-17

⁵⁸⁶ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16 : n°2, pp. 31-37

⁵⁸⁷ YOUNIS M., RICE J. et BARKOULAS J. (2001), "An Empirical Investigation of Hospital Profitability in the Post - PPS Era", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 28 : n°2, pp. 65-73

⁵⁸⁸ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., et al. (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

⁵⁸⁹ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

⁵⁹⁰ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Ibid.*, vol.18 : n°2, pp. 15-26

Le taux d'occupation représente également pour de nombreux chercheurs une clé de prédiction de la performance financière. Il est défini comme le pourcentage de journées d'hospitalisation à temps complet sur le potentiel d'occupation total d'un établissement pour une année (365 jours). Il peut représenter à la fois une mesure du volume d'activité d'un établissement et de sa productivité⁵⁹¹.

L'usage de cet indicateur est vivement critiqué par certains chercheurs. Selon Griffith, Alexander et Jelinek⁵⁹², le taux d'occupation peut tout autant refléter les changements dans les modalités de prise en charge que l'évolution du nombre de lits des services. Le niveau de son numérateur peut, quant à lui, résulter d'une hausse du nombre d'admissions ou de celle de la DMS. L'ensemble de ces facteurs entretient une relation complexe avec les missions de l'établissement. En effet, pour optimiser le niveau de cet indicateur, des admissions non nécessaires peuvent être réalisées par un établissement, une autre solution consistant, pour celui-ci, à prolonger les séjours des patients. Pourtant, un fort taux d'occupation ou une variation à la hausse de ce taux, lorsqu'il résulte d'une prise de parts de marché ou d'une croissance de la population, est un signe positif. En conséquence, selon ces auteurs, l'interprétation de variations observées dans le taux d'occupation pâtit d'une absence de relation claire dans sa liaison avec les actions des dirigeants.

De même que l'indicateur du nombre de lits, l'impact résultant d'un taux d'occupation élevé sur la performance financière n'est pas clairement établi. Le GAO souligne, en toute logique, que cet indicateur fait partie des caractéristiques des établissements de santé fortement reliées aux fermetures de certains d'entre eux. Younis, Forgione, Khan et Barkoulas⁵⁹³ montrent que le taux d'occupation a un impact significatif sur la rentabilité et identifient, comme pour la variable du nombre de lits, une relation non linéaire entre le taux d'occupation et la rentabilité. D'autres études comme celle de Kim et al. trouvent qu'un taux d'occupation élevé a un impact négatif sur la marge dégagée par les établissements. Selon ces auteurs, l'une des explications possibles à ce résultat est la suivante : la hausse du taux d'occupation pourrait être réalisée au détriment de la recherche d'efficacité qui affecterait, en retour, le taux de profit.

2.3.2. La gestion du personnel : un impact certain sur les coûts et une implication des médecins dans la gestion des établissements à modérer

Deux thématiques liées à la gestion du personnel et à leur impact sur la performance financière des établissements sont traitées par les chercheurs : celle de la gestion du personnel dans son ensemble et plus particulièrement de l'emploi du personnel soignant et celle liée au niveau d'implication des médecins dans la gestion des établissements.

- La gestion du personnel : une corrélation certaine sur les coûts des établissements de santé, moins évidente sur la rentabilité

L'impact de la gestion du personnel sur la performance financière n'est pas testé de façon systématique par les chercheurs, malgré la part importante de ces dépenses dans le budget des établissements. Mc Cue, Mark et Harless, dans un article publié en 2003 dans le *Journal of Health Care Finance*⁵⁹⁴ s'intéressent plus spécialement à l'étude de l'impact des opérations de *downsizing* du personnel infirmier sur les coûts, la rentabilité et sur le niveau de qualité des

⁵⁹¹ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

⁵⁹² GRIFFITH J.R., ALEXANDER J.A. et JELINEK R.C. (2002), "Measuring Comparative Hospital Performance", *Journal of Health Care Management*, vol. 47 : n°1, pp. 42-57

⁵⁹³ YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., *et al.* (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Research in Healthcare Management*, vol. 8 : n°1, pp. 95-102

⁵⁹⁴ MC CUE M.J., MARK B.A. et HARLESS D. (2003), "Nurse Staffing, Quality and Financial Performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 29 : n°4, pp. 56-76

soins. Celui de Chadwick, Hunter et Walston⁵⁹⁵, publié en 2004 dans le *Strategic Management Journal* identifie les « bonnes pratiques » en matière de processus de licenciement du personnel infirmier. Ils mettent en évidence les pratiques qui détériorent la performance financière des établissements.

D'autres chercheurs dont les problématiques sont plus larges et non ciblées sur la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé, étudiant par exemple, les différences de performance financière entre ceux à but lucratif et ceux à but non lucratif, ont inclus, parmi d'autres variables, des ratios liés à la gestion du personnel dans leur modèle statistique. C'est le cas par exemple de Younis et ses équipes de chercheurs dans leurs articles de 2001, 2003 et 2005, de Catherine Plante⁵⁹⁶ dont la recherche s'appuie de manière importante sur ces trois articles, ou encore d'Alan Sear⁵⁹⁷, de Mc Cue et Diana⁵⁹⁸, de Vogel et al.⁵⁹⁹, etc. Deux grandes hypothèses sont formulées par les chercheurs au sujet des charges de personnel. Certains chercheurs argumentent qu'un établissement dont la proportion de personnel infirmier et/ou de managers est élevée augmente ses profits dans le temps. D'autres estiment qu'ils augmentent lorsque la substitution des fonctions d'employés aux salaires moindres est maximale.

Tableau 25 - Les indicateurs du volume de la masse salariale des établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|---|--|
| Salaire moyen par ETP | Charges de personnel ----- Nombre d'ETP | Coyne et al. (2009) Mc Cue et al. (2003) Vogel et al. (1993) |
| Nombre d'admissions ajustées au casemix de l'établissement / nombre d'ETP | Nombre d'admissions (ajustées au casemix de l'établissement) ----- Nombre d'ETP | Cody et al. (1995) |
| Nombre total d'ETP | Nombre total d'ETP | Mc Cue et Diana (2007) Eastaugh (1992) |
| Salaire moyen versé : • par jour • par lit | Salaires ----- Nombre de journées (ajusté ⁶⁰⁰) ou Nombre de lits | Plante C. (2009) Sear A.S. (1991) Clement et al. (1996) |
| Salaire moyen des infirmiers | Charges de personnel infirmier ----- Nombre d'infirmiers Nombre total d'ETP | Cody et al. (1995) |
| Nombre d'ETP par lit ou par journée (ajusté des hospitalisations à temps partiel) | • Nombre de lits • Nombre de journées (ajusté des hospitalisations à temps partiel) | Plante C. (2009) Clement et al. (1996) Vogel et al. (1993) Sear A.S. (1991) |
| Nombre d'ETP infirmier ou ETP infirmier / nombre de sorties | Nombre total d'ETP infirmier ou ETP infirmiers ----- Nombre de sorties | Mc Cue et al. (2003) |

⁵⁹⁵ CHADWICK C., HUNTER L.W. et WALSTON S.L. (2004), "Effects of Downsizing Practices on the Performance of Hospitals", *Strategic Management Journal*, vol. 25 : n°5, pp. 405-427

⁵⁹⁶ PLANTE C. (2009), "The Differentiation Between For-Profit and Not For-Profit Hospitals : Another Look", *Research in Healthcare Financial Management*, Vol. 12 : n°1, pp. 7-17

⁵⁹⁷ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16 : n°2, pp. 31-37

⁵⁹⁸ MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, pp. 299-308

⁵⁹⁹ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Health Care Management Review*, vol.18 : n°2, pp. 15-26

⁶⁰⁰ Alan Sear ajuste dans son ratio le nombre de journées au revenu des hospitalisations à temps complet et à temps partiel suivant la formule: Nombre de journées x (1+ revenu des hospitalisations à temps partiel / revenu des hospitalisations à temps complet)

Tableau 26 - Les indicateurs du volume de la masse salariale des établissements de santé (suite)

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|---|--|
| Nombre d'ETP pour 100 sorties de patients ajusté ou non au <i>casemix</i> de l'établissement | Nombre d'ETP pour 100 sorties de patients <hr/> <i>Casemix index</i> | Younis et al. (2005), Younis et al. (2003), Younis et al. (2001), Cody et al. (1995) |
| Nombre d'ETP autre que le personnel soignant | Nombre d'ETP autre que le personnel soignant | Mc Cue et al. (2003) |
| Nombre d'ETP non infirmiers | Nombre d'ETP non infirmier | Mc Cue et al. (2003) |
| Heures de main d'œuvre par jour | Heures travaillées correspondant au nombre d'ETP x 2080 <hr/> Nombre de journées | Sear A.S. (1991) |

Dans ces différentes études, les indicateurs recensés intègrent des variables traditionnelles d'analyse. Alan Sear⁶⁰¹ montre l'importance du pouvoir explicatif du salaire journalier par patient versé aux employés pour évaluer la rentabilité des établissements de santé. Younis, Forgione, Khan et Barkoulas, ou encore Vogel, Langland-Orban et Gapenski parviennent à des résultats similaires⁶⁰². Un nombre élevé d'ETP ajusté au *casemix* et un nombre d'ETP élevé par séjour de l'établissement a un impact négatif sur la rentabilité des structures. Selon eux, le nombre d'ETP représente un bon indicateur de coût des établissements, ce qui n'est pas le cas du nombre total d'employés qui ne permet pas d'obtenir des résultats significatifs. Cody, Friss et Hawkinson⁶⁰³ tentent de déterminer l'effet relatif du travail d'encadrement des infirmières sur la rentabilité dans le temps. Les résultats de leur étude menée sur les établissements de santé généraux de court séjour de *Los Angeles* suggèrent que les établissements de santé qui ont un coût du travail élevé (taux de salaire des IDE) et un nombre d'employés important (total des ETP par nombre de sorties et la part du personnel d'encadrement) sont moins performants que les autres.

Deux autres études concluent à l'absence d'impact du montant des charges de personnel sur la rentabilité des établissements de santé. En 2005, Younis et Forgione trouvent que le nombre d'ETP pour 100 admissions ajusté du *casemix* de l'établissement n'a pas d'impact sur la rentabilité⁶⁰⁴. Mc Cue, Mark et Hardless⁶⁰⁵ constatent seulement une hausse des charges de personnel lorsque le nombre d'infirmières employées augmente. En revanche, ils ne trouvent pas d'effet significatif de la baisse du nombre d'infirmières employées sur la rentabilité économique de l'établissement. Les établissements de santé qui emploient moins de personnel infirmier en ayant recours à d'autres professionnels pour les remplacer connaissent des coûts plus élevés et des profits moins importants. Ainsi, la réflexion sous-jacente à ces résultats est, selon eux, de savoir si les réductions de coût mises en œuvre par les établissements de santé doivent passer par des suppressions d'emplois, notamment par celles de l'emploi infirmier.

D'autres indicateurs particuliers, caractérisant la manière de gérer le personnel des établissements durant les opérations de downsizing, sont étudiés par Chadwick, Hunter et

⁶⁰¹ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol.16 : n°2, pp. 31-37

⁶⁰² YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., *et al.* (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Research in Healthcare Management*, vol. 8 : n°1, pp. 95-102

⁶⁰³ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

⁶⁰⁴ YOUNIS M.Z. et FORGIONE D.A. (2005), "Using return on equity and total profit margin to evaluate hospital performance in the U.S.: a piecewise regression analysis", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°3, pp. 82-88

⁶⁰⁵ MC CUE M.J., MARK B.A. et HARDLESS D. (2003), "Nurse Staffing, Quality and Financial Performance", *Ibid.*, vol. 29 : n°4, pp. 56-76

Walston.⁶⁰⁶ Ils sont extraits de deux enquêtes menées auprès d'établissements de santé ayant mené ce type d'opération. Leur étude sur les processus d'opérations de licenciements dans les établissements de santé démontre qu'une bonne maîtrise de la phase de préavis a un impact positif sur la performance financière des établissements de santé. En revanche, les extensions d'assurance offertes aux employés licenciés au delà du délai minimum législatif ont un impact négatif sur la performance financière. La planification de la nouvelle organisation avant la mise en œuvre de l'opération n'a pas d'impact.

D'autres articles, présentés dans le paragraphe suivant, étudient plus particulièrement les relations entre les praticiens et les établissements.

- Une implication « modérée » des praticiens dans la gestion des établissements de santé : un impact favorable sur la performance financière

La problématique de l'intégration des praticiens au processus décisionnel au sein des systèmes de soins intégrés (SSI) et des *Health Maintenance Organizations* (HMO) est une thématique récurrente de recherche sur les organisations de santé aux Etats-Unis. Les systèmes de soins intégrés ayant été confrontés à des difficultés financières au milieu des années 1990, ont été encouragés à modifier leur stratégie. Le premier objectif de ce changement de stratégie a été d'aligner les intérêts des praticiens à ceux de l'organisation afin de les fidéliser et de construire une « *base certaine de ressources* », selon les termes employés par Mickaël Rovinsky⁶⁰⁷. La collaboration entre les praticiens et la direction de l'établissement est indispensable dans le management de la performance financière⁶⁰⁸ parce qu'ils adressent les patients aux établissements et parce que les décisions prises en matière de traitement dépendent de leur jugement. Selon Mark, Evans, Schur et Guterman⁶⁰⁹, les changements dans les relations entre la direction et les praticiens sont une des raisons qui expliquent que certains établissements ont réussi à maintenir des coûts satisfaisants au début des années 1990. Ainsi, les chaînes américaines d'établissements de santé visent une diminution des coûts des établissements par une meilleure implication des praticiens. En effet, selon cette logique, plus les médecins sont nombreux à participer au processus de gouvernance, plus la diffusion des pratiques les moins coûteuses est large. Les structures dont les praticiens assurent des responsabilités formelles sont mieux placées pour lier les intérêts des établissements de santé à ceux de l'équipe médicale, et ainsi, pour prendre des décisions relatives à leurs activités quotidiennes, qui auront des effets positifs sur la baisse des coûts. De nombreux auteurs ont tenté de quantifier cette relation dont les résultats sont partagés : certains chercheurs trouvent une amélioration de l'efficacité des établissements, d'autres non⁶¹⁰. Selon Succi et Alexander⁶¹¹, l'efficacité varie selon les caractéristiques de l'équipe médicale étudiée. Dans certains cas, la présence de médecins gestionnaires risque d'attiser les conflits entre l'établissement et le corps médical, la relation entre ces groupes se caractérisant fréquemment par la méfiance et le conflit en raison des divergences de point de vue sur les buts de l'organisation. Selon ces auteurs, il existe un risque que les praticiens soient d'autant plus frustrés lorsque leurs attentes quant à leur influence dans le processus de décision ne trouvent d'échos dans les réalisations effectives. Il existe donc un risque d'affaiblissement de la relation médecins-établissements qui peut à son

⁶⁰⁶ CHADWICK C., HUNTER L.W. et WALSTON S.L. (2004), "Effects of Downsizing Practices on the Performance of Hospitals ", *Strategic Management Journal*, vol. 25 : n°5, pp. 405-427

⁶⁰⁷ ROVINSKY M. (2002), "Physician Input : A Critical Strategic-Planning Tool ", *Healthcare Financial Management*, pp. 36-38

⁶⁰⁸ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration on hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31: n°1, pp. 73-84

⁶⁰⁹ MARK T.L., EVANS W.N., SCHUR C.L., *et al.* (1998), "Hospital-Physician Arrangements and Hospital Financial Performance", *Medical Care*, vol. 36 : n°1, pp. 67-78

⁶¹⁰ SUCCI M.J. et ALEXANDER J.A. (1999), "Physician involvement in Management and Governance : the Moderating Effects of Staff Structures and Composition", *Health Care Management Review*, vol. 24 : n°1, pp.33-44

⁶¹¹ *Ibid.*, p. 35

tour affecter la productivité des praticiens, et en dernier lieu, infléchir l'efficacité des structures.

Si de nombreuses études s'intéressent à caractériser la relation médecin-établissement, peu de chercheurs s'intéressent à mettre en évidence le lien entre l'implication des praticiens dans la gestion des établissements et leur performance financière. Selon nous, ceci peut s'expliquer par la difficulté à élaborer des indicateurs et à recueillir ces données pour mettre en évidence ce lien dans des études empiriques. A notre connaissance, deux articles sont dédiés à l'étude de cette problématique, celui de Mark, Evans, Schur et Guterman publié en 1998 dans la célèbre revue *Medical Care*⁶¹² et celui de Goes et Zahn publié en 1985 dans la revue *Health Services Research*⁶¹³. Mark, Evans Schur et Guterman⁶¹⁴ ont évalué les effets de neuf stratégies visant à impliquer les praticiens dans la gestion des établissements sur la performance financière d'un échantillon de 1 485 établissements de santé. Ces neuf stratégies ont été reclassées par les auteurs en quatre catégories : l'éducation et le retour d'expérience, la participation à la prise de décision dans le management de l'établissement, les incitations financières et la mise en place de *joint ventures* entre des cabinets de médecins et les établissements. Goes et Zhan, identifient, quant à eux, trois grandes stratégies d'intégration : l'implication des médecins dans le système de gouvernance, leur actionnariat et la simple prise de participation financière.

Mark, Shur et Guterman montrent que les établissements les plus performants sont ceux qui ont mis en place le plus grand nombre de dispositifs visant à resserrer les relations entre praticiens et établissements. Les résultats de ces deux études illustrent que les diverses stratégies mises en œuvre n'ont pas le même impact sur les résultats financiers des établissements de santé. Goes et Zhan trouvent que l'implication des praticiens dans le système de gouvernance est associée à un taux d'occupation plus élevé et à une marge opérationnelle plus forte. Mark et al. trouvent que l'intégration de praticiens dans le processus décisionnel a un impact négatif sur les coûts et qu'une offre de prestations supplémentaires de la part de l'établissement à destination des praticiens a un impact négatif sur les coûts médicaux. Notons qu'une étude d'Alexander, Weiner et Griffith⁶¹⁵ dont les principaux résultats sont présentés dans notre paragraphe consacré à l'analyse des indicateurs de qualité, révèle des résultats allant dans ce sens. Selon eux, une forte implication des médecins dans la mise en œuvre des démarches d'amélioration de la qualité a un impact négatif sur la performance financière des établissements. Selon Mark, Schur et Guterman, la stratégie qui influence le plus à la hausse la performance financière est celle de l'intégration verticale entre un établissement et un cabinet de praticiens. Enfin, Goes et Zhan trouvent que la simple prise de participation financière est associée à des coûts d'exploitation plus faibles tandis que l'actionnariat des médecins est associé à des coûts plus élevés et à un taux de marge plus faible.

En définitive, si la nécessité d'impliquer des médecins dans la gestion des établissements de santé est reconnue par les praticiens et les chercheurs, les formes de cette intégration posent de réelles questions et, au regard des résultats de la littérature, ne sont pas toutes souhaitables. **Une implication « modérée » de ces derniers, quelle que soit sa forme, suggère un niveau de rentabilité plus élevé des établissements.** Notons une nouvelle fois, la difficulté à obtenir un consensus sur la question.

⁶¹² MARK T.L., EVANS W.N., SCHUR C.L., *et al.* (1998), "Hospital-Physician Arrangements and Hospital Financial Performance", *Medical Care*, vol. 36 : n°1, pp. 67-78

⁶¹³ GOES J.B. et ZHAN C. (1995), "The Effects of Hospital-Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance", *Health Services Research*, vol. 30 : n°4, pp. 507-530

⁶¹⁴ MARK T.L., EVANS W.N., SCHUR C.L., *et al.* (1998), "Hospital-Physician Arrangements and Hospital Financial Performance", *Medical Care*, vol. 36 : n°1, pp. 67-78

⁶¹⁵ ALEXANDER J.A., WEINER B.J. et GRIFFITH J. (2006), "Quality Improvement and Hospital Financial Performance", *Journal of Organizational Studies*, vol. 27, pp.1003-1029

2.3.3. Les indicateurs de mesure de la qualité des soins, un impact neutre à positif sur une moyenne période de temps

Quelques chercheurs ont mesuré l'impact de la qualité des soins sur la performance financière des établissements de santé. L'étude d'Alexander, Weiner et Griffith⁶¹⁶ étudie plus spécialement le lien entre la mise en œuvre des démarches qualité dans les établissements de santé et ses conséquences sur leur niveau de performance financière. Le tableau suivant présente essentiellement les indicateurs de cette étude exploitant les données d'une enquête nationale sur l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé menée par l'AHA.

Tableau 27 - Les indicateurs de la qualité des soins

| Indicateurs | Articles mobilisant ces indicateurs |
|---|-------------------------------------|
| Score établi à partir des données du JCAHO intégrant les résultats d'indicateurs aptes à à décrire au mieux l' <i>outcome</i> patient et dont la variance entre les résultats des établissements de santé est forte. Cette sélection de variables a été réalisée par 11 experts du JCAHO. | Friedman et Shortell (1992) |
| Accréditation du JCAH | Williams et al. (1992) |
| Mortalité observée / mortalité attendue | Mc Cue et al. (2003) |
| Taux de complications | Mc Cue et al. (2003) |
| Le niveau moyen d'implication de 7 unités d'un établissement mesuré sur une échelle de 1 à 5 | Alexander et al. (2006) |
| Participation (%) des dirigeants dans les groupes de travail | Alexander et al. (2006) |
| Le % d'ETP de l'établissement inclus dans les groupes de travail | Alexander et al. (2006) |
| Le % de médecins participant aux groupes de travail | Alexander et al. (2006) |
| Nombre de procédures et processus mis en place (9 procédures ont été sélectionnées) | Alexander et al. (2006) |
| Le pourcentage de procédures et processus pour lesquels des données sont récoltées et analysées | Alexander et al. (2006) |
| L'importance de l'utilisation de 12 outils sélectionnés par les auteurs propres aux démarches d'amélioration de la qualité personne (0), quelques personnes (1), beaucoup (2), toute l'équipe (3) | Alexander et al. (2006) |
| La proportion de médecins qui utilisent de manière routinière les procédures de prise en charge établies | Alexander et al. (2006) |
| Total des dépenses d'investissement dans les démarches d'amélioration de la qualité | Alexander et al. (2006) |
| Nombre d'années depuis lesquelles l'établissement s'est engagé dans les démarches d'amélioration de la qualité | Alexander et al. (2006) |

Sherman⁶¹⁷ rapportait déjà en 1986 que les premières recherches ont montré que les différences de coûts entre établissements de santé ne sont pas liées à des différences dans la qualité des soins des établissements. Friedman et Shortell⁶¹⁸ ne trouve pas d'impact significatif d'un score de qualité sur le coût par admission, ce score ayant été calculé à partir des données du JCAHO qui, comme nous l'avons vu précédemment, est chargé de la mise en œuvre de la certification des établissements de santé. Les auteurs expliquent le manque de significativité de cette variable par son manque de pertinence pour mesurer la qualité des soins. Les chercheurs tendent à montrer dans des études récentes un impact neutre et parfois positif du niveau de qualité des soins sur le niveau de performance financière des établissements. Mc Cue, Mark et Harless⁶¹⁹ considèrent que le taux de mortalité et le nombre de complications représentent des indicateurs importants pour comparer les performances des établissements. Les résultats de leur étude montrent que les structures qui ont d'excellents résultats sur les variables du taux de

⁶¹⁶ Ibid.

⁶¹⁷ SHERMAN H.D. (1986), "Financial Reporting, Interpreting Hospital Performance with Financial Statement Analysis", *The Accounting Review*, LXI:3

⁶¹⁸ FRIEDMAN B. et SHORTELL S.M. (1990), "The Financial Performance of Selected Investor-Owned and Not-For-Profit System Hospitals Before and After Medicare Prospective Payment", *Health Services Research*, vol. 23 : n°2, pp. 237-267

⁶¹⁹ MC CUE M.J., MARK B.A. et HARDLESS D. (2003), "Nurse Staffing, Quality and Financial Performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 29 : n°4, pp. 56-76

mortalité et du taux de complications (des taux peu élevés), semblent s'adapter plus rapidement à leur environnement que les autres : la transition vers des durées de séjours courtes et le développement des prises en charge en ambulatoire ont été plus rapides dans ces établissements. Dans leur revue de littérature, ils rapportent les résultats d'autres études étudiant le lien entre la qualité et les profits des établissements de santé. Ils rappellent les résultats d'une étude menée par Epstein et al.⁶²⁰, ces chercheurs trouvant qu'un taux de réadmission élevé est associé à des profits plus faibles et qu'une durée moyenne de séjour courte est associée à des profits élevés. Mc Cue, Mark et Harless précisent que quelques recherches trouvent une relation positive entre les profits et la qualité des soins. Les résultats de leur étude suggèrent qu'un haut niveau de qualité et une réponse rapide aux changements d'environnement ne sont pas systématiquement réalisés au détriment des coûts. Cependant ces établissements génèrent moins de *cash flow*, ce qui peut refléter l'acceptation de marges faibles de leur part. Les conclusions d'Alexander, Griffith et Weiner⁶²¹ ne montrent pas non plus une amélioration de grande ampleur des résultats financiers des établissements suite à la mise en œuvre des démarches d'amélioration de la qualité. Les dirigeants qui ont procédé à de telles démarches de manière effective sont susceptibles d'améliorer la performance financière de leur établissement ou, du moins, de ne pas le placer en situation de risque en investissant dans le domaine de la qualité. Ces chercheurs montrent que l'expérience des établissements en la matière est déterminante : plus la mise en œuvre des démarches est ancienne, plus les *cash flow* sont élevés et le coût par admission est faible.

Le lien entre les indicateurs d'évaluation du management opérationnel et la performance financière apparaît, à partir de ces lectures d'articles, moins évident que celui réalisé par l'étude d'autres variables caractérisant la demande, la structure et l'environnement des établissements de santé américains. Les résultats conflictuels obtenus par les chercheurs sur les principaux indicateurs d'activité, le taux d'occupation et la DMS, montrent qu'ils doivent être interprétés avec précaution. Par ailleurs, au regard des études analysées dans ces travaux, l'impact du niveau de qualité des soins sur les indicateurs financiers apparaît assez modéré. Celui de la gestion quantitative du personnel sur la performance financière est déterminant. En revanche, les résultats des recherches empiriques sur les opérations de *downsizing* montrent que les résultats attendus de ces opérations sur le niveau de performance financière ne sont pas toujours atteints. Enfin, les recherches analysant les relations entre praticiens et établissements notent que les démarches d'intégration de ces derniers sont souhaitables, la question de leur forme n'étant pas résolue.

Les indicateurs évaluant l'efficacité du management opérationnel ayant été recensés, un intérêt est porté sur la problématique du management stratégique des établissements qui est déclinée sous deux angles, celui de la stratégie des lignes de produits et celui de l'investissement et de son financement.

⁶²⁰ EPSTEIN A., EWY W. et SCOTT R. (1991), "Trends in Length of Stay and Rates of Readmission in Massachusetts: Implications for Monitoring Quality of Care", *Inquiry*, vol. 28 : n°1, pp. 19-28 cité par MC CUE M.J., MARK B.A. et HARLESS D. (2003), "Nurse Staffing, Quality and Financial Performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 29 : n°4, pp. 56-76

⁶²¹ GRIFFITH J.R., ALEXANDER J.A. et JELINEK R.C. (2002), "Measuring Comparative Hospital Performance", *Journal of Health Care Management*, vol. 47 : n°1, pp. 42-57

2.4. La spécialisation, les investissements dans les nouvelles technologies et un faible endettement, des vecteurs de performance financière des établissements de santé

Les dirigeants prennent des décisions stratégiques tant en matière de choix d'activité, d'investissement et de financement qui peuvent avoir de lourdes conséquences sur leur performance. Cette sous-partie est consacrée à l'analyse de la littérature américaine portant sur l'impact des stratégies empruntées par les dirigeants d'établissements.

2.4.1. Des avantages certains de la spécialisation parfois difficiles à montrer

➤ **Diversification versus spécialisation : un équilibre à définir**

L'impact de l'existence d'un plan stratégique sur la rentabilité des établissements de santé est reconnu par Kim, Stoskopf, Glover et Park⁶²². Leur étude n'entre pas dans le détail des diverses stratégies d'activité et de leurs impacts sur la performance financière des établissements. Cependant d'autres chercheurs obtiennent des résultats plus précis. Quelques chercheurs, comme Eastaugh⁶²³, se sont intéressés à décrire l'impact de la stratégie générale adoptée par les établissements sur leur performance financière. D'autres, comme Cody Friss et Hawkinson⁶²⁴ étudient quelques lignes de services, celles dont ils considèrent qu'elles ont la capacité d'augmenter le revenu des établissements qui les pratiquent, la réglementation sur ces activités étant moins contraignante.

Eastaugh, à partir d'une enquête par questionnaire auprès de 193 directeurs d'établissements démontre la présence d'une relation non linéaire entre la stratégie de diversification et l'indicateur de marge opérationnelle. Son étude s'appuie sur les quatre archétypes de stratégie définis par Miles et Snow⁶²⁵ et adaptés au secteur hospitalier dans les travaux de Shortell, Morrison et Friedman publiés en 1990⁶²⁶.

Tableau 28 - Les quatre archétypes de la stratégie définis par Shortell, Morrison et Friedman

| | |
|------------------------------------|--|
| Defenders (Défenseurs) | Importance accordée au management opérationnel, à l'amélioration de la productivité et à l'élimination des coûts excessifs. Les défenseurs peuvent mettre en œuvre une stratégie de diversification, mais la stratégie principale est centrée sur le leadership de la productivité et des coûts (la minimisation des dépenses pour dégager une marge plus élevée). |
| Analyzer (analystes) | Importance accordée à une diversification sélective, à une planification attentive et à un bon système d'information pour mesurer le mix produit et les synergies entre les départements. |
| Reactor (réacteurs) | Importance accordée à la diversification. Le réacteur adopte une stratégie de changement, réagissant après un temps à la concurrence locale à travers un comportement d'imitation. |
| Propector (prospecteurs) | Importance accordée à la diversification. Le prospecteur cherche à tout prix la diversification et met en place des lignes de produits non reliées. |

Shortell et Friedman ont été les premiers chercheurs à utiliser la classification de Miles et Snow dans une recherche sur le secteur hospitalier. Ils trouvent que ce sont les « réacteurs », les « prospecteurs » et les « analystes », c'est-à-dire les établissements de santé qui recherchent

⁶²² KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp.73-84

⁶²³ EASTAUGH S.R. (1992), "Hospital Strategy and Financial Performance", *Health Care Management Review*, vol. 17 : n°3, pp.19-31

⁶²⁴ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Ibid.*, vol. 20, pp.77-87

⁶²⁵ MILES R.E. et SNOW C.C. (1978), *Organizational Strategy, Structure and Progress*, McGraw-Hill, cité par SHORTELL S.M., MORRISON E.M. et FRIEDMAN B. (1990), *Strategic choices for America's hospitals: Managing change in turbulent times*, 397 p. et par EASTAUGH S.R. (1992), "Hospital Strategy and Financial Performance", *Health Care Management Review*, vol. 17 : n°3, pp. 19-31

⁶²⁶ SHORTELL S.M., MORRISON E.M. et FRIEDMAN B. (1990), *Strategic choices for America's hospitals: Managing change in turbulent times*, 397 p.

une stratégie de diversification qui sont les plus performants. Selon Eastaugh, quel que soit la variable financière étudiée, les établissements qui adoptent une stratégie ciblée sur la recherche de productivité, et qui se spécialisent dans des lignes de services limités, l'archétype des « défenseurs », sont ceux qui ont observé le déclin le plus faible de leur profitabilité à la fin des années 1980 suite à la mise en place du PPS. D'après les résultats d'Eastaugh, une diversification massive peut engendrer un déclin plus rapide de la profitabilité (stratégie des « réacteurs » et des « prospecteurs »). Il relate que les résultats opposés, mis en lumière par Friedman et Shortell, s'expliquent par un échantillonnage atypique n'intégrant ni les structures indépendantes, ni les systèmes de soins les plus intégrés, comme par exemple, la chaîne d'établissements de santé dénommée Humana.

Paul Shoemaker et Thomas M. Schuhman⁶²⁷, dans une recherche portant sur les hôpitaux spécialisés, observent, quant à eux, qu'il n'existe pas de différences significatives de profitabilité liées au degré de spécialisation des établissements, alors que les hôpitaux spécialisés sont pourtant supposés bénéficier d'économies d'échelle et de gains d'efficacité liés à la spécialisation. Selon ces chercheurs, la spécialisation ne constitue pas un bon indicateur de profitabilité.

Par ailleurs, l'impact de la mise en place des stratégies de coopération et de fusion-acquisition est une problématique particulièrement étudiée dans les articles portant sur les systèmes multi-hospitaliers. La littérature suggère des résultats divers et difficilement comparables, notamment en raison de la diversité des formes d'intégration et des problématiques étudiées. En 1997, Clement, Mc Cue et al.⁶²⁸ montrent que la formation d'alliances stratégiques avec d'autres établissements de santé conduit à une hausse du revenu, mais également, à des coûts plus élevés. En conséquence, ces opérations sont sans effet sur les *cash flow*. Wheech Maldonado trouve, dans sa recherche des impacts des opérations de fusions et acquisitions, l'une des premières menées sur ce thème, que les synergies entre structures ne sont qu'illusoire. Bazzoli, Chan et Shortell⁶²⁹, dans une comparaison des opérations de fusion des établissements à celle de l'intégration à un réseau ou à une alliance (sans lien capitalistique), montrent que la fusion à un système conduit à de meilleurs résultats en terme de coûts, de marge et de rentabilité qu'une simple intégration à un réseaux ou à une alliance. De même, les établissements intégrés dans des systèmes moins centralisés obtiennent une marge opérationnelle plus élevée que les systèmes très centralisés. En 2005, Burns, Gimm et Nicholson⁶³⁰ montrent que certaines opérations de diversification ont des effets plus négatifs que d'autres sur la performance financière.

- L'intégration dans l'environnement : une réponse aux besoins de la communauté, un facteur ayant un impact négatif sur la performance financière

D'autres types de stratégies ont été étudiées par les chercheurs. Ginn et Lee⁶³¹ testent l'impact d'une stratégie particulière, celle de la « *community orientation* », que nous traduisons par stratégie orientée sur la réponse au besoin de la population locale. Cette dernière correspond à un type d'orientation marché car elle est basée sur le concept marketing qui consiste à identifier

⁶²⁷ SHOEMAKER P. et SCHUHMAN T.M. (2005), *Financial Performance of Specialty Hospitals versus General Hospitals*, Cost Report Data Resources, LLC, 19 p. ; Le *Cost Report Data Resources* est le premier fournisseur d'information en ligne de données d'informations financières extraites des rapports de coûts Medicare réalisé à la demande des CMS.

⁶²⁸ CLEMENT J.P., MC CUE M.J., LUKE R.D., et al. (1997), "Strategic Hospital Alliances : Impact on Financial Performance", *Health Affairs*, vol. 16 : n°6, pp. 193-203

⁶²⁹ BAZZOLI G., CHAN B. et SHORTELL S.M. (1999), "Interorganizational Strategies in the Health care Industry : Effects on Financial Performance", *Academy of Management Proceedings*, 6 p.

⁶³⁰ BURNS L.R., GIMM G. et NICHOLSON S. (2005), "The Financial Performance of Integrated Health Organization", *Journal Of Health Care Management*, vol. 50 : n°3, pp. 191-211

⁶³¹ GINN G.O. et LEE R.P. (2006), "Community orientation, strategic flexibility, and financial performance in hospitals", *Journal of Health Care Management*, vol. 51 : n°6, pp.111-121

et à satisfaire les besoins des consommateurs. En conséquence, pour ces auteurs, cette stratégie peut être considérée comme une forme d'ajustement stratégique. Ils précisent qu'une autre manière de répondre à la pression concurrentielle subie par les établissements peut consister à rechercher davantage de flexibilité stratégique en répondant de manière proactive aux changements des conditions concurrentielles afin de développer ou de maintenir un avantage concurrentiel⁶³². Cette flexibilité stratégique se mesure par l'adaptabilité des ressources, par la structure organisationnelle et les affiliations à un réseau, cette dernière dimension étant celle étudiée par les auteurs. Un score de mesure de la stratégie d'orientation sur les besoins de la communauté est élaboré par ces chercheurs à partir des réponses à un questionnaire diffusé en 2000 par l'*American Hospital Association* (AHA). Ils mobilisent également trois variables de mesure de flexibilité stratégique : l'appartenance à un système, l'appartenance à un réseau et la diversité des services offerts. D'autres équipes de chercheurs se sont intéressées à mesurer l'impact du niveau d'intégration des établissements avec les autres offreurs sur leur performance financière. Les indicateurs qu'ils étudient sont recensés dans le tableau suivant.

Tableau 29 - Variables d'analyse de stratégies diverses des établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|--|
| Existence d'un plan stratégique | Variable dichotomique (1=oui ; 0=non) | Kim et al.(2004) |
| Score de mesure de la stratégie d'orientation sur les besoins de la communauté | Ginn et Lee (2006) : Score établi à partir des résultats à une enquête réalisée par l'AHA. 6 questions tournées sur l'existence de réponses des établissements de santé aux besoins de la communauté sont utilisées pour définir ce score. | Ginn et Lee (2006) |
| Flexibilité stratégique | Dans les travaux de Ginn et Lee, elle est mesurée par l'appartenance à un système, le degré de centralisation du système et la diversité des services offerts. | Ginn et Lee (2006) |
| Appartenance à un Etat Fédéral dont la loi exige la mise en place d'activité sur la réponse aux besoins de la communauté | Variable dichotomique (oui/non) | Ginn et Lee (2006) |
| Liens institutionnels | Nombre d'affiliations avec les grands organismes d'accréditation, les associations nationales et les groupes d'assurances. | Alexander et Lee (2006) |
| Produits des assurances | Existence de contrats signés avec un ou plusieurs HMO, et/ou un PPO et/ou FFS (1=oui ; 0=non) | Mc Kay et al. (2003) Mc Cue et al. (2001) |
| Affiliation à des groupes de praticiens | Existence de contrats signés avec un ou plusieurs groupes de praticiens (1=oui ; 0=non) | Mc Cue et al. (2001) |
| Type d'intégration | Aucune intégration : aucune relation avec les autres offreurs. L'établissement n'est pas membre d'un système, d'une alliance et ne participe à aucun réseau de santé Intégration fonctionnelle : l'établissement est membre d'un système, d'une alliance ou participe à un réseau de santé, mais n'entretient pas d'autres relations avec les autres offreurs. Intégration clinique et fonctionnelle : l'établissement est membre d'un système, d'une alliance ou d'un réseau et est en relation avec les autres offreurs | Kim et al. (2004) |
| Participation à un réseau | Variable dichotomique (oui/non) | Kim et al. (2004) Ginn et Lee (2006) Bazzoli et al. (1999) |
| Participation à une alliance | Variable dichotomique (oui/non) | Ginn et Lee (2006) |
| Existence d'unions entre établissements | Existence de personnel partagé (inscription dans le contrat de travail) Variable dichotomique (oui/non) | Chadwick et al. (2004) |
| les services de proximité (livraisons de repas à domicile, gériatrie, etc.) | Variable dichotomique : 1= oui, l'établissement propose un ou plusieurs services de proximité 0 = non l'établissement ne réalise pas ce type d'activité | Chadwick et al. (2004) |

Les résultats de l'étude de Ginn et Lee⁶³³ montrent que les stratégies ciblées sur la réponse au besoin de la population locale ont un impact négatif à court terme sur le ROA. Ces chercheurs

⁶³² SANCHEZ, R. (1995). « Strategic flexibility in product competition », *Strategic Management Journal*, vol. 16 : n°5, pp.135-159 ; cité par Ibid., pp.111-121

⁶³³ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004). "The influence of hospital integration on hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

Section 2 ■ Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats ■

mettent en évidence que la mise en œuvre de stratégies de recherche de flexibilité est positivement associée au ROA, et en conséquence, que les établissements de santé qui poursuivent de telles stratégies ont une performance financière plus élevée. Parmi les divers résultats de leur étude, Bazzoli, Chan et Shortell⁶³⁴ trouvent que les établissements intégrés dans un système sont plus performants que ceux ayant intégré un réseau de soins. Kim et al. montrent que les établissements qui entretiennent le plus de relations avec d'autres types de structures observent un revenu par admission plus fort que celui observé pour le groupe d'établissements de santé qui ont pour caractéristique d'être moins intégrés dans leur environnement. **Ceux les plus intégrés dans leur environnement réalisent davantage de profits, ces derniers étant mesurés par le ratio profit/nombre de sorties de patients.**

- Les coûts et le type de prise en charge : des hospitalisations à temps complet plus rémunératrices

Les principaux indicateurs relatifs aux stratégies de coût, de prix et de volume sont recensés dans le tableau suivant. Notons que ces derniers sont souvent utilisés comme des variables de contrôle dans les recherches.

Tableau 30 - Les indicateurs des stratégies de prix et de volume des établissements de santé

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|---|--|
| Total des patients pris en charge à temps partiel | $\frac{\text{(Nombre de passages aux urgences + nombre de séjours en chirurgie ambulatoire)}}{\text{Nombre total de lits}}$ | Alexander et al. (2006) |
| Part du nombre de services offerts en hospitalisation à temps partiel par rapport aux services d'hospitalisation à temps complet | $\frac{\text{Nombre de services d'hospitalisation à temps partiel}}{\text{Nombre de services offerts en hospitalisation à temps partiel + Nombre de services offerts en hospitalisation complète}}$ | Alexander et al. (2006) Succi et al. (1997) |
| Part du revenu opérationnel généré par les hospitalisations à temps partiel | $\frac{\text{Total du revenu des hospitalisations à temps partiel}}{\text{Total des revenus issus de la prise en charge des patients}}$ | Pervaiz et al. (2008) Harrison et al. (2002) Goes et Zhan (1995) Vogel et al. (1993) |
| Taux de variation du nombre de patients reçus en hospitalisation à temps partiel | $\frac{\text{(Nb de patients d'ambulatoire en N - Nb de patients d'ambulatoire en N-1)}}{\text{Nb patients d'ambulatoire en N-1}}$ | Chadwick et al. (2004) |
| Part des hospitalisations à temps partiel dans le nombre de journées total | $\frac{\text{Nombre de journées de prises en charge en hospitalisation à temps partiel}}{\text{Nombre de journées total}}$ | Plante C. (2009) |
| Revenu par patient / coût moyen par patient | $\frac{\text{Total des produits ou total des charges}}{\text{Nombre de patients}}$ Des indicateurs qui peuvent être ajustés au nombre de lits, de journées ou de sorties de patients | Mc Cue et Diana (2007) Harrison et al. (2002) Mc Cue et al. (2001) Chang C.F. et al. (1988) |
| Pourcentage de sorties prépayées | $\frac{\text{Nombre de sorties prépayées}}{\text{Nombre de sorties total}}$ | Cody et al. (1995) |

Le pourcentage de sorties prépayées est un indicateur qui permet de capter les effets des activités à tarif réduit des établissements de santé⁶³⁵. Les autres indicateurs évaluent le coût et

⁶³⁴ BAZZOLI G., CHAN B. et SHORTELL S.M. (1999), "Interorganizational Strategies in the Health care Industry : Effects on Financial Performance", *Academy of Management Proceedings*, 6 p.

⁶³⁵ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

le revenu par patient et réalisent la distinction entre le revenu généré par les hospitalisations à temps complet et celui généré par les hospitalisations à temps partiel, problématique à laquelle nous nous intéressons plus particulièrement.

Peu de résultats ont été extraits sur ces indicateurs et ils ne nous permettent pas de tirer d'enseignements majeurs sur l'impact de la part de prise en charge des hospitalisations à temps partiel sur la performance financière des établissements. Les variables mesurant l'importance du volume d'activité des prises en charge à temps partiel ne sont pas commentées par les auteurs lorsque ces variables sont mobilisées comme des variables de contrôle. Ils ne sont pas davantage commentés lorsque les résultats des régressions linéaires ne sont pas significatifs. **Les chercheurs tentent le plus souvent de montrer que les établissements de santé dont la part des hospitalisations à temps complet est plus élevée ont un plus haut niveau de performance financière, ces dernières étant plus rémunératrices que les activités réalisées en hospitalisation de jour.** Cette hypothèse se vérifie dans l'étude d'Harrison et Montalvo⁶³⁶ et dans celle de Succi, Lee et Alexander⁶³⁷. Dans une étude des établissements de santé de Californie, Harrison et Montalvo trouvent que ceux classés dans le premier quartile de leur échantillon, c'est-à-dire, ceux financièrement les plus performants ont une proportion plus élevée de patients pris en charge en hospitalisation à temps complet. Succi, Lee et Alexander observent que la variable du nombre de services d'hospitalisation à temps partiel n'a pas d'impact sur la variable dépendante de mesure des fermetures d'établissements.

2.4.2. Les stratégies d'investissement et de financement : un faible endettement et un recours aux nouvelles technologies, des facteurs de performance financière

Les résultats de plusieurs types d'investissements sont analysés par les chercheurs. Le montant des opérations d'investissement lié aux opérations de rachat est étudié par Buns, Gimm et Nicholson⁶³⁸ dans leur étude des systèmes multi-hospitaliers. Ils trouvent que le taux de rentabilité est inversement proportionnelle au montant investi dans ces opérations de rachat.

Quelques chercheurs choisissent d'analyser les investissements dans les nouvelles technologies et leurs impacts sur la performance financière. En 2006, Menachemi et al.⁶³⁹ ont analysé ensemble, puis de manière spécifique, différentes catégories d'investissement dans les nouvelles technologies. Trois catégories sont définies par ces chercheurs : les investissements se rapportant au domaine de la clinique, à celui de l'administratif et à celui de la stratégie. Leur modèle de régression linéaire montre une relation significative entre le nombre de nouvelles technologies de l'information employées et les différentes mesures de performance financière, notamment celle du revenu net par patient. D'autres chercheurs comme Mc Cue, Thompson et Dodd-M Cue⁶⁴⁰, ou encore, Succi, Lee et Alexander⁶⁴¹ trouvent que la variable du nombre de services *High-Tech* a une influence positive sur la performance financière et sur les fermetures

⁶³⁶ HARRISON M.G. et MONTALVO C. (2002), "The Financial Health Of California Hospitals : A Looming Crisis", *Health Affairs*, vol. 21 : n°1, pp. 118-126

⁶³⁷ SUCCI M., LEE S.-H. et ALEXANDER J.A. (1997), "Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures", *Health Services Research*, vol. 31 : n°6, pp. 679-699

⁶³⁸ BURNS L.R., GIMM G. et NICHOLSON S. (2005), "The Financial Performance of Integrated Health Organization", *Journal Of Health Care Management*, vol. 50 : n°3, pp. 191-211

⁶³⁹ MENACHEMI N., BURKHARDT J., SHEWCHUK R., *et al.* (2006), "Hospital Information Technology and Positive Financial Performance: a Different Approach to Finding ROI", *Journal of Healthcare Management*, vol. 51: n°1

⁶⁴⁰ MC CUE M.J., THOMPSON J.M. et DODD-MC CUE D. (2001), "Association of Market, Mission, Operational and Financial Factors with Hospitals Level of Cash and Security Investments", *Inquiry*, vol. 37, pp. 411-422

⁶⁴¹ SUCCI M., LEE S.-H. et ALEXANDER J.A. (1997), "Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures", *Health Services Research*, vol. 31 : n°6, pp. 679-699

d'établissements⁶⁴². Ainsi, l'innovation semble bien avoir un impact positif sur la performance financière.

Certains chercheurs se sont intéressés au mode de financement de ces investissements. Les indicateurs qu'ils mobilisent pour mesurer les besoins de financement des investissements sont recensés dans le tableau suivant.

Tableau 31 - Les indicateurs de financement des investissements

| Indicateurs | Modalités d'analyse | Articles mobilisant ces indicateurs |
|--|--|---|
| Taux d'endettement | $\frac{\text{Dettes}}{\text{Capitaux propres}}$ | Mc Cue et Diana (2007), Mc Cue et al. (2001), Vogel et al. (1993) |
| Dettes par lit | $\frac{\text{Dettes}}{\text{Nombre de lits}}$ | Younis et al. (2001) Younis et al. (2003) |
| Par des disponibilités et des investissements dans le total de l'actif | $\frac{\text{Disponibilités et immobilisations}}{\text{Total de l'actif}}$ | Mc Cue et Diana (2007) |
| Montant total des investissements | $\frac{\text{Montant total des investissements}}{\text{Total de l'actif}}$ | Burns et al. (2005) |
| Disponibilités / investissements | $\frac{\text{Disponibilités + montant des investissements réalisés à court et à long terme}}{\text{Total de l'actif}}$ | Mc Cue et al. (2001) |
| Age des équipements | $\frac{\text{Age des équipements}}{\text{Total des actifs}}$ | Mc Cue et Diana (2007) Vogel et al. (1993) |
| Total des actifs | $\frac{\text{Revenu des opérations non opérationnelles}}{\text{Total des revenus}}$ | Chang et al. (1988) |
| Revenu des opérations hors exploitation | | Vogel et al. (1993) |

Les variables financières mesurent les ressources disponibles, notamment celles en capital, et les besoins financiers des établissements de santé. Le capital est un facteur critique de maintien des locaux et des équipements des établissements qui sont les composantes clés pour attirer les praticiens et les patients⁶⁴³. Plus une structure de prise en charge disposera d'un accès facilité à la dette, plus elle sera à même de générer des *cash flow*. Des investissements importants, de fortes liquidités et l'endettement influencent également la performance financière⁶⁴⁴. Les investissements et la dette sont évalués à partir du total des immobilisations sur le total des actifs et par le ratio mesurant la part des dettes sur le total des fonds propres. Les besoins en capitaux peuvent, quant à eux, être évalués à partir de la variable de mesure de l'âge des équipements.

Comme attendu, les résultats montrent que le niveau d'endettement a bien un impact sur la performance financière des établissements de santé. En 2007, Mc Cue et Diana trouvent, d'après leur étude des établissements de santé indépendants, que les établissements dont les *cash flow* sont élevés ont peu de dettes⁶⁴⁵. Vogel et al.⁶⁴⁶ parviennent au même résultat. Pour cette équipe de chercheurs, une hausse de 10 % du ratio d'endettement augmente la probabilité de hausse ou de baisse du résultat d'exploitation avant impôt de 22,7 %. Ils observent à partir d'analyses complémentaires que plus l'endettement augmente, plus les chances de constater une profitabilité élevée est faible.

⁶⁴² Ibid., p. 692

⁶⁴³ MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, p. 302

⁶⁴⁴ Ibid., p. 302

⁶⁴⁵ Ibid., p. 305

⁶⁴⁶ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Health Care Management Review*, vol.18 : n°2, pp. 15-26

Le poids des actifs semble également avoir un impact sur la performance financière. Conformément à l'adage « *Rich get richer* », les résultats de Chang Tuckman⁶⁴⁷ montrent une relation positive entre la rentabilité mesurée par le ratio du « résultat net dans le total des coûts opérationnels » (le *return on costs* – ROC-) et la valeur des actifs des établissements de santé.

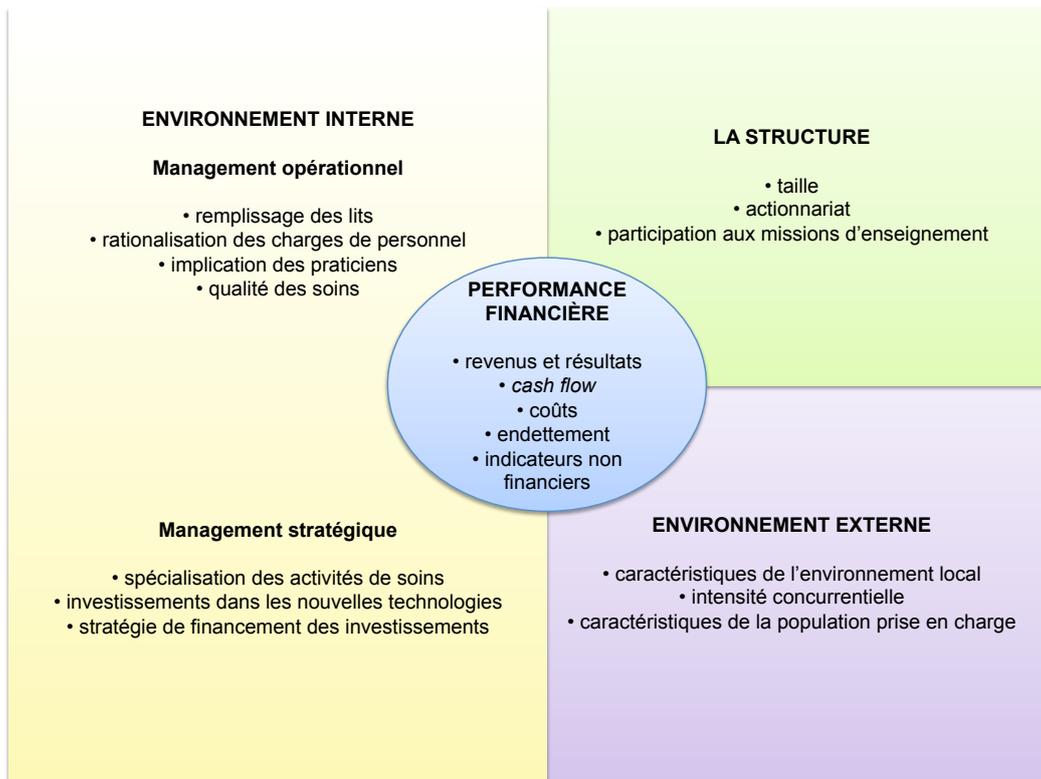
Les études analysant l'impact des stratégies de lignes de produits, d'investissement et de financement sont riches d'enseignements. L'intégration de l'établissement dans son environnement, l'investissement dans les nouvelles technologies et un faible endettement sont des stratégies corrélées positivement à la performance financière. L'impact réel d'autres stratégies, comme celle de la prise en charge à temps partiel ou encore de la spécialisation des établissements, qui représentent pourtant des éléments clés de la stratégie des dirigeants nous semblent difficiles à établir sur la seule base des - articles analysés dans nos travaux.

⁶⁴⁷ CHANG C.F. et TUCKMAN H.P. (1988), "The Profits of not for Profit Hospital", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.13 : n°3, pp. 547-564

Synthèse de la deuxième section

L'analyse des articles publiés par les chercheurs américains a mis en évidence la nécessité de veiller à bien choisir les indicateurs financiers puisqu'ils conditionnent les résultats des analyses. En effet, nous avons constaté que l'impact d'un facteur peut être différent selon qu'il est analysé, par exemple, au regard d'un ratio de coût, de liquidité ou de profitabilité. Trois grandes familles de facteurs explicatifs de la performance financière des établissements de santé ont été identifiées. La première regroupe des marqueurs de la structure des établissements de santé, les deux suivantes rassemblant des indicateurs permettant de caractériser les environnements externe et interne des établissements.

Figure 9 - Familles et sous-familles de variables explicatives de la performance financière des établissements de santé recensées dans les études d'impact américaines



Plusieurs sous-familles d'indicateurs ont été identifiées comme ayant un impact significatif sur les indicateurs financiers de performance, parmi lesquels on compte la participation aux missions d'enseignement, l'emplacement géographique des établissements, la gestion du personnel, une implication modérée des praticiens dans la vie des établissements, etc. Les résultats des chercheurs sur d'autres variables testées sont moins nets. Il est par exemple difficile d'apporter une réponse définitive quant aux impacts de la qualité des soins, de la taille, de la structure d'actionnariat, ou encore de la durée moyenne de séjour des patients pris en charge sur la performance financière des établissements.

Ces études d'impact offrent une base de travail solide à notre recherche et guideront nos choix méthodologiques.

Conclusion du deuxième chapitre

Cette revue de littérature sur les facteurs influençant la performance financière des établissements de santé américains a montré qu'outre les revues de littérature proposées sur le thème, **les recherches réalisées sont de type quantitatif**. Les auteurs proposent des études empiriques de grande envergure qui sont conduites au moyen de méthodes statistiques explicatives, les analyses multivariées étant privilégiées.

L'analyse de cette littérature nous a permis de déterminer qu'il existe **une grande variété de déterminants agissant sur le niveau de performance financière des établissements de santé**. Plusieurs types d'analyses peuvent être menées : celles portant sur l'impact d'un facteur déterminé comme la taille ou celles mesurant l'influence de nombreux déterminants liés à la structure, au management stratégique et opérationnel, à leur environnement, *etc.* L'impact de certains facteurs sur la performance financière semble plus aisé à montrer, comme celui de l'efficacité de la gestion du personnel ou encore celui de l'exercice de fonctions de recherche ou d'enseignement.

Nous portons un intérêt certain aux hypothèses de recherche formulées par les chercheurs et les variables qu'ils emploient. **Même si ces celles-ci sont étudiées dans un tout autre contexte, la formulation de nos hypothèses de recherche tiendra compte des résultats de ces études empiriques**. De nombreux facteurs étudiés par les chercheurs américains comme la nature de l'actionnariat, le degré de spécialisation des structures, l'intensité concurrentielle, les spécificités de l'environnement, l'efficacité de la gestion du personnel, le recours aux nouvelles technologies représentent des exemples de facteurs qui pourraient également présenter un impact sur la performance financière des cliniques privées.

De plus, ces recherches nous sensibilisent sur l'importance de la méthodologie qui conditionne le niveau et la fiabilité des résultats. Cette revue de littérature offre un référentiel sur lequel appuyer nos travaux, plus particulièrement dans le choix des variables à étudier et des méthodes statistiques à mettre en œuvre. Concernant l'analyse des variables financières, nous notons l'intérêt d'étudier les comptes des cliniques privées sur plusieurs années consécutives pour lisser les résultats.

Au regard des difficultés rencontrées par les chercheurs américains à comparer leurs études en raison de la diversité des méthodes d'analyse, des différences d'échantillonnage et des facteurs étudiés, **toute comparaison des résultats des chercheurs américains avec ceux de notre propre étude qui s'inscrivent, de plus, dans un tout autre contexte, devra être conduite avec précaution.**

Selon nous, l'une des principales limites de ces études tient à leur incapacité à expliquer dans sa globalité le phénomène de performance financière des établissements de santé. Aucune des études que nous avons consultées ne cherche à approfondir la connaissance sur le phénomène global de performance financière des établissements. Les combinaisons de facteurs, autrement dit les interactions et les interrelations entre l'ensemble des facteurs qui conduisent à des situations de performance et de non performance, ne sont pas discutées dans les nombreuses contributions qui ont été consultées dans le cadre de cette revue de littérature. **De plus, les chercheurs américains n'entrent pas dans le détail des explications des effets qu'ils constatent. Ils ne discutent pas davantage l'existence d'autres déterminants de la performance qu'ils ne peuvent pas tester statistiquement.**

Le design de la recherche retenu dans cette thèse, présenté dans le chapitre suivant, tiendra compte des limites qui viennent d'être soulevées. Ainsi, malgré la forte influence des recherches américaines dans les choix méthodologiques que nous allons réaliser, l'étude empirique qui sera menée sur les cliniques privées de court séjour se différenciera principalement des études américaines par l'intégration des résultats d'une étude complémentaire de type qualitative menée auprès des dirigeants du secteur hospitalier privé. Cette enquête qualitative nous permettra de mieux appréhender le phénomène de performance financière des cliniques privées.

Chapitre 3 Le design de la recherche

Ce chapitre introduit le design de la recherche, c'est-à-dire la conception et les fondements épistémologiques et méthodologiques sur lesquels elle s'appuie. Celui-ci a été élaboré à partir de notre objet de recherche, comme nous y invitent Saunders, Lewis et Thornhill⁶⁴⁸ lorsqu'ils nous remémorent ce dialogue du conte d'*Alice aux pays des merveilles* entre Alice et le chat qui, au-delà de sa simplicité, illustre la nécessité de disposer d'un objet de recherche précis pour concevoir un design de recherche adapté :

« *Would you tell me, please, which way I ought to walk from here ?
That depends a good deal on where you want to get to, said the cat.
I don't much care where, said Alice.
Then it doesn't matter which way you walk, said the cat.* »

Dans ce chapitre, nous allons préciser dans quel courant épistémologique se situe notre recherche, l'épistémologie représentant une réflexion critique constructive sur la production de connaissances scientifiques, leur portée et leurs limites⁶⁴⁹. Selon Jean Piaget⁶⁵⁰, elle s'intéresse particulièrement aux questions suivantes : qu'est-ce que la connaissance ? Comment est-elle élaborée ? Quelle est sa valeur ? Le caractère impérieux de cet exercice est rappelé par Marie-José Avenier⁶⁵¹, l'auteur spécifiant que, dans la mesure où la finalité d'une recherche est d'élaborer des connaissances, il est crucial pour un chercheur de s'interroger sur ce qu'est la connaissance, sur les hypothèses fondamentales sur lesquelles sa conception de la connaissance repose, sur ce qui fonde la valeur des connaissances qu'il développe. A leur tour, ces choix épistémologiques déterminent les pratiques de recherche, critères de validité des résultats, etc. reconnus comme acceptables ou non selon la posture épistémologique adoptée. Le questionnement épistémologique est donc partie intégrante de la construction d'un projet de recherche.

Le processus d'élaboration des connaissances mis en œuvre au regard de l'objectif poursuivi, c'est-à-dire ce qui est couramment appelé méthodologie, est présenté dans la deuxième section de ce chapitre. Les choix à réaliser dans cette phase incontournable de la recherche nous ont été facilités par l'existence d'une littérature abondante publiée aux Etats-Unis qui a été décrite dans le précédent chapitre de cette thèse.

La première section, intitulée *Les fondements épistémologiques de la recherche*, définit la posture épistémologique adoptée pour mener à bien cette recherche, celle-ci se trouvant légèrement nuancée en comparaison du modèle général américain.

La deuxième section, intitulée *Les matériaux de la recherche*, présente la méthodologie générale de cette recherche. Celle-ci s'inscrit dans la lignée des études américaines, des approfondissements y étant cependant proposés.

⁶⁴⁸ SAUNDERS M., LEWIS P. et THORNHILL A. (2009), *Research methods for business students*, Prentice-Hall, p. 20

⁶⁴⁹ SAVALL H. et ZARDET V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion: Approche Qualimétrique, Observer l'objet complexe*, Economica, p. 50

⁶⁵⁰ PIAGET J. (1967), *Logique et connaissance scientifique*, Gallimard, p. 7

⁶⁵¹ AVENIER M.-J. (2008), "Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique", in GOTTELAND D. GAVARD-PERRET M.-L., HAON C., JOLIBERT A., *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris: Pearson Education, pp. 5-45

Section 1. Les fondements épistémologiques de la recherche

Comme le souligne Alain-Charles Martinet, « *la réflexion épistémologique est consubstantielle à la recherche qui s'opère* »⁶⁵². Ce questionnement épistémologique vise à clarifier la conception de la connaissance sur laquelle le travail de recherche repose. Dans ces travaux de thèse, la conception retenue de la connaissance n'a pas été définie *ex nihilo*, mais se révèle être principalement influencée par la communauté de chercheurs américains publiant sur la performance financière des établissements de santé de court séjour.

Comme de nombreuses recherches à visée explicative de la performance, ces travaux s'inscrivent dans le paradigme positiviste et plus particulièrement dans l'approche plus souple des post-positivistes. Le paradigme positiviste de base repose sur des hypothèses fortes qui constituent pour les tenants de ce courant épistémologique les canons d'une « bonne science »⁶⁵³. La recherche proposée s'attachera à respecter ces hypothèses, bien qu'il nous semble essentiel d'adoucir plusieurs d'entre elles pour étudier un phénomène complexe, celui de la performance financière. Ceci nous conduit à retenir une approche intermédiaire au positivisme originel, celle des post-positivistes décrite dans les travaux de Marie-José Avenier⁶⁵⁴. **Cette vision « contraire » quelque peu celle véhiculée par l'establishment académique américain, selon l'expression employée par Usunier, Esterby-Smith et Thorpe**⁶⁵⁵.

Le premier paragraphe, *Le choix d'une posture post-positiviste face à la difficulté de saisir le phénomène complexe dans sa globalité*, décrit en quoi la posture dans laquelle nous ancrons ces travaux, celle des post-positivistes, diffère légèrement de celle du paradigme positiviste originel.

Le deuxième paragraphe, *Une logique de recherche de type hypothético-déductive empreinte, dans sa phase finale, d'une logique inductive*, montre l'impact de l'introduction de résultats qualitatifs sur le type de raisonnement retenu dans cette recherche.

1. Le choix d'une posture post-positiviste face à la difficulté de saisir un phénomène complexe dans sa globalité

A l'instar d'Auguste Comte pour qui « *Toutes les bonnes intelligences ont répété, depuis l'époque de Bacon, qu'il ne peut exister de vraie connaissance, que celle qui est fondée sur des faits observés* »⁶⁵⁶, en optant pour une recherche de type positiviste, nous considérons que la réalité est extérieure et objective et que la connaissance n'est significative que si elle est fondée sur les observations de cette réalité extérieure. Cet objectif de découverte de la réalité est nommé principe ontologique.

⁶⁵² MARTINET A.-C. (1990), *Épistémologie et Sciences de Gestion*, Economica, cité par AVENIER M.-J. (2008), "Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique", in GOTTELAND D. GAVARD-PERRET M.-L., HAON C., JOLIBERT A., *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris: Pearson Education, pp. 5-45

⁶⁵³ AVENIER M.-J. (2008), "Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique", in GOTTELAND D. GAVARD-PERRET M.-L., HAON C., JOLIBERT A., *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris: Pearson Education, pp. 5-45

⁶⁵⁴ Ibid., pp. 5-45

⁶⁵⁵ USUNIER J.-C., EASTERBY-SMITH M. et THORPE R. (2000), *Introduction à la recherche en gestion*, Economica, 2^{ème} édition, 133 p.

⁶⁵⁶ Ibid., p. 11

Cependant notre souhait est de dépasser les limites des études américaines en allant plus loin dans la compréhension du phénomène de performance financière des cliniques privées françaises et des facteurs qui l'influencent. De ce fait, notre posture s'inscrit davantage dans le courant des recherches des post-positivistes. Marie-José Avenier rapporte que cette posture épistémologique cherche à « adoucir » cette règle majeure du positivisme afin d'être mieux à même de saisir des phénomènes sociaux complexes. **Nous considérons, de même que les chercheurs s'inscrivent dans ce paradigme aménagé, qu'il n'est pas toujours possible de saisir pleinement et parfaitement la réalité dans sa globalité.**

Pour les positivistes, le réel est déterminé par une quelconque forme de détermination naturelle. Il est régi par des lois naturelles immuables, dont beaucoup prennent la forme de relations de cause à effet observables et mesurables scientifiquement⁶⁵⁷. Le choix de ce que l'on étudie et de comment on l'étudie peut être déterminé par des critères objectifs plutôt qu'il n'est le produit d'intérêts, de croyances ou encore de jugements de valeurs. **C'est donc dans la perspective de recherche d'invariants dans le monde social et avec un regard extérieur (indépendance sujet/objet) que nous abordons notre objet de recherche⁶⁵⁸. Cependant, malgré une intention d'objectivité qui représente un fil conducteur puissant favorisant la réduction de l'arbitraire et l'élimination des jugements d'autorité dans le développement de notre projet de recherche, nous considérons, de même que les post-positivistes, qu'il est impossible d'assurer que les résultats qui seront présentés reflèteront fidèlement le réel étudié. Dans cette recherche, l'idée est donc de tendre vers l'objectivité et la neutralité en prenant un certain nombre de précautions afin d'éviter le plus possible d'introduire des biais.**

2. Une logique de recherche de type hypothético-déductive empreinte, dans sa phase finale, d'une logique inductive

Deux autres grands principes méthodologiques sont préconisés en épistémologie positive : **le premier est le principe cartésien de division ou de décomposition analytique** en autant de parcelles qu'il se pourrait pour mieux résoudre (chacune des difficultés), et de réduction du problème à sa plus simple expression. **Le deuxième principe est celui de la raison suffisante** selon lequel « rien n'arrive jamais sans qu'il y ait une cause ou du moins une raison déterminante »⁶⁵⁹. Ces deux principes impliquent de mettre en œuvre un **raisonnement de type hypothético-déductif** qui consiste « à partir des connaissances acquises, des théories et concepts, à émettre des hypothèses qui seront ensuite testées à l'épreuve des faits »⁶⁶⁰. Savall et Zardet rappellent que « le plus souvent, en épistémologie positiviste, cette méthodologie est quantitative, elle comporte des mesures et la place de la mesure devient parfois prédominante. Suit une étape de collecte de données et une analyse de résultats »⁶⁶¹. La vérité vient ainsi de la logique déductive.

Afin d'approcher la réalité au plus près, les post-positivistes recommandent de multiplier les méthodes d'analyse. Deux méthodes majeures sont traditionnellement distinguées par les chercheurs : les méthodes quantitatives et les méthodes qualitatives. Alors que les positivistes n'envisagent pas d'autres approches que la méthode expérimentale et la vérification d'hypothèses par les tests statistiques, les post-positivistes acceptent (et même s'efforcent de construire) d'autres méthodes de collecte de données. Saunders, Lewis et

⁶⁵⁷ Cité par Ibid., p. 33

⁶⁵⁸ PERRET V. et SÉVILLE M. (2003), "Fondements épistémologiques de la recherche", in THIÉTARD R., *Méthode de recherche en Management*, Paris: Dunod, pp. 13-33

⁶⁵⁹ USUNIER J.-C., EASTERBY-SMITH M. et THORPE R. (2000), *Introduction à la recherche en gestion*, Economica, 2^{ème} édition, 133 p.

⁶⁶⁰ Ibid., 133 p.

⁶⁶¹ SAVALL H. et ZARDET V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion: Approche Qualimétrique, Observer l'objet complexe*, Economica, p. 55

Thornhill⁶⁶² soulignent qu'il est souvent avantageux de multiplier les méthodes de recherche. **Avec la volonté de ne pas répondre aux hypothèses de recherche qui seront formulées uniquement à partir d'une étude de type quantitative, nous confirmons que la posture adoptée dans cette recherche s'inscrit davantage dans le paradigme post-positiviste que dans celui du positivisme traditionnel.**

Dans notre recherche, les concepts seront opérationnalisés et rendus mesurables, de telle manière que les faits puissent être appréhendés quantitativement, ceci impliquant la formulation d'hypothèses de recherche qui seront définies à partir des connaissances acquises dans les deux chapitres précédents de cette thèse tout en tenant compte des spécificités du secteur hospitalier privé français. La formulation de nos hypothèses de recherche devra respecter les critères de validité du paradigme que sont la vérifiabilité, la confirmabilité et la réfutabilité des hypothèses : la vérifiabilité repose sur le fait qu'une proposition n'a de sens que si, et seulement si, elle est en mesure d'être vérifiée empiriquement. La confirmabilité remet en cause le caractère certain de la vérité et s'axe sur le principe **qu'une proposition ne peut être considérée comme universellement vraie mais qu'elle est seulement confirmée par les expériences ou par les résultats de théories alternatives.** La réfutabilité ou le « falsificationnisme » de Karl Popper⁶⁶³ postule qu'une théorie ne peut jamais être affirmée comme vraie mais qu'elle peut en revanche être infirmée comme n'étant pas vraie. **Popper nous enseigne que pour être falsifiables, les hypothèses de recherche doivent revêtir un caractère de généralité suffisant⁶⁶⁴.** Quivy et Van Campenhoudt⁶⁶⁵ expliquent qu'une proposition qui ne possède pas ce caractère de généralité ne peut faire l'objet de tests répétés et n'étant pas falsifiable, elle ne peut être tenue pour hypothèse scientifique au sens strict. Ces deux auteurs postulent une deuxième condition pour qu'une hypothèse de recherche soit falsifiable. Une hypothèse ne peut être falsifiée que si elle accepte des énoncés contraires qui sont théoriquement susceptibles d'être vérifiés. A titre illustratif, la proposition suivante extraite des travaux sur le suicide de Durkheim : « Plus la cohésion sociale est forte, plus le taux de suicide est élevé » accepte au moins un contraire : « Plus la cohésion sociale est forte, moins le taux de suicide est élevé ». La formulation des hypothèses de recherche se doit de respecter ce critère de falsifiabilité.

En adoptant une démarche de type hypothético-déductive, nous tentons de généraliser au maximum nos résultats et, pour cela, nous faisons le choix de travailler sur un **échantillon d'une taille suffisante. L'étude statistique menée sur les cliniques privées commerciales représente le point nodal de cette recherche. Cependant elle est complétée par une étude de type qualitative qui vise à approfondir les connaissances acquises statistiquement et donc à mieux comprendre le phénomène de performance. De ce fait, la réalité montrée dans cette recherche est partiellement construite avec les acteurs de terrain. Par conséquent, cette thèse est empreinte d'une part d'inductivisme.** En effet, dans la phase finale de cette recherche, nous partons d'observations pour arriver à une meilleure compréhension générale de la nature des déterminants de la performance financière des cliniques privées⁶⁶⁶.

⁶⁶² SAUNDERS M., LEWIS P. et THORNHILL A. (2009), *Research methods for business students*, Prentice-Hall, p. 127

⁶⁶³ POPPER K. (1959), *The Logic of Scientific Discovery*, Hutchinson ; cité par USUNIER J.-C., EASTERBY-SMITH M. et THORPE R. (2000), *Introduction à la recherche en gestion*, Economica, 2^{ème} édition, p. 51

⁶⁶⁴ POPPER K. (1982), *La logique de la découverte scientifique*, Payot, cité par QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (1995), *Manuel de recherche en science sociale*, Dunod, 2^{ème} édition, p. 146

⁶⁶⁵ QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (1995), *Manuel de recherche en science sociale*, Dunod, 2^{ème} édition, p. 149

⁶⁶⁶ AVENIER M.-J. (2008), "Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique", in GOTTELAND D. GAVARD-PERRET M.-L., HAON C., JOLIBERT A., *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris: Pearson Education, pp. 5-45

Synthèse de la première section

En étant largement inspirée des études anglo-saxonnes, nous avons vu que cette recherche s'inscrit dans le paradigme dominant des sciences, celui du positivisme. C'est donc avec une vision déterministe du monde social et avec un regard extérieur (indépendance sujet/objet) que nous abordons notre objet de recherche⁶⁶⁷. Le travail de recherche que nous proposons se déroule selon le schéma linéaire et invariant des études de type positiviste : à partir de la théorie, des hypothèses de recherche sont formulées, étape à laquelle succède celle de l'observation et de la généralisation des résultats.

Cependant nous sommes consciente des limites de nos travaux. Le phénomène de performance financière des cliniques privées ne peut être approché que partiellement. De ce fait, notre recherche s'ancre, selon nous, plus particulièrement dans le courant du post-positivisme qui atténue la portée des règles majeures du positivisme. Les post-positivistes rapportent le bien-fondé de recourir à plusieurs méthodes d'analyse pour répondre aux hypothèses de recherche, alors que les positivistes n'envisagent pas d'autres approches que la méthode expérimentale et la vérification d'hypothèses par les tests statistiques.

L'étude statistique proposée dans cette recherche sur les cliniques privées commerciales représente le point nodal de cette recherche. Cependant elle est complétée par une étude de type qualitative qui vise à approfondir les connaissances acquises statistiquement afin de mieux appréhender le phénomène de performance financière de ces établissements. De ce fait, la réalité montrée dans cette recherche sera partiellement construite avec les acteurs de terrain. Par conséquent, l'analyse des résultats est empreinte d'une part d'inductivisme.

La démarche de la recherche est présentée dans la section suivante.

⁶⁶⁷ PERRET V. et SÉVILLE M. (2003), "Fondements épistémologiques de la recherche", in THIÉTARD R., *Méthode de recherche en Management*, Paris: Dunod, pp. 13-33

Section 2. Les matériaux de la recherche

Le cadre conceptuel et les fondements sur lesquels repose cette recherche ont été retracés dans la section précédente. La présente section s'intéresse à la démarche générale et aux matériaux dont nous disposons pour répondre à notre problématique de recherche. Largement inspirée des études américaines sur les déterminants de la performance, la méthodologie proposée diffère cependant légèrement des recherches traditionnelles réalisées aux Etats-Unis.

Cette section s'organise en trois temps.

Dans un premier paragraphe, intitulé *Un plan de recherche fondé sur les études d'impact existantes*, nous expliquons la méthodologie déployée pour identifier les déterminants de la performance financière des cliniques privées.

Le deuxième paragraphe, intitulé *Un matériau majeur pour la recherche : une base de données sur les cliniques privées*, est dédié à la présentation de la base de données reconstituée par nos soins sur les cliniques privées de court séjour.

Dans le dernier paragraphe, intitulé *Les spécificités de l'analyse des résultats*, nous discutons deux points particuliers de l'analyse des résultats. Nous justifions notre choix d'élaborer un score de performance financière des cliniques privées et présentons la méthodologie et les enjeux des entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées.

1. Un plan de recherche fondé sur les études d'impact existantes

Afin d'apporter une réponse à notre problématique de recherche, les mérites respectifs des études quantitatives et qualitatives sont mobilisés. Ainsi, nous proposons dans cette recherche une « trêve » au débat qui oppose les qualitatistes et les quantitativistes qui, selon Savall et Zardet⁶⁶⁸, « s'apparente à une guerre de religion, tant les oppositions sont aujourd'hui tranchées et les discussions peu nourries ». Pour autant, précisons que la combinaison de ces deux types de méthode n'est pas un phénomène nouveau en recherche. Evrard, Pras et Roux⁶⁶⁹ rapportent à ce sujet que « *Bien d'autres chercheurs ont entrepris de combiner ces deux types de méthodes avant la publication, bien que les chercheurs adoptent le plus souvent une position monolithique en la matière, il est acquis aujourd'hui qu'une méthodologie de recherche peut heureusement combiner avec efficacité des méthodes qualitatives et quantitatives* ». Ils soulignent encore que « *S'il est vrai qu'une recherche doctorale ou post-doctorale vise à mieux comprendre et connaître l'objet étudié, alors il faut convenir à l'instar d'Edgar Morin que la difficulté du monde réel, l'inachèvement de la pensée et les limites de la logique nécessitent une pluralité de méthodes* ».

Dans cette recherche, les résultats des deux méthodes (quantitative et qualitative) sont confrontés pour approcher un même phénomène, chaque méthode ayant ses propres forces et faiblesses. Selon Evrard, Pras et Roux⁶⁷⁰, la convergence des résultats, lorsqu'on utilise plusieurs méthodes, donne plus de force aux conclusions que l'on peut en tirer. Tandis que l'étude quantitative va accroître le degré de validité externe de notre recherche, nous allons tirer de la méthode qualitative ses atouts de flexibilité dans le recueil de données, de richesse et

⁶⁶⁸ SAVALL H. et ZARDET V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion: Approche Qualimétrique, Observer l'objet complexe*, Economica, 432 p.

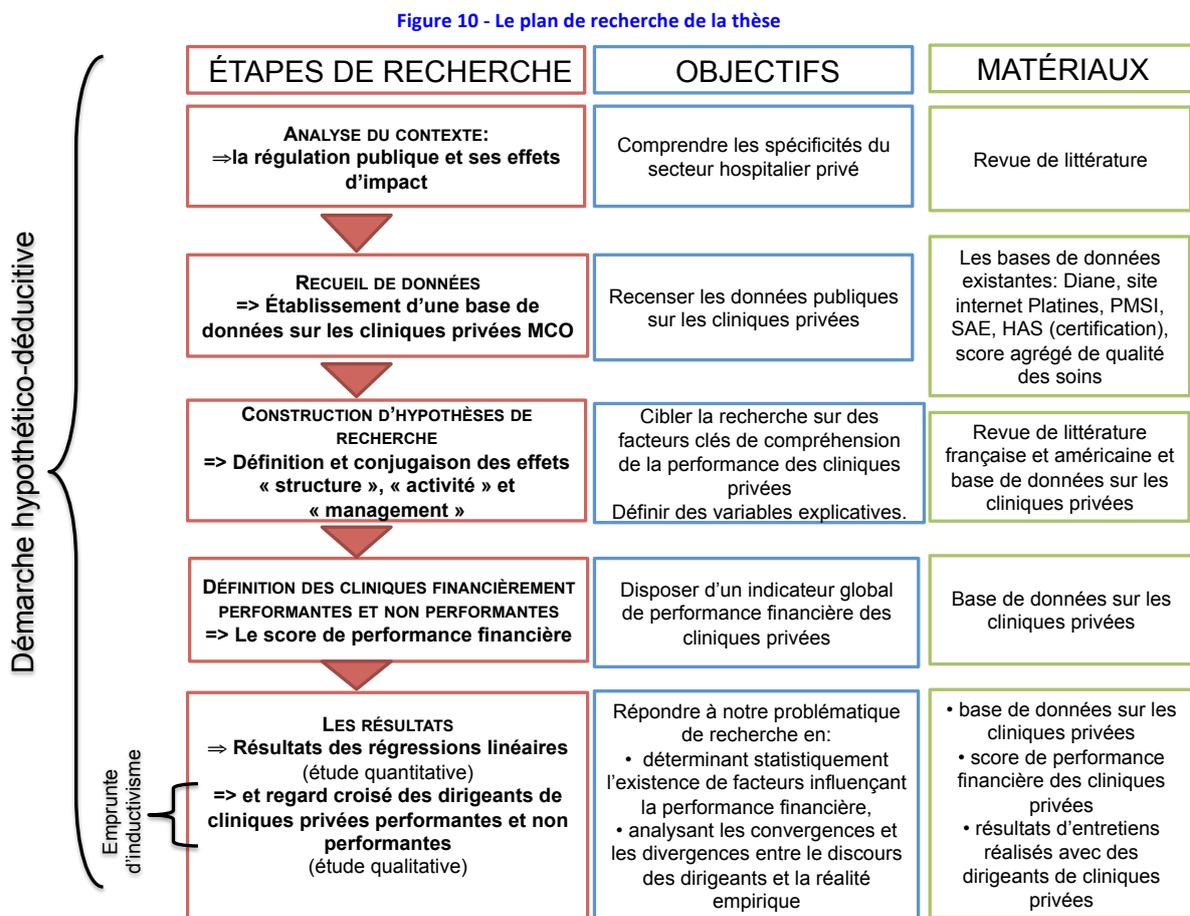
⁶⁶⁹ EVRARD Y., PRAS B. et ROUX E. (2009), *Market, Fondements et méthodes de recherche en marketing*, Dunod, 4^{ème} édition, pp. 175-178

⁶⁷⁰ Ibid., p. 176

de plus grande validité interne. La combinaison de ces deux méthodes va nous permettre de restituer la richesse intrinsèque de notre objet de recherche. **L'étude qualitative a une visée complémentaire par rapport à l'étude quantitative puisqu'elle a pour objet de mieux appréhender les résultats issus des statistiques. L'idée n'est pas de « quantifier » les résultats de l'étude qualitative, mais, au contraire, de « qualifier » ceux des analyses quantitatives.**

L'étude est centrée sur les cliniques privées des 22 régions de France métropolitaine. Le champ observé est celui des cliniques privées commerciales pratiquant les activités MCO.

La figure suivante présente une esquisse du plan de recherche adopté dans la suite de ces travaux.



Les deux premières étapes de la recherche sont préalables à la construction d'hypothèses de recherche. La première a pour objet de comprendre le contexte dans lequel évoluent les cliniques privées. Le secteur hospitalier privé et ses principales mutations sont décrits en recourant à la grille de lecture offerte par le tryptique structure-comportement-performance. La deuxième consiste à recueillir les données existantes et disponibles à l'échelle nationale sur les cliniques privées et, ainsi, de reconstituer une base de données sur les cliniques privées de court séjour. De ce fait, nous privilégions dans cette recherche l'usage de données secondaires, c'est-à-dire de données existantes, en recourant aux bases de données quantifiées nationales disponibles sur les cliniques privées.

La construction des hypothèses de recherche s'inspire des hypothèses testées par les chercheurs américains. Nous proposons de vérifier l'existence de relations simples et linéaires entre un nombre limité de variables sur un grand échantillon. Leur formulation nécessite de prendre en compte à la fois les spécificités du secteur hospitalier privé et les possibilités de construction de variables offertes par la base de données reconstituée sur les cliniques privées.

A l'image des études d'impact présentées dans le chapitre précédent, la recherche des déterminants de la performance financière des cliniques privées est réalisée, en premier lieu, *via* une enquête de type quantitative. **Cette recherche a pour objet de tester une structure de connaissance préexistante à des données (un modèle reliant des variables expliquées et explicatives)**, l'objectif étant de chercher à construire une structure, une modélisation, celle de la performance financière des cliniques privées à partir de données collectées sur ces établissements. Elle répond aux trois critères majeurs de validité externe des études empiriques en étant à la fois reproductible, généralisable et cumulative :

- Le caractère reproductible signifie que, reprise dans les mêmes conditions, sur le même terrain, la recherche devrait produire les mêmes résultats. La méthodologie déployée se doit donc d'être précise.
- Le caractère généralisable signifie que l'intérêt de la recherche se mesure, en partie, par sa validité externe, c'est-à-dire la possibilité d'extrapoler les résultats et conclusions à l'ensemble du domaine qui a été l'objet de l'investigation, ou éventuellement à un domaine plus vaste.
- Le caractère cumulatif signifie que la recherche doit s'appuyer sur l'ensemble des travaux antérieurs connus, que ce soit pour les confirmer, les tester, combler les lacunes, ou réconcilier des thèses apparemment contradictoires.

Parmi les diverses méthodes statistiques explicatives, la méthode de la régression linéaire apparaît comme la plus adaptée, les variables à expliquer, dans nos travaux, étant des variables numériques, de même que la plupart des variables explicatives. De plus, les relations attendues entre les variables dépendantes (les variables à expliquer) et indépendantes (les variables explicatives) sélectionnées sont de type linéaire. Les variables explicatives de performance financière seront utilisées pour montrer notamment leur contribution (leur poids respectif) pour prédire les variables à expliquer et le sens de leur influence (positif ou négatif).

Préalablement à cette analyse statistique multivariée, nous proposons de construire un score de performance financière des cliniques privées utilisé dans l'étude statistique comme l'une des variables de performance financière à expliquer, les autres variables testées étant les indicateurs composites de ce score de performance financière. Il est également mobilisé dans cette recherche pour définir un classement des cliniques privées selon leurs résultats financiers. Ce classement vise à mettre en lumière les établissements les plus performants et les moins performants à partir d'une sélection de ratios financiers.

Afin de pallier les insuffisances des études statistiques multivariées relevées dans le précédent chapitre de cette thèse, nous avons décidé de mener des entretiens avec des dirigeants de cliniques privées performantes et non performantes. Ces acteurs apportent à cette recherche leur vision globale sur la performance financière de leur établissement. Leur point de vue quant aux hypothèses de recherche testées dans ces travaux s'avère riche d'enseignements et aide à la compréhension des résultats des statistiques multivariées.

2. Un matériau majeur pour la recherche : une base de données sur les cliniques privées

Nous avons constaté dans le premier chapitre de cette thèse que la diffusion publique de données sur les établissements de santé s'est nettement accélérée ces dernières années. Les années 2006 et 2007 ont été des années charnières en matière de diffusion d'informations sur les établissements de santé du secteur MCO. Deux sources d'informations supplémentaires se sont ajoutées aux données existantes diffusées sur internet : le tableau de bord des infections nosocomiales des établissements de santé de court séjour, fruit des travaux communs de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du ministère de la Santé, et le site internet Platines qui diffuse, depuis 2007, les principales données d'activité et de qualité des soins des établissements de santé extraites des différentes bases de données sur les établissements de santé.

Pour les besoins de cette recherche, nous avons procédé au recueil d'une majeure partie du contenu des bases de données de sources officielles. Ce choix s'est avéré cependant coûteux en termes de recueil. La collecte des informations nous a demandé plusieurs mois de travail.

Les données financières des cliniques privées, les plus simples à collecter mais qui sont, par ailleurs, difficiles à retraiter, ont été recueillies sur la base de données DIANE/COFACE, à laquelle ont également recours les chambres de commerce et de l'industrie (CCI). Celle-ci rassemble le contenu des documents de synthèse de la comptabilité des cliniques privées qui ont l'obligation de déposer chaque année leur liasse fiscale auprès des Tribunaux de Commerce.

Les données d'activité et les indicateurs de qualité recueillis sont issus de quatre bases de données diffusées par le ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- Le répertoire FINESS du ministère de la Santé,
- La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) diffusée par le ministère de la Santé,
- La certification des établissements de santé conduite sous l'égide de l'HAS,
- Le tableau de bord des infections nosocomiales diffusé par le ministère de la Santé.

Etant donné le nombre important d'occurrences à collecter et à mettre en forme pour constituer une base PMSI spécifique aux cliniques privées à partir des données diffusées sur internet par l'Agence technique de l'information sur l'Hospitalisation (AtiH), les données auxquelles nous avons eu recours dans cette thèse ont été extraites de la base de données complète du PMSI par des chercheurs du GRAPHOS spécialisés dans l'exploitation de cette base de données, Jean-Baptiste Capgras qui a soutenu une thèse en 2009 sur le PMSI⁶⁷¹ et Nicolas Guilhot.

Enfin, nous avons reconstitué un fichier sur les groupes de cliniques privées et les fusions d'établissements à partir des informations diffusées dans la presse sur les rachats et les regroupements de cliniques privées.

Ce paragraphe, à visée principalement descriptive, retrace le processus de collecte, souvent fastidieux, et le contenu de la base de données que nous avons reconstituée à partir des informations existantes diffusées sur les cliniques privées. Nous débutons cette présentation des extractions par celle des données financières des cliniques privées et mentionnons les principaux retraitements réalisés sur ces données. Par la suite, des explications sont apportées sur le contenu des bases de données desquelles ont été extraites les données d'activité et de

⁶⁷¹ CAPGRAS J.-B (2009), *Le programme de médicalisation des systèmes d'information (1982-2009), Anamorphose et métamorphoses d'un dispositif de gestion*, Thèse de Doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-pierre Claveranne, Graphos, Université Jean Moulin Lyon 3, 427 p.

qualité des soins des cliniques privées. Dans un dernier paragraphe, une présentation est menée de la base « groupe » que nous avons reconstituée nous-même sur les cliniques privées.

2.1. Les données financières des cliniques privées : des retraitements nombreux et fastidieux

Les états financiers des cliniques privées permettent d'opérationnaliser la performance des cliniques privées par le calcul de ratios.

2.1.1. L'extraction des données

Les données financières des cliniques privées ont été extraites des liasses fiscales qui sont déposées par ces établissements aux greffes des tribunaux de commerce. Ces liasses ont été extraites du logiciel DIANE (Bureau van Dijk Édition électronique, co-édition avec Coface-services) qui recense l'ensemble des états financiers des sociétés commerciales. Les états financiers des établissements de santé regroupés sous la **Nomenclature d'Activité Française (NAF) 851A** ou 8610 Z, selon la nouvelle nomenclature, correspondant aux « activités pour la santé humaine » ont été collectés. 1 226 sociétés d'exploitation répondent à cette nomenclature pour la période 1998-2006. **Notre étude, de même que les analyses financières conjoncturelles publiées sur le secteur hospitalier privé et que les travaux académiques menés sur le secteur hospitalier privé présentés dans la thèse de doctorat de David Piovesan⁶⁷², se limite à l'analyse des seules sociétés d'exploitation de cliniques privées.** Notons que plusieurs organismes publient des analyses conjoncturelles sur les résultats financiers des établissements :

- la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)⁶⁷³, depuis 2001, ses études menées pour le compte du ministère de la Santé ayant pour objet d' « éclairer les décisions de politique publique et alimenter la réflexion sur l'évolution du système d'offre de soins. »⁶⁷⁴,
- le cabinet de conseil Concurrence et Techniques Comparatives (CTC Conseil) qui publie également, depuis 1992, les résultats des cliniques privées MCO pour le compte de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)⁶⁷⁵,
- le Groupe Montaigne, dont la première étude réalisée pour le compte de la FHP, a été publiée en 2010 dans le premier *Rapport annuel sur les hôpitaux et cliniques privés*,
- XERFI 700, un organisme indépendant⁶⁷⁶ publiant des études sectorielles, s'intéresse depuis 2004 au secteur hospitalier privé. Des analyses financières sur les cliniques privées sont publiées dans ces études, celles-ci étant réalisées par le cabinet Precepta.

⁶⁷² PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 515 p.

⁶⁷³ AUDE J. (2008), "L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006", *Études et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 4 p.

⁶⁷⁴ DREES, *Programme de Travail 2008*, Bureau des établissements de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, pp. 40-49

⁶⁷⁵ CTC CONSEIL (2007), "L'Observatoire Économique des Cliniques Privées Françaises", *L'Observatoire National des Coûts, La synthèse, Exercice 2005-2006*, 24 p.

⁶⁷⁶ Le capital de XERFI est détenu, depuis sa création en 1993, par ses dirigeants afin de réunir « tous les moyens de l'indépendance ». Son statut de maison d'édition et les règles déontologiques que l'organisme s'impose sont deux autres éléments qui garantissent son indépendance. XERFI 700 (2008), "Marges et résultats des cliniques MCO (2003-2007)", in *Cliniques de court séjour MCO*, pp. 27-43

Notre étude ne prend pas en compte l'ensemble des flux monétaires des sociétés qui gravitent autour de la société d'exploitation de clinique privée, notamment ceux en provenance ou à destination des sociétés civiles immobilières (SCI). Une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une société civile immobilière. Ainsi, selon David Piovesan⁶⁷⁷, sous le terme générique de « cliniques privées », se profilent des montages juridiques complexes, fruits de l'assemblage de différents acteurs et sociétés gravitant autour d'un pivot, la société d'exploitation. **Il rappelle dans ses travaux qu'aucune méthodologie n'a jusqu'à présent permis de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles et les éventuelles sociétés civiles immobilières (SCI) qui y sont rattachées.**

Nous avons procédé au téléchargement des bilans et des comptes de résultat de ces établissements. Les informations figurant dans des feuilles de classeur Excel (une feuille par établissement) ont été reclassées dans un classeur unique, chaque feuille de ce classeur intégrant les données de l'ensemble des établissements pour une année. Ce classeur compte donc neuf feuilles restituant **les données financières des 1 226 établissements recensés sous la nomenclature NAF 851A pour les années 1998 à 2006.**

Suite au recueil de ces données, nous avons procédé à leurs retraitements.

2.1.2. Les retraitements réalisés sur les données financières

Les organismes publiant des analyses conjoncturelles et qui, pour mener à bien leur étude, utilisent les liasses fiscales des cliniques privées (la Drees, Xerfi et le Groupe Montaigne) sont confrontés à des difficultés d'analyse des résultats des cliniques à champ constant. Xerfi et la Drees mentionnent dans leurs études qu'ils analysent des données provisoires, un nombre conséquent de cliniques privées déposant leurs comptes avec retard, ou ne les déposant pas du tout, celles-ci se trouvant dès lors en situation d'infraction⁶⁷⁸. Les bases de données se modifient également au gré du temps en fonction des créations, des fusions (disparitions d'entités au profit d'une nouvelle) et des faillites d'établissements. L'absence de certaines cliniques d'une année sur l'autre rend les comparaisons difficiles, notamment celle de l'évolution du chiffre d'affaires, la rentabilité des cliniques étant moins sensible aux modifications du champ. **De plus, il existe des erreurs dans la constitution des liasses fiscales :** des erreurs d'imputation de lignes sur les liasses fiscales et des lignes non renseignées, des différences dans les enregistrements de certains postes selon les sociétés. **Nous sommes confrontés à ces mêmes difficultés qui nous ont contraint à procéder à des retraitements de notre base de données.**

Le premier retraitement a consisté à éliminer de la base les établissements hors secteur MCO. Outre des données manquantes initialement sur certains établissements dans la base de données, celle-ci comprenait les comptes de certaines sociétés d'exploitation qui ne relèvent pas du secteur hospitalier et ceux des établissements d'autres secteurs. Par conséquent, il a été nécessaire de les exclure de notre base. Afin de réaliser un tri, la Drees s'appuie sur une liste des cliniques privées établie par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) qu'elle croise avec la base de données financières. **Dans nos travaux, l'identification des cliniques privées commerciales du secteur MCO a été réalisée grâce à une même procédure de croisement entre notre base financière et le répertoire FINESS identifiant les établissements de santé (Cf. encart suivant).**

⁶⁷⁷ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, p. 199

⁶⁷⁸ L'article 293 du décret du 23 mars 1967, codifié sous l'article L232-23 du Code de commerce, mentionne que l'absence de dépôt de comptes est sanctionnée par une contravention de cinquième classe.

Encart 9 - L'identification des cliniques privées et de leurs activités : le répertoire FINESS

Le répertoire FINESS est un outil d'identification des établissements de santé privés. Il permet de recenser l'ensemble des cliniques privées de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) du territoire français. La base contient les numéros FINESS, un numéro d'identification de référence attribué par le ministère de la Santé à chaque établissement de santé français, et le numéro SIRET, (Système d'Identification du Répertoire des Établissements) correspondant au code INSEE, identifiant la personne juridique.

Le répertoire FINESS est géré par le ministère de la Santé. Cette base de données recueille des informations portant sur trois types d'établissements publics et privés de France : les établissements sanitaires (les établissements hospitaliers, les établissements de soins et de prévention, les établissements à caractère sanitaire comme les laboratoires d'analyse, etc.), les établissements sociaux (établissements pour personnes âgées, personnes handicapées, etc.) ainsi que les établissements de formation des personnels sanitaires et sociaux. La base fait l'objet de mises à jour en continu par le ministère de la Santé. Elle permet d'identifier certaines caractéristiques des établissements de santé, en particulier leurs activités et leurs disciplines. Elle recense, pour les établissements du secteur MCO, les dotations en équipements autorisés des établissements de santé de court séjour.

Grâce aux fonctions de recherche du répertoire, un tri a été réalisé de manière à sélectionner uniquement les établissements privés à but lucratif pratiquant les disciplines de médecine, chirurgie et d'obstétrique (MCO). Ensuite, un téléchargement région par région sur Microsoft Excel des données disponibles a été réalisé. Les données ont été téléchargées en juin 2008. 617 cliniques privées ont été recensées à partir des tris réalisés.

Ce croisement a été effectué à partir des numéros SIRET des établissements. Ces recoupements nous ont permis d'éliminer de notre base les cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que les cliniques spécialisées en psychiatrie (PSY) et les autres établissements figurant sous cette même nomenclature, mais n'ayant pas pour principale activité des soins de court séjour.

617 établissements de court séjour figurent dans la base FINESS. Nous avons encore éliminé de notre base de données les résultats financiers des établissements privés commerciaux implantés dans les DOM-TOM, nos travaux se limitant à l'étude des établissements de France métropolitaine.

Les résultats financiers de certains établissements n'étant pas renseignés dans cette base, les causes de leur absence ont été recherchées. Il s'avère que les données financières de certaines cliniques privées demeuraient manquantes malgré les ajouts de résultats d'établissements l'année qui a suivi celle du premier recueil (au cours de l'année 2009) : les données financières d'une vingtaine de cliniques privées non présentes dans notre premier recensement des données financières de 2006 réalisé en 2008 ont été intégrées en 2009 dans notre base de données. Pour les autres établissements, la seule solution a été de contacter les établissements par téléphone pour vérifier s'ils étaient toujours en activité. Ces appels téléphoniques ont mis à jour un autre fait important : les données financières de certains établissements ne sont pas renseignées par la base de données DIANE/COFACE parce qu'ils ont fusionnés avec un autre établissement. **Tandis que le répertoire FINESS recense les établissements, la base de données DIANE/COFACE intègre, quant à elle, les résultats financiers des entités juridiques de cliniques privées qui peuvent comprendre parfois les résultats financiers de deux établissements fusionnés.** Le cas est souvent observé pour les établissements appartenant à de grands groupes de cliniques privées. Enfin, les comptes de certaines structures ne figuraient plus dans la base de données DIANE/COFACE, certaines d'entre elles, recensées dans le répertoire FINESS ayant fermé leurs portes après 2006. Notre base de données a été retraitée en fonction de ces informations.

Suite à ces premiers retraitements, une analyse plus fine des comptes des cliniques privées restantes nous a conduit à en éliminer d'autres de la base :

- celles dont les données financières sont manifestement aberrantes,
- celles dont les résultats financiers sont manquants pour une ou deux années des trois années étudiées (2004, 2005 et 2006)
- et celles dont les comptes ont été établis sur une période inférieure à douze mois.

Suite à ces retraitements, le fichier définitif contient 463 observations. Le taux de couverture de l'échantillon, calculé à partir du nombre de cliniques privées en activité en 2006 recensé dans la base FINESS, est de 75 %.

Les extractions de données destinées à être mobilisées, en l'état ou après transformation (dans des calculs de ratios par exemple), comme variables explicatives des modèles de performance sont présentées dans le paragraphe suivant.

2.2. Les données sur la qualité des soins et l'activité des cliniques privées : des extractions coûteuses en temps

Des extractions coûteuses en termes de temps de données portant sur la qualité et l'activité des cliniques privées ont été réalisées, ces données nous ayant par la suite permis de définir des variables explicatives à tester dans des modèles de régression réalisés sur les indicateurs financiers. Elles sont extraites des bases de données officielles diffusées en ligne sur les établissements de santé.

Les paragraphes suivants sont dédiés à la présentation des extractions réalisées des indicateurs de qualité des soins et des indicateurs d'activité des établissements de santé privés.

2.2.1. Les données recensées sur la qualité des soins

Les données sur la qualité des soins des cliniques privées ont été extraites de deux bases de données. Nous avons recueilli certaines données des rapports de certification des établissements de santé et les données des établissements de santé privés sur le score agrégé de qualité des soins. Dans nos travaux, la qualité des soins des établissements est donc mesurée à partir des résultats des établissements sur les démarches d'amélioration de la qualité des soins impulsées par les pouvoirs publics.

2.2.1.1. Les données extraites des rapports de certification des établissements de santé diffusés par la Haute Autorité de Santé (HAS)

La procédure de certification est obligatoire pour tous les établissements de santé. L'article L. 6113-3 du code de la santé publique dispose qu' « afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification ». Cette procédure vise à mener une évaluation externe du fonctionnement et des pratiques des établissements de santé, quelque soit leur statut (public ou privé). Sous l'égide de la HAS, cette procédure a pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, de promouvoir les démarches d'évaluation et d'amélioration et de renforcer la confiance du public par la communication des résultats. La démarche consiste pour l'établissement à mener une auto-évaluation à partir d'un référentiel diffusé par la HAS inscrit dans les « manuels de certification ». Celui-ci permet d'apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. Par la suite, une visite de contrôle est effectuée par des « experts-visiteurs », des professionnels de santé indépendants de l'établissement qu'ils contrôlent et de ses organismes de tutelle. Dès la visite de certification, un dispositif de suivi est mis en œuvre afin de favoriser l'amélioration continue de la qualité au

sein des établissements de santé. La démarche est réitérée dans le temps à l'aide de nouveaux référentiels produits par la HAS. La deuxième version de la certification des établissements de santé a débuté en mai 2005 et s'est achevée au cours de l'année 2010 pour les visites initiales. Depuis novembre 2008, les établissements peuvent désormais travailler sur la troisième itération de la certification⁶⁷⁹.

Les données sur la certification des établissements de santé sont mises à jour en continu sur le site internet de la HAS. Après chaque visite auprès des établissements, les rapports de certification sont mis en ligne.

Les données extraites des rapports relatifs à la première visite des établissements par les experts-visiteurs de la HAS au cours des certifications V1 et V2 rassemblent de nombreuses données sur les cliniques privées. **Les rapports des établissements ont été consultés un par un, leur contenu (sous format .pdf) ayant été copié dans un classeur Excel. Nous avons extrait de ces rapports le nombre de recommandations, de réserves et de réserves majeures formulées par les experts-visiteurs pour chaque établissement, ainsi que le contenu de ces recommandations, réserves et réserves majeures qui est mentionné dans la dernière partie de ces rapports. Un même travail a été entrepris pour les établissements qui ont passé leur première visite de contrôle pour la version 2 de la certification.** Les informations extraites de ces rapports ont été collectées entre le mois d'août et le mois de septembre 2008.

2.2.1.2. Le tableau de bord de la qualité des soins diffusé par le ministère de la Santé

La qualité des soins prodiguée par les établissements de santé peut être mesurée à l'aune des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales (IN). En 2006, cinq indicateurs reflétant le niveau d'engagement des établissements dans la prévention du risque infectieux étaient diffusés auprès du grand public sur le site du ministère de la Santé. Les résultats des établissements sur ces indicateurs sont disponibles pour l'ensemble des établissements de santé, indépendamment de leur statut (public ou privé). Les établissements de santé réalisent chaque année un bilan de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) selon un modèle défini et arrêté par le ministère de la Santé. Les indicateurs du tableau de bord sont calculés à partir des réponses fournies par les établissements lors de cette enquête. Une validation des données des établissements est organisée chaque année dans chaque région auprès d'un échantillon d'établissements représentant au moins 10 % du total de chaque région. Le calcul du score agrégé se fonde sur les résultats des établissements à chacun des 4 indicateurs présents dans le tableau de bord en 2006. Les établissements sont regroupés par classes de performance décroissantes allant de A, pour ceux les plus avancés à E pour les moins avancés, la classe F intégrant les établissements n'ayant pas transmis leurs informations au ministère. En pleine construction, le tableau de bord des infections nosocomiales s'enrichit de nouveaux indicateurs d'années en années.

⁶⁷⁹ L'ensemble de ces informations est disponible sur le site de la HAS. V. en ligne (www.has-sante.fr), consulté le 2 mars 2009

Tableau 32 - Définitions des quatre indicateurs de qualité des soins et du score agrégé

| Indicateurs | Définitions du Rapport national 2006 sur le tableau de bord des infections nosocomiales |
|---------------------|--|
| ICALIN | Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN) – publié depuis 2004. Cet indicateur objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. |
| ICSHA | Indicateur de consommation de produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA) - publié depuis 2005. L'ICSHA est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure clé de prévention de nombreuses infections nosocomiales. Il permet d'apprécier la mise en œuvre par les professionnels soignants des recommandations et des pratiques de prévention. |
| SURVISO | Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (SURVISO) - publié depuis 2005. L'indicateur rend visible l'engagement des établissements dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie. Il s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale. Il permet de mesurer la fréquence des infections sur site opératoire. SURVISO indique la proportion des services de chirurgie de l'établissement qui se sont impliqués au cours de l'année dans une surveillance épidémiologique. |
| ICATB | Indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) - publié en 2006. L'ICATB objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. |
| SCORE AGRÉGÉ | La prévention des IN étant un sujet complexe nécessitant la mise en place de nombreuses stratégies complémentaires, seule l'interprétation de plusieurs indicateurs permet d'avoir une vision plus globale du niveau d'engagement des établissements de santé. C'est la raison pour laquelle a été créé l'indice agrégé regroupant les 4 indicateurs présentés précédemment. Le score agrégé rend lisible en une seule fois les quatre indicateurs du tableau de bord des IN. |

Les scores obtenus par chacun des établissements sont consultables sur le site internet du ministère de la Santé. **Les fichiers des établissements présentés au format « .pdf » ont été téléchargés. De même que les rapports de certification, les informations de 604 établissements ont été copiées une par une dans un fichier Excel. La base comptabilise les données des cliniques privées sur ces indicateurs pour les années 2004 à 2006.**

2.2.2. Les données recensées sur l'activité des cliniques privées

Les données d'activité des cliniques privées de court séjour ont principalement été extraites du site internet Platines d'information sur les établissements de santé. Nous avons complété ces données d'activité par d'autres extraites de la base Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et de la base de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

2.2.2.1. Les données extraites du site internet Platines

Mise en ligne en 2007, Platines (la PLATeforme d'Information sur les Établissements de Santé) est un site internet d'information sur les établissements de santé accessible au grand public. Platines regroupe des informations existantes dans plusieurs bases de données notamment les données du PMSI et de la SAE de près de mille trois cents établissements de santé⁶⁸⁰.

Les fiches établissements indiquent les principales caractéristiques des établissements en matière de dotation en équipements d'imagerie médicale et de capacité d'accueil, ces dernières étant plus ou moins détaillées selon les disciplines de soins. La base énumère le nombre de séjours répertoriés par l'établissement dans chaque discipline en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle. Les fiches Platines contiennent également des informations qualitatives sur l'activité médicale des établissements : le taux de césariennes, le nombre de médecins aux urgences, *etc.* Des informations plus précises sur le suivi de pathologies dites

⁶⁸⁰ HAURY B. et LOMBARDO P. (2007), "PLATINES : un site d'information sur les établissements de santé en France", *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités, 8 p.

« traceuses »⁶⁸¹ de chirurgie ambulatoire permettent d'apprécier l'activité médicale des établissements. Platines mentionne également les résultats obtenus par les établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales ainsi que les résultats de la certification des établissements de santé (nombre de recommandations, réserves et réserves majeures). Enfin, dans les fiches des établissements figurent des informations sur les caractéristiques démographiques des départements sur lesquels sont implantés les établissements.

Disposant des mêmes informations de manière plus détaillée sur la qualité des soins, les données relatives aux indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales et les résultats de la certification des établissements n'ont pas été intégrés dans notre base de données. Les indicateurs caractérisant la démographie des départements auxquels appartiennent les établissements n'ont pas, non plus, été reprises.

Seul le téléchargement des fichiers de chaque établissement en « .pdf » étant possible à partir du site internet, les données 2006 de 609 établissements de santé privés ont été copiées de ces fichiers et collées une par une dans notre base de données.

2.2.2.2. Les données collectées dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une source de données d'activité sur les cliniques privées. Collectée par la Drees, elle décrit l'activité, les capacités et équipements et rassemblent les données en Equivalent Temps Plein (ETP) des personnels des établissements de santé publics et privés. **Elle rassemble des données administratives déclarées par les établissements.** Parmi les différents items des fiches de synthèse des établissements en consultation libre sur internet, nous avons principalement extrait des données sur le personnel des établissements de santé :

- Le nombre de praticiens exclusifs et non exclusifs des cliniques privées ainsi que le nombre d'ETP de praticiens.
- Le nombre de salariés par catégorie d'emploi ainsi que le nombre d'ETP dans chacune de ces catégories.

Outre ces informations, les taux d'occupation des établissements de santé ont été collectés ainsi que le nombre d'entrées et de journées des établissements en hospitalisation complète et partielle.

2.2.2.3. Les données collectées dans la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

En plus des informations comprises sur l'activité des établissements dans les fiches établissements mises à disposition sur le site internet Platines et dans la statistique annuelle des établissements, nous avons recueilli des informations extraites de la base de données du PMSI.

⁶⁸¹ Parmi toutes les maladies traitées dans les établissements de santé, les pathologies traceuses ont été retenues car elles sont fréquentes, facilement diagnostiquées et leurs prises en charge sont relativement codifiées.

Encart 10 - Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Initié par la Direction des hôpitaux en 1982, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), mis en place par le ministère chargé de la santé et collecté par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé. Le PMSI s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous la tutelle de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé.

Chaque séjour, enregistré dans le PMSI, donne lieu à un recueil d'informations qui permet de le classer dans un groupe homogène de malades (GHM). Un GHM rassemble des groupes de malades comparables par le diagnostic, les procédures médicales utilisées pour leurs soins et en dernier lieu, la quantité de ressources utilisées pour le soigner⁶⁸². Pour définir les GHM, le système a recours aux résumés de sorties standardisés (RSS) qui contiennent des critères d'identification des patients (âge, sexe, durée de séjour), les données médicales et les diagnostics traduisant le recours à l'hospitalisation, les principaux actes thérapeutiques effectués. C'est à partir de cette base de données que sont définis les GHM. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics et la classification commune des actes médicaux 2 (CCAM) pour les actes. Ainsi, cette méthode de classification des séjours permet de rendre compte de la diversité des pathologies traitées dans un établissement, des traitements qu'il met en œuvre ou des ressources que ces traitements mobilisent définissant ainsi le produit hospitalier par le binôme malade-soins et prestations effectuées pour lui pendant son hospitalisation.

Le PMSI permet des comparaisons d'activité entre les services médicaux ou entre les structures de soins. Dans le cadre de nos travaux de thèse, certaines informations contenues dans la base de données ont été recueillies pour tester deux hypothèses de recherche, l'impact de la spécialisation des cliniques privées et de la lourdeur des cas qu'elles prennent en charge sur leurs résultats financiers. A l'opposé des autres données récoltées sur les établissements, ces données extraites de la base PMSI ont été recueillies suite à la formulation de nos hypothèses de recherche. Le calcul de ces deux variables sera précisé ultérieurement dans ces travaux. Les données de la base 2006 du PMSI ont été extraites. La version 10 du groupage des GHM était alors en vigueur⁶⁸³.

Comme nous l'avons déjà signalé, deux chercheurs du centre de recherche auquel nous appartenons ont extrait les données de cette base nécessaires à la construction des deux variables.

2.3. *La construction d'une base recensant l'appartenance des cliniques privées à un groupe*

Au regard de la croissance de la taille et du nombre de groupes de cliniques privées, il nous a semblé essentiel de reconstituer une base qui recense l'appartenance d'une clinique privée à un groupe, la date d'acquisition de l'établissement, ainsi que les éventuelles opérations de fusions et regroupements d'établissements afin de mieux appréhender la concentration du secteur hospitalier et de tester l'impact de l'appartenance à un groupe sur les résultats financiers des cliniques privées.

Cette base de données a été reconstituée à partir d'articles de presse et de dépêches sur les cliniques privées publiés dans la presse quotidienne et collectés par nos soins depuis 2005 dans la base de données Factiva. Les dépêches publiées par l'Agence de Presse Médicale (APM) et par Hospimédia nous ont également apporté quelques informations sur les rachats, les cessions et

⁶⁸² TANTI-HARDOUIN N. (1996), *L'hospitalisation privée, Crise identitaire et mutations sectorielles*, La Documentation Française, p. 95

⁶⁸³ La classification des GHM a changé en 2006. Durant les mois de janvier et février, les GHM produits par les établissements étaient reclassés sous la version 9 de groupage. Les données extraites de cette base ont été retraitées selon le recodage proposé par l'Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les données du PMSI extraites pour l'année 2006 sont donc homogènes.

les regroupements de cliniques privées, de même que les sites internet des groupes de cliniques privées.

3. Les spécificités de l'étude empirique

Dans ces travaux, le choix est réalisé de mener une étude empirique dont les résultats intègrent ceux d'une étude complémentaire de type qualitative, des entretiens avec des dirigeants de cliniques privées performantes et non performantes, les analyses statistiques multivariées permettant d'expliquer la performance financière des établissements, mais pas de comprendre les résultats qu'elles apportent. Ceci nous confronte à la nécessité d'identifier quels sont les établissements financièrement performants et quels sont ceux qui sont non performants. Face à ce besoin, nous avons décidé de recourir à un indicateur synthétique de performance financière qui permette d'établir un classement des établissements et qui puisse également être utilisé comme variable à expliquer dans les statistiques. **Après avoir envisagé un recours à l'un des divers scores de défaillances des entreprises comme variable de synthèse de la performance financière des cliniques privées, nous avons finalement entrepris de réaliser un score de performance financière des cliniques privées de court séjour.**

L'élaboration d'un score de performance financière et l'intégration de résultats d'entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées sur le thème de la performance financière représentent les deux spécificités majeures de cette recherche par rapport aux études d'impact américaines.

Dans ce paragraphe, nous justifions, dans un premier temps, notre choix d'élaborer un score de performance financière qui soit propre aux entreprises du secteur hospitalier privé. Dans un deuxième temps, nous apportons des explications complémentaires quant aux attendus des entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées et quant à leur usage dans cette recherche. La méthodologie des entretiens y est également décrite.

3.1. L'élaboration d'un score de performance financière des cliniques privées de court séjour

Le recours à un indicateur synthétique de performance financière a pour fondement le besoin d'élaborer un classement des cliniques privées de court séjour en fonction de leur performance financière qui nous permette, par la suite, de sélectionner des établissements pour organiser des rencontres avec leurs dirigeants. Cet indicateur a également vocation à être employé comme variable à expliquer dans notre étude statistique.

La recherche d'un indicateur synthétique de performance financière nous a conduit à nous intéresser aux techniques d'analyse financière existantes en matière d'évaluation du risque de défaillance des entreprises⁶⁸⁴. Ce choix s'est expliqué par la forte analogie entre la mesure de ce risque et celle de la performance financière⁶⁸⁵. Par exemple, Lelogeais définit le risque de défaillance comme une classe particulière de la performance⁶⁸⁶ qui peut être évaluée par un indicateur synthétique recoupant un certain nombre de ratios financiers. En Finance d'entreprise, la méthode des scores permet de mesurer la vulnérabilité des

⁶⁸⁴ Le risque de crédit correspond au risque de ne pas être payé par un débiteur. COMBES-THUÉLIN E. (2009), "Comptabilité et risque de crédit", in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de Gestion et Audit*, Economica, 2^{ème} édition, pp. 413-423

⁶⁸⁵ Ibid., p. 413

⁶⁸⁶ LELOGEAI L. (2004), *Le rôle des variables qualitatives dans la détection précoce du risque de défaillance*, 13^{ème} conférence de l'AIMS, 25 p.

entreprises, celle-ci étant définie par Koenig, en 1984, comme « *La caractéristique d'entreprises dont le risque de défaillance est élevé si certains éléments surviennent* »⁶⁸⁷. Les banquiers américains ont été les premiers à construire et à utiliser des scores financiers, l'exemple le plus célèbre étant celui des *credit men*, une méthode consistant à attribuer une note globale aux entreprises à partir de trois critères, l'un d'eux étant financier et calculé à partir d'un score⁶⁸⁸. L'absence de soutien sur des fondements théoriques ou statistiques a conduit les chercheurs américains à développer d'autres méthodes plus sophistiquées⁶⁸⁹. L'encart suivant présente les grands principes méthodologiques de l'élaboration des scores de défaillance des entreprises qui font l'objet d'une utilisation courante par les organismes de crédit et les sociétés spécialisées dans la couverture du risque crédit.

Encart 11 - La méthode d'élaboration des scores de défaillance des entreprises

Le *scoring* est défini par comme « *une technique d'analyse destinée à diagnostiquer préventivement les difficultés des entreprises* »⁶⁹⁰. Ce diagnostic est réalisé à partir de la combinaison de ratios simples qui permettent de définir un indicateur synthétique : un score mesurant la vulnérabilité de l'entreprise en évaluant son risque de défaillance. Il est calculé à partir des états financiers des entreprises. Pour autant, notons que les spécialistes du développement de scores financiers tendent de plus en plus à recourir à des critères qualitatifs⁶⁹¹. Les premières études menées par des chercheurs américains à partir des années 1930 étaient des analyses discriminantes unidimensionnelles. Ces dernières ne tenaient pas compte des interdépendances entre les ratios testés. Le principal défaut de ces analyses a été mis en lumière par Beaver en 1966⁶⁹². Comme le notent Casta et Zerbib, « *La mesure du pouvoir discriminant d'un ratio n'a de sens que par rapport à un ensemble de ratios indépendants* »⁶⁹³. Les études multidimensionnelles, plus sophistiquées, développées par la suite ont permis de tenir compte des inter-relations entre les ratios. Elles consistent à rechercher un indicateur synthétique, un score, élaboré au moyen de *n* ratios considérés simultanément. Le score permet une comparaison globale, et non de ratios pris isolément. L'objectif de ces études reste le même, celui de déterminer les valeurs permettant de discriminer au mieux les populations d'entreprises à risque et les populations d'entreprises normales. Selon Edward Altman⁶⁹⁴, cette méthode permet de répondre à deux interrogations : connaître les ratios permettant de détecter une faillite potentielle et déterminer le poids accordé à chacun d'eux, ce poids étant défini de manière objective. Une fois les ratios définis et leur pondération établie, l'analyste calcule leurs valeurs pour une entreprise donnée et les compare à la valeur des ratios des entreprises ayant connu des défaillances. D'un point de vue méthodologique, les méthodes statistiques d'analyse discriminante sont privilégiées⁶⁹⁵. Ces méthodes regroupent des techniques destinées à décrire et à

⁶⁸⁷ La défaillance est entendue comme l'ouverture d'une procédure judiciaire ; d'après KOENING G., cité par COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, p. 452

⁶⁸⁸ La méthode des *credit men* évalue les entreprises selon trois critères :

- le critère de personnel évaluant la compétence du dirigeant ou de l'équipe dirigeante et du personnel en général (coefficient de pondération 40%) ;
- le critère économique : l'appréciation sectorielle de la conjoncture économique et son évolution dans l'environnement international (coefficient de pondération 20%) ;
- le critère financier : l'appréciation de la situation financière de l'entreprise (coefficient de pondération 40%). La méthode des ratios est mobilisée dans l'évaluation de ce troisième critère. Cinq ratios significatifs auxquels on attribue des coefficients de pondération sont retenus. Des valeurs types sont calculées à partir d'un échantillon d'entreprises d'un même secteur. La moyenne pondérée de ces cinq ratios donne une note synthétique qui permettra une analyse comparative d'une firme par rapport à celles de l'échantillon, la comparaison n'étant possible qu'avec les firmes de cet échantillon. L'élaboration de cet indicateur synthétique s'appuie sur l'expérience des banquiers, tant pour le choix de ratios significatifs que pour leur pondération.

⁶⁸⁹ CASTA J.-F et ZERBIB J.-P. (1979), "Prévoir la défaillance des entreprises ? ", *Revue Française de Comptabilité*, pp. 506-527

⁶⁹⁰ VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, p. 196

⁶⁹¹ LELOGEAIS L. (2003), "Un score sur variables qualitatives pour la détection précoce des défaillances d'entreprises", *Bulletin de la Banque de France*, n°114, pp. 29-46

⁶⁹² BEAVER W. (1967), "Financial Ratios as Predictors of Failures", *Journal of accounting research*, vol.5, pp. 71-111.

⁶⁹³ CASTA J.-F et ZERBIB J.-P. (1979), "Prévoir la défaillance des entreprises ? ", *Revue Française de Comptabilité*, pp. 506-527

⁶⁹⁴ ALTMAN E. (1968), "Financial Ratios, Discriminant Analysis and the Prediction of Corporate Bankruptcy", *The Journal of Finance*, pp. 589-609

⁶⁹⁵ LEBRATY J. et TELLER R., *Ingénierie du diagnostic global d'entreprise*, Éditions Liaisons, pp. 33 et s.

classer les individus d'une population caractérisés par un nombre important de variables⁶⁹⁶. Les ratios doivent permettre de reclasser correctement les entreprises à risque et les entreprises saines, ces deux groupes d'entreprises étant définis *a priori* par les chercheurs au moyen de données empiriques. Les ratios sont agrégés dans une fonction, appelée Z (« zêta ») qui permet d'attribuer à chaque entreprise de l'échantillon une note, le score. L'exemple le plus célèbre d'application de cette technique est le modèle de 1968 d'Edward Altman⁶⁹⁷. Suite au traitement statistique permettant de définir la meilleure combinaison linéaire de ces caractéristiques discriminant du mieux possible ces groupes, seuls sont retenus les ratios dont le pouvoir discriminant se vérifie sur toute la période. Par exemple, dans l'étude d'Altman, parmi les 22 variables retenues reclassées par l'auteur dans cinq thèmes d'analyse financière (liquidité, profitabilité, levier financier, solvabilité, ratios d'activité), seules 5 ont été retenues dans la fonction « Z » suite au traitement statistique.

En général, la formule Z a la forme suivante :

$$Z = a + \sum_{i=1}^n \beta_i X R_i$$

a = constante

R_i = les ratios

β_i = le poids relatif attaché au ratio *R_i* et *n* le nombre de ratios retenus

Selon que le résultat de la fonction pour une entreprise est proche ou éloigné de valeurs normatives déterminées sur un échantillon d'entreprises ayant connu des difficultés, on estime que l'entreprise étudiée a une certaine probabilité de connaître à moyen terme (entre 2 ou 3 années) des difficultés ou au contraire d'être saine. En définitive, il s'agit de comparer la situation d'une entreprise par rapport à une situation type.

Trois scores sont principalement observés dans la littérature. Il s'agit du score de la Banque de France, de celui de Conan et Holder et du score de l'AFDCC⁶⁹⁸. Ces derniers sont mis à jour annuellement.

Selon nous, les limites à un recours aux scores de défaillance des entreprises pour identifier les cliniques privées financièrement performantes et non performantes sont de natures diverses. En effet, les résultats des entreprises sur ces scores de défaillance des entreprises ne sont pas tous accessibles au grand public. Par exemple, les scores de la Banque de France ne sont diffusés qu'aux établissements de crédit et aux administrations à vocation économique. La base de données DIANE/COFACE recense les scores de l'AFDCC et le score de Conan-Holder dont nous aurions pu faire usage. Seulement, l'échantillon d'entreprises retenu dans l'élaboration de ces deux scores n'est pas spécifique au secteur de la santé, encore moins au secteur hospitalier de court séjour. De plus, les valeurs des ratios financiers composant les scores AFDCC et celui de Conan & Holder pour chaque établissement ne sont pas précisées dans la base de données DIANE/COFACE. Construire notre propre score de performance financière offre l'avantage de pouvoir tester l'importance du pouvoir explicatif des variables indépendantes sélectionnées pour répondre à nos hypothèses de recherche et, ainsi, de pouvoir comparer les résultats obtenus sur le score de performance financière à ceux obtenus sur les différents ratios le composant.

Ces limites expliquent notre choix de procéder au calcul d'un score adapté aux entreprises du secteur hospitalier privé qui soit, par conséquent, construit à partir d'une base de données financières spécifique. La construction de ce score a pour avantage d'assurer une plus grande homogénéité de la population en éliminant les différences structurelles des bilans et comptes de résultat des entreprises de divers secteurs d'activité et permet de choisir les ratios financiers le composant.

⁶⁹⁶ CASTA J.-F et ZERBIB J.-P. (1979), "Prévoir la défaillance des entreprises ? ", *Revue Française de Comptabilité*, p. 508

⁶⁹⁷ ALTMAN E. (1968), "Financial Ratios, Discriminant Analysis and the Prediction of Corporate Bancruptcy", *The Journal of Finance*, pp. 589-609

⁶⁹⁸ Le lecteur pourra se reporter au site internet (www.score3.fr) de Pouey International, un organisme de recouvrement de créances qui diffuse en ligne son propre score (conçu en 2005) ainsi que ceux de Conan-Holder (conçu en 1979) et de l'AFDCC (conçu en 1999).

Par ailleurs, la méthode d'élaboration de ce score de performance financière des cliniques privées se doit d'être différente de celle utilisée pour déterminer les scores de défaillance des entreprises. Les méthodes statistiques mobilisées par les analystes sont fondées sur des échantillons définis *a priori* à partir d'une information extracomptable, celle de l'ouverture de procédures de liquidation judiciaire. Ce classement initial permet ensuite, à l'aide d'une des méthodes statistiques de type discriminante (la régression logistique ou l'analyse discriminante de Fisher, par exemple), de déterminer une ou plusieurs fonctions score qui permettent d'obtenir le meilleur reclassement des entreprises au regard du classement initial. Cette méthodologie ne nous semble pas adaptée pour établir un score spécifique aux cliniques privées. Comme nous allons le constater dans la suite de ces travaux, la mise en place de procédures de liquidation judiciaire est rare dans ce secteur, les cliniques privées en difficulté faisant souvent l'objet d'un rachat avant qu'une procédure de sauvegarde ne soit lancée et que la liquidation judiciaire ne soit prononcée. Un score de performance financière des cliniques privées ne peut pas se fonder sur une sélection *a priori* de cliniques privées, ce qui suggère un recours à d'autres méthodes statistiques que celles proposées dans le cadre de l'analyse discriminante.

En revanche, il nous paraît intéressant de tenir compte de certains éléments de méthodes décrits par les auteurs des scores de défaillance d'entreprise de la Banque de France, notamment ceux s'inscrivant en amont des traitements statistiques en ce qui concerne, par exemple, le choix d'indicateurs financiers et les retraitements des données financières.

3.2. Une étude complémentaire « qualitatif » les résultats des statistiques : des entretiens menés auprès des dirigeants de cliniques privées

Les objectifs des entretiens sont précisés avant de procéder à la présentation de l'approche méthodologique retenue dans la conduite de ces entretiens.

3.2.1. Les objectifs des entretiens

Les études statistiques multivariées souffrent, selon nous, de plusieurs limites qui ont été relevées dans la conclusion du chapitre dédié à la présentation des études sur les déterminants de la performance financière des établissements de santé⁶⁹⁹. Les combinaisons de facteurs qui conduisent à des situations de performance et de non performance et les autres facteurs non testés par les chercheurs pouvant présenter une influence significative sur les résultats financiers des établissements, ne sont pas mentionnés ni discutés dans les publications. De plus, l'enjeu principal de nos travaux est d'expliquer la performance financière au moyen de régressions linéaires. Ne disposant pas d'autres « benchmark » que les résultats obtenus par les chercheurs américains pour évaluer ceux de nos propres travaux, les comparaisons avec les études américaines trouvant, selon nous, leurs limites dans les différences de contexte observables entre les deux pays, nous avons entrepris de réaliser une autre étude de type qualitative pour compléter les résultats des analyses statistiques. **Comme nous l'avons déjà mentionné, l'idée est de « qualifier » les résultats des analyses quantitatives.**

Les méthodes qualitatives de type transformatives telles que la recherche action et la recherche intervention se révélant incompatibles avec la neutralité du chercheur qu'appelle un positionnement positiviste⁷⁰⁰, nous employons l'une des méthodes dites contemplatives, en l'occurrence celle de l'entretien, pour mieux comprendre les résultats

⁶⁹⁹ Cf Titre 1, Chapitre 2, p. 79

⁷⁰⁰ AVENIER M.-J. (2008), "Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique", in GOTTELAND D. GAVARD-PERRET M.-L., HAON C., JOLIBERT A., *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris: Pearson Education, p. 33

des statistiques multivariées. Nous avons choisi d'interroger des directeurs de cliniques privées qui disposent des informations nécessaires pour répondre à nos interrogations sur les déterminants de la performance financière des cliniques privées. Par analogie à la modélisation qualimétrique proposée par Savall et Zardet⁷⁰¹, la forme qualitative de l'enquête qui a été conduite vise à restituer la richesse intrinsèque de l'objet complexe étudié et d'explicitier clairement le sens profond de la connaissance produite par les statistiques. De même que ces auteurs, nous supposons que le chercheur a une connaissance technique de la mesure et que le praticien a une connaissance technique qui lui permet de comprendre comment on génère et utilise les chiffres. **La recherche de combinaisons de facteurs conduisant à des situations de performance ou de non performance a impliqué que nous interrogiions des directeurs de cliniques privées classées parmi les premiers et les derniers établissements du classement des cliniques privées sur notre score de performance financière.**

Cette enquête a une double visée explicative et compréhensive. Elle poursuit l'objectif de comprendre le(s) sens de situations de gestion et de phénomènes et les relations de cause à effet⁷⁰². Comme le souligne Frédéric Wacheux⁷⁰³, la démarche qualitative a pour mission de repérer des similitudes et des différences entre les contextes pour donner du sens aux situations. Dans nos travaux, les entretiens réalisés auprès des dirigeants d'établissements ont pour objet de vérifier, comparer et approfondir les résultats de l'étude empirique.

Nous avons cherché au cours des entretiens à déterminer ce qui constitue selon les directeurs :

- **les déterminants majeurs de la performance financière des cliniques privées,**
- **les points de convergence et de divergence entre les résultats empiriques et l'avis des dirigeants cliniques privées,**
- **les combinaisons de facteurs expliquant pourquoi leurs établissements sont performants ou non performants financièrement.**

3.2.2. L'approche méthodologique des entretiens

Les entretiens sont de type semi-directif, cette méthode permettant, comme le notent Zavall et Zardet une très large expression des directeurs d'établissements. Ils sont dits semi-directifs en ce sens qu'ils ne sont ni entièrement ouverts, ni canalisés par un grand nombre de questions précises⁷⁰⁴. Nous avons fait le choix d'une démarche fondée sur l'étude d'un petit groupe d'établissements. Nous avons prévu d'interroger dix directeurs d'établissements : les cinq dirigeants de cliniques privées les plus performantes au regard du classement des établissements sur le score de performance financière et les cinq directeurs des cliniques privées les moins performantes sur ce score. **Nous avons rencontré des difficultés d'accès à notre terrain d'enquête, les réticences des acteurs pour répondre à nos interrogations étant fortes.** Suite à une première série de prises de contact infructueuses auprès des premiers et des derniers établissements du classement, nous avons décidé d'élargir la recherche aux établissements suivants du classement. Suite à une prise de contact avec une vingtaine d'établissements, nous avons décidé de faire appel au réseau de notre centre de recherche pour organiser des rencontres avec les directeurs d'établissements. **Via ce réseau, nous sommes parvenue à organiser des rencontres avec six directeurs dont les établissements figurent dans le premier et le dernier décile de notre classement** (les 46 premiers et les 46 derniers

⁷⁰¹ SAVALL H. et ZARDET V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion: Approche Qualimétrique, Observer l'objet complexe*, Economica, p. 103

⁷⁰² ATAMER T. et CALORI R. (2003), *Diagnostic et décisions stratégiques*, Dunod, p. 224

⁷⁰³ WACHEUX F. (1996), *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*, Economica, 290 p.

⁷⁰⁴ QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (1995), *Manuel de recherche en science sociale*, Dunod, 2^{ème} édition, p. 195

établissements sur notre score de performance financière). **Un premier entretien test a été réalisé avec un dirigeant d'une clinique privée de la région lyonnaise.** L'établissement qu'il dirige est classé à la 211^{ème} position. **Trois autres ont été réalisés auprès de directeurs dont les établissements sont performants. Les deux autres ont été organisés avec des dirigeants dont les établissements figurent parmi les 46 derniers établissements du classement** (Cf. tableau suivant).

Tableau 33 - Les cliniques privées étudiées

| Raison sociale | Groupe d'appartenance en 2009 | Classement sur score de performance financière | Disciplines | Nb de lits et places en 2009 ⁷⁰⁵ |
|------------------------|----------------------------------|--|-------------|---|
| <i>Clinique du Sud</i> | <i>Etablissement indépendant</i> | 211 / 463 | MCO | 184 dont 21 places |
| Clinique La Montagne | Sève | Parmi les 50 premiers établissements | MCO | 139 dont 29 places |
| Clinique de l'océan | Dynamic | Parmi les 50 premiers établissements | MCO | 258 dont 23 places |
| Clinique du Centre | Energie | Parmi les 50 premiers établissements | C | 68 dont 12 places |
| Clinique La Naissance | La Vie | Parmi les 50 derniers établissements | O | 28 lits |
| Clinique des Champs | Vitalité | Parmi les 50 derniers établissements | MCO | 92 dont 5 places |

Afin de faciliter la mise en perspective de ces expériences singulières et leur lecture transversale, *a posteriori*, nous avons cherché à cadrer de façon rigoureuse la méthode d'investigation, tant dans le choix des thèmes analysés que dans le déroulement des travaux. **Un guide d'entretien a été élaboré (Cf. annexe 1).** Il présente une liste de thèmes portant sur les déterminants de la performance financière que nous avons souhaité aborder au cours des entretiens dans un ordre quelconque, l'objectif étant de faire s'exprimer les directeurs sur ces thèmes. Cette liste nous a servi d'outil de contrôle pendant l'entretien.

La durée des entretiens a varié entre une heure et trente minutes et près de trois heures avec deux des six directeurs rencontrés. Cependant, au regard du temps imparti, nous n'avons pas obtenu avec chaque directeur des réponses détaillées sur chacune de nos hypothèses de recherche. Les dirigeants ont essentiellement présenté et discuté les facteurs qui leurs ont semblé importants pour expliquer la performance financière de leur(s) établissement(s).

Nous avons privilégié une prise de notes exhaustive pour chacun des entretiens, cette technique se trouvant, selon Savall et Zardet⁷⁰⁶, préférable à l'enregistrement magnétique. Les auteurs rapportent que l'enregistrement est souvent générateur de suspicions quant au caractère anonyme des entretiens et aux risques de mauvaise exploitation de ces entretiens. L'enregistrement contribue à diminuer la confiance et, par voie de conséquence, la fluidité d'expression et la spontanéité de la personne interrogée. Une prise de notes exhaustive présente l'avantage d'obliger le chercheur à se concentrer sur cet exercice, ce qui l'incite à restreindre sa propre prise de parole et permet, en retour, de maximiser celle de son interlocuteur. Lors de ces prises de notes, nous avons recherché l'exhaustivité maximale de l'écriture par rapport au texte oral et son authenticité par rapport aux mots ou expressions effectivement employés par l'interlocuteur. En effet, nous sommes consciente que la qualité du travail scientifique oblige à ne pas traiter ni transformer trop tôt ces informations primaires.

⁷⁰⁵ Le site internet Platines d'information sur les établissements de santé d'où sont extraites ces données, au moment où nous écrivons ces lignes, apporte les données de l'année 2009. Les données de l'année 2010 seront mises en ligne au cours de l'année 2012.

⁷⁰⁶ SAVALL H. et ZARDET V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion: Approche Qualimétrique, Observer l'objet complexe*, Economica, pp. 210-211

C'est là l'une des difficultés majeures que nous avons rencontrées dans ce travail de récolte de données.

Au-delà des principes généraux mentionnés précédemment, **nous avons élaboré, en amont du démarrage de l'étude, une grille commune d'analyse thématique**, qui nous a servi, en particulier, à structurer le contenu des notes prises durant les entretiens. Les réponses des directeurs sur chacune des hypothèses de recherche ont été reclassées dans un tableau. Nous avons classé les autres facteurs de performance dans un deuxième tableau et réalisé une synthèse des combinaisons de facteurs ayant conduit à des situations de performance et de non performance des établissements⁷⁰⁷.

Le principal avantage de l'enquête par entretiens est à rechercher dans la profondeur des éléments d'analyse recueillis qui fait défaut aux études statistiques. Pour autant, cette étude auprès des dirigeants de cliniques privées présente certaines limites propres aux recherches qualitatives⁷⁰⁸. **Le caractère faiblement reproductible de cette enquête et la difficulté de généralisation des résultats présentés sont ses principales limites. De plus, ces résultats sont soumis à la subjectivité du chercheur face à l'interprétation du discours des dirigeants de cliniques privées.**

Synthèse de la deuxième section

La recherche proposée s'organise autour de trois études, l'une d'entre elles revêtant un rôle central. Il s'agit d'une étude statistique d'impact qui est à l'image des études conduites par les chercheurs américains. Pour sa réalisation, nous privilégions la méthode statistique de la régression linéaire qui est celle la plus adaptée aux variables à expliquer et explicatives qui vont être testées puisqu'au regard des données dont nous disposons, celles-ci seront essentiellement de type continu, notamment les variables financières à expliquer.

Les données financières sur les cliniques privées ont été récoltées dans la base de données DIANE/COFACE. Après avoir procédé à divers retraitements de ces données, notre base définitive compte 463 établissements de santé privés, soit près de 75 % des cliniques privées en activité en 2006.

Les autres données sur les cliniques privées vont nous permettre de construire des variables explicatives de la performance financière des cliniques privées. Elles ont été principalement recensées dans les bases de données publiques sur les établissements de santé et contiennent des données sur l'activité et sur la qualité des soins des établissements. De plus, nous avons construit une base répertoriant l'appartenance des cliniques privées à un groupe et leur date d'acquisition à partir d'informations diffusées dans la presse.

Afin de mieux comprendre les résultats de cette étude statistique, nous avons décidé de mener une enquête complémentaire de type qualitative, des entretiens réalisés auprès de dirigeants de cliniques privées performantes et non performantes. Ces entretiens visent à connaître le point de vue des dirigeants sur nos hypothèses de recherche et à identifier quels sont, selon eux, les facteurs qui influencent la performance financière de leur établissement, et plus généralement ceux influençant les résultats financiers de l'ensemble des cliniques privées de court séjour. Le point de vue des directeurs sera confronté aux résultats de l'étude statistique.

Afin d'identifier quelles sont les cliniques privées performantes et non performantes, nous avons envisagé de recourir aux scores de défaillance des entreprises diffusés dans la base de données DIANE/COFACE, la défaillance d'entreprise représentant une classe particulière de performance des entreprises. L'absence de prise en compte des spécificités sectorielles des entreprises et l'absence de présentation des résultats des entreprises sur les principaux ratios composant ces scores dans la base de données DIANE/COFACE nous a conduit à élaborer un score de performance financière spécifique aux cliniques privées. La méthodologie

⁷⁰⁷ Cf. Annexe 2, p. 432

⁷⁰⁸ PRAS B. (1981), "Approche qualitative ou quantitative", *Economies et Société, Revue Sciences de Gestion*, n°2, pp. 175-178

retenue sera différente de celle des scores de défaillance des entreprises, la liquidation judiciaire des cliniques privées ne représentant pas, selon nous, un marqueur intéressant pour détecter les cliniques privées en difficulté financière.

Conclusion du troisième chapitre

Ce chapitre a présenté le design de recherche de cette thèse.

Nous avons clarifié la conception de la connaissance sur laquelle le travail de recherche repose. De même que les recherches américaines, l'étude proposée s'inscrit dans le courant dominant du positivisme. Cependant nous en retenons une vision plus nuancée, celle des post-positivistes qui considèrent qu'il n'est pas toujours possible de saisir pleinement et parfaitement la réalité dans sa globalité. Afin d'approcher au plus près notre objet de recherche, comme le recommandent les post-positivistes, une triangulation de plusieurs méthodes est proposée.

Le raisonnement général adopté dans cette recherche est de type hypothético-déductif. Nous proposons de mener une étude statistique portant sur un échantillon de cliniques privées de grande taille à partir des données diffusées sur les cliniques privées à l'échelon national. Cette étude vise à apporter une réponse à des hypothèses de recherche dont la formulation se fonde sur les études existantes publiées par des chercheurs américains. La construction de ces hypothèses tient également compte, d'une part, de la disponibilité de données diffusées à l'échelle nationale permettant de construire des variables pour les vérifier et, d'autre part, des spécificités du secteur hospitalier privé français.

Les données diffusées à l'échelle nationale sur les établissements de santé portent essentiellement sur la qualité des soins. Elle est mesurée par les résultats des établissements aux différentes démarches d'amélioration de la qualité des soins et par les spécificités de leur activité. Le choix de recourir à ces données a été coûteux en termes de temps de collecte. Le recueil des données financières a été beaucoup plus rapide. Cependant les retraitements réalisés sur les données brutes extraites de la base de données DIANE/COFACE se sont révélés fastidieux, notamment la phase consistant à comprendre quelles étaient les raisons expliquant l'absence de données financières pour certains établissements. Suite aux retraitements, la base de données nettoyée compte 463 cliniques privées de court séjour, soit près de 75 % des établissements de court séjour recensés dans la base Finess.

L'objectif de l'étude statistique est de chercher à construire une structure, une modélisation, celle de la performance financière des cliniques privées à partir des données collectées sur ces établissements. Nous privilégions la méthode de la régression linéaire qui apparaît la méthode statistique la plus adaptée, les variables à expliquer, dans nos travaux, étant des variables numériques et continues, les relations attendues entre les variables à expliquer et explicatives sélectionnées étant, d'autre part, de type linéaire.

Afin de mieux appréhender le phénomène de performance financière des cliniques privées, nous avons entrepris de mener une étude qualitative qui revêt un caractère complémentaire, son objectif premier étant d'approfondir les résultats des statistiques et de les comparer aux réponses apportées par les dirigeants de cliniques privées. Elle vise à définir quels sont les déterminants majeurs de la performance financière des cliniques privées selon les dirigeants et quelles sont les combinaisons de facteurs conduisant à une situation financière favorable ou défavorable. Pour identifier ces établissements, nous avons entrepris d'élaborer un score de performance financière propre au secteur hospitalier privé testé dans l'étude statistique en tant que variable à expliquer. Les autres indicateurs testés sont les indicateurs financiers composites de ce score.

Conclusion du premier titre

Arrivée au terme de ce premier titre, il nous semble judicieux de regarder les apports de la littérature pour nos travaux.

L'actualité de notre objet de recherche a été illustrée par une revue de littérature portant sur la performance en santé qui a montré que la hausse des dépenses de santé a conduit à une montée en puissance d'un impératif de performance du système de santé français et, par ricochet, des établissements de santé qui concentrent 44 % de la dépense de soins et de biens médicaux. Nous avons vu que la recherche d'une plus grande efficacité du système de soins passe par la recherche d'une meilleure efficacité organisationnelle des établissements de santé, ceci nous ayant conduit à nous interroger sur la notion de performance organisationnelle et sa mesure. Notre revue de littérature a montré que les chercheurs en théorie des organisations ont apporté de multiples définitions à la performance organisationnelle, celles-ci variant en fonction des objectifs de l'analyste. Nous avons ainsi souligné le caractère multidimensionnel, paradoxal et contingent de la performance.

En tant qu'évaluateur externe de la performance des cliniques privées, nous avons choisi d'inscrire nos travaux dans le modèle des buts, cette approche étant celle dominante en théorie des organisations. Nous considérons, de même que les auteurs s'inscrivant dans ce courant de pensée, que l'organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques, l'évaluation de la performance consistant, dès lors, à estimer dans quelle mesure l'organisation a atteint ses objectifs. L'hypothèse suivante est formulée quant à la nature de la performance des cliniques privées : nous considérons que la performance est un faisceau présomptif de preuves qui permet d'affirmer qu'un établissement de santé remplit de façon efficiente les missions qui sont les siennes. Nous avons vu que la première mission d'une clinique privée est de soigner. Cependant, à la différence des autres catégories d'établissements de santé (associations, hôpital public, *etc.*), une clinique privée, en tant que société du secteur marchand a également une vocation économique (procurer des biens et des services payants, créer du bénéfice ou des économies et les partager), ce qui nous a conduit au choix de mesurer la performance des cliniques privées par des indicateurs financiers. Cette mesure permet d'apprécier que les enjeux financiers d'une clinique privée en termes de résultats, de rentabilité et de financement sont bien respectés.

La littérature financière a souligné que l'analyse financière n'est pas une discipline dotée d'un corpus théorique propre. Si cette « boîte à outils » est à même de fournir une mesure de la performance, elle ne permet pas d'identifier quels en sont ses déterminants. Pour identifier ces facteurs de performance, nous nous sommes intéressée à une autre discipline du management, celle de la stratégie d'entreprise et à ses fondements à rechercher dans les travaux des auteurs de l'économie industrielle. Le cumul des recherches des économistes a abouti à la formulation du paradigme structure-comportement-performance qui énonce que le niveau de performance financière des entreprises d'un secteur d'activité donné dépend à la fois de la structure de ce secteur et du comportement des entreprises qui le composent, le comportement général de ces entreprises étant déterminé par la structure. Le lien de causalité univoque entre ces trois éléments a, par la suite, été critiqué et le modèle maintes fois remanié. Pour autant il représente un outil intéressant dans la conduite d'une étude sectorielle et c'est là son principal apport pour nos travaux.

Les auteurs en stratégie d'entreprise, en adaptant les travaux des économistes industriels, ont souligné la présence de deux facteurs majeurs expliquant la performance, non plus d'un secteur, mais des entreprises. Ils affirment qu'une entreprise pour être performante doit disposer d'un

avantage concurrentiel qui peut s'expliquer par sa position concurrentielle et par la détention de ressources inimitables. La portée très générale des études empiriques conduites sur le sujet apporte peu à notre recherche car elles ne procurent pas d'informations précises sur la nature des déterminants de la performance des entreprises. La littérature américaine spécifique au secteur de la santé donne quant à elle de nombreuses réponses. Une revue de littérature des recherches publiées depuis les années 1970 sur les déterminants de la performance financière des établissements de santé américains, ces derniers étant, depuis cette période, soumis à de fortes turbulences de leur environnement qui affecte leur performance financière et leur capacité à survivre, nous a permis d'identifier une série de facteurs de performance. Les résultats de ces études ont, pour leur part, mis en évidence la nécessité de veiller à bien choisir des indicateurs financiers qui conditionnent les résultats des analyses et la présence de divers facteurs identifiés comme ayant un impact statistique significatif sur les indicateurs financiers de performance. Outre l'identification de facteurs de performance, ces recherches offrent des repères méthodologiques sur lesquels appuyer nos travaux.

Le design de la recherche, présenté dans le troisième chapitre de ce titre, est largement inspiré des études d'impact américaines. Sous l'influence de ces travaux, nous avons décidé d'ancrer cette recherche dans le paradigme positiviste, c'est-à-dire dans le paradigme dominant des sciences de gestion qui conçoit une réalité objective du monde observé. Ceci nous impose de rester le plus neutre possible vis-à-vis de notre objet de recherche. Dans ce souci d'objectivité, une démarche de type hypothético-déductive a été définie qui vise à garantir la scientificité des résultats obtenus (vérifiabilité, confirmabilité et réfutabilité des hypothèses). Nous proposons de vérifier par les statistiques l'existence de relations simples et linéaires entre un nombre limité de variables sur un grand échantillon composé de 463 cliniques privées de court séjour, soit 75 % des établissements en fonctionnement en 2006. L'objectif de l'étude statistique est de chercher à construire une structure, une modélisation, celle de la performance financière des cliniques privées à partir des données collectées sur ces établissements. Cependant, avec la volonté de dépasser les limites des études américaines et d'approfondir la compréhension du phénomène de performance financière des cliniques privées françaises et des facteurs qui l'influencent, la recherche qui sera menée ne peut s'inscrire pleinement dans la posture épistémologique positiviste originelle, celle adoptée par les chercheurs américains. Notre point de vue converge davantage avec celui des chercheurs qui ancrent leurs travaux dans le courant du post-positivisme qui tend à « adoucir » les règles majeures du positivisme afin d'être plus à même de saisir des phénomènes sociaux complexes, tels que celui de la performance. Les deux approches se différencient sur un point essentiel : à la différence des positivistes, les post-positivistes acceptent (et même s'efforcent de construire) d'autres méthodes de collecte de données. Pour aller plus loin dans la compréhension de notre objet de recherche, nous avons décidé de conduire des entretiens auprès de dirigeants de cliniques privées financièrement performantes et non performantes. Cette enquête auprès des dirigeants a pour objet de mieux appréhender les résultats des statistiques par la confrontation du discours des dirigeants aux résultats des statistiques. Le besoin d'identifier les établissements financièrement performants et non performants nous a conduit au choix d'élaborer un score de performance financière propre au secteur hospitalier privé qui représente une deuxième spécificité de cette recherche par rapport aux travaux des chercheurs américains.

Hegel lorsqu'il s'exprime sur la philosophie précise que cette discipline s'inscrit dans le temps du recul, de la réflexion. Il souligne, « *Ce n'est qu'au début du crépuscule que la chouette de Minerve prend son envol* »⁷⁰⁹. De même, dans nos travaux, nous proposons au lecteur de découvrir, *a posteriori*, à partir de données existantes sur les cliniques privées diffusées sur une échelle nationale et à partir d'entretiens réalisés auprès de directeurs d'établissements visant à expliquer un niveau de performance passé de leurs établissements, quels sont les déterminants de la performance financière des cliniques privées. Cette étude est présentée dans le deuxième titre de la thèse.

⁷⁰⁹ HEGEL G.W.F. cité par COZIAN M., DEBOISSY F. et VIANDIER A., *Droit des sociétés*, LexisNexis, 24^{ème} édition, 856 p.

Titre 2. Étude empirique

« Lorsque vous pouvez mesurer ce que vous énoncez et l'exprimer en nombres, vous connaissez votre sujet ; lorsque vous ne pouvez pas le mesurer, lorsque vous ne pouvez pas l'exprimer en nombres, la connaissance que vous avez de votre sujet est maigre et insuffisante. »

Lord Kelvin

« Lemme I. – On fait dire à une statistique ce qu'on veut, à une condition : c'est qu'on évite de dire comment elle est faite.

Lemme II.- On ne demande comment une statistique est faite que lorsqu'elle prouve autre chose que ce qu'on désire.

D'où

Théorème : Quand vous désirez qu'une statistique vous renseigne, cachez soigneusement ce que vous voudriez qu'elle prouve. Car si on le sait, elle le prouvera et, puisqu'elle le prouvera, vous oublierez de demander comment on l'a faite. »

Auguste Detoef, *Propos de O.L. Barenton, confiseur*

Le premier titre de cette thèse a proposé une grille de lecture de la performance des cliniques privées. Nous avons montré qu'actuellement, la performance des établissements de santé représente un enjeu majeur pour les pouvoirs publics et que l'ensemble de la régulation du secteur hospitalier est organisé autour de ce concept. L'absence de recherches françaises publiées sur les déterminants de la performance financière des établissements de santé nous a conduit à étudier un autre référentiel, celui de la performance financière des établissements de santé américains. Grâce à cette revue de littérature ont été recensés de nombreux déterminants de la performance financière des établissements de santé. La diversité des résultats des chercheurs a, quant à elle, montré l'importance de la prise en compte des spécificités du contexte dans lequel la performance financière des hôpitaux est étudiée. L'approche méthodologique générale proposée pour répondre à la problématique de recherche de cette thèse se fonde essentiellement sur les travaux de ces chercheurs.

Dans le présent titre, nous déployons la méthode de recherche mise au point pour identifier les facteurs influençant la performance financière des 463 cliniques privées composant notre échantillon. Pour ce faire, nous allons, dans un premier temps, construire des hypothèses de recherche théoriques sur les déterminants de la performance financière des cliniques privées, ce choix étant influencé par les travaux des chercheurs américains. Dans leur formulation, nous tenons compte également des caractéristiques du secteur hospitalier privé et des données existantes diffusées à l'échelle nationale sur les cliniques privées de court séjour. Pour valider ces hypothèses, une étude d'impact statistique est proposée. Les résultats de cette étude seront confrontés à ceux d'entretiens réalisés auprès de dirigeants d'établissements de santé privés performants et non performants.

Ce titre se compose de trois chapitres.

Le premier chapitre, intitulé *Le contexte français : la régulation et ses effets d'impact*, montre que les cliniques privées évoluent sur un marché façonné par la régulation publique. Ses effets d'impact majeurs seront décrits.

Le deuxième chapitre, intitulé *L'identification et la conjugaison des effets « structure », « activité » et « management »*, présente les douze hypothèses testées dans cette recherche, celles-ci ayant été classées dans trois catégories d'effets définies par nos soins et inspirées des recherches existantes sur les déterminants de la performance financière des établissements de santé.

Enfin, le troisième et dernier chapitre de cette thèse, intitulé *La formulation d'un score de performance financière des cliniques privées*, a pour ambition de décrire le cheminement retenu dans l'élaboration du score de performance financière des cliniques privées et vise à confirmer statistiquement l'impact de variables explicatives sur les variables de performance financière à expliquer. L'objectif de cette analyse est de distinguer les prédicteurs marginaux de la performance financière des prédicteurs significatifs en procédant au test de six équations, chacune d'elle intégrant l'une des variables à expliquer (le score de performance et les cinq ratios financiers qui le composent) et l'ensemble des variables explicatives. Les résultats des statistiques sont confrontés au point de vue des directeurs de cliniques privées.

Chapitre 1 Le contexte français : la régulation et ses effets d'impact

Pour comprendre l'environnement dans lequel évoluent les cliniques privées, nous proposons de répondre à deux interrogations : quelles sont les spécificités du marché hospitalier privé commercial français ? Quels sont leurs impacts sur les conditions de base, la structure, le comportement et la performance financière du secteur ? Ainsi, c'est au prisme du paradigme structure-comportement-performance que nous proposons au lecteur de découvrir les grands traits caractéristiques du secteur hospitalier privé de court séjour.

La problématique des spécificités du marché de la santé a motivé l'émergence puis l'essor de toute une matière, celle de l'économie de la santé⁷¹⁰ dans les années 1960. Selon Henri⁷¹¹, certaines caractéristiques du marché de la santé « *compliquent tout singulièrement (bien qu'elles ne soient pas complètement indépendantes les unes des autres...) les propriétés économiques des échanges de soins, de leur production et de leur consommation* »⁷¹². En effet, l'existence d'un troisième intervenant, les pouvoirs publics, au côté des producteurs (les praticiens et les établissements de santé) et des demandeurs (les patients) complique la relation entre ces différents intervenants. Le régulateur public est à la fois payeur, régulateur et éditeur de règles, ce qui conduit les économistes de la santé à qualifier le bien santé comme un bien, par nature, sous tutelle⁷¹³. Comme le souligne Alain Coulomb⁷¹⁴, l'action des pouvoirs publics sur le marché se justifie essentiellement par le fait que la santé émerge comme un bien public. Les pouvoirs publics mènent deux actions distinctes, d'un côté en contrôlant le niveau des dépenses, de l'autre en cherchant à limiter toute rente, au sens de profit excédant un niveau normal des producteurs de soins justifié par la socialisation de la dépense *via* les prélèvements fiscaux. Pour cela, le régulateur public intervient sur le secteur hospitalier privé commercial à la fois sous la forme d'une régulation globale du montant de la dépense et sous la forme de la mise en place d'une tarification adaptée. La gestion des cliniques privées est rendue d'autant plus complexe que leurs volumes d'activité sont encadrés par la planification de l'offre de soins définie principalement au niveau régional, dans le cadre des schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS). Le système des autorisations limite les possibilités, pour un établissement, d'ouvrir et dans, de rares cas, de fermer des services de soins, de telles décisions ne pouvant être prises de façon unilatérale par ses dirigeants. La nécessité de la mise en œuvre de la planification de l'offre de soins repose sur les convictions suivantes des pouvoirs publics : l'existence d'une demande induite, l'existence d'effets d'expérience et de seuil dans la pratique médicale justifiant la concentration des moyens, notamment dans un contexte de pénurie de certaines spécialités médicales ; la recherche d'une répartition spatiale optimale des ressources pour faire face aux urgences et garantir l'équité dans la gestion des risques urgents ; l'existence d'effets d'échelle liés à une décroissance des coûts fixes avec le volume d'activité et à une meilleure utilisation des surcapacités requises pour faire face à une demande aléatoire. L'encadrement des tarifs et de l'activité conduit, en définitive, comme l'exprime Claude Le Pen, à une rentabilité « négociée » des cliniques privées⁷¹⁵.

⁷¹⁰ BARNAY T. et BEJEAN S. (2009), "Le marché de la santé: efficacité, équité et gouvernance", *Revue économique*, vol. 60 : n°2, pp. 233-237

⁷¹¹ HENRIET D. "Paiements prospectifs, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison", in *Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), Fondements théoriques et références bibliographiques*, pp. 1-8.

⁷¹² *Ibid.*, pp. 1-8

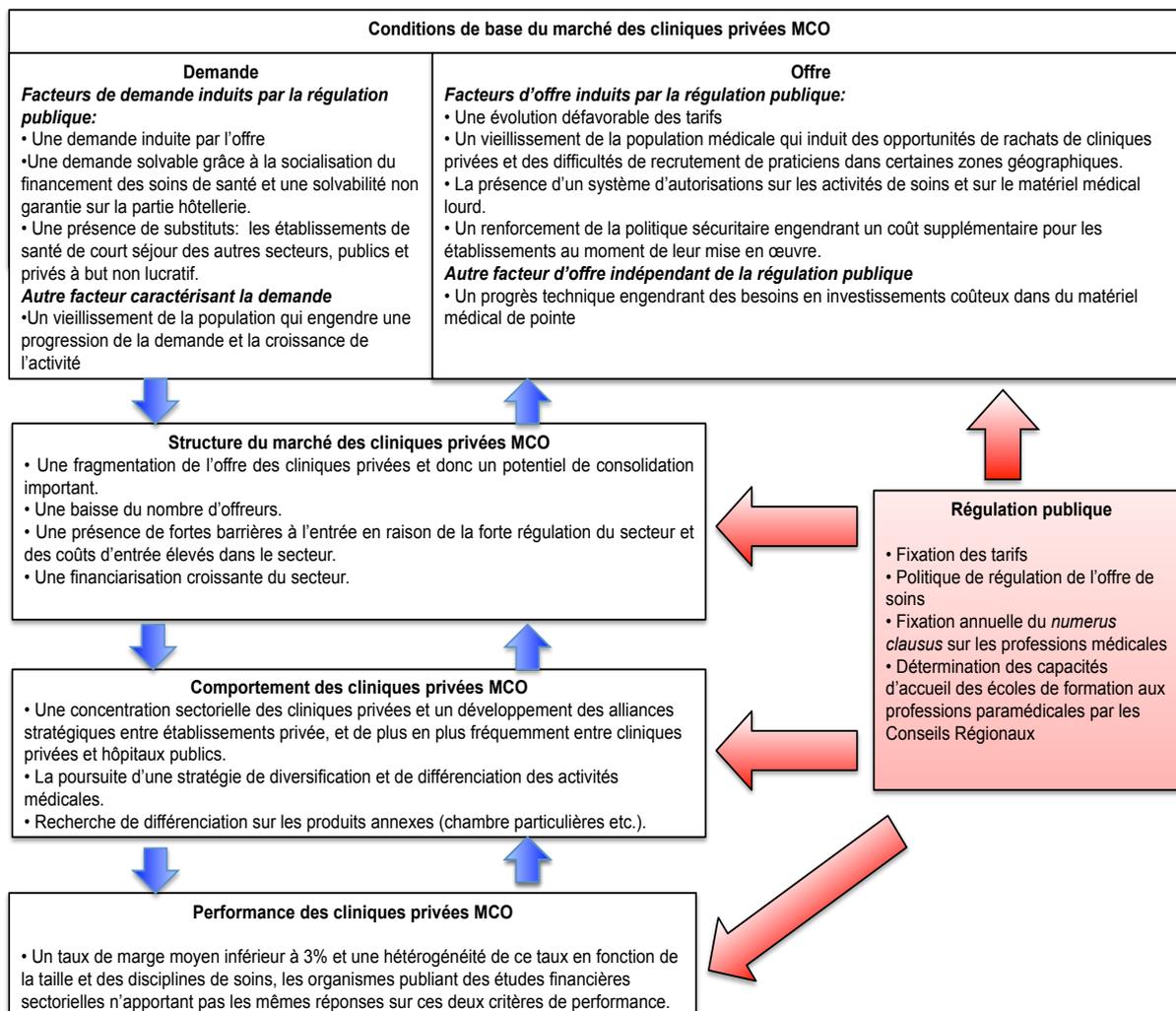
⁷¹³ HIRTZLIN I. (2006), *Économie de la Santé*, Edition Archetype Librairie, p. 34

⁷¹⁴ COULOMB A. (2007), "Médecine libérale et hospitalisation privée, Le modèle de gouvernance hospitalière en question", *Hospitalis*, n°3, p. 4

⁷¹⁵ LE PEN C., cité par CLAVERANNE J.-P. et PIOVESAN D. (2003), "La clinique, un objet de gestion non identifié", *Revue Française de Gestion*, n°146, pp. 143-153

Cette régulation par les prix et par les volumes façonne directement et indirectement la performance financière des établissements, les conditions de base du marché et, par ricochet, la structure du secteur hospitalier privé ainsi que le comportement des cliniques privées. La figure qui suit illustre l'influence de la régulation publique et présente les caractéristiques majeures du secteur hospitalier privé actuel.

Figure 11 - L'influence des pouvoirs publics sur les conditions de base, la structure, le comportement et la performance des cliniques privées de court séjour



La régulation et les évolutions des conditions de base du marché consécutives à l'intervention des pouvoirs publics et au progrès technique, mais également les caractéristiques de la structure du marché telle que la fragmentation de l'offre, ou encore la présence de fortes barrières à l'entrée sont des facteurs qui contribuent à la financiarisation croissante du secteur. L'entrée des capital-investisseurs dans le secteur hospitalier privé représente, selon nous, la principale évolution de la structure du secteur hospitalier privé observée ces dernières années. De plus, **les modifications des conditions de base et de la structure du secteur qui sont largement influencées par l'intervention des pouvoirs publics conduisent actuellement à la concentration du secteur.** Pour assurer la pérennité de leurs établissements, les dirigeants de cliniques privées optent, le plus souvent, pour une stratégie de croissance externe qui passe par la voie du rapprochement d'entreprises, l'importance du phénomène s'illustrant particulièrement par les opérations de fusions-acquisitions horizontales. On constate, dans une moindre mesure, un développement des

alliances stratégiques, celles formées entre établissements publics et privés qui sont de plus en plus fréquentes.

La problématique de la régulation publique du secteur, illustrée par l'encadrement tarifaire des cliniques privées et ses effets d'impacts sur la structure, le comportement et la performance des cliniques privées représente le point nodal de ce propos.

Deux temps rythment l'analyse du contexte dans lequel évoluent les cliniques privées proposée dans ce chapitre.

La première section, *Le poids de la régulation publique illustré par l'encadrement tarifaire des cliniques privées*, montre la prégnance de la régulation du secteur par les pouvoirs publics par l'analyse de l'impact de la principale contrainte qu'exercent les pouvoirs publics sur les entreprises du secteur, celle de la présence de tarifs administrés, sur le chiffre d'affaires et la rentabilité des cliniques privées. Les principaux rouages du système de financement des établissements de santé actuellement en vigueur seront introduits afin de mieux appréhender ses effets d'impact sur les résultats financiers des cliniques privées.

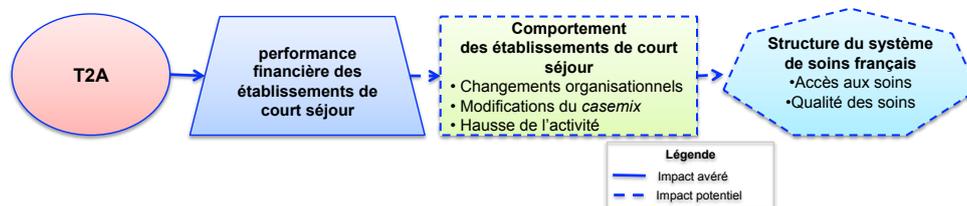
La section suivante de ce chapitre, *Les effets d'impact de la régulation*, a pour ambition de décrire les autres impacts directs ou indirects de la régulation publique sur la structure et le comportement des cliniques privées. Nous allons voir que l'environnement contraint dans lequel évoluent les cliniques privées, largement façonné par la régulation publique, a favorisé l'entrée des capital-investisseurs dans le secteur et qu'il dicte le comportement général des cliniques privées. Nous verrons que les rapprochements d'entreprises, représentant la principale voie de développement empruntée par les dirigeants, accroissent actuellement la concentration du secteur, un phénomène entamé depuis le début des années 1990 qui est également actuellement favorisée par la financiarisation croissante du secteur.

Section 1. Le poids de la régulation publique illustré par l'exemple de l'encadrement tarifaire des cliniques privées

Une des particularités de notre système de santé apparaît dans notre système de financement. Le marché des soins hospitaliers de court séjour est un marché imparfait puisque la théorie des prix ne peut être appliquée dans ce secteur, les tarifs des établissements de santé ne résultant pas d'un jeu concurrentiel et ne représentant pas le résultat de la confrontation entre l'offre et la demande de soins. Le financement de la santé est socialisé. Il est assuré par l'assurance maladie, celle-ci tirant une partie de ses recettes de la fiscalisation au travers de la CSG. Quel que soit le secteur, public ou privé, la rémunération des produits hospitaliers se traduit par des tarifs administratifs fixés par les pouvoirs publics qui représentent en moyenne 90 % du chiffre d'affaires d'un établissement de santé privé.

L'impact de la mise en place du système de financement de la tarification à l'activité (T2A) appliquée depuis 2005 au secteur des cliniques privées de court séjour, et, depuis 2008, à 100 % dans les établissements publics interroge les pouvoirs publics. En effet, la T2A, en influençant la performance financière des hôpitaux et cliniques privés, peut conduire à modifier leur comportement. A terme, ces modifications peuvent induire des changements dans la structure du système de soins français. Les effets potentiels de la mise en place d'un tel système ont été recensés dans la littérature étrangère de nombreux pays ayant expérimenté ce mode de financement avant la France.

Figure 12 - Les impacts potentiels de la T2A



Parmi les risques généraux pesant sur l'organisation du système de soins français, le rapport 2010 du Comité d'évaluation de la tarification à l'activité⁷¹⁶ recense :

- le risque de sélection des patients qui consiste, pour les établissements, à ne pas prendre en charge les patients les moins rentables. A long terme, de telles pratiques peuvent conduire les établissements à supprimer certains segments de leur offre de soins dès lors que ses dirigeants jugent certaines de ses activités insuffisamment rentables. Un tel système peut donc représenter une menace pour l'accès aux soins.
- le risque d'une inflation des admissions qui pourrait avoir des conséquences néfastes sur le niveau de qualité des soins fournis.
- le risque de falsification du codage pour bénéficier d'un financement plus avantageux, pratique dite de « *DRG Creep* » ou encore pratiques d'optimisation du codage des actes (*upcoding*).

De nombreuses enquêtes ont été lancées par le Comité d'évaluation à la T2A pour évaluer les impacts de la T2A. L'évolution de la performance financière et de l'activité des établissements

⁷¹⁶ Le comité d'évaluation a été supprimé en 2010 avec la disparition de la Mission tarification à l'activité (MT2A). La suppression de la MT2A engendre la disparition d'une autre instance associée, celle du Comité de suivi et de concertation de la T2A. Le groupe de travail sur la convergence et l'évolution des modèles, placé sous l'égide de la DGOS, constitue désormais l'instance unique de discussion relative au modèle de financement. Il est composé de deux représentants de chaque fédération hospitalière (FHP, FH, FLNCC, FEHAP) de la DGOS et de l'ATIH.

ainsi que les transformations organisationnelles entreprises par ces derniers représentent les thématiques majeures abordées dans ces études dont les principaux résultats intéressants les cliniques privées sont restitués dans une deuxième sous-section, intitulée *Les rouages du dispositif T2A, Quels impacts sur l'activité et la rentabilité d'exploitation des cliniques privées ?*

Afin de mieux appréhender ces différents impacts, il nous semble indispensable de présenter, au préalable, les grands principes de ce mode de tarification, dans un paragraphe intitulé *La T2A : un système de financement complexe et évolutif*.

1. La T2A : un système de financement complexe et évolutif

Le modèle de financement des établissements de santé de court séjour mis en place en France est largement inspiré du système de paiement prospectif des Etats-Unis instauré dès 1983⁷¹⁷. Ce système a également été adopté par de nombreux pays européens comme l'Allemagne, le Royaume-Uni, la Suède, l'Italie et l'Espagne. Cette sous-partie est dédiée à l'étude des spécificités du système de financement français. Dans un premier temps, la description des principes généraux de la tarification à l'activité est proposée. La suite des développements s'intéresse au processus de formation des tarifs, celui-ci s'inscrivant dans le cadre d'une convergence tarifaire intra et intersectorielle. Au cours de ces développements, nous montrons que les règles de la tarification des établissements ne sont pas stabilisées et qu'elles sont vouées à évoluer fortement, au moins jusqu'à une convergence totale intersectorielle.

1.1. Un financement mixte de l'activité des cliniques privées

Jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité, deux systèmes très différents assuraient le financement des établissements de soins :

- **la dotation globale (DG) pour les hôpitaux et les établissements PSPH⁷¹⁸**, soit une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative calculée et reconduite sur une base « historique » modulée du taux de croissance des dépenses hospitalières globales⁷¹⁹
- **une tarification mixte à la journée et à l'acte encadrée par l'objectif quantifié national (OQN) pour les cliniques et hôpitaux privés non PSPH⁷²⁰**. Ces établissements facturaient directement à l'assurance maladie les forfaits de prestations (rémunération de la structure), l'OQN assurant une régulation de type « prix/volumes » sur le montant de ces forfaits et des actes rémunérant les professionnels de santé libéraux.

Des effets indésirables dans chacun des modes de financement ont été constatés malgré une volonté politique de réduction des inégalités dans le financement des établissements de santé. Dans le secteur privé commercial, l'OQN manquait de transparence, et était jugé incomplet. L'opacité de ce système s'est illustrée notamment par des différences inexplicables des tarifs associés à un même acte d'une région à l'autre et à l'intérieur d'une même région⁷²¹. A ces différences s'est ajoutée, au fil des ans, une multiplication du nombre de forfaits facturés par ces établissements. Dans le secteur public et PSPH, le système de la dotation globale était faiblement lié à l'activité réalisée, ce qui a eu pour conséquence une reconduction presque à l'identique des niveaux de dotation qui conduisait à des rentes de situation ou, au contraire, à

⁷¹⁷ Cf. Titre 1, Chapitre 2, p. 88

⁷¹⁸ Établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

⁷¹⁹ Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation entre tutelle et établissement.

⁷²⁰ Établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

⁷²¹ KERVASDOUÉ (DE) J., cité par JACQUELOT (DE) S. « Une concurrence réelle doit s'exercer avec le secteur public. », *Le Quotidien du Médecin*, 1p.

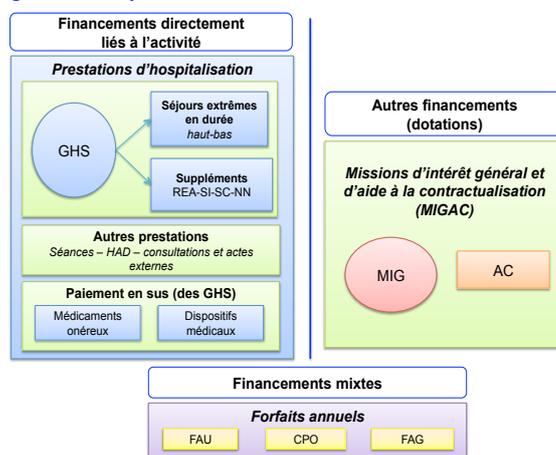
un sous-financement chronique de certaines structures. Ce mode de financement ne favorisait ni l'activité, ni les démarches innovantes.

Face aux insuffisances de ces systèmes de financement, il s'est révélé nécessaire de rémunérer les établissements en fonction des prestations qu'ils fournissent « *et non en fonction de la nature publique et privée* »⁷²². **L'article 25 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 portant loi de financement de la sécurité sociale pour 2004**⁷²³ a substitué aux modes de facturation, différenciés par statut juridique des établissements de santé, un nouveau système, dit de la tarification à l'activité (T2A) fondé sur une tarification à la pathologie, applicable à l'ensemble des établissements pratiquant une activité MCO, y compris les activités de dialyse et d'hospitalisation à domicile⁷²⁴. Les autres activités, les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie et les longs séjours demeurent actuellement financés selon le modèle de ressource antérieurement en vigueur.

Les dirigeants du secteur hospitalier privé à but lucratif ont d'emblée adhéré à la mise en place de ce nouveau mode de tarification⁷²⁵. Leurs représentants ont estimé que la T2A représentait un moyen de donner davantage de transparence et d'équité au système de financement. De plus, elle n'engendrait, dans ce secteur, qu'une simple « modification technique », puisque sous l'ancien système, une adéquation stricte existait entre la dotation et l'activité, sauf qu'elle était calculée en fonction du nombre de journées d'hospitalisation et de l'utilisation des salles d'opération. En effet, pour les cliniques privées de court séjour, le système de la tarification à l'activité procède d'un principe simple, celui de substituer aux forfaits dus pour la rémunération des prestations d'hospitalisation d'un patient, un forfait globalisé de prestations, « tout compris », déterminé en fonction de la pathologie et rémunéré par un tarif unique.

Le modèle mis en place est un modèle mixte. Au financement à l'activité s'ajoutent d'autres financements distribués sous forme d'enveloppe.

Figure 13 - Le système de tarification des établissements de santé



source : Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports

⁷²² LE PEN C., cité par HASENDAHL S., Hospitalisation privée : de plus en plus de cliniques craignent pour leur avenir, *Le Quotidien du Médecin*, 3 novembre 2000, 1 p.

⁷²³ La loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU avait permis le lancement d'une expérimentation de cinq ans débutée le 1^{er} janvier 2000 de « nouveaux modes de financement des établissements de santé, public et privés, basés sur une tarification à la pathologie (devenus « de nouveaux modes de financement fondés sur les activités des établissements »). Cet objectif a par la suite été repris en 2002 dans le plan « Hôpital 2007 » avec un champ couvrant l'ensemble des activités de court séjour en hospitalisation complète, de jour ou à domicile.

⁷²⁴ Les hôpitaux locaux ont intégré le champ de la T2A plus tardivement, en 2009.

⁷²⁵ DANIS K., cité par HUSINGER V. La T2A à l'épreuve du feu, Les cliniques converties, *Le Quotidien du Médecin*, 1^{er} avril 2005, 1 p.

Le système s'appuie sur un recueil médicalisé de l'activité au sein du PMSI. L'analyse des informations administratives et médico-économiques (diagnostics, actes réalisés, co-morbidités éventuelles, *etc.*) fournies par ce système d'information permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un Groupe Homogène de Malade (GHM). Chaque GHM se voit associé à un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire (le groupe homogène de séjour – GHS). Ces tarifs sont nationaux et sont publiés chaque année par arrêté du ministère de la Santé⁷²⁶.

La règle générale appliquée est qu'à chaque séjour correspond un seul GHS. Toutefois, quelques exceptions ont été introduites pour inciter les établissements à améliorer la prise en charge des patients et donnent lieu à des versements supplémentaires comme les séjours au sein des unités très spécialisées (réanimation, soins intensifs, surveillance continue et néonatalogie), dont les paiements sont calculés à la journée, ou encore, l'utilisation de certains dispositifs médicaux implantables (DMI)⁷²⁷ et molécules onéreuses (MO) caractérisés par un coût important et/ou une fréquence de prescription faible qui sont facturés en sus des prestations d'hospitalisation correspondantes. D'autres activités, les urgences, les transplantations d'organes et les greffes, sont considérées comme étant hors GHS et dépendent de financements distincts mixtes alliant des forfaits annuels et une évaluation du volume d'activité.

Enfin, les missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'une dotation forfaitaire. **Les missions d'intérêt général (MIG)**⁷²⁸ présentent une double caractéristique : elles sont difficilement rattachables à un séjour ou à un patient en particulier et doivent perdurer quel que soit le niveau effectif d'activité. A titre illustratif, le financement des SAMU et SMUR, les équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs, *etc.*), les actions de prise en charge de populations spécifiques (par exemple les détenus) entrent dans le champ des MIG. Cette enveloppe recouvre également les volets de missions d'enseignement, de recherche et référence et d'innovation (MERRI). **Les aides à la contractualisation (AC)** englobent, quant à elles, la participation à la définition et la mise en œuvre des politiques publiques comme l'accompagnement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) déterminant les orientations stratégiques majeures de l'établissement, et l'aide à la mise en œuvre des priorités de santé publique inscrites au sein des plans et programmes nationaux. Une part prépondérante de l'AC (plus d'un milliard d'euros en 2009) est accordée aux investissements qui représentent en moyenne près de 50 % de ces crédits⁷²⁹. Parmi les principaux vecteurs de financement des investissements figurent les plans hôpital 2007 et 2012.

⁷²⁶ MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (2011), *Manuel des groupes homogènes de malades*, 1^{ère} version de la classification, 2^{ème} révision (11c), Version 13.11c de la fonction groupage, mise à jour au 1er mars 2011, 482 p.

⁷²⁷ Les listes des DMI ne sont pas strictement identiques entre les deux secteurs du fait d'un très fort écart de traitement préalable à la réforme : ils étaient tous inclus dans la DG pour les établissements ex DG, alors qu'ils étaient tous facturés en sus dans le secteur ex OQN. Une convergence progressive est en cours. S'agissant des MO, sont principalement concernés : les médicaments de lutte contre le cancer, les facteurs de coagulation, les médicaments orphelins, certains antifongiques « couteux » et d'autres médicaments dérivés du sang. Les listes sont communes pour les deux secteurs d'hospitalisation. L'enrichissement des listes de dispositifs médicaux implantables et de médicaments onéreux est lié à l'apparition sur le marché de nouveaux produits alors que la réintégration dans les tarifs est motivée par un usage généralisé. L'ensemble de ces produits a *in fine* vocation à être réintégré dans les GHS.

⁷²⁸ Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale

⁷²⁹ COUR DES COMPTES (2009), "Chapitre VII La mise en oeuvre de la T2A: bilan à mi-parcours", *La sécurité sociale*, p. 205

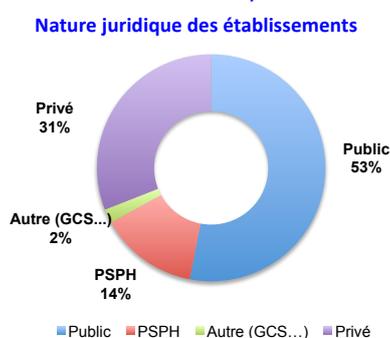
Encart 12 - Les plans hôpital 2007 et 2012

Le volet investissement du plan « Hôpital 2007 » lancé en 2003, a favorisé la mise à niveau du parc hospitalier. Son volume de 10 milliards d'euros a permis un investissement supplémentaire s'ajoutant à l'investissement courant des établissements. Le montant de l'accompagnement financier des établissements par l'Etat s'est élevé à 6 milliards d'euros. Dans la continuité de ce premier plan, le plan « Hôpital 2012 » vise le maintien, durant la période 2008-2012, d'un niveau d'investissement équivalent à celui de la période précédente. Deux cibles particulières sont visées dans le cadre du plan :

- L'accélération de la mise en œuvre des systèmes d'information orientés sur l'informatisation des processus de soins,
- Les mises aux normes de sécurité à caractère exceptionnel comme les mises aux normes anti-sismiques et les opérations majeures de désamiantage.

La conduite de l'instruction des dossiers rédigés par les établissements a porté, dans un premier temps, sur la sélection régionale des projets par les ARH. 735 dossiers sur 2000 ont été retenus au terme de cette première étape. Ces dossiers ont, par la suite, fait l'objet d'une sélection menée au niveau national par le comité national de validation (CNV) après expertise de la Mission Nationale Mission d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance Hospitalière (ANAPH).

Graph 1 - Statistiques Plan Hôpital 2012 : 1ère tranche (état au 10 février 2010)⁷³⁰



Les deux fenêtres de la première tranche du plan, ciblées sur les opérations de financement de l'immobilier et des systèmes d'information (SI), auront permis l'accompagnement de 633 dossiers validés (161 dossiers Immobilier, 472 dossiers Systèmes d'Information) pour un montant global d'investissements de 4,5 milliards d'euros subventionnés à hauteur de 48 % en moyenne⁷³¹. Le secteur privé a représenté 31 % du nombre de dossiers pour 13 % des montants d'investissement et 10 % des subventions octroyées. Pour sa part, le secteur public a constitué 54 % du nombre de dossiers pour 76 % des montants d'investissement et 80 % des subventions.

Les dotations MIGAC sont très fortement concentrées sur le secteur public et leur montant est variable selon les établissements⁷³². En 2009, 1,3 % de la dotation MIGAC, soit 102 millions d'euros, ont été alloués aux cliniques privées (établissements ex-OQN), contre 1 % de cette dotation en 2008⁷³³. Les auteurs du rapport concluent qu'il s'agit donc d'une part marginale, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où la notion même de MIGAC correspond majoritairement à des missions non prises en charge dans les établissements privés.

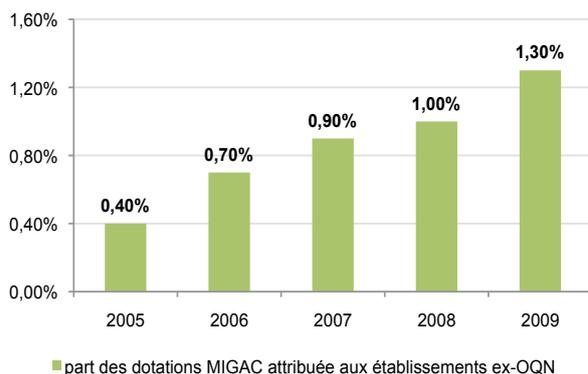
⁷³⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, Présentation des opérations retenues au titre du plan Hôpital 2012, Dossier de Presse du mercredi 10 février 2010, Données de l'Observatoire des Systèmes d'Information en Santé

⁷³¹ Cette aide est assurée d'une part sous forme de subvention d'investissement versée par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour un montant d'1,2 milliards d'euros et sous forme d'aide en fonctionnement couvrant le coût du recours à l'emprunt (3,8 milliards d'euros). Ce dispositif est complété, à hauteur de 2 milliards, par les prêts à taux préférentiels de la Caisse des Dépôts et Consignations.

⁷³² HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2006), Avis sur la tarification à l'activité (T2A) et la convergence tarifaire des établissements de santé (MCO), 8 p.

⁷³³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2010c), Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé, 86 p.

Graph 2 - Part des dotations MIGAC attribuée aux établissements ex-OQN



source : Direction Générale de l'Offre de Soins

Dans un souci de transparence des financements, la loi HPST du 21 juillet 2009 a précisé le contenu des quatorze missions de service public et les conditions de leur attribution aux établissements de santé⁷³⁴. Deux missions, exercées par les établissements privés devraient donner lieu à des versements complémentaires en 2011 : la formation des internes (hausse estimée à 1 % de leur part de financement MIGAC) et la participation à permanence des soins hospitaliers (PDSH), activité actuellement financée sur l'enveloppe « soins de ville » qui devrait faire l'objet d'un transfert vers la dotation MIG.

1.2. Une convergence tarifaire intersectorielle facilitée par une déconnexion entre les coûts des prestations et leurs tarifs

Dans ce modèle de financement, les tarifs des cliniques privées demeurent, comme dans l'ancien système encadrés par l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (Ondam). Ils sont peu à peu modifiés selon le principe « à prestation égale, tarif égal » pour atteindre une convergence, dans un premier temps intra-sectorielle, puis, à termes, inter-sectorielle. Pour faciliter la transition entre ces deux modes de financement, la réforme a prévu un certain nombre de dispositifs, notamment celui des coefficients correcteurs favorisant une mise en œuvre progressive de la réforme. Le mode de fixation des tarifs et le processus de convergence tarifaire sont décrits dans les développements suivants.

1.2.1. Une dynamique de financement évoluant dans un cadre contraint par l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (Ondam)

La construction tarifaire a pour objectif d'adapter au mieux les ressources hospitalières à la typologie de l'activité et, par conséquent, à l'évolution de la demande en soins de la population⁷³⁵. Depuis 2009, elle s'appuie sur les données en coûts de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune pour les secteurs publics et privés (ENCC), dans la limite de la masse tarifaire définie dans le cadre de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). L'ENCC est conduite par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) auprès d'établissements des deux secteurs (52 établissements ex-DG et 17 ex-OQN pour 2009)⁷³⁶.

⁷³⁴ Notons que le champ des missions de service public et celui des missions d'intérêt général ne sont pas identiques même s'ils se recoupent. Par exemple, les MIG portent également sur le financement des plans de santé publique.

⁷³⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2010b), *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*, Paris, 56 p.

⁷³⁶ Ibid., p. 14

Figure 14 - L'étude nationale des coûts (ENC) du secteur ex-OQN : développement de l'outil et limites

Tandis que l'étude nationale des coûts (ENC) des hôpitaux publics et PSPH a été lancée en 1992 (circulaire DH/PMSI/92 n°08 du 28 février 1992), la première ENC dans le secteur privé non PSPH a été conduite, suite à la mise en place de la T2A, en 2006 et a porté sur les données 2004 et 2005 des cliniques privées. Cependant, dès 1998, suite à la généralisation du PMSI dans le secteur privé en 1996, ont été engagés les premiers travaux d'élaboration d'une étude de coût par GHM des cliniques, conduits sous l'égide de l'Association pour le développement de l'information médicale dans les établissements d'hospitalisation privée (ADIMEHP)⁷³⁷. Cette étude a été lancée suite à la création par la Mission PMSI d'un comité technique « Echelle commune » en 1997. La démarche engagée a visé à assurer une cohérence entre les études de coûts menées dans chacun des deux secteurs. Quarante-quatre établissements ont été sélectionnés parmi quatre-vingt-cinq établissements volontaires sur des critères de qualité du système d'information et de représentativité minimale de l'échantillon notamment en terme de *casemix*, de taille d'établissement et de représentativité minimale de l'échantillon.

Suite à cette première expérience, la DHOS a engagé un cabinet de conseil afin d'élaborer une autre étude dont la méthodologie soit commune à celle mobilisée dans les établissements publics. Cinquante-deux établissements volontaires ont été sélectionnés suivant des critères de représentativité et en fonction de leur capacité à suivre la démarche. Au terme de cette étude quarante-et-un établissements ont pu fournir des données sur l'année 2004 et quarante-deux pour l'année 2005. Parmi eux, trente-cinq établissements ont pu fournir des données pour les deux années. Les résultats de l'étude ont été remis au ministère en 2006 qui a, par la suite mandaté l'ATIH pour réaliser une évaluation technique du travail réalisé par le cabinet de conseil. Malgré des insuffisances méthodologiques, l'étude a permis à l'ATIH de renforcer son système de contrôle et d'accompagnement des établissements dans le cadre de la première Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) réalisée sur les données 2006 des établissements. La méthodologie de réalisation est identique à celle du secteur anciennement sous Dotation globale, mais l'étude est réalisée sur une sélection indépendante d'établissements privés. Quarante-trois établissements ont été sélectionnés dans le secteur privé ex-OQN, l'échantillon finalement exploitable comportant trente-deux établissements constituant une base de données de 637 394 séjours et séances (dont 13 % de séances), soit à peine plus de 7 % des séjours et séances inclus dans la base nationale des établissements privés. Cette analyse plus avancée des référentiels de coûts public et privé à partir de l'ENCC sur les données 2006 montre que les séjours par GHM dans la base ENCC est très proche de la distribution constatée dans la base nationale PMSI (population statistique de référence) pour la même année. Pour les établissements privés ex-OQN, les 10 % de GHM concentrant le plus de séjours regroupent trois quarts des séjours dans la base nationale comme dans la base ENCC. Sur l'ensemble des GHM, les données de coûts proviennent, en moyenne, d'un peu plus de 16 établissements pour les établissements ex-OQN. Rien ne garantit la représentativité de l'échantillon. Les coûts moyens calculés ne sont, par conséquent, que des estimateurs des coûts moyens « réels » mais inconnus de l'ensemble des séjours pris en charge par l'ensemble des établissements du territoire. Ces estimateurs sont sensibles aux caractéristiques des établissements sondés. Consciente de certaines limites de l'ENCC, notamment de sa représentativité, l'ATIH procède chaque année à des ajustements sur la base ENCC afin de l'améliorer. La base ENCC subit par exemple une opération de trimmage permettant d'éliminer les *outliers* statistiques, c'est-à-dire les séjours dont les coûts sont qualifiés d'extrême, soit au contraire parce qu'ils sont plus faibles. Dans le cadre de l'ENCC 2008 réalisé sur les données 2006, cette opération de trimmage a conduit à éliminer 1,1 % des séjours de la base ENCC ex-OQN. La deuxième étape consiste à redresser statistiquement les données de la base (chacun des GHM) de manière à réduire la variabilité entre les coûts moyens estimés et les coûts moyens réels en pondérant le poids des séjours en fonction de la durée totale des séjours, la durée de passage en réanimation et le nombre d'actes réalisés.

source : CAPGRAS J.-B. (2009). *Le programme de médicalisation des systèmes d'information (1982-2009), Anamorphose et métamorphoses d'un dispositif de gestion. Thèse de Doctorat en Sciences de gestion. Graphos. Université Jean Moulin Lyon 3, pp.149-158*

Le calibrage des tarifs n'est pas directement issu des données des coûts. Ainsi, en France les coûts moyens déterminés par l'ENCC ont seulement pour objet d'« éclairer » les tarifs, ces derniers n'étant pas directement alignés sur les coûts constatés, système retenu dans d'autres pays. Cependant ils constituent le premier matériau utilisé dans le processus de construction tarifaire⁷³⁸. En réalité, c'est le niveau de l'ONDAM, construit chaque année en intégrant un effort d'économie dans un objectif de recherche d'efficience, qui détermine celui des tarifs. Les dépenses relatives à la T2A figurent dans le premier sous-

⁷³⁷ L'ADIMEHP a fusionné en 2002 avec le Bureau de l'assurance qualité de l'hospitalisation privée (BAQHP) pour devenir le Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP). Fondé par la Fédération de l'Hospitalisation Privée, BAQIMEHP a pour mission de contribuer et de participer à l'élaboration et au développement :

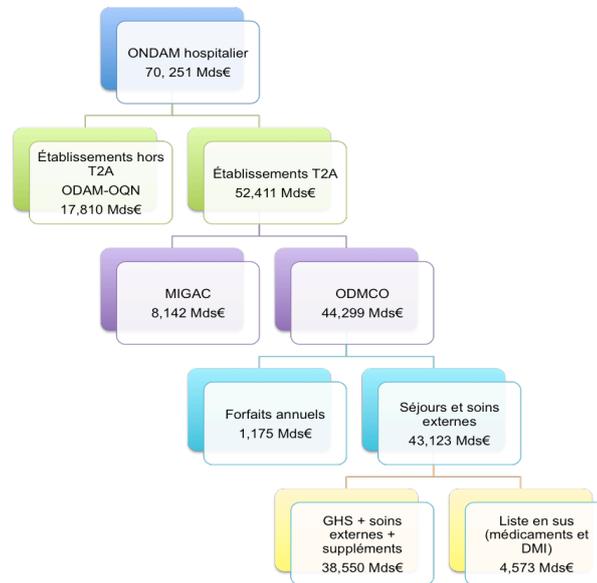
- d'une politique commune d'évaluation de la qualité des soins et des activités des établissements hospitaliers privés,
- d'une information médico-économique propre à l'Hospitalisation Privée, en concourant notamment à l'élaboration des programmes de médicalisation des systèmes d'information,
- et d'émettre toute proposition utile à la défense des établissements hospitaliers privés en ces domaines, tant auprès des pouvoirs publics que des organismes ou institutions privés et publics.

Le bureau assure, en outre, l'information et la formation des professionnels de l'hospitalisation privée et assure le suivi des établissements privés, par exemple, sur les conditions et conséquences de l'application des modes d'accréditation proposés ou mis en œuvre par les pouvoirs publics et les démarches qualités.

⁷³⁸ OR Z. et RENAUD T. (2009), "Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A): Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères", *Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES)*, 25 p.

objectif de l'ONDAM. Ces dépenses T2A sont constituées de deux blocs principaux donnant lieu chaque année à la fixation par arrêté de deux objectifs de dépenses d'assurance maladie communs aux secteurs public et privé. Le premier, relatif aux dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO), rassemble les financements rémunérant l'activité de soins. Le second détermine le niveau de la dotation MIGAC.

Figure 15 - Répartition de l'ONDAM hospitalier (campagne tarifaire 2010)



source : Ministère de la Santé et des Sports, Rapport 2010 au parlement sur la tarification à l'activité, p.9

Malgré une liste de GHM/GHS commune (hormis certaines activités soumises à autorisation qui sont exclusivement du domaine public comme les transplantations d'organes, les greffes de moelle et le traitement des grands brûlés), **le tarif diffère si l'on se place dans le secteur ex-DG ou ex-OQN**. L'une des différences majeures résulte du fait que les tarifs du secteur ex-DG intègrent la rémunération des médecins dans les tarifs des GHS. **Dans les cliniques privées, le paiement des honoraires des praticiens libéraux intervient en sus des tarifs des GHS privés.**

1.2.2. Les dispositifs de convergence progressive intra et inter sectorielle des tarifs

Dans le secteur ex-OQN, le passage à la T2A a été réalisé à 100 % en mars 2005, tandis que dans le secteur ex-DG, la mise en œuvre a été progressive, ceci ayant conduit au maintien d'une Dotation annuelle complémentaire (DAC)⁷³⁹. Afin de lisser dans le temps l'impact de la réforme et de ses effets sur le fonctionnement du système de santé, la démarche de convergence tarifaire intra-sectorielle a été réalisée au moyen d'un coefficient correcteur appliqué, depuis 2005 aux établissements ex-OQN et depuis 2008, année du passage à 100 % à la T2A pour les établissements ex-DG⁷⁴⁰. Pour les établissements privés, ce coefficient correcteur, dont la base de référence est le PMSI 2002, se compose des trois éléments suivants :

- **le coefficient de transition** : il mesure la sur ou sous-dotation initiale d'un établissement par rapport au financement de son activité aux tarifs nationaux et va

⁷³⁹ En 2004, 10% de l'activité des établissements anciennement sous dotation globale ont été financés à l'activité pour atteindre 100% en 2008, au lieu d'une convergence initiale à 100% prévue pour 2012.

⁷⁴⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2010a), Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire, p.1

converger vers 1 pour l'ensemble des établissements au plus tard en 2012. Ces coefficients ont été calculés et affectés de manière définitive à chaque établissement.

- **le coefficient de haute technicité** : propre au secteur ex-OQN, ce coefficient a été appliqué jusqu'en 2008 en majoration des tarifs des GHS et des suppléments qui étaient classés en « soins particulièrement coûteux en chirurgie » (environ 400 établissements⁷⁴¹).
- **le coefficient géographique** : il tient compte des surcoûts salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques. A la différence du coefficient de transition et de celui de haute technicité, celui-ci sera maintenu après 2012.

Le coefficient est supérieur à 1 pour les établissements dont les tarifs historiques sont supérieurs aux tarifs nationaux et il est inférieur à 1 dans le cas contraire (principe dit de l'« iso-budget »). Par exemple, un établissement qui dispose d'un ancien tarif supérieur de 20 % au nouveau tarif a un coefficient de 1,2 la première année. L'ATIH, recensait 43 % des établissements publics et 55 % des établissements privés *a priori* perdants⁷⁴². En 2010, 90 % de la convergence intrasectorielle a été réalisée dans le secteur ex-DG et 86 % dans le secteur ex-OQN.

Pendant cette période de transition, le législateur a également prévu un processus de convergence intersectorielle des tarifs à l'horizon 2018⁷⁴³ (celle-ci était initialement prévue pour 2012 pour éviter des effets de revenus excessifs aux établissements perdants sur les deux processus), et cela « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* »⁷⁴⁴. Auparavant ciblée sur les tarifs du secteur privé considéré comme plus efficient par l'IGAS⁷⁴⁵, au regard de la supériorité de certains GHS du secteur privé sur ceux du public, **depuis la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2011, la convergence est désormais ciblée sur le tarif le plus efficient des deux secteurs**. Cette convergence intersectorielle pose des difficultés qui sont issues des écarts de champs (missions et activités des établissements) et de la nature différente des charges entre les deux secteurs (exemple des honoraires médicaux exclus des tarifs des établissements ex-OQN⁷⁴⁶). Au delà des difficultés techniques, se posent également des questions d'ordre conceptuel et politique relatives à la régulation de l'offre de soins en France⁷⁴⁷. Sa mise en œuvre a été entamée en 2010. Cette année-là, les pouvoirs publics ont tenté l'expérimentation d'une « convergence ciblée » sur une liste de 35 GHM pour lesquels les tarifs ont fait l'objet soit d'un rapprochement, soit d'une convergence totale entre les deux secteurs. La convergence sur ces GHM a représenté un montant de 150 millions d'euros d'économies intégrées dans l'ONDAM 2010. Pour l'année 2011, la convergence entre les deux secteurs tarifaires a été actée sur une soixantaine de GHS. Le principe de convergence n'intervient que sur les tarifs du secteur ex-DG qui doivent converger avec ceux du secteur ex-OQN après prise en compte des honoraires, y compris les dépassements.

⁷⁴¹ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2006), *Avis sur la tarification à l'activité (T2A) et la convergence tarifaire des établissements de santé (MCO)*, 8 p.

⁷⁴² COUR DES COMPTES (2009), "Chapitre VII La mise en oeuvre de la T2A: bilan à mi-parcours", *La sécurité sociale*, pp. 171-212

⁷⁴³ L'échéance est inscrite dans la LFSS de 2010. Pour protester contre le report de 2012 à 2018 de l'achèvement de la convergence des tarifs, la FHP-MCO avait annoncé en mai 2009 qu'elle se retirait des travaux de l'ENCC. Sur la cinquantaine d'établissements qui participaient à l'ENCC en MCO, seules huit ont continué à transmettre leurs données. Le syndicat a appelé ses adhérents à reprendre leur participation en décembre 2010.

⁷⁴⁴ Elle est définie par la loi de financement de la sécurité sociale de 2004 (VII de l'article 33)

⁷⁴⁵ ABALLEA P., BRAS P.-L. et SEYDOUX S. (janvier 2006), *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public/privé*, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 99 p.

⁷⁴⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2010a), *Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire*, p. 2

⁷⁴⁷ DE POUVOURVILLE G. (2009), "La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés: mission impossible?", *Regards croisés sur l'économie*, n°5, pp. 181-190.

Les principes directeurs du système de tarification des établissements de santé présentés, nous nous intéressons à l'impact des rouages de la T2A sur la gestion des cliniques privées.

2. Les rouages du dispositif T2A : quels impacts sur l'activité et la performance d'exploitation des cliniques privées ?

Comme nous l'avons mentionné en introduction de cette section, de nombreuses études ont été entreprises afin de déterminer les impacts de la T2A. Parmi celles-ci, les résultats des enquêtes sur les impacts organisationnels (l'enquête changement organisationnels et informatisation (COI) menée par la Drees⁷⁴⁸ et une étude conduite par Pépin et Moisdon sous l'égide de la Drees⁷⁴⁹, démontrent que **les modifications organisationnelles entreprises suite à la mise en place du nouveau système de tarification au sein des cliniques privées ont été mineures**. Elles ont principalement concerné le processus de facturation et son système d'information. L'enquête COI montre qu'une clinique privée sur deux s'est trouvée dans la nécessité d'adapter son système d'information. En effet, dans **le système T2A, les données requises pour la facturation sont plus riches que celles requises dans l'ancien système**⁷⁵⁰. Le rassemblement de toutes ces informations a engendré dans certains établissements des retards dans la facturation et des rejets important des caisses primaires d'assurance maladie lors de la mise en place de la réforme qui, *in fine*, ont causé de graves problèmes de trésorerie à certains établissements. Pépin et Moisdon⁷⁵¹ précisent que dans l'une des deux cliniques privées qu'ils ont enquêtées, le taux de rejet par la Sécurité sociale a été de 40 % à 45 % au moment de la mise en œuvre de la T2A.

⁷⁴⁸ CORDIER M. (2009), "Enquête - Changements organisationnels et informatisation - dans le secteur de la santé - COI-H", *Document de travail*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat, Ministère de la Santé, et des Sports, 182 p. et CORDIER M. (2008), "Hôpitaux et cliniques en mouvement", *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.

⁷⁴⁹ PEPIN M. et MOISDON J.-C. (2010), "Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Evaluation qualitative auprès de huit établissements.", *Dossiers solidarité et santé*, Paris, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat, 120 p.

⁷⁵⁰ Chaque établissement, pour pouvoir facturer ses services aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) se doit d'assurer la synchronisation des deux processus, l'un concernant le dossier médical, l'autre le dossier administratif. Ce processus de transmission est alourdi par l'envoi de copies papier de tous les documents aux caisses, obligeant ainsi les cliniques à de lourdes manipulations et complexifié par l'interdiction de procéder à des compléments de facturation sur un dossier déjà facturé.

⁷⁵¹ PEPIN M. et MOISDON J.-C. (2010), "Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Evaluation qualitative auprès de huit établissements.", *Dossiers solidarité et santé*, Paris, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat, 24 p.

Des cliniques mal préparées en manque de trésorerie

A titre illustratif des problèmes de trésorerie des cliniques nous pouvons également citer l'exemple de la clinique de Champeau de Béziers relaté dans un article du Quotidien du médecin. Le directeur de cette clinique rapporte que la banque de la clinique a cessé de la financer parce qu'elle avait un important décalage de trésorerie (un mois représentant près de 500 000 euros). C'est finalement l'ARH qui a convaincu la banque de prêter cette somme. L'Assurance Maladie a, de son côté, gelé les sommes qu'elle devait récupérer pour les avances de trésorerie réalisées en mars et en avril auprès de cette clinique. La clinique de Béziers ne représente pas un cas unique. En effet, un décalage de trésorerie de 33 millions d'euros a été observé pour la région du Languedoc-Rousillon, soit 20 à 70 000 euros d'agios par clinique sur l'année.

source: CHARDON D., « Les cliniques en manque de trésorerie », *Le Quotidien du médecin*, 13 juin 2005, consulté le 28 janvier 2008, 2p.

Les changements organisationnels constatés étant, à ce jour, mineurs dans les établissements privés, **nous choisissons de centrer notre étude sur les impacts potentiels de la réforme sur la performance d'exploitation des cliniques et hôpitaux privés.** Les états financiers des cliniques privées de court séjour représentent notre clé d'entrée pour présenter les impacts de cette réforme. Les évolutions de deux agrégats financiers majeurs que sont le chiffre d'affaires, en tant que mesure d'activité, et le résultat net, en tant qu'indicateur de la performance d'exploitation sont présentées puis commentées.

Une synthèse des résultats diffusés dans les nombreuses études conjoncturelles retraçant les résultats financiers des cliniques et hôpitaux privés est proposée. Les études suivantes sont mobilisées dans cette analyse : les études conjoncturelles publiées annuellement par la Drees, CTC Conseil et Xerfi⁷⁵² auxquelles s'ajoute, depuis 2010, le rapport d'activité sur les cliniques et les hôpitaux privés élaboré par le Groupe Montaigne pour le compte de la FHP⁷⁵³. Les données d'activité des établissements restituées dans cette recherche sont, quant à elle, principalement issues des travaux de la Drees *via* les bases de données SAE et PMSI.

Soulignons que d'un point de vue méthodologique, **l'analyse longitudinale des résultats et de l'activité des cliniques de court séjour suite à la mise en place de la T2A n'est pas facilitée par la nature conjoncturelle** des études publiées sur le sujet. Leur champ (le nombre et la nature de l'activité des cliniques privées retenus dans chaque base) varie selon les organismes et selon les dates de publication. Pour autant, ces études nous ont permis de dégager les grandes tendances dans l'évolution des résultats financiers et de l'activité des cliniques privées sur la période 2005-2008 (2009 pour les données d'activité).

Enfin, il nous semble d'ores et déjà essentiel de souligner que **les tendances observées dans l'évolution de l'activité et des résultats des cliniques ne résultent pas uniquement des effets de la mise en place de la T2A.** Certaines tendances caractérisant l'évolution de l'activité des cliniques étaient déjà observables avant la mise en place de ce système de financement comme, par exemple, la baisse de la durée moyenne de séjour. De plus, l'évolution du chiffre d'affaires et celle des autres indicateurs financiers du compte de résultat sont le fruit de l'évolution d'autres postes de produits (autre que le chiffre d'affaires médical étudié ici) et de celle des charges. L'impact de la réforme ne peut donc être approchée que très partiellement, ce qui limite considérablement la portée de notre étude.

⁷⁵² Cf. Titre 1, Chapitre 3, Section 2, p. 155

⁷⁵³ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) (2010), *Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé*, 149 p.

2.1. Un ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées : la recherche de causes dans l'évolution des effets prix et volume du chiffre d'affaires médical

L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées résultant principalement de celles de la variation des séjours, des entrées et des journées en volume (des séjours et des séances), des tarifs et de leur *casemix*, le lecteur comprendra bien que la structure et l'évolution du système tarifaire représentent des déterminants importants du chiffre d'affaires des cliniques⁷⁵⁴. La politique hôtelière des établissements (principalement le nombre de chambres particulières et leur prix de vente), le montant des redevances versées par les praticiens libéraux aux établissements⁷⁵⁵, ou encore, le repli de la densité médicale⁷⁵⁶ constitutifs du chiffre d'affaires global des établissements sont des sujets qui ne sont pas abordés dans la présente étude. Le premier temps de l'analyse est consacré à l'étude de l'évolution du chiffre d'affaires médical des cliniques, le second, à celui des effets prix et volumes qui l'influencent.

2.1.1. Le chiffre d'affaires des cliniques privées : un taux de croissance en perte de dynamisme sur la période 2005-2008

Le chiffre d'affaires est un indicateur traditionnel de la mesure de la croissance des entreprises. Il correspond au « *montant des affaires réalisées par l'entité avec les tiers, dans le cadre de son activité professionnelle normale et courante* »⁷⁵⁷. Selon les dernières données disponibles de la Drees, en 2008, le chiffre d'affaires des **cliniques privées MCO s'est élevé à plus de 9 milliards d'euros (contre 2,5 milliards d'euros en cumul pour les secteurs SSR et PSY)**. L'analyse de la variation du taux de croissance du chiffre d'affaires constitue un paramètre essentiel à la compréhension des impacts de la T2A dans la gestion des cliniques privées.

Les résultats de l'ensemble des études montrent que la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées de court séjour ralentit sur la période 2005-2008.

Tableau 34 - Variation du chiffre d'affaires des cliniques privées MCO (données Drees, Xerfi et CTC Conseil)

| | 2008 | 2007 | | 2006 | | 2005 | |
|-------------------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Drees | <i>publication 2010</i> +2,8 % | <i>publication 2010</i> +4,1 % | <i>publication 2009</i> +4,1 % | <i>publication 2009</i> +7,2 % | <i>publication 2008</i> +7,4 % | <i>publication 2008</i> +10,1 % | |
| Xerfi | <i>publication 2009</i> +4,10 % | <i>Publication 2009</i> +4,30 % | | <i>publication 2007</i> +5,40 % | <i>publication 2006</i> +7,50 % | <i>publication 2007</i> +9,90 % | <i>publication 2006</i> +5,40 % |
| CTC Conseil | <i>données nationales corrigées annuelles</i> | | | | | | |
| | +1,08 % | +1,80 % | | +2,10 % | | +10,4 % | |
| Groupe Montaigne | +2,2 % | n.d. | | n.d. | | n.d. | |

La disparité des taux de croissance déterminés dans chacune des études démontre la difficulté à estimer avec précision l'évolution de l'activité du secteur. Suite à une croissance proche de 10 % entre 2004 et 2005, la période 2005-2006 est marquée par une diminution du taux de croissance du chiffre d'affaires. Ce taux varie de manière importante selon l'étude considérée. CTC Conseil présente un taux de croissance à 2,10 % contre 7,4 % et 7,5 % pour la Drees et Xerfi (données de l'enquête publiée en 2006). Pour ce même organisme, il s'élève seulement à 0,20 %

⁷⁵⁴ XERFI 700 (2009), *Cliniques et établissements hospitaliers privés*, p. 9

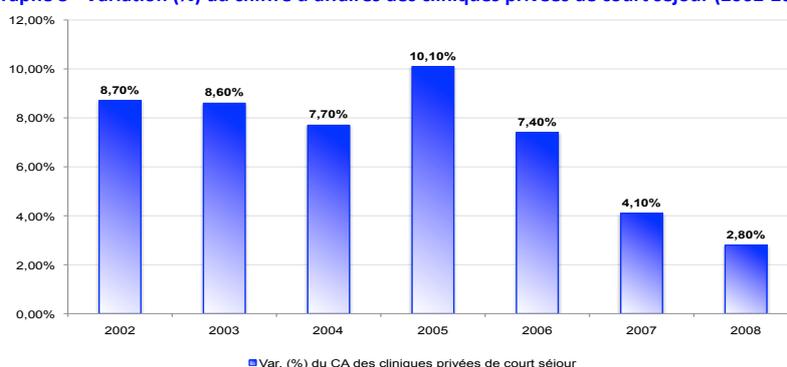
⁷⁵⁵ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) (2010), *Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé*, p. 82

⁷⁵⁶ XERFI 700 (2009), *Cliniques et établissements hospitaliers privés*, p. 28

⁷⁵⁷ Art. 222.2 du Plan Comptable Général (PCG).

hors prise en compte des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) réintégrés au chiffre d'affaires des cliniques en 2006.

Graph 3 - Variation (%) du chiffre d'affaires des cliniques privées de court séjour (2002-2008)



source : reconstitution proposée à partir des publications annuelles de la Drees (série Etudes et Résultats)

En 2007 et 2008, on constate un net ralentissement de la croissance de l'activité des cliniques de court séjour. Elle est estimée à près de 4 % en 2007 et de 3 % en 2008 pour Xerfi et la Drees. Les données de la Drees démontrent que le chiffre d'affaires n'a augmenté que de 2,80 % en 2010 contre des hausses annuelles comprises de 7 à 10 % entre 2002 et 2006. A titre comparatif, le secteur PSY enregistre la même année une croissance de plus de 4 % et le secteur SSR de près de 7 %. Parmi les établissements du secteur MCO, les établissements spécialisés en dialyse connaissent, en 2008, une croissance plus forte (+7,6 %) que celle des cliniques chirurgicales (+1,2 %) et des polycliniques⁷⁵⁸ (+1,4 %). De même, les petits établissements MCO (cliniques réalisant moins de six millions d'euros de chiffre d'affaires) sont ceux qui connaissent la plus forte croissance (+4,3 % contre +0,9 % pour les cliniques de taille moyenne et +1,7 % pour les établissements MCO de grande taille dont le chiffre d'affaires est supérieur à 12 millions d'euros).

La forte croissance observée en 2005 et en 2006 et la diminution qui s'en suit les années 2007 et 2008 sont-elles consécutives au passage à la T2A ? Nous tentons d'apporter quelques éléments de réponse à cette question par l'observation des effets prix et volumes influençant le chiffre d'affaires médical des cliniques et hôpitaux privés.

2.1.2. L'identification des causes de la variation du chiffre d'affaires des cliniques : l'impact des effets « prix » et « volume »

Les rapports de synthèse du Comité d'évaluation de la tarification⁷⁵⁹ montrent que c'est au travers de l'évolution des grands indicateurs d'activité que l'on peut tenter d'identifier les impacts potentiels de la T2A. Dans un premier temps, nous étudions l'évolution des grands indicateurs d'activité des établissements de santé que représentent le nombre de séjours, le nombre de journées, le nombre d'entrées ou encore la durée moyenne de séjour (DMS). Quelques éléments de définition de ces notions sont apportés dans l'encadré suivant.

⁷⁵⁸ Selon la Drees, les polycliniques comprennent toutes les cliniques qui pratiquent plusieurs disciplines ainsi que celles, très minoritaires, spécialisées exclusivement en médecine ou en obstétrique.

⁷⁵⁹ COULOMB A. (2009), "Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A", Document de travail, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique et de la réforme de l'état, 94 p. et COULOMB A. (2008), "Comité d'évaluation de la tarification à l'activité", Document de travail Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité, Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, 101 p.

Encart 13 - Définitions proposées par la Drees des données d'activité des hôpitaux et cliniques⁷⁶⁰

Les capacités des établissements

Elles sont mesurées en nombre de lits et places installés au 31 décembre de chaque année, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux.

Le type d'activité : hospitalisation complète et partielle

- Hospitalisation complète (HC) : il s'agit d'unités d'accueil hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à un jour. On parle d'« entrées » et de « journées » pour décrire l'activité en hospitalisation complète et de « lits » pour décrire les capacités.
- Hospitalisation partielle (HP) : il s'agit des hospitalisations de moins d'un jour. On parle de « venues » pour décrire l'activité en hospitalisation partielle et de « places » pour décrire les capacités.

La durée moyenne de séjour : elle est calculée pour l'hospitalisation complète et s'obtient en rapportant le nombre de journées au nombre d'entrées totales.

L'activité mesurée par la Drees : le nombre de séjours en MCO : le nombre de séjours commenté dans les travaux de la Drees correspond aux entrées en hospitalisation complète et aux venues en hospitalisation partielle. Le nombre de séjour peut être calculé à la fois à partir de la SAE et du PMSI.

Alors que le PMSI recense les séjours enregistrés tout au long de l'année 2008, la SAE est une photographie de ces facteurs de production prise au 1er janvier 2009, et de l'activité réalisée au cours de l'année écoulée. Les données sont calculées à partir de la confrontation de la SAE et du PMSI. Dans la SAE, les séjours correspondent à la somme des « entrées totales » (séjours en hospitalisation complète) et des « venues » en hospitalisation de jour ou de nuit ou en anesthésie chirurgie ambulatoire (séjours en hospitalisation partielle). La SAE mesure les séjours commencés dans l'année. Les nouveau-nés ne sont pas enregistrés en « entrées totales » dans cette base de données. De plus, dans la SAE, les journées sont réparties en fonction de la discipline d'équipement (médecine, chirurgie et obstétrique) et sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient. Un séjour est chirurgical lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, médical si le lit est catalogué en médecine, et obstétrique si la patiente est hospitalisée en gynécologie-obstétrique. La SAE mesure les séjours commencés dans l'année.

Dans le PMSI, chaque séjour hospitalier donne lieu à création d'un Résumé de sortie anonymisé (RSA), exception faite des traitements itératifs, et de certaines prises en charge réparties sur deux établissements. Le nombre de RSA correspond donc théoriquement à la somme des « entrées totales » et des « venues » (exception faite toutefois des nouveau-nés qui donnent lieu à des RSA alors qu'ils ne sont pas enregistrés en « entrées totales » dans la SAE). Le PMSI décrit les prestations délivrées au patient. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic obstétrique, il sera classé en obstétrique ; l'affectation se fera en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de médical. Le PMSI recense les séjours terminés dans l'année.

Dans ses études descriptives de l'activité des établissements de santé en hospitalisation complète et partielle, la Drees comptabilise les séjours MCO hors nouveau-nés restés près de leur mère et l'hospitalisation partielle concerne les séjours sans nuitée (concepts SAE). Conformément au PMSI, les séjours décrits sont ceux terminés dans l'année.

Par la suite, nous nous intéressons à l'effet prix lié à la valorisation des activités médicales.

2.1.2.1. L'effet volume : des tendances en cours dans l'évolution de l'activité des cliniques MCO antérieures à 2005

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'un des effets pervers de la T2A peut être d'inciter les établissements à augmenter leur volume d'activité en induisant la demande de soins et en transférant une partie de leurs coûts vers les soins de suite ou à domicile. Le système mis en place incite les établissements à diminuer leur DMS afin d'obtenir une rotation plus forte des

⁷⁶⁰ Ces définitions sont extraites des *Etudes et Résultats* de la Drees sur l'Activité des établissements de santé en hospitalisation complète et partielle en 2004 (n°456), en 2005 (n°546), en 2006 (n°618), en 2007 (n°691) et en 2008 (n°716)

patients comme le note avec ironie Jean-Loup Durosset⁷⁶¹ « *Mieux vaut avoir 300 malades qui restent qu'un jour qu'un seul qui passe 300 jours sur place !* ». Les pouvoirs publics craignent que la recherche d'une hausse du volume d'activité ne soit obtenue au détriment de la qualité des soins⁷⁶². Cependant les données de la Drees montrent que la mise en place de la T2A n'a pas eu d'impact significatif sur la DMS qui demeure globalement stable. Celle-ci a été comprise entre 5,8 et 5,9 jours entre 2005 et 2008 pour l'ensemble des établissements de santé. Elle est proche de 4,6 jours pour les cliniques privées en 2009⁷⁶³.

Si l'on constate bien une forte progression de l'activité les premières années de la réforme (2005 et 2006), il nous semble cependant difficile d'attribuer ces évolutions au seul effet T2A. En effet, les évolutions constatées sur la période étaient déjà en cours les années précédentes. La Drees rapportait déjà dans ses statistiques d'activité 2004⁷⁶⁴ des établissements de santé que le nombre de séjours d'hospitalisation à temps complet en court séjour diminuait de 1 % à 2 % par an, et cela, quel que soit le secteur public ou privé et depuis plusieurs années. La progression à la hausse de l'hospitalisation partielle comme alternative à l'hospitalisation complète était déjà constatée, de même que la baisse de la durée moyenne de séjours et de celle du nombre de lits d'hospitalisation complète ayant débuté, quant à elle, depuis la fin des années 1970. Les auteurs de la Drees notent au sujet du développement de l'hospitalisation partielle que le constat était « *déjà établi les années précédentes et (qu'il) s'applique aussi bien à l'activité des établissements de santé qu'à leur capacité d'accueil des patients. En effet, la hausse du nombre de places en hospitalisation partielle et la diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète accompagnée d'une baisse de la durée moyenne de séjour suivent les évolutions de l'activité.* »⁷⁶⁵. La mise en place de la T2A a pu contribuer à accélérer les mouvements en cours sous l'effet des politiques incitatives, comme c'est le cas, par exemple, du développement des prises en charge en ambulatoire.

Les évolutions des principaux indicateurs d'activité du secteur sur la période 2004-2008 sont retracés dans le tableau suivant.

Tableau 35 - Activité des cliniques en hospitalisation complète et partielle

| | Hospitalisation complète | | | | | | Hospitalisation partielle | | | |
|------|--------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
| | Nbre de lits | Var. annuelle (%) | Nbre d'entrées en milliers | Var. annuelle (%) | Nbre de journées en milliers | Var. annuelle (%) | Nbre de places | Var. annuelle (%) | Nbre de venues en milliers | Var. annuelle (%) |
| 2004 | n.d. | n.d. | 3 374 | -2,0 | 16 098 | -3,4 | n.d. | n.d. | 2 571 | + 4,8 |
| 2005 | 56 753 | -1,4 | 3 119 | -4,2 | 14 535 | -6,2 | 8 586 | +3,5 | 2 838 | +15,3 |
| 2006 | 57 592 | -0,8 | 3 091 | -2,9 | 14 208 | -4,5 | 9 001 | +3,2 | 3 157 | +9,4 |
| 2007 | 57 097 | -0,9 | 3 027 | -2,0 | 13 888 | -1,9 | 9 205 | +2,3 | 2 828 | -10,6 |
| 2008 | 55 785 | -2,3 | 2 957 | -2,8 | 13 516 | -2,8 | 9 892 | +7,5 | 2 779 | +0,5 |

source : Drees – *Études et Résultats – Activité des établissements de santé en hospitalisation complète et partielle* (publications 2005 à 2010)

⁷⁶¹ DUROUSSET J.-L. (2010), *Le privé peut-il guérir l'hôpital ?*, Maison d'édition et de débats, 220 p.

⁷⁶² Sur ce point, voir OR Z. et RENAUD T. (2009), "Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A): Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères", Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), 25 p.

⁷⁶³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (juin 2010), *Note semestrielle de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée*, 36 p.

⁷⁶⁴ CARRASCO V., COLDEFY M., DEROIN C., *et al.* (2005), "L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle", *Études et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, p. 3

⁷⁶⁵ Ibid., p. 3

Les données de la Drees nous permettent de constater une forte hausse de l'activité en volume des cliniques en 2005 et 2006 qui a contribué à la hausse du chiffre d'affaires médical des cliniques avec, en parallèle, une baisse des capacités en hospitalisation complète proche d'1 % chaque année. En 2005 et 2006, les cliniques privées ont vu leur activité croître sous l'effet de la croissance de l'activité ambulatoire (+11,5 %) et de celle du nombre d'entrée et de venues (+6,3 % contre +4,4 % en 2005). Sur ces deux années, a été constaté un effet *casemix*, ce dernier mesurant l'évolution de l'activité des cliniques vers des séjours plus coûteux. Il est estimé par la Drees à +3 % en 2005, celui-ci s'amenuisant l'année suivante (+1,7 %). En 2006, l'effet *casemix* a à peine compensé les baisses des tarifs intervenues alors que ces deux effets jouaient dans le même sens l'année précédente.

En revanche, les deux années suivantes (2007 et 2008), l'activité des cliniques privées MCO connaît un fléchissement marqué par une baisse continue du nombre d'entrées et venues qui a été corrélée à une baisse de l'activité ambulatoire et cumulée à une faible évolution des tarifs. Contrairement aux évolutions constatées les années précédentes, les séjours en ambulatoire diminuent en 2007 de 10,6 %, mais cette baisse n'est qu'apparente. Selon la Drees, elle découle d'une modification des pratiques de codage de l'activité à la suite de la publication de deux textes de la DHOS visant à clarifier la répartition des actes hospitaliers entre hospitalisation partielle et consultations externes :

- la circulaire sur les actes frontières du 31 août 2006⁷⁶⁶ qui concerne les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée et celles de moins d'une journée. Le texte mentionne que toute prise en charge d'un patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre de consultations ou d'actes externes à l'établissement de santé ne doit plus donner lieu à facturation d'un GHS. Par exemple, les monitorages de type « rythme cardiaque fœtal » non suivis d'hospitalisation n'autorisent plus la facturation d'un GHS.
- L'arrêté du 27 février 2007⁷⁶⁷ qui crée de nouveaux forfaits dénommés « sécurité et environnement hospitalier » (SE). Il précise que la facturation de ces forfaits (et donc leur retrait du PMSI) est subordonnée à la réalisation de certains actes et à l'utilisation du secteur opératoire ou à la mise en observation du patient. Leur création touche plus particulièrement les cliniques privées, de nombreuses activités pratiquées traditionnellement par celles-ci comme, par exemple, les séjours d'endoscopie sans anesthésie (la médecine est l'activité la plus touchée par l'introduction des forfaits SE) qui sont inclus dans la liste des activités mentionnées en annexe de l'arrêté⁷⁶⁸.

Ces deux textes ont eu pour conséquence d'infléchir le nombre de séjours des cliniques en 2007 et 2008. Tandis que les effets de l'introduction de la circulaire sur les actes frontières sur l'activité des cliniques peuvent difficilement être évalués en raison de l'absence de liste limitative, la Drees rapporte qu'hors forfait SE, l'activité ambulatoire des cliniques a en réalité diminué de 4,7 % au lieu de 10,6 % en 2007 puis a réellement progressé de 1,1 % en 2008.

⁷⁶⁶ Circulaire DHOS-F1/M72A/2006 n°376 du 31 Août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

⁷⁶⁷ Arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, JORF n°50 du 28 février 2007, texte n° 72, p. 3726

⁷⁶⁸ Dans le secteur privé une chute brutale du nombre de séjours d'endoscopie sans anesthésie au mois de mars 2007 a été observée confirmant l'application effective du texte, daté du 27 février 2007. Une comparaison sur une période équivalente met en évidence que le déclin engendré par cette activité a été de 82 % pour l'hospitalisation partielle (220 000 séjours). De plus, il a été constaté sur la même période un transfert partiel vers les séjours d'endoscopie sous anesthésie dont le GHS sur la même période a augmenté de 5 % (53 000 séjours).

En parallèle, sur la période 2007-2008, le ralentissement de l'activité d'hospitalisation complète se poursuit. Selon les données de la Drees⁷⁶⁹, le nombre d'entrées en hospitalisation complète diminue de plus de 2 % par an, de même que le nombre de journées et des capacités en lits. Le Groupe Montaigne, reprenant les données du PMSI estime une baisse du nombre de séjours globale de 1,6 %⁷⁷⁰. Selon l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, la baisse de l'activité MCO est compensée par un alourdissement du *casemix*.

Tableau 36 - Evolution des effectifs selon le type de prise en charge, secteur ex-OQN (séjours et journées en milliers)

| | 2008 | | | 2009 | | | Evolution 2008/2009 | | |
|------------------|----------------|---------------|------|----------------|---------------|------|---------------------|---------------|--------|
| | Nb de journées | Nb de séjours | DMS | Nb de journées | Nb de séjours | DMS | Nb de journées | Nb de séjours | DMS |
| Ambulatoire | 2790,91 | | | 2953,43 | | | +5,8 % | | |
| Hospit. complète | 3181,45 | 14 670,47 | 4,61 | 3091,98 | 14 378,33 | 4,65 | -2,8 % | -2,0 % | +0,8 % |
| Séances | 767,34 | | | 746,92 | | | -2,7 % | | |
| Total | 6740,06 | | | 6 792,58 | | | +0,8 % | | |

sources : Casemix 2008 et 2009 (données PMSI)

Pour l'année 2009, le rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée⁷⁷¹, recourant aux données du PMSI, montre une progression légère du nombre de séjours (+0,8 %) pour l'année 2009 qui reste liée à une croissance soutenue de l'activité ambulatoire (+5,8 % entre 2008 et 2009) dont les effets sont atténués par une baisse du nombre de séjours en hospitalisation complète (-2,0 %) et du nombre de séances (-2,7 %). De même que les autres années, l'Observatoire précise que la baisse de l'activité MCO est compensée par un alourdissement du *casemix*.

En définitive, l'évolution annuelle du nombre de séjours total (en hospitalisation partielle et complète) des établissements, qu'elle soit enregistrée à la hausse ou à la baisse sur la période 2005-2008, semble le plus souvent compensée par un effet *casemix*, c'est-à-dire vers une évolution de l'activité des cliniques vers des séjours plus coûteux. Cet effet est également venu compenser les évolutions tarifaires à la baisse qui sont discutées dans le paragraphe suivant.

2.1.2.2. L'effet prix, des modulations tarifaires nombreuses aux effets parfois non visibles au niveau du secteur

La croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées subit l'impact d'un taux d'évolution toujours plus contraint de l'ONDAM. Par ailleurs, elle est dépendante des modulations tarifaires fréquentes intervenant dans certaines spécialités. Si ce deuxième impact est moins visible dans une analyse sectorielle des résultats financiers des cliniques privées, nous allons voir que ces changements opérés dans les tarifs peuvent faire évoluer à la hausse et à la baisse le chiffre d'affaires des établissements concernés.

⁷⁶⁹ ARNAULT S, EVAIN F., FIZZALA A., *et al.* (2009), "L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p. et ARNAULT S., EVAIN F., KRANKLADER E., *et al.* (2010), "L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, Paris, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, 8 p.

⁷⁷⁰ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) (2010), *Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé*, p. 82

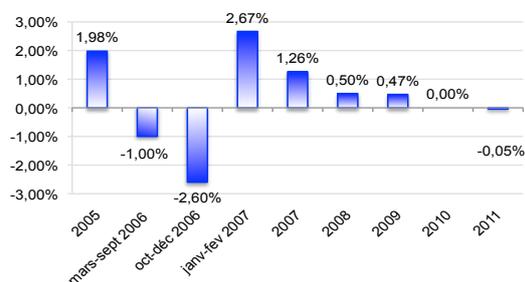
⁷⁷¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (juin 2010), *Note semestrielle de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée*, 36 p.

La croissance annuelle des tarifs suit la même courbe que celle des taux de croissance du chiffre d'affaires. Le taux de croissance des tarifs après avoir connu une croissance de plus de 3 % entre 2002 et 2004 diminue de façon continue depuis 2005. En 2006, la forte hausse de l'activité enregistrée l'année précédente a contraint les autorités à mobiliser le levier tarifaire, dispositif de maîtrise des dépenses afin de limiter les reversements effectués par l'assurance maladie auprès des établissements (+7 % en 2006 contre 9,4 % en 2005). Alors que les tarifs avaient augmenté de près de 2 % en 2004 et 2005, une baisse des tarifs de 1 % en 2006 et de 2,6 % entre les mois d'octobre et décembre de la même année ont accru la pression financière pesant sur les établissements anciennement financés par l'OQN⁷⁷² qui, en retour, ont saisi les tribunaux et ont obtenu gain de cause, le Conseil d'Etat ayant confirmé l'illégalité de ces arrêtés tarifaires⁷⁷³. Entre 2008 et 2009, la croissance des tarifs est très faible. Elle est nulle en 2010 et devient même négative en 2011.

Tableau 37 - Évolution des tarifs par grandes disciplines de soins

| | MED | CHI | OBS |
|-------------|--------|--------|--------|
| 2002 | 3,93 % | 3,93 % | 3,93 % |
| 2003 | 3,06 % | 3,06 % | 3,06 % |
| 2004 | 5,56 % | 3,84 % | 4,87 % |

Graphe 4 - Évolutions tarifaires annuelles toutes disciplines confondues (période 2005-2011)



sources : JO-Arrêtés tarifaires annuels publiés début mars de chaque année

Les deux autres facteurs présentés dans cette analyse de l'effet prix ne sont pas visibles dans une analyse du chiffre d'affaires des cliniques privées menée à un niveau sectoriel. Cependant il nous semble que leurs impacts sur les résultats financiers des établissements concernés méritent d'être soulignés.

Ainsi, aux évolutions tarifaires annuelles, s'ajoute l'impact des coefficients de transition à la T2A qui peuvent moduler le chiffre d'affaires de certaines cliniques à la hausse ou à la baisse.

⁷⁷² XERFI 700 (2009), *Cliniques et établissements hospitaliers privés*, p. 38

⁷⁷³ Deux préalables légaux n'avaient pas été respectés : la procédure de consultation et l'analyse par activité médicale de l'évolution des charges. Les cliniques devraient récupérer 60 millions d'euros de recette en 2008. La négociation entre FHP et CNAMTS est en cours.

**Quand les tarifs
font les coûts:
l'exemple de la
clinique Bellac**

Sous l'ancien système, la clinique Bellac était sur-dotée. Lors de la mise en place de la T2A son coefficient correcteur a été fixé à 1,24 en 2005, ce dernier devant converger vers 1 en 2012. Ainsi par exemple, pour un GHS qui vaut 1 000 €, la clinique touchait en 2005 1 240 € pour le réaliser. Son directeur précise que chaque année le remboursement des tarifs diminue... et les charges de la clinique augmentent...

Sur 60 millions de chiffre d'affaires, la clinique perd structurellement chaque année environ 1,2 millions de chiffre d'affaires : ces 1,2 millions se répercutent chaque années sur le résultat net qui diminue à tel point que la clinique sera déficitaire en 2012 si aucune intervention des autorités publiques n'est réalisée. Entre 2005 et 2012 la clinique aura perdu plus de 14 millions de chiffre d'affaires.

Afin de réaliser des économies, le directeur de l'établissement a déjà entrepris (et réalisé) une réorganisation du personnel, notamment en ramenant le ratio d'IDE à 1 cadre et 2 IDE pour 40 patients. Son directeur rapporte que le problème est que l'on ne peut pas éternellement compenser le manque à gagner en compressant les charges de personnel. Il souligne que face à la réduction des effectifs, les employés se sont mis en grève à plusieurs reprises au cour de l'année 2008.

Par ailleurs, le chiffre d'affaires est influencé par d'autres redéploiements tarifaires qualifiés « d'incessants » par la Cour des comptes qui pèsent sur les revenus des établissements et sur la visibilité des dirigeants⁷⁷⁴. Un directeur de clinique note qu'« *Après trois ans de mise en place, les processus administratifs de création de facture sont dorénavant maîtrisés. Hélas, les règles du jeu sont régulièrement modifiées ce qui provoque un certain nombre de perturbations. (...) nous avons besoin d'adaptation et de règles du jeu stabilisées* »⁷⁷⁵. **Pour la Cour, le manque de visibilité des dirigeants d'établissement induit par les décisions des pouvoirs publics est accentué par le fait que les établissements reçoivent, de plus, une information tardive sur ces modulations.** Elle précise que la campagne tarifaire 2009 ne fait pas exception. Selon les auteurs du rapport, « *les nombreux aménagements ont été apportés dans des conditions opaques et ont abouti à réduire de plus de moitié le montant redéployé en 2009 dans le secteur privé (61 M€ au lieu de 154 M€)* »⁷⁷⁶.

Ces redéploiements peuvent être de simples modulations de tarifs ou des transferts d'enveloppes. Par exemple, en 2010, les conditions de réintégration des médicaments anticancéreux dans les GHS ont conduit à une perte de ressources de près de 40 millions d'euros pour les établissements pratiquant la cancérologie, soit une perte de chiffre d'affaires allant de 50 à 800 000 euros pour les 220 établissements concernés⁷⁷⁷. Parmi les multiples illustrations possibles, nous pouvons encore citer les exemples donnés par la Cour des comptes : les textes de 2006 et 2007 relatifs aux forfaits SE et aux actes frontières, dont nous avons déjà discuté les effets, et l'introduction de la version 11 des GHM en 2009 dont l'impact peut être mesuré par un effet codage. Cet effet mesure l'écart entre la valorisation issue du groupage en V10 de la classification et la valorisation issue du groupage en V11. Estimé sur les 10 derniers mois de

⁷⁷⁴ COUR DES COMPTES (2009), "Chapitre VII La mise en oeuvre de la T2A: bilan à mi-parcours", *La sécurité sociale*, pp. 171-212 et PEPIN M. et MOISDON J.-C. (2010), "Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Evaluation qualitative auprès de huit établissements.", *Dossiers solidarité et santé*, Paris, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat, 120 p. et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2009), *Rapport 2009 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*, Paris, 56 p. ; COUR DES COMPTES (2009), "Chapitre VII La mise en oeuvre de la T2A: bilan à mi-parcours", *La sécurité sociale*, pp. 195-196

⁷⁷⁵ UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE LA LOIRE (URML) (2008), "Les rencontres de la Baule", *Actes du Colloque 2008*, 37 p.

⁷⁷⁶ COUR DES COMPTES (2009), "Chapitre VII La mise en oeuvre de la T2A: bilan à mi-parcours", *La sécurité sociale*, pp.171-212

⁷⁷⁷ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE, Communiqué de presse du 2 mars 2010, en ligne (www.fhp.fr), consulté le 15 avril 2010

l'année (mars à décembre), il s'élève à 2,3 %, avec une dispersion parfois forte entre les établissements variant de -5 % à +9,5 %⁷⁷⁸.

Encart 14 - L'introduction de la version 11 (V11) de la classification des GHM en 2009⁷⁷⁹

Depuis sa première version publiée en 1986, la classification des GHM a fait l'objet d'actualisations régulières. Elle a été profondément modifiée lors de la campagne 2009 avec la mise en œuvre de la V11 qui a principalement visé à améliorer la comparabilité entre les deux secteurs. Cette classification crée 4 niveaux de sévérité par GHM, permettant de mieux prendre en compte la gravité des pathologies et la charge de soins des patients ainsi que les effets de l'âge. L'intégration d'une description plus fine des séjours s'est traduite par une augmentation du nombre de GHM, passé de 800 à 2 291 en 2009 stabilisée depuis. Depuis le 1^{er} mars 2011, la classification compte 2 368 GHM répartis en 28 Catégories Majeures de Diagnostic (CMD). Le passage d'une classification à une autre n'est pas neutre financièrement. L'introduction de la V11 de la classification des GHM, en 2009, a conduit à redistribuer entre les établissements environ 200 millions d'euros. L'impact effectif de la nouvelle grille tarifaire sur le produit de chaque établissement dépend de son éventail d'activités (*casemix*), et seulement et ensuite, vraisemblablement dans une moindre mesure, de sa capacité d'adaptation. Il était attendu qu'elle réduise le risque de déficit couru par les établissements qui prennent en charge les cas les plus lourds d'un GHM et, *a contrario*, priver les autres d'un effet d'aubaine.

La T2A a un impact certain sur la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées. Dans le paragraphe suivant, nous montrons que la baisse du résultat net des cliniques privées n'est pas seulement attribuable au système de tarification.

2.2. La baisse de la profitabilité : des cliniques de court séjour victimes de l'effet ciseau

L'approche traditionnelle de la performance préconise l'étude des ratios de profitabilité des activités et de rentabilité des capitaux employés⁷⁸⁰, soit l'aptitude de l'entreprise à générer un résultat par rapport à un volume d'affaires ou au niveau des capitaux investis. Seuls deux indicateurs de performance financière, le taux la marge nette mesurée par le ratio résultat net/chiffre d'affaires et un indicateur de rentabilité, celle des fonds propres sont retracés dans plusieurs études. Les principaux résultats des cliniques privées MCO sur ces deux ratios sont présentés. Dans un second temps, nous rapportons les principales explications des organismes sur la tendance à la baisse de ces deux ratios.

2.2.1. Le constat d'une baisse de la performance d'exploitation des cliniques privées de court séjour

Les taux de profitabilité, dont les synonymes sont les taux de marge ou encore les taux de rentabilité économique (d'exploitation), termes employés dans les Études et Résultats de la Drees, sont des ratios qui rapprochent un flux de revenus (excédent brut d'exploitation, résultat d'exploitation, résultat courant avant impôt, résultat net et autres variantes de résultat) perçus au cours d'une période et un flux d'activité (chiffres d'affaires, production ou valeur ajoutée). L'un des grands ratios classiques de l'analyse financière des entreprises et le plus couramment étudié par les organismes publiant des études financières sur les cliniques privées est celui mesurant le rapport entre le résultat net et le chiffre d'affaires, dit encore taux de marge nette des cliniques privées. Dans un premier temps, nous nous intéressons à l'étude de ce ratio.

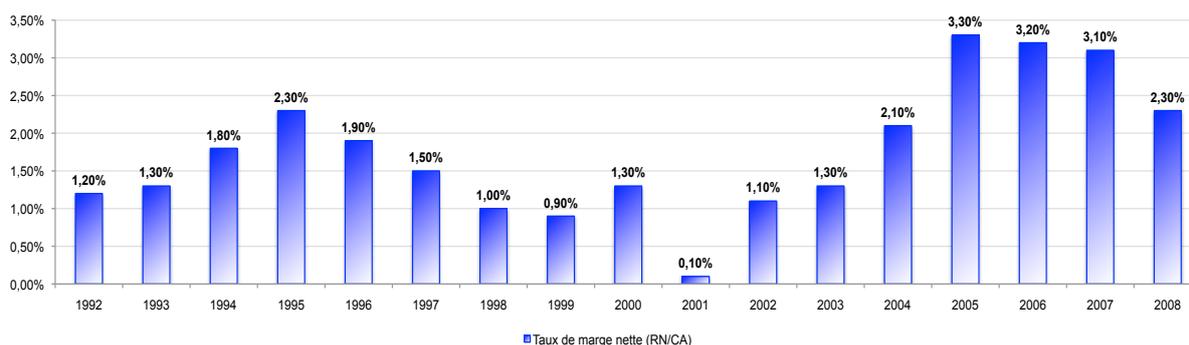
⁷⁷⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (juin 2010), *Note semestrielle de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée*, p. 27

⁷⁷⁹ MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (2011), *Manuel des groupes homogènes de malades*, 1^{er} version de la classification, 2^{ème} révision (11c), Version 13.11c de la fonction groupage, mise à jour au 1^{er} mars 2011, 482 p.

⁷⁸⁰ HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, p. 172

Tous secteur confondu (MCO, SSR et PSY), il nous semble intéressant de constater que malgré la baisse amorcée de ce ratio en 2006, le taux de marge nette des cliniques privées n'a jamais été aussi élevé que ces dernières années. Comme le montre le graphique suivant, les marges bénéficiaires ont progressé au début des années 1990 sous l'effet de la concentration et de la restructuration du secteur. Après le plan Juppé pour redresser les comptes de l'Assurance maladie, en 1996, les cliniques ont pâti du resserrement des tarifs remboursés par la Sécurité sociale jusqu'en 2001. Le relâchement des tarifs et l'introduction de la T2A ont bénéficié aux cliniques privées qui ont constaté une progression de leur taux de marge sur la période 2002-2005⁷⁸¹.

Graph 5 - Le taux de marge (RN / CA) des cliniques privées MCO, SSR et PSY entre 1992 et 2008



sources : Drees ; Groupe Montaigne via Coface Diane

Les différents organismes publiant soulèvent, de nos jours, l'existence d'une forte hétérogénéité des résultats des cliniques sur ce ratio. A titre illustratif, selon la Drees, en 2006, une clinique sur dix affiche un ratio supérieur à 10,5 %, ces établissements réalisant 7 % du chiffre d'affaires total des cliniques (part stable par rapport à 2005 – 10,3 %). De même, les établissements tous secteur confondu (MCO/SSR/PSY) sont de plus en plus nombreux à déclarer des pertes sur la période (2005-2008). Depuis 2007, chaque année, près d'une clinique sur quatre déclare des pertes, certaines sur plusieurs années consécutives. Ceci est le cas pour 18 % d'entre elles en 2008.

Tableau 38 - Part des cliniques déficitaires par année

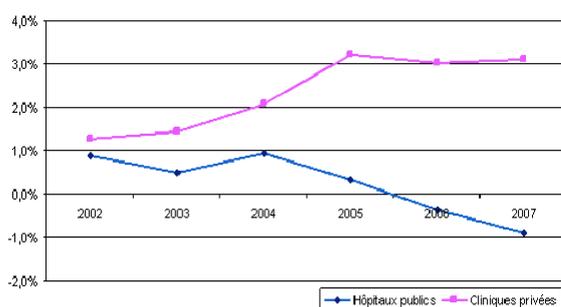
| 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | 2002 |
|------|------|------|------|--------|
| 26 % | 25 % | 23 % | 17 % | 29,7 % |

sources : données Drees – Études et Résultats n°707 et 740

Par ailleurs, les résultats des différentes études démontrent clairement que les cliniques PSY et SSR sont plus profitables que les établissements du secteur MCO. En effet, la situation financière de ce secteur apparaît plus préoccupante, même si elle demeure, toute chose et égale par ailleurs, plus favorable que celle des hôpitaux publics de court séjour comme le démontre le graphe suivant.

⁷⁸¹ COLLEN Vincent (6 août 2006), La rentabilité en dents de scie des cliniques, *Les Echos*, 1 p.

Graph 6 - Évolution des taux de marge net (résultat net / chiffre d'affaires) des établissements publics ex-DG et privés à but lucratif sur la période 2002 – 2007



source : Drees

La Drees note qu'après une progression continue entre 2002 et 2006 du taux de marge nette (résultat net / chiffre d'affaires) des cliniques privées MCO, celles-ci gagnant plus de 2 points en 4 ans, la tendance est à la baisse de ce ratio depuis 2006. Cette année là, le résultat net représente près de 3 % du chiffre d'affaires des cliniques MCO.

Le taux de marge nette des cliniques privées de court séjour s'est particulièrement dégradé sur la période 2006-2008. En 2008, selon trois des quatre organismes, le résultat net dégagé par les cliniques MCO représente moins de 2 % de leur chiffre d'affaires. Au regard des données publiées par CTC Conseil, le chiffre d'affaires dégagé ne permet aux cliniques de financer la totalité de leurs charges : le taux de marge des cliniques privées est estimé, cette année-là, par l'organisme à -1 %.

Tableau 39 - Taux de marge des cliniques mis en évidence par les divers organismes publiant (période 2005-2008)

| | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 |
|-------------------------|------|--|--|--|----------------------------|
| Drees | | publication 2010 1,60 % | publication 2010 2,50 % publication 2009 2,90 % | publication 2009 3,00 % publication 2008 2,80 % | publication 2008 3,00 % |
| Xerfi | | publication 2009 1,10 % | publication 2009 2,40 % | publication 2008 3,50 % | publication 2008 4,10 % |
| CTC Conseil | | données nationales corrigées annuelles | | | |
| | | -1 % | 1,90 % | 1,50 % | 3,20 % |
| Groupe Montaigne | | Publication 2010 2,1 % | Publication 2010 3,0 % | n.d. | n.d. |

Les données de la Drees démontrent également une forte hétérogénéité des résultats selon les disciplines de soins et selon la taille des établissements. Depuis 2005, chaque année, les établissements spécialisés en dialyse sont ceux qui observent le plus fort ratio. A titre illustratif, le taux de marge nette de ces établissements s'élève à 17,3 % en 2008 contre 3,2 % pour les cliniques chirurgicales. Quel que soit l'année étudiée, la Drees précise que les cliniques de court séjour les plus rentables sont les petites cliniques réalisant moins de six millions d'euros de chiffre d'affaires annuel. En 2008, le taux de marge de ces cliniques s'élève à 4,3 %, à 0,9 % pour les cliniques de taille moyenne 1,7 % pour les cliniques de grande taille.

L'analyse du ratio de rentabilité financière et de la capacité d'autofinancement (CAF)⁷⁸² des cliniques confirme la dégradation du niveau moyen de la performance d'exploitation des cliniques privées. Selon Xerfi et la Drees, le ratio du résultat net sur les capitaux propres, permettant d'apprécier l'attractivité du secteur en terme d'actionariat, est revu à la baisse sur la période 2005-2008. Si les capitaux engagés par les actionnaires des cliniques MCO rapportaient un peu moins de 15 euros pour un investissement de 100 en 2005 (supérieure de 7 points à celle de l'année précédente), en 2008, ils n'en rapportent plus que 7,3 % selon la Drees, 4,6 % selon Xerfi et 9,8 % selon le Groupe Montaigne.

⁷⁸² La capacité d'autofinancement (CAF) mesure la capacité d'une clinique privée à financer sur ses propres ressources les besoins liés à son existence, tels que les investissements ou le remboursement des dettes.

Cet affaiblissement global des ressources générées par l'activité trouve sa source à la fois dans le ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires des cliniques et dans la hausse moyenne des charges, ce que l'on appelle en finance d'entreprise l'effet « ciseau ».

2.2.2. Une baisse de la profitabilité du secteur liée à une faible progression de l'activité couplée à une hausse du montant des charges

En parallèle du ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires, la baisse de la performance d'exploitation des cliniques privées mesurée au travers du taux de marge nette des cliniques et du taux de rentabilité financière peut s'expliquer par la croissance généralisée de leurs charges d'exploitation. De plus, il nous semble important de spécifier que la situation financière de quelques cliniques a pu être largement entamée par la présence de charges exceptionnelles générées par les indus réclamés à certaines cliniques suite aux contrôles T2A opérés par l'Assurance Maladie.

2.2.2.1. Une progression de la part des charges d'exploitation dans le chiffre d'affaires des cliniques

La baisse de profitabilité des cliniques privées peut s'expliquer, outre l'évolution des tarifs et de l'activité des établissements mentionnée précédemment, par l'évolution des grands postes de charges des cliniques, des charges étant principalement générées par l'activité médicale. Dans son analyse des résultats financiers des cliniques en 2008, la Drees rapporte que tous secteurs confondus, les établissements ont vu leur performance d'exploitation mesurée à partir du ratio de taux de marge brut d'exploitation (excédent brut d'exploitation / chiffre d'affaires) se dégrader entre 2007 et 2008 en raison de la hausse des consommations envers les tiers qui rassemble les postes d'achats et de charges externes. La hausse de ces charges pour les cliniques pose, selon nous, la question du montant de la redevance versée par les praticiens exerçant dans les établissements. Au regard de leur croissance, il semble que la hausse des charges a été principalement absorbée par les cliniques privées. Muriel Morand⁷⁸³ rappelle que la question du remboursement des prestations fournies par les cliniques privées aux praticiens représente un des points de friction habituels entre établissements et médecins. En effet, alors que les dirigeants d'établissements ont le sentiment de donner un outil de travail de qualité dans un contexte réglementaire et tarifaire de plus en plus tendu, les praticiens ont, quant à eux, la conviction d'apporter par leur exercice professionnel, leur notoriété et leur disponibilité, un flux constant de patients à la clinique et de contribuer, de ce fait, à l'équilibre financier des établissements.

L'étude menée par le Groupe Montaigne propose une analyse détaillée de l'évolution des grands postes de charge des cliniques privées du secteur MCO entre 2007 et 2008 dont les principaux résultats sont restitués dans le tableau suivant.

⁷⁸³ MORAND M. (2004), "La redevance versée dans le cadre de l'hospitalisation privée", *Droit, déontologie et soin*, vol. 4 : n°11, pp. 57-79

Tableau 40 - Variation 2007-2008 et part dans le chiffre d'affaires (CA) des principaux postes de charge des cliniques privées MCO

| Nature des charges | Var. 2007/2008 (en % du CA) | % CA 2008 |
|---|--------------------------------|-----------|
| Achats de marchandises | +0,5 % | 21,3 % |
| Autres achats et charges externes | +0,8 % | 26,0 % |
| Crédit bail mobilier (échantillon de 165 cliniques) | + 6,7 % | 1,2 % |
| Charges de personnel | +2,7 % | 42,2 % |
| Personnel externe à l'entreprise | + 66,5 % | 1,9 % |
| Intérêts et charges financières | +23,5 % | 0,9 % |

source : Groupe Montaigne via Coface-Diane (base de 330 cliniques MCO)

Tandis que la Drees souligne la stabilité des charges de personnel, le Groupe Montaigne constate une hausse de ces charges entre 2007 et 2008. Elles représentent en 2008 en moyenne 43,9 % du chiffre d'affaires des cliniques selon la Drees et 42,2 % selon le Groupe Montaigne (+2,7 % entre 2007 et 2008).

La progression de la part des charges d'exploitation constatée au niveau sectoriel a pu être accompagnée ces dernières années par des demandes de remboursement d'indus d'un montant parfois élevé suite aux contrôles T2A dont l'incidence peut être importante pour certaines cliniques.

2.2.2.2. Des charges exceptionnelles sur opération de gestion liées aux contrôles T2A d'un montant parfois élevé pour les cliniques privées

Rappelons que l'une des difficultés de la tarification à l'activité consiste à limiter autant que possible les possibilités offertes aux établissements de surcoder une partie de leur activité ou de profiter des imprécisions des consignes de codage pour modifier abusivement la classification des séjours (ce que l'on appelle le « DRG *creep* »)⁷⁸⁴. Pour détecter et éviter les comportements déviants, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) a mis en place, depuis 2005, des contrôles externes diligentés par le service médical de la sécurité sociale⁷⁸⁵. Ce contrôle d'initiative régionale est organisé en deux étapes :

- un contrôle automatisé portant sur tous les établissements de la région, destiné à repérer des « atypies » au sein des informations transmises.
- un contrôle approfondi, sur site, des établissements dépistés à l'étape précédente, mais aussi de quelques remboursements tirés au sort dans la région,

A l'issu de ces contrôles, les établissements peuvent se voir réclamer des remboursements d'indus accompagnés de sanctions financières, le cas échéant, par l'Assurance maladie via les ARS⁷⁸⁶. Notons que dans les cliniques privées, les contrôles ne sont pas nouveaux. En effet, les médecins conseil de l'Assurance maladie procèdent déjà, depuis 1972, à des contrôles réguliers des actes facturés par les établissements visant notamment à vérifier que les actes ont bien été réalisés⁷⁸⁷. Ainsi, depuis de nombreuses années, les établissements privés peuvent voir leur responsabilité engagée auprès de la Sécurité sociale, en plus de celle du praticien.

⁷⁸⁴ Par exemple, les établissements pourraient être incités à fractionner les séjours en deux et percevoir ainsi une rémunération « double ». Pour pallier cet artifice, le deuxième séjour est minoré de moitié en cas de ré-hospitalisation, dans les trois jours, dans le même établissement, dans le même GHM.

⁷⁸⁵ BITAR-BEAUFILS D. et YAHIA O. (2010), "Contrôles externes T2A ou l'inlassable suspicion de fraude (2nde partie)", *Finances Hospitalières*, n°39, pp. 16-23. Ces contrôles visent à sensibiliser les établissements à la nécessité d'établir un codage sincère et conforme à la réglementation en vigueur.

⁷⁸⁶ Art. L162-22-18 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)

⁷⁸⁷ DUROUSSET J.-L. cité par MALLOT J. (2010), *Rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*, Assemblée Nationale, n°2556, p. 344

Les établissements publics comme privés ont unanimement dénoncés l'arbitraire des contrôles T2A menés par l'assurance maladie ainsi que le montant des pénalités en découlant. Comme l'illustrent les propos de Jean-Loup Durousset⁷⁸⁸ « *Le hic, c'est que ce système punit d'abord, a priori, et juge ensuite. Le contrôle tel qu'il est opéré aujourd'hui vise uniquement à la sanction, en suivant une grille d'interprétation opaque.* ». Le montant des pénalités est variable, la décision finale quant à ce montant relevant du directeur général de l'ARS⁷⁸⁹.

Les sommes, parfois importantes, peuvent accentuer les déficits des établissements ou encore imposer la mise en œuvre de plans de redressement.

**Illustration
des indus - les
établissements
de santé
bretons**

En Bretagne, cinq hôpitaux privés ont dû régler, après validation par l'ARS, de 200 000 à 300 000 € d'amendes pour 30 000 à 40 000 € d'indus (soit un coefficient multiplicateur de 7). Le CHU de Dijon s'est quant à lui vu réclamer la somme de 740 000 € de pénalité pour 91 000 € de sommes indûment perçues sur ses séjours de 2008 (coefficient multiplicateur de 8,3). Le directeur de l'ARS a décidé de diviser par cinq le montant de l'amende, initialement prévu à hauteur de 3,7 millions d'euros (soit un coefficient multiplicateurs de 40,7).

source: article Hospimedia du 27 novembre 2010

Les campagnes 2007, 2008 et 2009 ont donné lieu à des récupérations d'indus dans l'ensemble des établissements publics et privés de court séjour pour respectivement 26 millions d'euros, 14 millions d'euros et 30 millions d'euros, et des sanctions financières proposées aux commissions exécutives (COMEX) des anciennes ARH, pour un montant de 4 millions d'euros, 14 millions d'euros et 42 millions d'euros⁷⁹⁰.

Le décret n°2011-1209 du 29 septembre 2011⁷⁹¹ instaure une règle de proportionnalité de la sanction au regard de l'attitude de l'établissement et améliore la procédure contradictoire qui était jusqu'alors en vigueur.

⁷⁸⁸ DUROUSSET J.-L. (2010), *Le privé peut-il guérir l'hôpital ?*, Maison d'édition et de débats, p. 58

⁷⁸⁹ BITAR-BEAUFILS D. et YAHIA O. (2010), "Contrôles externes T2A ou l'inlassable suspicion de fraude (2nde partie)", *Finances Hospitalières*, n°39, pp. 16-23.

⁷⁹⁰ Montants communiqués par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) sur la base des résultats des contrôles ayant abouti à des propositions de sanctions, extrapolés aux établissements contrôlés en 2009.

⁷⁹¹ Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé, JORF n°0227 du 30 septembre 2011, p. 16449, texte n° 18 ; le décret modifie le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A). Il renforce le caractère contradictoire de la procédure en permettant aux établissements de présenter leurs observations à la commission de contrôle et en allongeant le délai qui leur est laissé pour présenter leurs observations sur le rapport de contrôle. Le montant maximal de la sanction sera par ailleurs calculé en fonction du taux d'anomalies sur l'échantillon contrôlé et limité à dix fois la différence entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur cet échantillon. Pour le recouvrement des indus, les organismes locaux d'assurance maladie procéderont à la compensation entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur l'échantillon.

Synthèse de la première section

Le système de tarification mis en place en 2005 dans les cliniques, la tarification à l'activité (T2A) est un système complexe qui n'offre aux dirigeants qu'une visibilité réduite de leurs tarifs du fait de la déconnexion entre les coûts et les tarifs et du processus de convergence tarifaire qui engendre de nombreuses modulations tarifaires chaque année. Dans les cliniques privées de court séjour, le système introduit procède sensiblement de la même logique que celle à l'œuvre dans l'ancien système. En effet, avant la mise en place de la T2A, les remboursements versés par l'Assurance maladie aux cliniques privées de court séjour étaient déjà dépendants de leur niveau d'activité.

L'introduction de ce nouveau mode de tarification dans les établissements publics et privés de court séjour a amené les pouvoirs publics à s'interroger sur les effets potentiels d'un tel système sur la structure, le comportement et la performance financière des établissements de santé. Retraces dans la littérature étrangère, ils ont été synthétisés par les économistes français, notamment dans des travaux conduits sous l'égide du Comité d'évaluation de la tarification à l'activité. Parmi les principaux risques associés au système de tarification figurent, entre autres, le risque de sélection de la patientèle et la baisse de la durée moyenne de séjour consécutive à une recherche de la hausse des volumes d'activité. Ces impacts sur les comportements sont susceptibles, à termes, de modifier la structure du secteur hospitalier dans son ensemble et risquent de restreindre l'accès et la qualité des soins prodigués par les établissements. Ces études nous ont permis de lister les effets de la T2A sur le comportement et la performance des cliniques privées de court séjour. Les études françaises menées sur l'impact de la T2A sur l'organisation démontrent que les modifications organisationnelles entreprises au sein des cliniques privées ont été mineurs et ont principalement concerné le renforcement de la vigilance administrative qui s'est notamment traduit par l'évolution du processus de facturation des cliniques. De ce fait, nous avons privilégié l'étude de l'analyse de l'évolution de l'activité des cliniques et de leur performance financière.

Une analyse menée à partir des données financières et d'activité sur la période 2005-2008 nous a permis de dégager les enseignements suivants :

- Un impact précis de la réforme de la T2A sur l'activité des établissements de santé est difficile à démontrer car sa mise en place s'est cumulée à des tendances dans l'évolution de l'activité qui étaient déjà observables avant la réforme. La baisse du nombre de lits, du nombre d'entrée et du nombre de journées en hospitalisation complète et en parallèle, la hausse du nombre de places et du nombre de venues en hospitalisation de jour, ou encore la baisse de la durée moyenne des séjours sont des phénomènes qui sont pour certains observables parfois depuis de très nombreuses années. Ils s'expliquent par les progrès de la médecine. Cependant la T2A a pu jouer un rôle d'accélérateur dans les évolutions en cours, notamment dans le développement de l'activité ambulatoire qui fait l'objet d'une politique tarifaire incitative.
- Les effets de la variation à la hausse ou à la baisse du volume d'activité des cliniques privées se ressentent peu dans la variation du chiffre d'affaires sectoriel, les variations à la baisse étant le plus souvent compensées par une évolution de l'activité des cliniques vers des séjours plus coûteux, l'effet *casemix*.
- L'impact des évolutions tarifaires annuelles sur le chiffre d'affaires nous semble particulièrement fort. La courbe des taux de croissance du chiffre d'affaires suit la même évolution à la baisse que celle des évolutions tarifaires annuelles décidées dans le cadre de l'ONDAM. Les autres modulations intervenues pendant la période impactent également à la hausse ou à la baisse le chiffre d'affaires de certaines cliniques. Outre leur impact sur les comptes des entreprises du secteur, elles entament la visibilité des dirigeants dont la stratégie consiste dès lors à diversifier leurs domaines d'activité afin de lisser les impacts des modulations tarifaires.
- La baisse de la performance d'exploitation des cliniques ne s'explique que partiellement par les évolutions constatées dans le chiffre d'affaires des établissements. La croissance des charges, par exemple pour l'année 2008, celle des autres achats et charges externes, constitue un autre facteur à prendre en considération. En 2008, les cliniques privées se sont trouvées prises en étau entre une faible croissance du chiffre d'affaires et une hausse du niveau des charges, ce que l'on appelle en finance d'entreprise l'effet ciseau. Par ailleurs, les résultats financiers de certains établissements ont pu connaître une dégradation exceptionnelle en raison des demandes de remboursements d'indus et pénalités de la Sécurité sociale suite aux contrôles T2A. Précisons que le phénomène ne se ressent pas dans le compte de résultat agrégé au niveau sectoriel des cliniques privées.

Titre 2 ■ Étude empirique ■**Chapitre 1 ■ Le contexte français : la régulation et ses effets d'impact ■**

Les pouvoirs publics, par leurs décisions influencent pour partie la performance financière des cliniques privées. Nous allons constater les effets d'impacts de leur interventionnisme sur la structure et le comportement des cliniques privées dans la section suivante de ce chapitre.

Section 2. Les effets d'impact de la régulation publique

La section précédente a illustré le fort impact de la régulation publique dans la gestion des cliniques privées, et plus particulièrement sur leur gestion financière. La régulation publique engendre d'autres effets d'impact sur la structure du marché hospitalier privé et sur le comportement général des entreprises du secteur.

Parmi ces effets d'impact, on compte la financiarisation du secteur, la régulation publique par ses effets sur les conditions de base du secteur, cumulées à d'autres facteurs comme celui du progrès technique, favorisant actuellement l'entrée des capital-investisseurs dans le secteur de la santé. Les avantages qu'ils perçoivent à investir dans le secteur de la santé résultent des décisions prises par les gouvernements qui façonnent la structure du secteur. Le secteur hospitalier privé se trouve, de ce fait, soumis aux mêmes évolutions que celles du monde économique moderne, comme le souligne Yvon Bertel-Venezia⁷⁹², président d'honneur du GIE Club des Quinze Santé. Cependant l'entrée de ces acteurs fait actuellement débat dans un secteur qui « sauve des vies ». Leur impact sur le comportement et la performance des cliniques privées sous LBO est, de nos jours, peu connu et nécessite des recherches approfondies.

Face à cet environnement mouvant, les cliniques privées sont à la recherche de stratégies qui leurs permettent de perdurer. Le comportement « moyen » des entreprises en place conduit à une concentration sectorielle intense, certainement accélérée par l'entrée des capital-investisseurs sur le secteur. Face aux turbulences de l'environnement, la mise en place de coopérations conduisant à la création d'une structure unique ou non entre cliniques privées ou entre établissements de différents statuts représente la principale voie de développement empruntée par les dirigeants de cliniques privées. Ces opérations sont essentiellement conduites dans une logique de diversification et de différenciation des activités.

Le premier paragraphe, *Les cliniques privées, un secteur LBO'able*, vise à mieux comprendre qui sont les capital-investisseurs et documente leurs motivations à investir dans le secteur hospitalier privé ainsi que les risques qu'ils encourent en choisissant d'investir dans les cliniques privées. Une discussion autour des impacts potentiels sur le comportement et la performance financière des cliniques privées tombées sous leur joug est proposée dans la suite de ce paragraphe.

Le deuxième paragraphe, *Le rapprochement d'entreprises, un outil de gestion de l'environnement des cliniques privées*, met en lumière le comportement général adopté par l'ensemble des entreprises du secteur en réaction à leur environnement. Le rapprochement d'entreprises représente la voie courante de développement envisagé par les dirigeants de cliniques privées. Les fondements et motivations de ces opérations vont être présentés, un état des lieux des opérations en cours sur le secteur faisant suite à cette première analyse.

1. L'hospitalisation privée, un secteur LBO'able

En moins de quatre ans, quarante-trois sociétés du secteur de la santé, considéré dans son sens le plus large, ont été introduites en bourse⁷⁹³. Le recours au financement par l'épargne publique, ou opérations de « *public equity* » touche peu le segment de l'hospitalisation privée de court séjour. Seul le groupe Générale de Santé évolue sur les marchés financiers, le groupe Capiro

⁷⁹² BERTEL-VENEZIA (2006), Economie de la santé, l'exigence de rentabilité, *Hospitalis*, Club de Quinze Santé, n°1, 12 p.

⁷⁹³ MAUDUIT L., Les investissements dans le secteur de la santé, le capital-risque pour grandir, *le quotidien du médecin*, juin 2007, n°8182, p. 6

ayant été retiré de la place boursière en 2006. Le faible recours à l'épargne publique ne doit pas, pour autant, être interprété comme un signe d'un désintéressement des investisseurs financiers pour les établissements de court séjour. En effet, les investisseurs disposent d'un autre moyen pour pénétrer dans le capital des entreprises, celui du capital-investissement ou *private equity* (par opposition au *public equity*). Ces opérations de prise de participation et de rachats d'entreprises généralement non cotées ont connu un développement massif en France et à l'étranger durant la décennie 1990. La France offre une réglementation fiscale très favorable pour ce type de montage en Europe. Elle fait figure de « paradis fiscal »⁷⁹⁴. Le taux de détention du capital des entreprises françaises par les non-résidents, calculé par la banque de France, se situait à près de 15 % dans les années 1990, le taux dépassant 35 % en 2006 toutes entreprises cotées ou non confondues⁷⁹⁵. La financiarisation du secteur sanitaire a débuté au début de la décennie 2000. Les fonds d'investissements qui sont à l'initiative de ces prises de participation majoritaires ou minoritaires, sont notamment présents dans trois des quatre *majors* du secteur (Capio, Vitalia et Médi-partenaire), la quatrième, le groupe Générale de Santé, faisant appel à l'épargne publique. Ils sont devenus des partenaires financiers et, parfois même, des collaborateurs privilégiés de la stratégie des cliniques en soutenant leur développement, en dépit d'une participation parfois minoritaire dans le capital de ces dernières. Les acteurs du secteur s'interrogent sur les conséquences de leur entrée dans l'organisation interne des cliniques privées et sur les intentions qui les animent. Leur acceptabilité sociale pose question⁷⁹⁶ dans l'ensemble des entreprises, mais encore plus particulièrement dans les établissements de santé véhiculant des valeurs antagonistes⁷⁹⁷.

Le premier paragraphe a pour objet de déterminer la nature des capital-investisseurs et leurs motivations à investir dans le secteur. La complexité de la gestion d'actifs nous impose de rappeler au cours de ces développements quelques notions de base du capital-investissement. Le second est dédié au recensement des craintes des acteurs du secteur de la santé et à celui des impacts possibles de l'entrée des capital-investisseurs dans la gestion des cliniques privées.

1.1. Les acteurs du capital investissement et la diversité de leurs interventions dans le secteur hospitalier privé

Le capital-investissement consiste en un apport de fonds propres par des investisseurs au capital d'une société généralement non cotée en bourse⁷⁹⁸. En échange de son apport, le capital-investisseur (CI) devient actionnaire et/ou associé de l'entreprise. Les CI gèrent notamment des capitaux qui leurs sont confiés par de grands organismes internationaux (compagnie d'assurance, fonds de pension, fonds de fonds) pour des durées déterminées. Les CI ne peuvent donc pas s'engager dans des opérations dont la durée excéderait celle des capitaux qui leurs sont confiés⁷⁹⁹. Ces investisseurs appartiennent le plus souvent à la catégorie des « *zinzin* », les investisseurs institutionnels, qui pour la plupart sont d'origine anglo-saxonne. Ils désignent « *les investisseurs dont les fonds sont gérés par des managers professionnels à l'intérieur d'une organisation et qui investit au profit d'un groupe d'individus, d'une autre organisation ou d'un*

⁷⁹⁴ APPERE G., ROSENFELT F., LAFONT B., *et al.* (2009), "Les LBO, outils de réparation du capitalisme ?", *Le Journal de l'École de Paris*, n°79, pp. 17-23.

⁷⁹⁵ DIETSCH M. (2006), "Dans une économie mondialisée, la nationalité des entreprises a-t-elle encore un sens ?", *Revue internationale et stratégique*, n°62, pp.53-64.

⁷⁹⁶ LORENZINI J.-H. et TRAINAR P. (2008), "Les nouveaux acteurs de la finance ", *Regards croisés sur l'économie*, n°3, pp. 20-28

⁷⁹⁷ VINOT D. et TEIL A. (2007), "Le management des valeurs en santé : utopie ou nouveau paradigme de l'action pour les acteurs des établissements de santé ", *Cahiers hospitaliers*, pp. 6-8.

⁷⁹⁸ LEGOUPIE H., GAYRAUD L. et WEIR J., "Capital-investissement, Le guide des investisseurs institutionnels", *Association Française des Investisseurs en Capital (AFIC)*, 2005, p. 5

⁷⁹⁹ BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, p. 31

groupe d'organisation »⁸⁰⁰. Ils rassemblent principalement les fonds de pension⁸⁰¹, les fonds mutuels, les compagnies d'assurance, les fonds spéculatifs (*hedge funds*, OPCVM). Les investisseurs institutionnels tels que les fonds de pension de dimension internationale, dénommé par Noël Goutard « *les éléphants* », pour n'en citer que quelques-uns, *Kohlberg*, *Kravis*, *The Blackstone Group* ou encore *Carlyle* gèrent directement ou par le biais de filiales l'ensemble des placements de leurs actifs financiers qu'ils collectent auprès du grand public ou des entreprises. Lorsqu'ils ne disposent pas déjà de compétences internes ou d'une filiale spécialisée dans ces opérations de placements financiers, les investisseurs institutionnels ont la possibilité de confier l'épargne collectée à des structures autonomes spécialisées dans la gestion de placement de capitaux qui ont pour mission de les faire fructifier. Parmi les autres intervenants du capital investissement, on compte les filiales de certaines grandes entreprises, des opérations appelées *Corporate Venture*⁸⁰² et les multiples sociétés de capital-investissement de proximité dont les priorités relèvent davantage du développement économique local comme OSEO⁸⁰³.

Les capital-investisseurs sont nombreux et interviennent à différents stades du développement des entreprises. Dans cette sous-partie, nous revenons sur la nature des capital-investisseurs intervenant dans le champ des cliniques MCO et présentons les arguments des CI motivant leur décision d'investissement.

1.1.1. Le secteur MCO, un domaine attirant les convoitises des spécialistes de la transmission et du développement

Les capital investisseurs peuvent intervenir à chacun des stades d'évolution de l'entreprise, le couple rentabilité / risque pour l'investisseur étant propre à chacun de ces domaines, à un autre niveau, propre à chacune des opérations de financement⁸⁰⁴. Le capital-risque, le capital-développement et le capital transmission représentent les principaux domaines d'intervention du capital-investissement. Ces opérations se distinguent par des durées de détention des participations diverses. Tandis que les opérations de capital risque sont principalement menées dans le secteur des technologies, **le secteur de la santé est un secteur où interviennent principalement les spécialistes de la transmission et du développement.**

La technique employée dans les opérations de capital-développement est simple : les investisseurs du capital-développement achètent des participations minoritaires⁸⁰⁵ dans le capital des entreprises déjà établies et généralement rentables en souscrivant à de nouvelles actions ou à des quasi fonds propres⁸⁰⁶. Les opérations de capital-transmission sont plus

⁸⁰⁰ BRABET J. (2002), "La main visible des investisseurs institutionnels", *Revue Française de Gestion*, n°141, pp. 203-224

⁸⁰¹ les fonds de pensions : selon Dominique Plihon et Jean-Pierre Ponssard, un fond de pension est une institution financière chargée de collecter, de détenir et d'investir des actifs en vue d'assurer le paiement des prestations futures à ses adhérents ; V. PLIHON D. et PONSSARD J.-P. (2002), *La montée en puissance des fonds d'investissement : quels enjeux pour les entreprises ?*, Les Etudes de la Documentation Française, 176 p.

⁸⁰² L'objectif de ces industriels est d'investir dans des petites et moyennes entreprises (PME) en possession d'une technologie particulière qui peut intéresser le groupe à terme qui pourra ultérieurement prendre son contrôle en l'intégrant dans le groupe. Siemens Venture Capital, Roche-Aventis, EDF disposant de deux fonds d'investissements, France Telecom ayant lancé Innovacom, Vivendi, ou encore La Poste constituent quelques exemples des exemples de filiales mises en place par ces grandes entreprises.

⁸⁰³ Créée en 2004, OSEO tente de d'établir une plus grande continuité dans la chaîne des financements. Ses trois missions sont: le soutien à l'innovation (OSÉO Innovation), le financement des investissements et du cycle d'exploitation en partenariat avec les banques (OSÉO Financement) et la garantie des financements bancaires et interventions en fonds propres assuré par OSÉO Garantie.

⁸⁰⁴ BERNARDY J.-L. et LEGOUPI H. (2005), *Capital Investissement, Le guide des investisseurs institutionnels*, Association Française des Investisseurs en Capital (AFIC), p. 3

⁸⁰⁵ BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, p. 30

⁸⁰⁶ Les *quasi fonds propres* sont des ressources financières n'ayant pas la nature comptable de fonds propres mais s'en rapprochant. Ils sont stables et peuvent pour certains être transformés en fonds propres. Ils regroupent

complexes. Elles concernent des entreprises de toute taille qui peuvent être mises en vente pour des raisons variées (cession d'une entreprise familiale ou d'une filiale d'un groupe industriel par exemple). Généralement sans dominante sectorielle, les fonds de capital transmission interviennent dans des sociétés pour y prendre, seuls ou en syndication (à plusieurs), des positions majoritaires ou significatives.

Encart 15 - Le capital-investissement en syndication

Les sociétés gestionnaires de fonds spécialisés dans les opérations de *private equity*, afin de limiter la prise de risque, peuvent choisir de s'associer et d'investir ensemble dans une cible. C'est ce que l'on appelle le capital-investissement en syndication. Deux parties, voire plus, investissent dans les fonds propres d'une entité légale indépendante. En général, chaque syndication comprend un investisseur dit « chef de file » qui assure la coordination de la syndication, accompagné d'un ou plusieurs autres capital-investisseurs minoritaires. En 2000, une étude menée par l'EVCA, l'association européenne des capital-investisseurs, montrait qu'en Europe, plus de 25 % des montants investis et plus de 30 % des opérations de capital-investissement sont réalisées dans le cadre d'une syndication. Le but de ces opérations menées à plusieurs est de partager les risques et que les investisseurs puissent diversifier leur portefeuille d'actions en limitant la prise de responsabilité dans le suivi des entreprises. Par ailleurs, les investisseurs n'ont parfois pas de moyens financiers suffisants pour financer des opérations de LBO d'entreprises à des stades avancés. Pour les capital-investisseurs, les autres avantages liés à ce type d'opération sont à rechercher dans la possibilité de partage de l'information et dans le fait d'accéder plus facilement à différentes compétences (provenant des autres investisseurs). Ils réduisent ainsi l'incertitude et les risques sur les projets et d'investissements de l'entreprise. Les dirigeants de cibles, quant à eux, peuvent préférer l'intervention de plusieurs capital-investisseurs pour financer leur entreprise afin accroître son pouvoir, son espace discrétionnaire en profitant des conflits entre CI pour imposer leurs propres choix ou pour pouvoir bénéficier des avis de plusieurs conseillers.

sources : Anne Stévenot-Guéry (2005 et 2007)⁸⁰⁷

Ce type d'opération met en jeu un mécanisme plus complexe, celui du *Leveraged Buy Out* (LBO). Le LBO est une technique d'acquisition et de transmission d'entreprise, d'origine anglo-saxonne, datant des années 1970 qui a depuis été exportée en Europe occidentale. Selon J.S. Lantz⁸⁰⁸, elle est l'opération la plus prisée des capital-investisseurs. Les fonds orientés sur ce type de placement se sont développés dans les années 1980.

notamment les comptes courants d'associés (poste comptable où sont regroupées les sommes que déposent les associés d'une entreprise), les obligations convertibles (obligations généralement à taux fixe pouvant être échangée contre une ou plusieurs actions de la société émettrice) ainsi que les emprunts participatifs (un emprunt dont tout ou partie de la rémunération, les intérêts, est indexée sur un niveau de résultat de l'entreprise comme sur le chiffre d'affaires ou le résultat net).

⁸⁰⁷ Anne Stevenot-Guery a consacré sa thèse de doctorat à ce sujet. V. STEVENOT-GUERY A. (2005), *La gouvernance des entreprises financées par capital-investissement : une analyse socio-cognitive de la relation capital-investisseur*, Thèse de doctorat, Université Nancy 2 ; et STEVENOT-GUERY A. (2007), "Capital-investissement en syndication : les enjeux en termes de gouvernance disciplinaire et cognitive à partir d'une étude de cas multi-sites", *Revue française de gestion*, vol. 10 : n°4, pp. 141-178.

⁸⁰⁸ LANTZ J.-S. (2004), *Valorisation stratégique et financière*, Maxima, p. 171

Encart 16 - Le mécanisme du *Leveraged Buy Out* (LBO)

Le LBO est une opération de rachat avec effet de levier c'est-à-dire avec endettement bancaire. L'avantage de cette opération est de permettre à des dirigeants d'entreprise ou à des investisseurs de prendre le contrôle d'une société cible avec un apport personnel minimum, l'acquisition étant principalement financée par emprunt bancaire. En simplifiant le schéma juridique à l'extrême, les cadres dirigeants et/ou les investisseurs deviennent actionnaires majoritaires de la société cible par l'intermédiaire d'une société *holding*. L'emprunt contracté pour l'acquisition de la cible est financé par la remontée des *cash flows* nets de la cible vers la *holding*. De nos jours, le ratio moyen s'élève à 20 % de capital apporté pour 80 % de dettes⁸⁰⁹. Si la *holding* détient au moins 95 % du capital de la cible, le « groupe » ainsi constitué bénéficie du mécanisme d'intégration fiscale permettant de déduire les frais financiers de la *holding* du bénéfice imposable de la société cible ce qui réduit à rien l'impôt sur les sociétés⁸¹⁰. Ceci explique que dans la plupart des cas, les fonds de LBO cherchent à acquérir la totalité du capital de l'entreprise cible afin de pouvoir intégrer fiscalement les résultats et éviter la présence d'actionnaires minoritaires⁸¹¹.

Le montage nécessite de racheter une société cible, d'emprunter des fonds pour financer ce rachat et enfin, rembourser cet emprunt en faisant remonter les bénéfices de la cible. Cet élément constitue toute la difficulté de l'opération, les dirigeants devant réaliser suffisamment de marges pour rembourser leurs frais financiers revenant aux banques prêteuses. Le coût de l'emprunt doit être inférieur au taux de rentabilité économique attendu de la société cible pour que les acquéreurs puissent bénéficier d'un effet de levier positif. Le rendement attendu dans le cadre d'un LBO est généralement de l'ordre de 20 à 25 % de rentabilité.

Lorsque ces objectifs de rentabilité ne sont pas au rendez-vous, deux solutions s'offrent aux dirigeants : la recapitalisation ou la renégociation des intérêts d'emprunts avec les créanciers⁸¹². En effet, les actionnaires de la *holding* peuvent opter pour un nouvel emprunt. La dette bancaire classique peut-être doublée par un autre emprunt davantage élaboré et mieux rémunéré sous forme en général d'instruments financiers dérivés offrant la possibilité d'accès à terme au capital de l'entreprise, les « *profit sharing* » (obligations convertibles ou de bon de souscriptions d'actions), etc. qui prend le nom de « *dette junior* » ou « *dette mezzanine* » tandis que la dette classique sera appelée « *dette senior* ». La dette mezzanine est garantie par un nantissement de deuxième rang sur les titres de la cible. La dette senior fera l'objet d'un remboursement prioritaire. La somme de l'emprunt est en général apportée par des capital-investisseurs qui vont ensuite tenter d'entrer dans le capital de la société, par exemple en convertissant leurs obligations en actions. Les intérêts d'emprunts seront plus élevés pour ces dettes, le risque de non remboursement étant plus grand. La difficulté de ces opérations réside dans la nécessité d'établir des montages équilibrés qui permettent à la cible d'assurer sa croissance et sa rentabilité, le succès de l'opération tenant à sa capacité à générer des *cash-flows* nécessaires et suffisants à la remontée de dividendes vers la société-mère. Ainsi, la cible ne doit pas être « étouffée » par la remontée excessive de ses bénéfices vers la *holding*.

Les nombreux gestionnaires de société de capital-investissement ayant pris des participations dans le domaine de la santé investissent dans plusieurs secteurs d'activité. Nombre d'entre eux tendent à se spécialiser dans certains domaines d'activité tels que les services financiers, les médias et la communication ou encore la santé. En moins de dix années, douze opérations de prise de participations ont été réalisées sur le secteur des cliniques privées. Un large échantillon d'institutions financières et de sociétés de capital-investissement spécialisées davantage dans le capital-développement sont présentes sur le secteur et sont essentiellement d'origine étrangère. Le discours des gestionnaires de sociétés spécialisées dans les opérations de *private equity* laisse présager un développement continu de ces opérations dans les années à venir.

Différents types d'opérations sont distinguées en fonction de la nature des actionnaires impliqués dans l'opération de rachat. Si l'investissement est réalisé en association avec les dirigeants, on emploiera le terme de *Leveraged Management Buy Out* ou (L)MBO pour qualifier cette opération. Lorsque le LBO est uniquement constitué de cadres extérieurs à la cible et d'investisseurs financiers, on parlera de *Management buy in* ou MBI. On emploie le terme de *Buy-in Management Buy-Out* (BIMBO) pour désigner le mixe de ces deux opérations c'est-à-dire que l'équipe de repreneurs de la cible sera constituée par des cadres dirigeants extérieurs à la cible, par des cadres de la cible et des investisseurs financiers. Enfin, l'OBO est un autre montage financier LBO (*Leverage Buy Out*) qui a la particularité suivante : l'actionnaire majoritaire rachète par endettement les actionnaires minoritaires et reste donc l'actionnaire contrôlant l'entreprise qui se trouve, suite à la mise en œuvre de l'opération, plus endettée. Les opérations

⁸⁰⁹ DESBRIERES P. et SCHATT A. (2002a), "L'incidence des LBO sur la politique d'investissement et la gestion opérationnelle des firmes acquises : le cas français", *Finance, Contrôle, Stratégie*, vol. 5 : n°4, pp.79-106 ; Le ratio général de répartition entre dette et capital lors du fondement d'un LBO est précisé par GOUTARD N. (2007), "LBO : le management par la tyrannie du cash", *Le journal de l'école de Paris*, n°66, p. 17

⁸¹⁰ APPERE G., ROSENFELT F., LAFONT B., et al. (2009), "Les LBO, outils de réparation du capitalisme ?", *Le Journal de l'École de Paris*, n°79, pp. 17-23.

⁸¹¹ ALBOUY M. et BONNET C. (2008), *OPA, OPE et LBO*, *Economica*, 342 p.

⁸¹² VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, p. 972

de « *public to private* » consiste, quant à elles, à racheter une société cotée en bourse pour la retirer de la cote. Les opérations les plus fréquentes associant les cliniques privées sont les opérations à effet de levier associant les dirigeants à la holding (LMBO) et les opérations de *Management Buy In* (MBI). Celles-ci s'accompagnent d'acquisitions ciblées d'autres sociétés du secteur afin de créer des synergies locales, ce que l'on nomme les opérations de *Leveraged Build Up* (LBU) en finance d'entreprise, ou opérations de *Buy and Build*.⁸¹³ Cette technique consiste à entrer dans le capital des petits et grands groupes de cliniques privées et à concentrer les moyens sur l'assainissement de leur situation financière en favorisant leur développement par stratégie de croissance externe. Le tableau suivant présente les plus grosses opérations menées sur le secteur ces dernières années.

Tableau 41 - Les opérations de capital-investissement impliquant des groupes hospitaliers privés

| Année | Groupe hospitalier | Opérateurs de fonds | Type d'opération |
|-------|----------------------------------|---|--|
| 2005 | Groupe Proclif | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duke Street Capital ▪ Management | LMBO secondaire (2 nd build up en 2007) |
| | Médi-partenaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Management ▪ Barclays Private Equity (BPE) ▪ LBO France | LMBO |
| 2006 | HPL (actuellement groupe Noalys) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Naxicap Partners via BP Développement | Prise de participation |
| | Capio | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apax Partners ▪ Nordic Capital via Opica (Suède) :100 % | Public to Private |
| | Médica-France | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Management ▪ BC Partners ▪ Axa private equity | LMBO |
| | Vedici | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apax Partners France (33 %) ▪ Altamir ▪ Dirigeants (35 %) | LMBO |
| | Vitalia | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blackstone Group :100 % | MBI |
| 2007 | Access Medical Santé | <ul style="list-style-type: none"> ▪ West L.B. ▪ Management | MBI |
| | Médi-partenaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ LBO France ▪ BPE | LMBO secondaire |
| | Domus Vi | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe Caisse d'Épargne : 17 % ▪ Groupe Macif :17 % ▪ Danielle Caille SAS : 5,37 % ▪ S.C.D., C.I.D.V. holding : 0,26 % | LMBO |
| 2008 | Almaviva | <ul style="list-style-type: none"> • Holding Almaviva Santé (21 Centrale Partners) : 93 % • Bruno Marie (dirigeant) : 7 % | LMBO |
| 2009 | Vivalto | <ul style="list-style-type: none"> • 60 % : Daniel Caille (dirigeant) + ING Parcom + Crédit Agricole PE + les investisseurs régionaux BNP Paribas Développement et Crédit Mutuel Arkéa • 40 % : praticiens libéraux | MBI |
| 2010 | Proclif | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ramsay Health care : rachat de 57 % des parts ▪ Predica 43 % (depuis juillet 2009-) | MBI |
| | Vedici | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3i : 55 % ▪ N.I. Partners (branche d'investissement de Natixis) : 10 % ▪ Dirigeants fondateurs 35 % | LMBO secondaire |
| | Avenir Santé | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Montefiore Investment : prise d'une part majoritaire aux côtés des fondateurs et médecins actionnaires historiques. | LMBO |
| 2011 | C2S | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bridgepoint Development capital (BDC) : 51 % | Prise de participation |
| | Médipôle Sud Santé | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bridgepoint Development capital (BDC) | Prise de participation |

source : XERFI 700⁸¹⁴, Cliniques et établissements hospitaliers, 2007, p.86 actualisé et complété par nos soins

⁸¹³ VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, p. 961

⁸¹⁴ XERFI 700 (2007), *Cliniques et établissements hospitaliers privés*, Étude sectorielle, 116 p.

Les développements suivants s'attachent à présenter quelques unes des opérations des fonds réalisées sur les groupes de cliniques privées.

➤ Un LMBO secondaire : l'exemple du groupe Proclif

Duke Street Capital (DSC), un fonds d'origine anglaise, détenait jusqu'en 2010 des parts dans le groupe de cliniques privées français Proclif, son entrée dans le capital du groupe remontant à l'année 2005. Au début de l'année 2010, le groupe rassemble neuf cliniques médico-chirurgicales et d'obstétrique en Ile-de-France et totalise près de 1 000 lits et places. DSC investit plus spécialement dans six secteurs qu'il estime prometteurs en termes de croissance et de consolidation dans les cinq à dix années à venir : le service aux entreprises, la distribution et la grande consommation, la santé, les loisirs et l'hôtellerie ainsi que les services financiers. Dans le domaine de la santé, DSC détient des participations dans six sociétés dont deux françaises (dont le groupe Proclif et un fabricant de systèmes de prothèses artificielles), les quatre autres étant implantées au Royaume-Uni. DSC a mené jusqu'en 2010 une stratégie de *build up* avec le groupe Proclif consistant à renforcer la position stratégique du groupe sur le marché de l'hospitalisation privée. En 2010, DSC a cédé l'ensemble de ses parts (57 %) détenues dans le groupe Proclif à *Ramsay Healthcare*⁸¹⁵, principal groupe australien d'hospitalisation privée. La reprise a été conjointe avec Predica (une compagnie d'assurance de personnes de Crédit agricole assurance) qui détient les 43 % restant depuis juillet 2009.

➤ Une opération de *public to private* : l'OPA d'Opica sur le groupe Capio Santé

Les opérations *public to private* consistent à monter un LBO pour sortir les entreprises d'une cotation en bourse. Une telle opération a été menée sur le groupe Capio Santé, qui a séduit ses investisseurs pour son positionnement de premier opérateur européen de soins de santé. Créé en Suède en 1994, le groupe Capio est d'envergure européenne⁸¹⁶. Sa filiale française, Capio Santé créée en 2002 grâce au rachat du groupe Clininvest détenu auparavant par le groupe Suez représente, après les groupes Générale de Santé et Vitalia, le troisième opérateur de l'hospitalisation privée en France. En 2002, le groupe comptait 16 cliniques (11 MCO, 3 PSY, 2 SSR)⁸¹⁷. Il a ensuite poursuivi son implantation, notamment en 2006, année au cours de laquelle Capio a acquis 9 autres établissements. La même année, Capio a accepté l'offre publique d'achat (OPA) d'*Opica AB*⁸¹⁸, une société gérée par les fonds d'investissement suédois *Apax Partners SA* (45 %) et *Nordic Capital Fund* (44 %)⁸¹⁹. Ce rachat s'est accompagné d'un changement de stratégie qui a débuté par le retrait du groupe de sa cotation à la bourse de Stockholm⁸²⁰. Ses dirigeants ont estimé que la connaissance du marché de la santé d'*Opica AB* et sa force financière assureraient à Capio un accès rapide et facilité à des financements afin d'accélérer sa croissance⁸²¹.

⁸¹⁵ *Ramsay Healthcare* regroupe 108 établissements en Australie (65), au Royaume-Uni (40) et en Indonésie (3). *Ramsay Healthcare* s'est notamment porté acquéreur des cliniques du groupe Capio au Royaume-Uni.

⁸¹⁶ LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN, Capio renforce son implantation dans le Vaucluse, 8 décembre 2004, en ligne (www.quotimed.com), consulté le 28 janvier 2008

⁸¹⁷ Ibid

⁸¹⁸ *Opica AB* est une société suédoise qui a été créée le 30 mai 2006 dans le seul but de réaliser une offre publique d'achat sur Capio, puis devenir sa société-mère.

⁸¹⁹ APAX PARTNERS, "Opica holds 99,3% of the shares and votes in Capio", *Apax Partners*, Press Release, mars 2007, en ligne (www.apax.com), consulté le 5 avril 2008

⁸²⁰ FAESCH C., "Le groupe Capio change de main", *Le Quotidien du Médecin*, 10 octobre 2006, en ligne (www.quotimed.com), consulté le 28 janvier 2008, 1 p.

⁸²¹ NORDIC CAPITAL, "Apax Europe VI, Nordic Capital Fund VI and Apax France make cash offer of SEK 153 per share in Capio", *Press Release*, 1^{er} septembre 2006, en ligne (www.nordiccapital.com), consulté le 5 avril 2008

- Le *Blackstone Group*, un fonds à l'origine de la création du groupe *Vitalia*

Blackstone, un fonds de pension américain de renommée mondiale fondé en 1985, est spécialisé dans les activités de placement d'actifs et le conseil financier (conseil dans les opérations de fusion-acquisition, de restructurations, service de placement de fonds, *etc.*). Son siège est à New-York et l'entreprise détient des bureaux dans de nombreuses villes américaines ainsi qu'à l'international (Tokyo, Hong Kong, Londres, Mumbai) dont un en France depuis 1996. 14 % de ses actifs sont placés en Europe. A la fin 2007, la branche capital-investissement du groupe représentait presque 32 milliards de dollars soit 31 % de l'ensemble des actifs gérés par le fonds⁸²². La filiale française de *Blackstone*, actuellement dirigé par Jean-Baptiste Mortier ambitionne de devenir un opérateur hôtelier important, comme aux Etats-Unis, et de s'intéresser à d'autres secteurs alternatifs comme celui de la santé. Dans ce domaine, le groupe dispose d'un savoir-faire dans l'immobilier médical. Il est devenu le premier propriétaire de murs en Angleterre. C'est ainsi qu'il a choisi de s'allier à Christian Le Dorze pour créer le groupe *Vitalia*. Les acquisitions des cliniques privées liées au développement du groupe ont été financées à 70 % par la dette et le financement de ces opérations est appuyé par la banque d'affaires Merrill Lynch (300 millions d'apports propres et 600 millions de prêts)⁸²³.

- Un MBI associant les praticiens : le rachat du groupe Cliniques Privées Associées (CPA) en octobre 2009 par *Vivalto Santé*

C'est à l'occasion de la reprise du groupe des Cliniques Privées Associées (CPA) situé en Bretagne par Daniel Caille, fondateur et ancien Président de la Générale de Santé, qu'a été créé *Vivalto Santé* par une opération de *Management Buy In* (MBI), l'opération incluant des managers extérieurs au groupe repris. Le groupe a pu être constitué grâce au soutien financier d'ING Parcom, aux côtés de Crédit Agricole PE et de Daniel Caille, accompagnés des investisseurs régionaux BNP Paribas Développement et Crédit Mutuel Arkéa. L'originalité du modèle tient au fait qu'il associe 150 praticiens des cliniques rachetées. Ils détiennent 40 % des parts dans le groupe, le solde de 60 % étant la propriété des autres investisseurs précédemment cités.

1.1.2. Les capitaux médicaux : quel intérêt pour la finance ?

La santé est-elle un marché prometteur ? C'est ce que semble penser Alan Mac Kay, directeur associé de *Healthcare 3i*, une branche de *3i*, un groupe de capital-risque rassemblant 250 investisseurs⁸²⁴. Noël Goutard, dirigeant de *NG Investment* spécialisé dans les opérations de LBO, précisait, quant à lui, en 2007, que la difficulté majeure actuelle des fonds de LBO résidait dans la recherche des cibles intéressantes. La santé serait-elle « *le marché où tout devient possible* » ?⁸²⁵ L'engouement récent des investisseurs financiers pour le secteur hospitalier peut laisser perplexe au regard de l'encadrement de l'activité de soins par une contrainte sur les volumes de production et sur les prix qui pourrait a priori rebuter les fonds d'investissement d'investir dans le secteur des soins hospitaliers de court séjour.

Dans un premier temps, nous recensons l'ensemble des risques attachés à un investissement dans le secteur hospitalier de court séjour. Par la suite, nous étudions les raisons qui motivent les investisseurs à placer leur épargne dans le secteur hospitalier privé.

⁸²² BLACKSTONE GROUP L.P., *Form 10-K, Annual Report*, 2008, en ligne (www.blackstone.com), consulté le 5 avril, 15 p.

⁸²³ LES ECHOS, "LBO au banc d'essai, *Vitalia*", *Les lettres professionnelles du groupe les Echos*, 7 janvier 2008, 1 p.

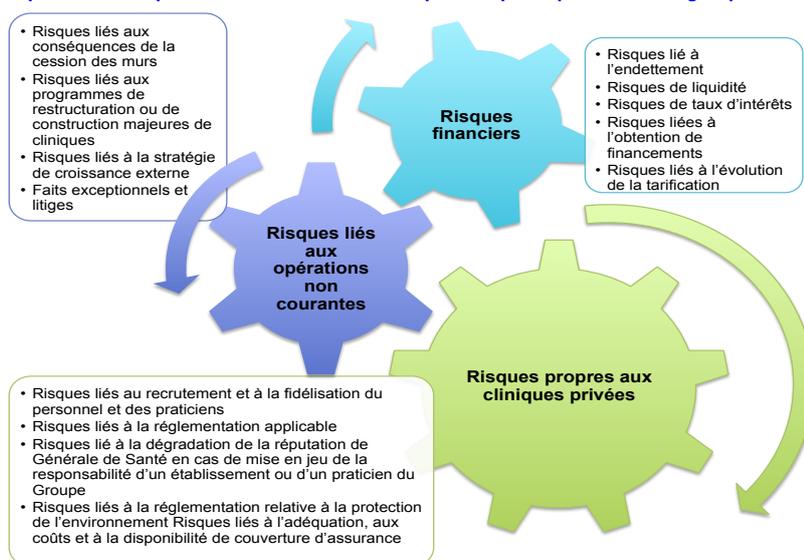
⁸²⁴ MAUDUIT L., "Hôpital-clinique : un débat à l'ÉNA, Gestion et performance : question de taille", *Le Quotidien du Médecin*, 11 février 2009, p. 6

⁸²⁵ *3i* détient en 2007 un milliard d'euros capitalisés dans 64 entreprises du secteur de la santé sur un total 7,5 milliards d'euros.

1.1.2.1. Le « document de référence » de la Générale de Santé : une illustration des risques encourus par les investisseurs

Afin de recenser les risques encourus par les investisseurs dans leur prise de participation ou de rachat propre au secteur de l'hospitalisation privée, nous menons une analyse du *document de référence* 2009 et 2010 du groupe Générale de Santé⁸²⁶. Soulignons que le groupe Générale de Santé n'entend pas réaliser une liste exhaustive des risques que présente le groupe. Nous avons procédé à un regroupement thématique des risques recensés dans ces documents dont la synthèse est reprise dans le schéma suivant qui représente un « engrenage » comportant un certain nombre de risques, qui cumulés ou non (selon l'importance du risque), peuvent conduire un établissement ou un groupe à une situation d'« anémie financière ».

Figure 16 - Les risques encourus par les investisseurs dans une prise de participation dans le groupe Générale de Santé en 2009⁸²⁷



Trois grandes catégories de risque ont été identifiées. Deux d'entre eux, les risques financiers et les risques liés aux opérations non courantes en capital ne sont pas propres au secteur hospitalier privé.

➤ Des risques financiers traditionnels des entreprises

Les risques financiers pesant sur les établissements et les groupes de cliniques comprennent ceux « traditionnels » propres à toute entreprise ou groupe, l'endettement et la crise d'illiquidité⁸²⁸, ainsi que deux autres risques qui sont liés à aux premiers relatifs à l'obtention de financements et aux taux d'intérêt. Les risques liés à l'endettement peuvent concerner les clauses incluses dans les contrats de crédits qui peuvent, par exemple, restreindre la liberté d'un groupe à consentir des sûretés, à procéder à des acquisitions ou à des investissements de capacité, à procéder ou à consentir des dettes financières, ou encore, à engager des opérations de cessions d'actifs. D'autres peuvent intégrer le respect de certains

⁸²⁶ Le Document de Référence contient pour un exercice donné une information détaillée sur l'activité, la situation financière et les perspectives d'une société. C'est un document soumis au contrôle de l'Autorité des Marchés Financiers (AMF) qui peut prendre la forme du rapport annuel de la société ou d'un document spécifique établi pour les besoins d'une opération de marché. Bien que son dépôt auprès de l'AMF soit optionnel, plus de la moitié des sociétés cotées sur Euronext Paris publient ce document chaque année. C'est le cas du groupe Générale de Santé.

⁸²⁷ Figure établie par nos soins à partir des informations contenues dans le Document de Référence 2009 publié par le groupe de cliniques privées Général de Santé.

⁸²⁸ Crise d'illiquidité : une situation d'illiquidité se présente lorsqu'une entreprise ne dispose pas des liquidités nécessaires pour faire face à ses échéances à court terme. Cf. VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, p. 285

ratios financiers sous peine de rupture du prêt consenti et de demande de remboursement anticipé partiel ou total. Elles sont dénommées des covenants.

En définitive, l'ensemble de ces clauses prévues dans certains contrats de prêt peuvent donc concourir à limiter :

- la capacité d'une entreprise à réaliser des investissements destinés à développer l'activité ;
- sa capacité à procéder à des cessions d'actifs immobiliers ;
- sa capacité à emprunter des sommes supplémentaires destinées à faire face aux besoins en fonds de roulement, en investissement, en remboursement de la dette ou autres ;
- sa capacité à investir des excédents de trésorerie d'exploitation dans ses activités compte tenu du fait qu'un groupe peut se voir dans l'obligation d'allouer une part substantielle des excédents de trésorerie d'exploitation au remboursement de la dette.

De plus, un autre risque courant mais qu'il nous semble important de citer dans ces travaux est celui, pour une société, de ne pas être en mesure d'honorer sa dette, c'est-à-dire, d'être en crise d'illiquidité. Si l'entreprise ne peut plus faire face au remboursement de ses dettes, et notamment des dettes bancaires, elle peut se trouver dans l'obligation, par exemple, de procéder à la vente de certains de ses actifs, de reporter les investissements prévus, d'augmenter ses fonds propres ou encore de restructurer sa dette. L'ensemble de ces opérations est généralement réalisé dans des conditions qui ne sont pas nécessairement favorables à la société surendettée. Pour peu que l'entreprise ait contracté des prêts à remboursement *in fine* ou que ses contrats de prêts contiennent des clauses d'exigibilité anticipé, le risque financier pesant sur le groupe sera d'autant plus fort.

Le risque de taux d'intérêt porte, quant à lui, essentiellement sur les emprunts réalisés à taux variables.

➤ **Revente des murs et restructurations : les risques associés aux opérations exceptionnelles en capital**

La revente des murs est devenue en quelques années une opération courante des groupes établissements de santé privés français et européens. Comme le cite Mamou dans un article publié dans le quotidien Le Monde, « *Le secteur de la santé a réalisé que les murs d'une clinique peuvent valoir plus que le fonds de commerce vendu avec son bâtiment à un groupe de santé* »⁸²⁹. La revente des murs peut se révéler une stratégie opportune pour les groupes de cliniques, moins pour les cliniques indépendantes, leurs murs, représentant leur capital⁸³⁰. Le but de ces opérations est de financer l'expansion des groupes. La cession de l'immobilier est une opération, qui en plus d'alléger la structure de l'actif des cliniques (et/ou des groupes), permet à l'établissement (et/ou au groupe) d'encaisser des recettes « faciles »⁸³¹. Dans le secteur hospitalier privé, le premier opérateur à avoir cédé les murs de ses cliniques est le groupe Générale de Santé. Les murs de 28 cliniques ont été cédés en 2006⁸³² à Gecina, une société foncière, pour un montant de 536 millions d'euros. Le tableau suivant, extrait des travaux du cabinet Baket et Mc Kenzie⁸³³, recense les transactions significatives menées dans le secteur hospitalier et le secteur médico-social privé depuis 2004.

⁸²⁹ MAMOU Y., "La multiplication des acquisitions de cliniques par des fonds d'investissement étrangers inquiète", *Le Monde*, mardi 26 février 2008, n°19624, p. 14

⁸³⁰ DÉCISION SANTÉ (2009), *Privé lucratif, à quand les beaux jours ?*, n°251, dossier spécial, pp. 10-15.

⁸³¹ ORSINI G., "L'approche du fiscaliste pour une bonne transmission d'entreprise", Enjeux et optimisation d'une transmission d'entreprise, *Les mercredi du chef de l'entreprise*, groupe Insec, Paris, 20 octobre 2004, 11 p.

⁸³² LES ECHOS, "Hospitalisation privée : exercice morose pour Générale de Santé en 2007", 22 février 2008, 1 p.

⁸³³ Ces informations ont été présentées par le cabinet au cours d'une journée de formation.

Tableau 42 - Marché de l'investissement immobilier en santé, les transactions significatives (2004-2010)

| | Actifs | Vendeur | Acheteur | Yield | Prix | Droits |
|------|------------------------------|-----------------------|-------------------|----------|--------|--------|
| 2010 | 1 hôpital privé – GdS | Générale de Santé | Gecimed | 6,75 % | 50 M€ | DI |
| | 2 cliniques – Almaviva Santé | Almaviva Santé | Cofinimmo | 6,30 % | 21 M€ | HD |
| | 1 EHPAD – Orpéa (Belgique) | Orpéa Belgium | Weinberg Capital | > 8,00 % | n.d. | n.d. |
| 2009 | 3 cliniques GDS | Générale de Santé | Icade | n.d. | 44 M€ | n.d. |
| | 5 établissements Korian | Korian | Cofinimmo | 6,47 % | 43 M€ | DI |
| | 4 EHPAD – Korian | Foncière des Murs | FSR | 6,90 % | 38 M€ | DI |
| 2008 | 4 MCO – GdS | Générale de Santé | Icade | 6,79 % | 202 M€ | DI |
| | 19 établissements – Korian | Korian | Cofinimmo | 6,30 % | 144 M€ | DI |
| | 32 établissements – Mediter | Medimur | Cofinimmo | n.c. | 229 M€ | DI |
| 2007 | 1 MCO Médi-Partenaires | Médi-Partenaire | Gecimed | n.c. | 13 M€ | DI |
| | 4 cliniques – GdS | Générale de Santé | Foncière des Murs | n.c. | 53 M€ | n.d. |
| | 3 EHPAD + 1 RPA – Médica | Médica | Gecimed | n.c. | 26 M€ | HD |
| | 3 cliniques – Grp Harpin | Groupe Harpin | Icade | 7,50 % | 75 M€ | n.d. |
| 2006 | 5 SSR & PSY – Médica | Ruby Participations | STE | 7,35 % | 34 M€ | n.d. |
| | 28 cliniques GdS | Générale de Santé | Gecimed | 6,04 % | 536 M€ | DI |
| 2005 | 30 EHPAD – Korian | Suren (groupe Korian) | Foncière des murs | 7,77 % | 158 M€ | HD |
| 2004 | 22 EHPAD- Korian | Suren (groupe Korian) | Foncière des murs | 8,71 % | 88 M€ | HD |

source : Baker & Mc Kenzie, DC Advisory Partners

Leurs cessions conduisent à la signature de baux commerciaux, dans le cas de la Générale de Santé, de 10 à 14 ans dont le renouvellement potentiel peut conduire à des revalorisations de loyers. Les programmes d'investissement peuvent être financés par des investisseurs immobiliers avec pour contre-partie négative un renforcement de la part des loyers payés par le groupe qui peut engendrer une baisse rentabilité des cliniques en augmentant le poids des charges d'exploitation jusqu'à un possible rachat de ces derniers.

Les dirigeants des sociétés foncières rachetant les murs d'établissements de santé ou de maison de retraite envisagent, pour certains d'eux, de poursuivre leurs investissements dans le secteur, ce qui montre qu'ils ne sont, de nos jours, certainement pas perdants dans ces opérations. L'encadré suivant, présente trois exemples de foncières présentes dans le secteur et leurs perspectives de développement dans le champ de la santé. Ces informations ont été collectées auprès d'une journaliste spécialisée dans l'immobilier.

Encart 17 - La politique stratégique des principales sociétés foncières investissant dans le champ des cliniques privées MCO

GECIMED

Gecimed est une foncière dédiée à l'immobilier de santé, cotée sur Euronext (compartiment C). Elle a été créée à l'initiative de Gecina, suite à l'acquisition en 2006 d'un portefeuille de 28 murs de cliniques auprès de Générale de Santé. Gecimed est la seule foncière exclusivement spécialisée en santé. Dans le cadre d'une convention de prestation de service, Gecina assure des missions financières, administratives et techniques ainsi que de représentation et d'*asset management*. Consciente que ces établissements - cliniques et EHPAD - sont des outils de travail évolutifs, la société Gecimed accompagne ses locataires exploitants dans leur développement par le financement de travaux d'extension ou de restructurations des actifs qu'elle détient (39 millions d'euros de travaux ont ainsi été financés, en contrepartie de loyers complémentaires et de la prolongation de la durée des baux), et par la construction d'établissements, notamment dans le cadre de stratégies de regroupement. Gecimed a noué des partenariats immobiliers, non exclusifs, avec la majorité de ses locataires. **La foncière recherche des revenus sécurisés, en procédant à l'analyse approfondie des comptes d'exploitation de ses locataires exploitants et exige un niveau de loyer compatible avec le CA et l'EBITDAR. Enfin, Gecimed reste avant tout une foncière, et regarde tout aussi attentivement la valeur du foncier (constructibilité et valeur vénale au m2).**

Au 31 octobre 2009, le patrimoine de Gecimed est composé de 37 établissements de santé en exploitation. Il comprend dix-sept cliniques MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique) représentant environ 2750 lits ; quatre cliniques SSR (Soins de suite et de réadaptation) représentant environ 400 lits ; dix cliniques PSY (Psychiatrie) représentant environ 980 lits ; quatre EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) représentant environ 355 lits ; une résidence pour personnes âgées de 35 appartements et un laboratoire médical. Ces établissements sont exploités, dans le cadre de baux long terme, par : Générale de Santé, Médica France, Orpéa et MédiPartenaires. La poursuite du développement du patrimoine s'est faite par la livraison récente des EHPAD de Villemomble (décembre 2008), de la Roche sur Yon (juin 2009) et de Castéra-Verduzan (juillet 2009), exploités par Médica France. Ce patrimoine a été récemment

enrichi par l'Hôpital Privé de l'Estuaire du Havre, nouvel établissement de 356 lits sur 34 000 m², qui a été livré au cours de l'année 2010 et exploité par le groupe Générale de Santé. L'ensemble de ce patrimoine d'immobilier de santé présente une valeur d'expertise de 645 millions d'euros hors droits au 30 juin 2009.

D'autres foncières plus généralistes ont investi dans le secteur des EHPAD et des cliniques, parmi lesquelles, *Foncières des murs* qui possède à la fin 2009 50 Ehpads et 8 cliniques (patrimoine santé de 382 millions d'euros), *Icade* détenant à la fin 2009 une vingtaine de cliniques essentiellement dans le secteur de court séjour (patrimoine santé de 660 millions d'euros). Deux autres foncières que nous ne présentons pas de manière détaillée dans ces travaux de thèse affirment leur intérêt pour le secteur de la santé : Cofinimmo qui possède une cinquantaine d'établissements de long et moyen séjour et Foncière Sagesse Retraite appartenant à DomusVi qui possède les murs de 36 établissements, essentiellement des Ehpads.

Foncière des Murs SCA

Au 30 juin 2009, le patrimoine de Foncière des Murs SCA, estimé à 2,930 milliards d'euros hors droits, se compose de 493 actifs. Il est constitué des murs de 199 hôtels et instituts de thalassothérapie acquis auprès du groupe Accor en France et en Belgique (59 % du montant total des actifs); de 57 résidences pour personnes âgées et cliniques exploitées par les groupes Korian et Générale de Santé, soit 12 % de ses actifs, de 174 restaurants sous enseigne Quick et Courtepaille (13 %), de 58 jardineries Jardiland, du village d'un Club Méditerranée au Portugal, et de 4 villages de vacances acquis au groupe Pierre&Vacances (16 %). La plupart des baux, dont la durée résiduelle ressort à 9,7 ans, sont "triple net", avec des loyers indexés sur l'IRL initialement, et progressivement sur l'ILC, à l'exception des baux signés avec Accor (cf. ci-dessous).

Le taux de rendement hors droits du portefeuille santé s'établit à 7 % au 30 juin 2009. L'année précédente, en 2008, le patrimoine a généré 200 millions d'euros de loyers dont 28 millions d'euros en provenance des établissements des secteurs sanitaire et médico-social. L'ensemble du portefeuille santé est estimé à 362 millions d'euros au 30 juin 2009. Les maisons de retraite sont exploitées par le groupe Korian avec des baux de 12 ans renégociés fin juin 2007, sur la base d'un loyer fixe indexé (+2,8 % en juin 2009), net de charges locatives à l'exception des travaux de façades. En 2008, elle a notamment acquis deux actifs ayant pour locataire le groupe Korian pour 13 millions d'euros (un EHPAD en Sardaigne et une clinique psychiatrique près de Dax). Les cliniques sont exploitées par Générale de Santé, les baux en place ont été repris (3/6/9) indexés sur l'ICC.

Au printemps 2009, Foncière des Murs a annoncé un plan d'arbitrages "mesuré", qui s'est concrétisé au printemps 2009 par la vente, pour un prix de 38 millions d'euros (actes en mains) de quatre EHPAD exploités par Korian à Foncière Sagesse Retraite. Totalisant 410 lits et 17 000 m² Shon, ces établissements sont situés à Eaubonne, Bordeaux, Suresnes et à Lyon. FDM a également arrêté son activité en Italie avec la cession de la totalité des parts de sa filiale italienne détenant 3 hôtels, exploités par Metha, et une maison de retraite pour un prix de 5,5 millions d'euros. Pour la foncière centrée sur les externalisations, la démarche est aussi stratégique. **"Nous allons vendre pour démontrer la liquidité de ces actifs et la pertinence des valeurs d'expertises", explique Dominique Ozanne, directeur général adjoint.** La foncière étudie d'autres arbitrages portant sur des actifs acquis au fil de l'eau et hors statut SIIC 2 et 3. Propriétaire et exploitant proposent ensemble les actifs à la vente (murs et fonds). **"Nos partenaires mobilisent leur propre réseau" (franchisés, opérateurs du secteur)**". Au travers de son plan d'arbitrage, FDM se met aussi en ordre de bataille en vue de la reprise. Ses dirigeants estiment que les mouvements d'externalisation de murs devraient se prolonger dans les années à venir **« Les secteurs de la santé, hôtellerie et loisirs devraient être plus dynamiques du fait de prochains mouvements d'externalisation ».**

ICADE

A la fois foncière et développeur, Icade investit, développe et exploite pour elle-même et pour compte de tiers sur les secteurs du tertiaire, du résidentiel, des centres commerciaux et des équipements public-santé. Elle est présente en France et en Allemagne. Cotée sur NYSE Euronext (compartiment A), elle a fusionné en 2007 la quasi-totalité de ses filiales foncières (Icade Patrimoine, Icade Foncière Publique, Foncière des Pimonts et EMGP, ces deux dernières étaient des SIIC) afin de simplifier sa structure et bénéficier de l'extension du statut SIIC. Comme la société Foncière Des Murs, ICADE n'investit pas seulement dans le secteur de la santé. Au premier semestre 2009, La foncière a conforté son pôle santé, **productif de cash-flows immédiats**, par l'acquisition pour 8,3 ME, de la clinique Brétéché à Nantes (21 000 m², 180 lits). En 2009, Icade a porté son attention sur la sécurisation des *cash flows* : **afin de limiter les risques locatifs, elle propose à ses principaux locataires d'allonger la durée ferme du bail avec pour contrepartie l'octroi de mesures d'accompagnement (franchises de loyers ou plafonnement du taux d'indexation des loyers pendant une certaine durée)**. La durée moyenne ferme des baux est supérieure à 4 ans (4,7 ans sur le parc de bureaux).

source : Anne Peyret, *La lettre de la pierre*, 2010

Les restructurations qui nécessitent des ressources financières et humaines importantes sont également une source de risque, la société pouvant connaître des difficultés qui pourraient l'amener à réaliser des investissements supérieurs aux montants prévus ou conduire les dirigeants à y consacrer beaucoup de temps. La société ne peut garantir qu'elle

réussira pleinement dans le traitement de ces éventuelles difficultés, ni que les investissements engagés dans le cadre de ces programmes seront rentables. Ceci peut avoir une incidence négative sur l'activité et le résultat des cliniques privées et peut affecter ses perspectives de développement.

L'exemple de la clinique privée Les Portes du Jura (Cf. encadré de la page suivante), présenté dans un article de l'Agence de Presse Médicale (APM) placée récemment en redressement judiciaire, montre qu'un investissement immobilier mal pensé, ici cumulé à d'autres facteurs, peut **entraîner un établissement dans des difficultés financières durables**. Outre un volume d'activité insuffisant, c'est le **surdimensionnement des locaux**, et deux facteurs de coûts qui y sont associés, les frais d'entretien et un coût du loyer élevé, qui ont plongé l'établissement en grande difficulté financière. Les explications de la directrice de l'établissement sont présentées dans l'encadré suivant.

**Le
surdimensionnement des
locaux,
l'exemple de
la clinique
Les Portes du
Jura**

Le tribunal de commerce de Montbéliard a prononcé en 2008 la mise en redressement judiciaire de la polyclinique des Portes du Jura. La Mutualité française et groupe Kapa Santé ont proposé des plans de redressement. En définitive, le groupe Kapa Santé s'est porté acquéreur de la clinique. Son plan de redressement a été accepté par le tribunal de commerce.

Selon sa directrice, cette clinique s'est trouvée en difficulté financière dès son ouverture en 1997. Elle a été construite de manière "surdimensionnée" avec un ratio du nombre de lits par rapport à la surface de 1 pour près de 140 m² entraînant ainsi des coûts élevés d'entretien et de fonctionnement. De plus, la projection de hausse d'activité qui avait été faite au moment de son ouverture n'a pas eu lieu et la clinique souffre de déficits chroniques. En 2008, outre les "lourds" remboursements auxquels les établissements doivent faire face, il est confronté à des frais de fonctionnement qui représentent 12% de son chiffre d'affaires et doit payer un loyer important à la société civile immobilière qui possède les murs, ce loyer représentant 12 à 13% de son chiffre d'affaires.

Entre 1997 et 2007, 4,5 millions d'euros ont été injectés par la société anonyme gestionnaire de la structure et son ancien actionnaire majoritaire, sans que ce montant suffise à redresser sa situation. Cet actionnaire a décidé de céder ses parts fin 2007 et s'est tourné vers la Mutualité française. Territoire de Belfort pour négocier une reprise.

La SCI dont quelques praticiens sont actionnaires est restée propriétaire des murs.

Des discussions ont été engagées entre le groupe et la SCI pour revoir à la baisse le montant des loyers. Cependant, les discussions n'ont pas abouti. La polyclinique ne pouvant plus payer son loyer depuis avril, les propriétaires des murs ont déposé des référés pour que l'Assurance maladie bloque les recettes versées à l'établissement.

source : APM International, "Montbéliard: la polyclinique Les Portes du Jura placée en redressement judiciaire". 24 juillet 2008

Par ailleurs, un groupe ne peut donner la garantie que les acquisitions d'établissements qu'il réalise seront rentables ou que le résultat de ces opérations se traduira par les synergies envisagées lors de l'élaboration du projet. L'entreprise peut également connaître des difficultés à rassembler les moyens financiers nécessaires à la création de ces synergies. **Elle ne peut pas davantage assurer que la mise en œuvre de ses projets sera réalisée aux coûts prévus initialement, leur succès n'étant pas davantage garanti.**

**l'exemple de
l'hôpital
privé Jean
Mermoz**

Né en 2000, le projet de construction de l'Hôpital Privé Jean Mermoz rassemblant trois cliniques lyonnaises a été achevé avec sept années de retard en raisons de graves malfaçons (béton mal coulé et mal positionné), nécessitant la destruction du premier hôpital. Le rapport d'expertise a partagé les responsabilités entre la Générale de Santé, le cabinet d'architecture et le maître d'oeuvre mis en redressement judiciaire dès 2002. Construit une première fois en 2001, l'hôpital a du être détruit deux ans plus tard, avant d'être reconstruit en 2005. L'établissement a ouvert ses portes en septembre 2008. Le nouveau projet a coûté 62 millions d'euros auxquels s'ajoutent les frais de destruction (17,5 millions d'euros) et ceux engagés pour moderniser les trois cliniques en attendant.

source: informations extraites des articles de presse recensés dans la base de donnée Factiva

Si la société ne parvient à mener à bien sa stratégie de croissance externe, son activité, son équilibre financier, ses résultats d'exploitation ou ses perspectives peuvent être significativement affectés. Par ailleurs, l'entrée de nouveaux acteurs sur le marché peut engendrer une hausse du prix d'acquisition des établissements.

- Les risques d'exploitation propres au secteur des cliniques privées de court séjour

Comme nous l'avons constaté dans la section précédente, les produits de la tarification des cliniques issus des remboursements réalisés par la sécurité sociale représentent la majeure partie des produits d'une clinique privée. **Une évolution défavorable des tarifs fixés annuellement par les pouvoirs publics peuvent limiter la capacité d'un groupe à mettre en œuvre sa stratégie en impactant négativement ses marges.**

Par ailleurs, les établissements sont soumis à une réglementation complexe qui encadre la création, l'extension et l'exploitation d'établissements de soins ou l'acquisition de matériel médical et fixe des normes applicables en matière d'hygiène et de sécurité (radio protection, légionellose, etc.), d'installations hospitalières, de personnel, de protection de l'environnement, d'élimination des déchets des activités de soins, etc. Les établissements doivent garantir le respect de ces réglementations. **La survenue de ces risques liés au non respect de la réglementation peut entacher la réputation et au final les résultats financiers des cliniques privées ou des groupes. L'évolution de ces réglementations peut, quant à elle, impacter négativement leurs résultats financiers et leurs perspectives de développement.**

**l'exemple de la
fermeture de la
clinique de la
Porte d'Italie à
Gentilly**

La clinique de la Porte d'Italie à Gentilly a fermé peu après la suspension de ses autorisations d'activité. La clinique était surveillée depuis 2002 par l'Agence Régionale de l'hospitalisation (ex ARS) d'Ile-De-France. Des dysfonctionnements avaient été observés par des médecins inspecteurs de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Les autorisations d'activité avaient été suspendues mi-octobre pour deux mois suite à des dysfonctionnements concernant le circuit du médicament, la stérilisation et la sécurité anesthésique. La clinique a déposé le bilan puis a été mise en liquidation judiciaire par le tribunal de commerce. La fermeture de la clinique a entraîné le licenciement de 96 personnes.

source: APM International, "Fermeture de la clinique de la porte d'Italie à Gentilly (Val de Marne), jeudi 21 décembre 2006

Les établissements des secteurs hospitaliers public et privé souffrent d'**une insuffisance de personnel soignant**. Les difficultés à recruter, à fidéliser et à motiver le personnel, notamment le personnel infirmier peut avoir **un impact négatif sur la qualité des soins et le niveau d'activité d'un établissement**. Les établissements privés peuvent également connaître des difficultés à recruter et/ou fidéliser des praticiens, notamment dans certaines zones géographiques sous-dotées qui peut affecter la mise en œuvre de sa stratégie.

Il convient également de rappeler que la réputation d'un établissement, voire d'un groupe d'établissements peut être mise à mal en cas de procès mettant en jeu la responsabilité d'un établissement ou d'un praticien même si la faute n'est pas fondée. L'effet « domino » pour les groupes sera d'autant plus fort, notamment pour ceux, comme c'est le cas de la Générale de Santé, qui mènent une politique visant à renforcer l'identité du groupe auprès du grand public. En cas de survenue d'un tel risque, la révision du montant de la police d'assurance peut augmenter au détriment des résultats financiers d'un groupe. **L'activité, le chiffre d'affaires et les résultats pourraient s'en trouver significativement affectés.**

Face à ces risques, le secteur de l'hospitalisation de court séjour présente de nombreux attraits motivant les décisions d'investissement que nous recensons dans le paragraphe suivant.

1.1.2.2. Les facteurs favorisant l'entrée des investisseurs dans le secteur sanitaire

La rhétorique des investisseurs sur les opportunités du secteur de la santé est fondée sur trois arguments :

- une démographie de la population qui favorise une croissance soutenue du secteur et des départs en retraite des praticiens, facteur contribuant au développement des opérations de capital-transmission.
- la présence d'une offre fragmentée qui offre un potentiel de consolidation du secteur.
- une régulation des tarifs par les pouvoirs publics qui assure aux établissements une adéquation de leurs tarifs au taux d'inflation du pays et pose des barrières à l'entrée, limitant de fait, la concurrence.

Les arguments des investisseurs ont été principalement recensés sur les sites Internet des CI. Nous avons complété ces informations à l'aide de plusieurs notes d'analyse financière d'une grande banque d'affaires internationale détenant des participations dans le capital des groupes spécialisés dans la prise en charge de la dépendance et dans le secteur hospitalier de court séjour.

➤ La démographie médicale, un facteur favorisant les opérations de capital-transmission

Les entreprises dont les actionnaires souhaitent céder leurs parts sont des « proies » potentielles des investisseurs institutionnels. Elles sont repérées par les banques qui relaient l'information aux fonds d'investissement moyennant une commission⁸³⁴. Arrivant à l'âge de la retraite, les dirigeants / actionnaires majoritaires souhaitent céder leur entreprise et sont souvent tentés par les fonds de LBO. De nos jours, cette tendance est forte dans l'ensemble des secteurs d'activité en raison du « papy boom ». Alain Coulomb rapporte que les fonds d'investissements sont intervenus en raison de la non-organisation d'une démarche de développement durable de la part de médecins actionnaires n'ayant pas organisé la transmissibilité de leur capital. Le vieillissement de la population médicale dirigeante, la transmission de patrimoine subséquente, combinée à l'envolée du montant des transactions sur le secteur, attire les investisseurs institutionnels et les fonds de LBO. Par ailleurs, les médecins des générations suivantes se voient, de nos jours, dans l'incapacité à investir dans le rachat des parts sociales de leurs aînés⁸³⁵. Christian Le Dorze⁸³⁶ note également une sociologie différente des jeunes médecins qui souhaite exercer dans des établissements disposant d'un matériel de pointe mais qui ne sont pas intéressés par la gestion et la prise de risque capitalistique. Jusque dans les années 1970, dès la fin de leurs études, les médecins se rendaient dans des banques pour emprunter et fonder leur établissement, ce qui n'est plus le cas de nos jours.

De fait, le secteur favorise ces opérations parce qu'elles sont bien adaptées aux opérations de transmission d'entreprises. Une entreprise « LBOable » doit effectivement être cherchée à être revendue mais cette condition n'est pas suffisante. D'autres caractéristiques favorisent ces opérations.

➤ Des entreprises dégagant des flux des résultats et des flux de trésorerie stables dans le temps : un facteur favorisant le montage de LBO

Les investisseurs choisissent des entreprises dont les résultats et les flux de trésorerie sont suffisants et stables dans le temps pour faire face aux flux de dettes contractées par la société holding. Selon Bancel, « *C'est la raison pour laquelle les fonds privilégient les entreprises appartenant à des secteurs matures et peu cycliques, pour lesquels les investisseurs disposent a priori d'une bonne visibilité sur les cash-flows futurs. Il s'agit pour le fonds acquéreur de dynamiser les entreprises acquises considérant que la gestion précédente n'en a pas optimisé le potentiel* »⁸³⁷. Les cliniques privées entrent dans cette configuration, celles-ci disposant fréquemment d'excès de liquidité, celles-ci étant en moyenne payées plus rapidement qu'elles ne paient leurs fournisseurs. Elles dégagent ce que l'on appelle une ressource en fonds de roulement. Le risque industriel doit être limité, ce qui semble être l'avis des investisseurs et des banquiers, le financement par LBO faisant peser un risque financier important sur l'entreprise cible.

➤ Un manque de capitaux et une fragmentation importante du secteur offrant un potentiel de consolidation

Les fonds d'investissement recherchent principalement des entreprises dont les résultats sont faibles mais qui présentent un potentiel de redressement ce qui est le cas de nombreuses cliniques privées. En manque de marges de manœuvre sur leurs tarifs et le volume de leur activité, les cliniques privées attisent les convoitises des investisseurs, ces derniers se

⁸³⁴ GOUTARD N. (2007), "LBO : le management par la tyrannie du cash", *Le journal de l'école de Paris*, n°66, pp. 15-21.

⁸³⁵ BERTEL-VENEZIA, Tribune, *Hospitalis*, automne 2007, p. 2

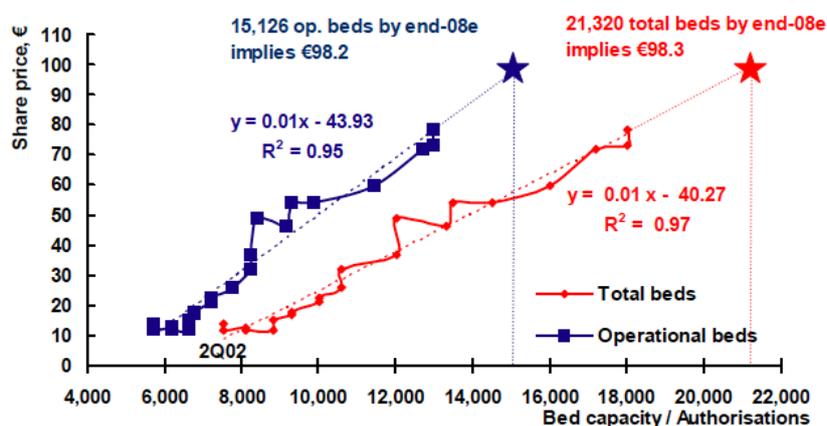
⁸³⁶ LE DORZE C. (2008), "Investissement privé et secteur d'hospitalisation en France : l'analyse de Vitalia", *Colloque « Investissements privés et offre de soins »*, Université Paris-Descartes, Société Française des Économistes de la Santé (SFES)

⁸³⁷ BANCEL F. (2009), "Efficacité et légitimité du modèle LBO, Le conflit actionnaire-stakeholder revisité", *Revue française de gestion*, n°198-199, pp. 241-257

rapprochant des entreprises qui souhaitent grandir mais qui ne disposent pas suffisamment de moyens pour financer leur croissance. De plus, les managers d'une entreprise devant être cédée militent généralement pour que la firme soit rachetée par un fonds plutôt que par une entreprise industrielle concurrente car les concurrents peuvent disposer de compétences managériales et ont la possibilité de remplacer facilement les managers de la cible. Les fonds, quant à eux, ne disposent pas de ces compétences et proposent aux dirigeants des cibles des systèmes d'intéressement très incitatifs⁸³⁸.

L'atomisation du secteur privé hospitalier favorise également l'entrée des investisseurs qui perçoivent les nombreuses opportunités de regroupement et de consolidation du secteur, un critère décisif pour ces investisseurs pour mener à bien des opérations de *buy and build*. Elle participe à la création de valeur d'un groupe existant et permet d'enregistrer une plus value importante lors de la revente. Le graphique qui suit a été réalisé par le service de recherche d'une banque d'affaires de dimension internationale présente la relation existante entre les capacités autorisées d'un groupe spécialisé dans la prise en charge de la dépendance et la valeur de ses actions.

Graph 7 - Évolution du nombre de lits autorisés et de la valeur des actions d'un groupe spécialisé dans la prise en charge de la dépendance



Les analystes ne s'intéressent pas seulement au marché français. Selon eux, il existe des perspectives d'investissement dans d'autres pays de l'Europe de l'Est, dont l'offre est plus fragmentée que celle du marché français. Ils estiment que ces investissements ne sont pas à négliger car, dans ces pays, les investissements peuvent être facilités grâce à l'effet d'expérience acquise sur le marché français en matière de management des groupes : « (...) *Network management and benchmarking know-how is valuable and transferable.* ».

➤ Un secteur caractérisé par une bonne lisibilité de sa croissance

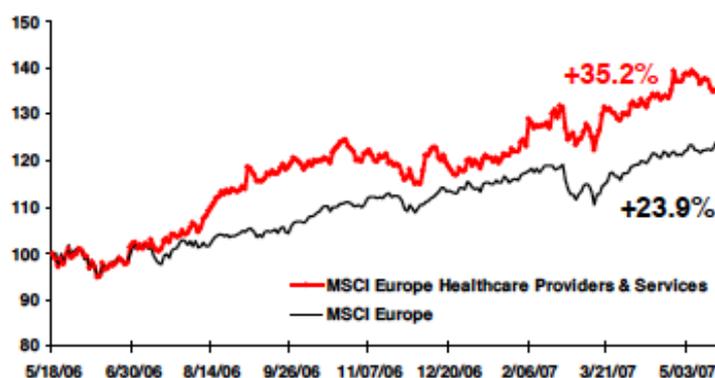
Sur les places boursières, selon les analystes de l'institut Xerfi 700, le secteur séduit les investisseurs grâce à la lisibilité qu'il offre de la croissance « *pérenne et soutenue* »⁸³⁹ des volumes ainsi que pour le potentiel d'amélioration des marges qu'il dégage. La démographie de la population française et la régulation du secteur par l'Etat en sont les principaux facteurs explicatifs.

⁸³⁸ Ibid., pp.241-257 Par ailleurs, l'auteur précise que sur la période 2004-2007 (période favorable aux opérations de capital-investissement) certains dirigeants de cible n'ont pas hésité à mettre en concurrence les fonds d'investissements en ce qui concerne les « management packages » les concernant, ce qui a conduit à une inflation dans les systèmes de rémunération des dirigeants.

⁸³⁹ DUKE STREET CAPITAL, en ligne (www.dukestreetcapital.fr), consulté le 27 mars 2008

L'évolution favorable de la démographie de la population française soutient le développement de la croissance du secteur et attise les convoitises des investisseurs, en particulier sur les groupes spécialisés dans la prise en charge de la dépendance. Les analystes financiers estiment que la pression démographique joue en faveur du développement des groupes. Le graphique, présenté ci-dessous, extrait du service de recherche de la même banque d'affaires que précédemment citée, illustre le dynamisme du secteur de la santé. Les analystes du centre de recherche de cette banque notent en 2007 que la croissance du secteur des services de santé en Europe sur les années 2006 et 2007 a dépassé celui de la moyenne du marché européen dans son ensemble de plus de 11 % entre mai 2006 et mai 2007.

Graph 8 - Évolution du taux de croissance du secteur des services de santé européens et de celle de l'industrie européenne dans son ensemble (mai 2006 à juin 2007)



La régulation du secteur le coût de la haute technologie limitent les entrées sur le secteur⁸⁴⁰. limite les entrées sur le marché « *High barriers to entry protect incumbents* ». La tarification à l'activité est perçue à la fois comme un avantage et un inconvénient par les investisseurs. Si elle procure un flux de ressources stables aux entreprises du secteur, ils s'interrogent sur la manière dont sont décidées les hausses tarifaires. Le titre d'un des graphiques présenté est le suivant : « *France : acute hospital reimbursement driven by regulatory views on margin expansion ?* ». Les investisseurs y sont très sensibles.

Enfin, pour les investisseurs, le marché est, de nos jours, mieux valorisé au regard des montants des dernières transactions réalisées sur le secteur⁸⁴¹. Le renchérissement de la valeur des établissements dû à leur entrée constitue un facteur favorable pour les investisseurs qui peuvent espérer une plus value de revente importante⁸⁴².

1.2. Des craintes des acteurs du monde hospitalier aux impacts avérés des capital investisseurs (CI) recensés dans la littérature financière

Le « court-termisme » du projet des capital investisseurs et la contraction des coûts subséquente à la recherche de création de valeur attisent les craintes des acteurs du secteur hospitalier privé : quel sera l'impact sur la qualité des soins de l'entrée de ces groupes ? Les profits sont-ils légitimes alors même qu'ils sont issus des remboursements assurés par la sécurité sociale ? Si ces fonds jugent la rentabilité insuffisante, ne vont-ils pas désinvestir et provoquer un chaos dans l'organisation des soins ?⁸⁴³ En effet, certains protagonistes du secteur craignent un retrait massif des capitaux en cas de non atteinte des objectifs de rentabilité fixés

⁸⁴⁰ VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, p. 961

⁸⁴¹ XERFI 700 (2007), *Cliniques et établissements hospitaliers privés*, Étude sectorielle, p. 8

⁸⁴² VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, p. 976

⁸⁴³ MAMOU Y., « La multiplication des acquisitions de cliniques par les fonds d'investissement étrangers inquiète », *Le Monde*, Mardi 26 février 2008, n°19624, p. 4

par les groupes⁸⁴⁴. D'autres, notamment certains grands dirigeants de cliniques privées considèrent que leur entrée sur le secteur était inéluctable dans la mesure où la transmission de cliniques privées et les besoins en capitaux représentent un enjeu majeur.

De nombreux chercheurs se sont intéressés aux conséquences de l'entrée des fonds d'investissements sur le fonctionnement des entreprises cibles. De ces études, nous pouvons conclure que la « mise sous tension » pour la réalisation du plan d'affaires prévu des établissements de santé rachetés jouerait sur trois facteurs essentiels : l'argent, les hommes et les processus⁸⁴⁵. Selon Jensen, les changements entrepris dans la gouvernance, la stratégie et l'organisation contribuaient à améliorer la performance opérationnelle des firmes et ainsi à augmenter la création de valeur⁸⁴⁶. Pourtant, le capital-investissement est soumis à de nombreuses critiques et l'amélioration de la performance globale de l'entreprise n'est pas toujours démontrée par les chercheurs.

Afin de mieux comprendre les impacts potentiels de l'entrée des CI, d'une part dans la gestion des cliniques privées cibles et d'autre part au niveau du secteur hospitalier privé, nous recensons les craintes des acteurs de l'hospitalisation privée et les réponses de la littérature financière à leurs sujets. Ceci nous amène en définitive à traiter des impacts des CI sur la gouvernance, la gestion des ressources humaines, le projet stratégique et les résultats financiers des firmes qui sont à la base du processus de création de valeur. Nous concluons à une forte hétérogénéité des résultats des études entreprises en France et à l'international qui rend les impacts de l'entrée des CI dans le secteur hospitalier privé difficile à appréhender sur la seule base de cette littérature non spécifique au secteur.

1.2.1. Les impacts de l'entrée des capital-investisseurs sur la gouvernance et l'organisation des entreprises cibles : des effets certains et variables

Les sociétés de *private equity* sont souvent présentées comme des « *criquets qui dévastent les récoltes* »⁸⁴⁷, les dirigeants de la cible entrant dans un « *sprint* » de quatre ou cinq années pour redresser l'entreprise et atteindre les objectifs de rentabilité fixés par les CI actionnaires. L'un des principaux impacts de leur entrée recensé dans la littérature gestionnaire a trait aux modifications intervenant dans le mode de gouvernance des cibles dont découlent des modifications d'ordre opérationnelles et stratégiques affectant en définitive les résultats financiers de la cible, sujet sur lequel nous revenons dans un premier temps avant d'observer les impacts organisationnels et notamment en matière de politique de ressource humaine.

1.2.1.1. La nouvelle gouvernance des cibles : un système orienté sur la minimisation des coûts d'agence

Les changements entrepris par les CI en matière de gouvernance visent essentiellement à réduire les problèmes d'asymétrie informationnelle entre dirigeants et actionnaires. Mike Wright⁸⁴⁸ rapporte que cette asymétrie d'information, à l'origine de la transformation des rapports entre dirigeants et actionnaires, est d'autant plus forte pour les opérations de capital-investissement que pour celles des firmes cotées, ce qui implique un coût d'agence élevé. Ceci explique le comportement actif et interventionniste des CI dans le processus de décision des firmes.

⁸⁴⁴ AGENCE France PRESSE (AFP), *Hôpital : limiter le risque de « monopoles » de cliniques privées*, AFP, 16 avril 2008, 1 p.

⁸⁴⁵ APPERE G., ROSENFELT F., LAFONT B., *et al.* (2009), "Les LBO, outils de réparation du capitalisme ?", *Le Journal de l'École de Paris*, n°79, pp. 17-23.

⁸⁴⁶ JENSEN M.C. (1989), "Eclipse of the Public Corporation", *Harvard Business Review*, vol. 67 : n° 5, pp. 61-74

⁸⁴⁷ GOUTARD N. (2007), "LBO : le management par la tyrannie du cash", *Le journal de l'école de Paris*, n°66, pp. 15-21

⁸⁴⁸ WRIGHT M. (2002), "Le capital-investissement", *Revue française de gestion*, n°141, pp. 283-302

Professionnels et chercheurs reconnaissent que les opérations de capital-investissement nécessitent un fort *affectio-societatis*⁸⁴⁹, et cela dès le début des opérations de financement. Durant la phase de *due diligence*⁸⁵⁰, les investisseurs veillent à sélectionner des entreprises cibles dans lesquelles ils pourront instaurer un partenariat fort avec les dirigeants et à ce que les dirigeants disposent des compétences nécessaires pour « réveiller la belle endormie »⁸⁵¹. Ainsi, l'*affectio societatis* entre le dirigeant et les CI ainsi que les compétences du dirigeant représentent une condition préalable à toute opération de capital-investissement comme l'illustrent ces propos de Noël Goutard.

Propos de Noël
Goutard,
Directeur de
LBO France

"(...) J'ai investi dans les cliniques : je comprenais ce qu'elles faisaient. Est ce qu'il y a un bon management ? J'ai investi dans ces cliniques parce que le chirurgien manager non seulement maîtrisait bien la technique, mais il avait également un sens exceptionnel du management et de la finance. Et troisièmement, à coup sûr, est ce que ça produit du cash ? Ce sont les trois règles que je suis habituellement. (...)"

source : GOUTARD N., « LBO : le management par la tyrannie du cash », *Le journal de L'École de Paris*, juillet/août 2007, n°66, pp.15-21

Suite au rachat, les managers se retrouvent confrontés à un petit groupe d'actionnaires doté d'un fort pouvoir⁸⁵². **Malgré leur position fréquente d'actionnaires minoritaires, les gestionnaires de capital-investissement que nous pouvons qualifier d' « actionnaires professionnels » s'impliquent fréquemment dans la gestion de l'entreprise.** Grâce à leur savoir-faire managérial, les CI contribueraient à améliorer l'efficacité de la gestion interne des établissements et favoriseraient une meilleure allocation des ressources en rétablissant les « fondamentaux » de l'entreprise et en offrant aux cibles une perspective de développement claire. Ainsi, le *monitoring*, facilité par la concentration de l'actionnariat, notamment par rapport à l'actionnariat des sociétés cotées, fait partie intégrante de leur métier. **Cet interventionnisme des CI peut trouver sa traduction notamment dans un renforcement de la communication financière concourant à l'amélioration du système d'information des cibles.** Pour les investisseurs, l'accès à l'information est un élément clé qui permet, entre autres, aux CI de rédiger ce que l'on nomme des rapports de *due diligence* (méthodologie de contrôle des informations) nécessaire au suivi et à l'évaluation de la cible⁸⁵³. **Plihon et Ponsard**⁸⁵⁴ notent que ce besoin informationnel croît avec la technologie déployée par les entreprises. Lantz⁸⁵⁵ précise, sur ce point, que plus une activité est complexe, plus

⁸⁴⁹ *affectio societatis* : intention, qui doit animer les associés de collaborer sur un terme d'égalité. L'*affectio societatis* implique non seulement un esprit de collaboration mais aussi le droit, pour chaque associé, d'exercer un contrôle sur les actes des personnes chargées d'administrer la société (Lexique des termes juridiques, Dalloz, Paris, 1995, 10^{ème} édition, p. 25)

⁸⁵⁰ *Due diligence* : mesures de recherche et de contrôle d'informations permettant aux investisseurs de fonder leur jugement sur les actifs, l'activité, la situation financière et les perspectives de la société dans les sociétés dans lesquelles ils envisagent de prendre une participation.

⁸⁵¹ APPERE G., ROSENFELT F., LAFONT B., *et al.* (2009), "Les LBO, outils de réparation du capitalisme ?", *Le Journal de l'École de Paris*, n°79, pp. 17-23

⁸⁵² EASTERWOOD J.C., SETH A. et R.F. SINGER (1989), "The Impact of Leveraged Buyouts on Strategic Direction", *California Management Review*, vol.32 : n°1, pp. 30-45

⁸⁵³ WRIGHT M. (2002), "Le capital-investissement", *Revue française de gestion*, n°141, pp. 283-302

⁸⁵⁴ PLIHON D. et PONSSARD J.-P. (2002), *La montée en puissance des fonds d'investissement : quels enjeux pour les entreprises ?*, Les Etudes de la Documentation Française, 176 p. PRICEWATERHOUSE COOPERS (PWC) et ASSOCIATION FRANCAISE DES INVESTISSEURS EN CAPITAL (AFIC) (2002), *Comment les fonds d'investissements apprécient-ils le positionnement stratégique et commercial des entreprises ?*, 19 p. ; LANTZ J.-S. (2004), *Valorisation stratégique et financière*, Maxima, pp.159-190 et EASTERWOOD J.C., SETH A. et R.F. SINGER (1989), "The Impact of Leveraged Buyouts on Strategic Direction", *California Management Review*, vol. 32 : n°1, pp. 30-45

⁸⁵⁵ LANTZ J.-S. (2004), *Valorisation stratégique et financière*, Maxima, pp. 159-190

l'asymétrie d'information est élevée, plus les investisseurs ont besoin d'une information abondante, régulière et pertinente de la part des dirigeants envers leurs actionnaires.

Noël Goutard⁸⁵⁶, professionnel du *buyout*, reporte que la transformation du rapport de force entre actionnaires et dirigeants conduit à un changement dans la mentalité des dirigeants et, selon Plihon et Ponsard⁸⁵⁷, à une modification de leur agenda au profit de rencontres régulières avec les investisseurs. Par ailleurs, notamment en raison de l'importance de la dette pesant sur la cible, les dirigeants sont amenés à s'interroger davantage sur l'impact de telle ou telle décision d'investissement sur le *cash* disponible⁸⁵⁸. Par ailleurs, grâce à la présence des CI, le dirigeant peut trouver de nouveaux moyens d'action⁸⁵⁹. Par exemple, les dirigeants peuvent renforcer le contrôle de l'organisation en s'affranchissant des anciens réseaux de pouvoir, ce qui, par conséquent, peut leur permettre de créer les conditions d'une plus grande indépendance décisionnelle⁸⁶⁰. De plus, les dirigeants peuvent recevoir une aide plus importante de la part d'entreprises de conseil. Cette aide apportée par des personnalités externes à l'entreprise fait partie intégrante des changements apportés par l'arrivée du ou des CI dans les entreprises⁸⁶¹.

Ces effets décrits sur les impacts des opérations de LBO sont cependant à relativiser. En effet, il nous semble primordial de souligner que l'intervention des CI dans la gestion opérationnelle et stratégique de la firme varie en fonction de la nature de ces investisseurs et/ou de l'importance des parts sociales qu'ils détiennent dans la cible. Chercheurs et praticiens distinguent deux grands niveaux de suivi de la société cible : dans le jargon de la profession, on distingue le *hands off* du *hands on* voire du *hands in*. Le *hands off* implique un suivi très léger lorsque l'investisseur n'est pas intégré à un organe de gestion (conseil d'administration) ou de contrôle (conseil de surveillance) ou lorsqu'il y a plusieurs investisseurs avec un chef de file. A contrario, le *hands on* consiste en un suivi attentif où l'investisseur est intégré à un organe de contrôle et est très actif dans le suivi des réunions et des informations, notamment dans les opérations de capital-transmission. Les capital-investisseurs peuvent parfois demander une place de censeur, opération consistant à nommer un représentant du fonds d'investissement sans droit de vote au conseil d'administration, mais pouvant exprimer un avis ou des recommandations⁸⁶².

De plus, si pour Bonnet⁸⁶³, la présence d'une relation de confiance entre les capital-investisseurs et les dirigeants a une influence positive sur la performance financière des entreprises cibles, notons **la présence de relations entre capital-investisseurs et dirigeants parfois conflictuelles et cela, quelle que soit l'identité du ou des CI dans le cas des opérations menées en syndication⁸⁶⁴.** En effet, le système de décision au sein des entreprises est complexe : il dépend des ententes et des coalitions entre dirigeants et investisseurs qui peuvent être systématiques ou portées sur certaines décisions, notamment celles décisives (sortie, nouveau tour de table).

⁸⁵⁶ GOUTARD N. (2007), "LBO : le management par la tyrannie du cash ", *Le journal de l'école de Paris*, n°66, pp.15-21

⁸⁵⁷ PLIHON D. et PONSSARD J.-P. (2002), *La montée en puissance des fonds d'investissement : quels enjeux pour les entreprises ?*, Les Etudes de la Documentation Française, 176 p.

⁸⁵⁸ BANCEL F. (2009), "Efficacité et légitimité du modèle LBO, Le conflit actionnaire-stakeholder revisité", *Revue française de gestion*, n°198-199, pp. 241-257

⁸⁵⁹ BANCEL F. (2004), "Les dirigeants et l'actionnariat des grandes entreprises ", *Ibid.*, n°151, pp. 51-58

⁸⁶⁰ *Ibid.*, p.66

⁸⁶¹ STEPHANY E. (2003), *La relation capital-risque / PME, Fondements et pratiques*, De Boeck, 231p.

⁸⁶² BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, p.138

⁸⁶³ BONNET C. (2005), "La confiance entre capital-investisseurs et dirigeants : conséquences comportementales et influence sur la performance financière", *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 8 : n°2, pp. 99-132

⁸⁶⁴ STEVENOT-GUERY A. (2007), "Capital-investissement en syndication : les enjeux en termes de gouvernance disciplinaire et cognitive à partir d'une étude de cas multi-sites", *Revue française de gestion*, vol.10 : n°4, pp. 141-178.

1.2.1.2. Une rationalisation des coûts au service du remboursement de la dette : des impacts plus ou moins forts sur la politique de ressources humaines des entreprises cibles

La pression financière qui pèse sur les entreprises sous LBO peut engendrer la mise en place d'une politique de rationalisation. Cette stratégie classique des professionnels du *buyout* leur est souvent reprochée, une trop forte contraction des coûts se traduisant par des baisses de budget portant sur l'investissement, le personnel, la recherche et le développement, et cela au détriment de l'emploi et de la croissance. Les revues de littérature publiées sur le sujet démontrent des résultats contradictoires⁸⁶⁵. **Gottschal et Phalippou⁸⁶⁶ reconnaissent que durant la phase de LBO, des difficultés sont fréquemment rencontrées au sein des cibles en matière organisationnelle et sur le plan humain.** Selon ces auteurs, elles se traduisent fréquemment par des opérations de restructuration et de licenciement dont l'objectif prioritaire face à un objectif de création de valeur actionnariale est d'améliorer la gestion du bilan et du compte de résultat⁸⁶⁷. Easterwood, Seth et al.⁸⁶⁸ notent que la diminution de la masse salariale s'accompagne d'un raccourcissement des lignes hiérarchiques, contribuant ainsi à diminuer le nombre de procédures bureaucratiques en place avant l'entrée des fonds. L'étude de Wieserma et Liebeskind⁸⁶⁹ démontre également une baisse généralisée des effectifs qui s'explique notamment par des opérations de désinvestissement plus fréquentes que les entreprises cotées en bourse. D'autres auteurs comme Kaplan et Strömberg⁸⁷⁰ adoptent un point de vue plus mesuré et considèrent que les firmes sous LBO connaissent une croissance plus réduite de l'emploi que celles de leur secteur respectif. De même, en 2007, Amess et Wright⁸⁷¹ dans une étude menée au Royaume-Unis trouvent un impact insignifiant des opérations LBO sur la croissance de l'emploi et une croissance plus faible des salaires dans les entreprises sous LBO que celles de leur échantillon non sujettes à ce type d'opération avec des différences plus ou moins marquée selon le type de LBO (MBO ou MBI). Les résultats de l'étude de Bergström, Grubb et Jonsson⁸⁷² démontrent que contrairement aux allégations populaires, le niveau d'emploi augmente à un rythme plus important que les entreprises du groupe de référence, des entreprises qui ne sont pas sous LBO. Une étude issue de la littérature professionnelle réalisée par le cabinet Constantin pour le compte de l'AFIC en 2007⁸⁷³ montre, quant à elle, que les entreprises françaises détenues par des fonds d'investissement dans le cadre d'opérations avec effet de levier accroissent leurs effectifs de 4,1 % par an, en moyenne, soit plus que les autres firmes (+ 0,6 %). Au regard de ces résultats, nous ne pouvons apporter une réponse définitive sur l'impact des LBO sur l'emploi.

Par ailleurs, les capital-investisseurs ont coutume de mettre en place une politique de rémunération favorable aux dirigeants et à certains employés afin d'aligner les intérêts des dirigeants et des employés de la cible sur ceux des CI. Les chercheurs constatent notamment un élargissement de l'éventail des rémunérations et une tendance à la hausse de la part des

⁸⁶⁵ WRIGHT M., AMESS K., WEIR C., *et al.* (2009), "Private Equity and Corporate Governance : Retrospect and Prospect", *Corporate Governance: An International Review*, vol. 17 : n°3, pp. 353-375

⁸⁶⁶ GOTTSCHAL G O. et PHALIPPOU L. (2008), "les vrais-faux rendements du capital-investissement ", *Les Echos, L'Art du Management*, jeudi 22 mai, pp. 10-11

⁸⁶⁷ GOUTARD N. (2007), "LBO : le management par la tyrannie du cash ", *Le journal de l'école de Paris*, n°66, p.18

⁸⁶⁸ EASTERWOOD J.C., SETH A. et R.F. SINGER (1989), "The Impact of Leveraged Buyouts on Strategic Direction", *California Management Review*, vol. 32 : n°1, pp. 30-45

⁸⁶⁹ WIESERMA M.F. et LIEBESKIND J.P. (1995), "The effects of leveraged buyouts on corporate growth and diversification in large firms", *Strategic Management Journal*, vol. 16, pp. 447-460

⁸⁷⁰ KAPLAN S.N. et STRÖMBERG P. (2009), "Leveraged Buyouts and Private Equity", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 23 : n°1, pp. 121-146

⁸⁷¹ AMESS K. et WRIGHT M. (2007), "The Wage and Employment Effects of Leveraged Buyouts in the UK", *International Journal of the Economics of Business*, vol. 14 : n°2, pp. 179-195

⁸⁷² BERGSTRÖM C., GRUBB M. et JONSSON S. (2007), "The Operating Impact of Buyouts in Sweden: A Study of Value Creation", *The Journal of Private Equity*, pp. 22-39

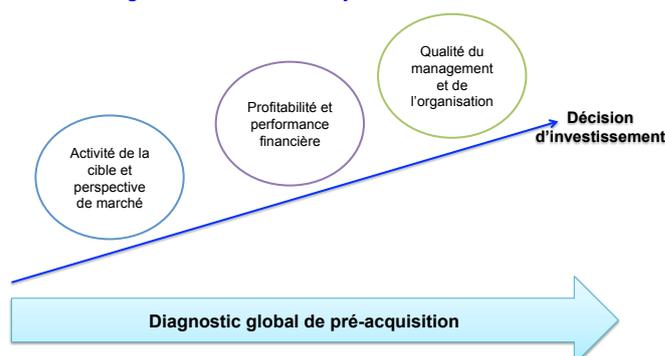
⁸⁷³ Constantin, communiqué de presse du 7 mars 2007, 2 p.

rémunérations liées aux résultats de l'entreprise. Appere, Rosenfelt et al.⁸⁷⁴ rapportent que la participation des dirigeants à l'investissement leur permet de se constituer rapidement un patrimoine bien plus important que celui auquel ils auraient eu accès dans un grand groupe coté. Comme le soulignait récemment Michel David-Weill, président d'Eurazeo⁸⁷⁵ : « *Lorsque les enjeux deviennent personnels, les réflexes changent* ». Selon Jensen⁸⁷⁶, la dette élevée et la mise en place de systèmes incitatifs adaptés de la part des CI en direction des dirigeants tend à réconcilier dirigeants et actionnaires et constituerait, en théorie, une solution aux problèmes d'agence. Appere, Rosenfelt et al.⁸⁷⁷ soulignent cependant les impacts négatifs de l'hyperlignement des intérêts entre investisseurs et dirigeants qui a parfois pu conduire à un enrichissement massif d'un petit nombre de personnes (dépassant rarement plus de 30 personnes) au détriment de l'intérêt social des entités concernées.

1.2.2. Les impacts stratégiques de l'entrée des capital-investisseurs : une absence de réponses simples

En tant qu'actionnaires, les CI participent à définir la stratégie des établissements en apportant leur contribution aux orientations et prises de décisions importantes. Ils considèrent généralement que les investissements à long terme des cibles ne doivent pas être sacrifiés. La viabilité du projet liée à l'activité de la cible et aux perspectives de marché, la rentabilité espérée de ce projet⁸⁷⁸ et les possibilités de sortie représentent avec le besoin en compétences en matière de gestion les autres critères majeurs motivant la décision d'investir⁸⁷⁹.

Figure 17 - Les critères majeurs de la décision d'investissement



source : SILLERO A. (2002), *Diagnostic global d'entreprise*, Editions Eska, p.26

Selon Easterwood, Seth et al.⁸⁸⁰, le haut niveau de dette a un impact majeur sur les décisions stratégiques qui joue, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent un rôle disciplinaire important pour les dirigeants. Pour autant, selon Franck Bancel⁸⁸¹, l'obligation de rembourser la dette d'acquisition ne doit pas « *pour autant négliger le projet stratégique qui représente une condition indispensable à la revente de l'entreprise dans un horizon de moyen terme* ». De ce fait, l'une des principales tâches des CI consiste précisément à s'assurer que le

⁸⁷⁴ APPERE G., ROSENFELT F., LAFONT B., et al. (2009), "Les LBO, outils de réparation du capitalisme ?", *Le Journal de l'École de Paris*, n°79, pp. 17-23

⁸⁷⁵ Ibid., pp. 17-23

⁸⁷⁶ JENSEN M.C. (1989), "Eclipse of the Public Corporation", *Harvard Business Review*, vol. 67 : n° 5, pp. 61-74

⁸⁷⁷ APPERE G., ROSENFELT F., LAFONT B., et al. (2009), "Les LBO, outils de réparation du capitalisme ?", *Le Journal de l'École de Paris*, n°79, pp. 17-23

⁸⁷⁸ SILLERO A. (2002), *Diagnostic global d'entreprise*, Editions Eska, 264 p.

⁸⁷⁹ WRIGHT M. (2002), "Le capital-investissement", *Revue française de gestion*, n° 141, p. 285

⁸⁸⁰ EASTERWOOD J.C., SETH A. et R.F. SINGER (1989), "The Impact of Leveraged Buyouts on Strategic Direction", *California Management Review*, vol. 32 : n°1, pp. 30-45

⁸⁸¹ BANCEL F. (2009), "Efficacité et légitimité du modèle LBO, Le conflit actionnaire-stakeholder revisité", *Revue française de gestion*, n°198-199, pp. 241-257

plan de développement est bien mis en œuvre⁸⁸². Les décisions stratégiques sont le plus souvent centralisées tandis que les décisions sur les éléments opérationnels sont au contraire décentralisées⁸⁸³. Patrick Sayer⁸⁸⁴, PDG d'Eurazeo, ajoute que la stratégie de la cible mise en œuvre par les CI peut se révéler dans certains cas mieux pensée qu'elle ne l'aurait été si l'entreprise avait évolué dans un groupe. Il note :

« Ce travail (d'audit suite à la reprise de la cible) débouche sur un business plan à trois ans, et souvent à cinq ans. Il s'agit d'un travail très lourd auquel les grands groupes procèdent rarement pour leurs filiales, surtout si elles ne sont pas stratégiques. La grande vertu du LBO est de placer la stratégie d'une entreprise jusqu'alors « périphérique » au cœur des préoccupations de ses actionnaires. (...) Enfin, grâce à sa « mise sous tension », l'entreprise entre dans une logique d'investissement beaucoup plus vertueuse qu'auparavant. (...) dans le cadre d'un LBO, les dirigeants se mettent tout naturellement à raisonner en budget base zéro : « Cette année, nous ne repeindrons pas l'usine, mais dans trois ans nous investirons 30 millions d'euros pour créer un nouveau site industriel. » Au total, le TRI (taux de rentabilité interne) de l'investissement augmente fortement, ce qui donne beaucoup de sens à une vision stratégique. »

Si peu d'études ont été menées à grande échelle pour tester la relation entre l'entrée des CI dans le capital des entreprises et la stratégie des cibles⁸⁸⁵, leur stratégie générale en matière de valorisation des groupes et des entreprises est bien connue des gestionnaires et des chercheurs. Pour autant, comme cela l'a été exposé plus haut, les impacts attendus de l'entrée des CI en matière de stratégie de la cible diffèrent selon la nature des CI, certains étant plus interventionnistes que d'autres. Pour créer de la valeur, les capital-investisseurs dans le secteur de la santé mettent en œuvre principalement une stratégie de croissance externe agressive, le *buid up*, une stratégie qui nécessite un peu de temps pour se concrétiser dans les comptes d'exploitation et les bilans

Par leur intervention, les CI, détenteurs d'une manne financière importante, ont de nos jours un effet structurant sur de nombreux secteurs industriels⁸⁸⁶. **Ils participent actuellement à la restructuration du secteur des cliniques privées en y injectant des fonds importants. La présence des CI peut ainsi constituer une réponse aux besoins en fonds propres et quasi fonds propres des cliniques privées. C'est là le principal apport de leur entrée dans le secteur qui est souligné par les parties prenantes de l'hospitalisation privée.**

Ainsi, le principal sujet d'inquiétude des acteurs du monde de la santé n'est pas à rechercher dans le contenu même du plan stratégique mis en œuvre, mais dans l'opposition existante entre la logique industrielle des acteurs du secteur redoutant à terme une instabilité de l'actionnariat et celle financière à horizon de sortie de l'investisseur. La durée de l'accompagnement des cibles par les capital-investisseurs est jugée insuffisante (sept ans en moyenne⁸⁸⁷). Alain Argile⁸⁸⁸ note

⁸⁸² BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, p. 148

⁸⁸³ EASTERWOOD J.C., SETH A. et R.F. SINGER (1989), "The Impact of Leveraged Buyouts on Strategic Direction", *California Management Review*, vol. 32 : n°1, pp. 30-45

⁸⁸⁴ APPERE G., ROSENFELT F., LAFONT B., et al. (2009), "Les LBO, outils de réparation du capitalisme ?", *Le Journal de l'École de Paris*, n°79, pp. 17-23

⁸⁸⁵ Dans la littérature française, nous avons recensé une étude, celle de Lacoste, Lavigne et al., testant empiriquement la relation entre la présence des investisseurs institutionnels dans le capital des groupes français du CAC 40 et leurs stratégies de diversification. Ils concluent à une absence de liens. L'enquête statistique qu'ils mènent porte plus particulièrement sur les opérations de *public equity* et étudie le cas des investisseurs institutionnels, ce qui rend leurs résultats difficilement généralisables aux opérations intéressantes dans nos travaux. Cf. LACOSTE D., LAVIGNE S. et RIGAMONTI E. (2009), "Les investisseurs institutionnels influencent-ils les stratégies ?", *Revue française de gestion*, n°197, pp. 35-48

⁸⁸⁶ ARGILE A. (2008), "Les transformations du private equity", *Revue d'Économie Financière*, vol. 93 : pp.13-18

⁸⁸⁷ STEVENOT-GUERY A. (2006), "Conflits entre investisseurs et dirigeants, Une analyse en termes de gouvernance cognitive", *Revue française de gestion*, n°164, pp. 157-180

⁸⁸⁸ ARGILE A. (2008), "Les transformations du private equity", *Revue d'Économie Financière*, vol.93, pp.13-18

une évolution dans l'horizon temporel des investisseurs. Selon lui, même si l'horizon des opérations de *private equity* est moins éloigné que celui de certains actionnaires familiaux, il l'est probablement plus que celui du management des sociétés cotées. S'agissant du secteur hospitalier privé, un représentant d'un des principaux syndicats de médecins français⁸⁸⁹ note sur ce point que le projet médical des établissements doit être pensé sur un horizon de dix, quinze voire vingt ans. En cela, selon lui, les CI « *obstruent la logique de projet de santé* »⁸⁹⁰. Cette crainte du « court-termisme » dans l'actionnariat de ces fonds a conduit les experts de la Commission Larcher à proposer des mesures visant à éviter les déserts médicaux en cas de revente subite⁸⁹¹. Ils ont notamment souhaité donner la possibilité à l'Etat de participer au rachat des cliniques. Cette proposition n'a pas été reprise dans le rapport final⁸⁹² remis par la Commission au Gouvernement en avril 2008. Cependant, dans ce rapport, sont suggérées quelques propositions visant à pérenniser le financement des cliniques privées commerciales. On retrouve notamment une proposition d'ouverture de l'actionnariat des cliniques à d'autres grandes institutions financières telles que celle de la Caisse des Dépôts, de la Mutualité ou des groupes d'assurance par le biais de la création de fonds d'investissement cotés, ou encore une proposition relative à l'instauration d'un droit d'alerte accordé aux médecins qu'ils pourraient exercer en cas de pression financière trop forte au regard des conditions éthiques et déontologiques de la médecine⁸⁹³. Celles-ci n'ont pas été reprises par la loi HPST votée à la suite de ce rapport. De même que les praticiens et les pouvoirs publics, certains directeurs d'établissements s'inquiètent aussi du devenir de leurs établissements cédés à des groupes détenus par des CI comme l'illustrent les propos d'un directeur figurant dans l'encadré suivant.

Récit d'un ancien PDG de deux cliniques bordelaises

" J'ai reçu dix groupes avant de céder mes deux cliniques bordelaises à Médi-partenaires. A regret, mais nous étions 200 médecins actionnaires, incapables de dégager une stratégie forte avec un capital éclaté. Médi-partenaires a mis 18 millions d'euros sur la table, il paye notre regroupement sur un site neuf. On se dit que le prochain acquéreur n'aura pas intérêt à démanteler la structure. Médi-partenaires détenus par un LBO, nous revendra sans doute dans cinq ans. Nous ignorons ce qui nous attend après."

La sortie des fonds du capital des cliniques est orchestrée dès le début de l'opération de rachat. En effet, les hypothèses du désinvestissement sont formulées entre les capital-investisseurs et les dirigeants de l'entreprise dès les premiers entretiens⁸⁹⁴. En outre, le mode de sortie peut aussi être prévu dans le pacte d'actionnaire et est inscrit dans les clauses contractuelles encadrant la sortie. Elle a, en principe lieu lorsque les objectifs fixés inscrits dans le *business plan*⁸⁹⁵ sont atteints (par exemple, atteinte du dépassement de la taille critique ; dans le cas des

⁸⁸⁹ ORTIZ J.-P., Médecine libérale et Hospitalisation privée, le modèle de la gouvernance hospitalière en question, *Hospitalis*, p. 4

⁸⁹⁰ GIE CLUB DES QUINZE SANTE (2007), "Médecine libérale et hospitalisation privée, le modèle de la gouvernance hospitalière en question", *Hospitalis*, n°3, 8 p.

⁸⁹¹ LARCHER G. (2007), *Etat des lieux réalisé par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher*, à la demande du Président de la République, du Premier ministre et de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Paris, 14 p.

⁸⁹² LARCHER G. (2008), *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par M. Gérard Larcher*, à la demande du Président de la République, du Premier ministre et de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Paris, 102 p.

⁸⁹³ Ibid., p. 56

⁸⁹⁴ BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, p. 155 et LANTZ J.-S. (2004), *Valorisation stratégique et financière*, Maxima, p. 187

⁸⁹⁵ Le business plan doit faire l'objet d'un consensus entre les actionnaires, les dirigeants et les banquiers. Pour que ce dernier soit mis en œuvre et réussisse, les managers doivent obligatoirement y adhérer puisque ce sont eux qui vont le conduire, d'où l'importance de l'adhésion de l'équipe dirigeante au LBO. Il constitue la charte de constitution et de développement passée entre les entrepreneurs et les investisseurs BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, p. 33

LBO lorsque la *holding* a remboursé son emprunt en totalité)⁸⁹⁶. Cependant les capital-investisseurs gardent une approche flexible concernant le choix de la date et du mode de sortie qui peut être totale ou partielle.

L'exemple du groupe Vitalia détenu par le géant américain *Blackstone* illustre cette flexibilité dans la revente des cibles : après seulement deux années, Blackstone a tenté de vendre le groupe alors que la sortie était planifiée à un horizon de cinq ans⁸⁹⁷. Les chercheurs soulignent que les préférences des modes de sortie des investisseurs diffèrent selon les pays et selon le type d'opérations menées. Sur le marché européen, de même qu'en France, la sortie par cession directe des titres est la plus fréquemment mise en œuvre. Dans le secteur hospitalier privé, cette formule de revente a, par exemple, été retenue par le groupe Médi-Partenaire qui en est à son second LBO. L'encadré suivant présente l'ensemble des modes de sortie possibles en fonction du niveau de satisfaction qu'elles procurent aux capital-investisseurs.

⁸⁹⁶ GOUTARD N. (2007), "LBO : le management par la tyrannie du cash ", *Le journal de l'école de Paris*, n°66, pp. 15-21. Il estime que le taux d'échec de ces opérations s'élève de nos jours de 4 à 5 % contre 3 % il y a cinq ans, les sociétés de gestion prenant de plus en plus de risques dans les opérations qu'elles choisissent

⁸⁹⁷ CHARDON D., "Rumeurs autour de la reprise de Vitalia, Le groupe de cliniques français attise les convoitises", *Le quotidien du médecin*, 20 mai 2008, 1 p.

Encart 18 - Les modes de sortie des capital-investisseurs

Les investisseurs peuvent sortir de diverses manières du capital de la cible. La sortie sera d'autant facilitée que la rentabilité s'est améliorée et/ou lorsque l'entreprise a augmenté sa taille.

➤ Les sorties peu ou insatisfaisantes pour les capital-investisseurs

Selon Pierre Battini⁸⁹⁸, les sorties les moins satisfaisantes pour les capital-investisseurs sont le rachat des actions par la société cible elle-même et le rachat par des personnes physique.

- **Le « write off »** : le dernier recours est la mise en liquidation de la société, ce que l'on appelle le « décès de la participation », ou « write off ».
- **Le rachat d'actions par la société cible elle-même** : la société peut racheter ses propres actions, opérations que l'on constate quotidiennement sur les marchés financiers. Ces décisions prises par l'assemblée générale extraordinaire (AGE) sont très encadrées. Ce type d'opération risque de compromettre l'avenir de la société en diminuant considérablement sa capacité à financer ses investissements, et éventuellement une hausse du fonds de roulement.
- **Le rachat par des personnes physiques** : le rachat peut être effectué par des personnes physiques : chefs d'entreprises, équipes de cadres et les familles souhaitent toujours racheter la participation des financeurs. Le problème réside dans les sommes en jeu, la technique du portage⁸⁹⁹ étant refusée par les investisseurs qui souhaitent maximiser leur plus-value de revente.

➤ Les divers moyens de sortie lorsque les objectifs sont atteints

Les sorties les plus satisfaisantes pour les investisseurs sont celles de la cession des participations à un industriel ou à un autre financier, et l'introduction en bourse.

- **La sortie par introduction en bourse** : l'industrie des LBO revend très fréquemment les cibles acquises sur le marché financier par le biais d'une introduction en Bourse. Ce mode de sortie est apprécié par les investisseurs qui sont certains de trouver la liquidité et peuvent espérer un rendement élevé lorsque les introductions sont réussies.
- **Le rachat par des industriels** : les industriels souhaitent en général détenir la totalité des actions de la société pour la gérer et dégager des synergies avec les autres sociétés du groupe.
- **Le rachat par des financiers** : les rachats par des financiers sont de plus en plus fréquents et sont réalisés sur des laps de temps de plus en plus courts. Selon Pierre Battini, il serait fréquent d'observer des sociétés qui changent d'actionnaire principal tous les deux ans⁹⁰⁰.

En définitive, il nous semble encore trop tôt pour juger d'une éventuelle instabilité de l'actionnariat des cliniques privées. Nous ne pouvons pas davantage apporter de conclusion sur la potentielle incompatibilité du projet des CI établi dans un objectif de création de valeur actionnariale de celui des acteurs du secteur visant davantage une création de valeur sociétale. Notons l'absence d'études dédiées spécifiquement au sujet. Les principaux enseignements de la littérature concernant les impacts possibles des CI sur la gouvernance des cliniques privées, la gestion des ressources humaines des entreprises cibles et leur projet stratégique, il nous semble important d'aborder, dès à présent, la question de l'impact de l'entrée des CI sur les résultats financiers des cibles.

⁸⁹⁸ BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, 294 p.

⁸⁹⁹ Le portage est une activité bancaire qui pourrait permettre aux entrepreneurs de racheter les actions au prix de souscription majoré d'un simple taux d'intérêt.

⁹⁰⁰ BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, p. 155 et s.

1.2.3. Les impacts potentiels de l'entrée des capital-investisseurs sur les résultats financiers des cibles : une hétérogénéité des réponses apportées par les chercheurs

Outre les craintes soulevées jusqu'alors, les objectifs de rentabilité imposés aux cliniques privées cibles engendre également des inquiétudes de la part des acteurs. Elles s'illustrent notamment par celle des pouvoirs publics de voir fermer des établissements dans le seul objectif d'améliorer les résultats d'un groupe détenteur de cliniques privées⁹⁰¹ et par celle des praticiens redoutant que les établissements de santé rachetés soient privés des capacités financières qui leurs sont nécessaires au développement des plateaux techniques⁹⁰². Ainsi, il nous semble intéressant de dresser un état des lieux de la littérature existante sur les impacts financiers de l'entrée des CI dans le capital des entreprises cibles mesurés en termes de création de valeur⁹⁰³ et d'équilibre financier. Nous reportons dans ces lignes les principaux enseignements des études des chercheurs et celles menées par les professionnels du capital-investissement.

En premier lieu, la littérature tend à démontrer que les sociétés sous LBO croîtraient plus vite que les autres⁹⁰⁴. L'étude réalisée par le cabinet Constantin, précédemment citée, montre, par exemple, que la hausse annuelle de leur chiffre d'affaires serait de 5,6 % contre 0,7 % pour la moyenne des entreprises françaises. L'une des questions primordiales intéressant à la fois les acteurs et les chercheurs consiste à déterminer si la croissance des entreprises et/ou des groupes sous LBO détériore ou améliore leur santé financière. En effet, la performance financière est prééminente dans le jugement global de l'entreprise. Cette interrogation est d'autant plus importante dans un secteur qui est essentiellement financé par des fonds publics, de l'argent « dédié à la solidarité nationale ».

La littérature gestionnaire anglo-saxonne fait état **de l'existence de nombreuses études analysant la performance financière des cibles post LBO⁹⁰⁵. Pour autant, la recherche en finance ne permet pas d'apporter, de nos jours, de réponses définitives sur la question, pas plus d'ailleurs que sur celle de la rentabilité des fonds.** Bancel⁹⁰⁶, ainsi que Wright, Amess et al.⁹⁰⁷, dans les revues de littérature française et internationale récente (publication 2009) montre que la plupart des recherches académiques basées sur des indicateurs essentiellement comptables menées au niveau international, notamment aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Europe concluent à un niveau de performance supérieur à la moyenne des entreprises de leur secteur d'activité suite aux rachats. A titre illustratif, une étude de Bergström, Grubb et Jonsson⁹⁰⁸ publiée en 2007 démontre une amélioration du résultat opérationnel des entreprises suédoises de leur échantillon suite aux opérations de LBO, celui-ci

⁹⁰¹ CHARDON D., « Le débat sur la concentration des cliniques, Gérard Larcher sera très attentif à l'évolution du dossier », in *Le Quotidien du Médecin*, 1 p.

⁹⁰² GIE CLUB DES QUINZE SANTE (2007), "Médecine libérale et hospitalisation privée, le modèle de la gouvernance hospitalière en question", *Hospitalis*, n°3, 8 p.

⁹⁰³ Cf. Titre 1, Chapitre 1, Section 2, p. 47

⁹⁰⁴ STEVENOT-GUERY A. (2006), "Conflits entre investisseurs et dirigeants, Une analyse en termes de gouvernance cognitive", *Revue française de gestion*, n°164, pp. 157-180

⁹⁰⁵ DESBRIERES P. et SCHATT A. (2002b), "The Impacts of LBOs on the Performance of Acquired Firms: The French Case", *Journal of Business Finance & Accounting*, vol. 29 : n°5 et 6, pp. 695-729

⁹⁰⁶ BANCEL F. (2009), "Efficacité et légitimité du modèle LBO, Le conflit actionnaire-stakeholder revisité", *Revue française de gestion*, n°198-199, p. 249 Pour une étude sur la rentabilité des fonds, v. notamment KAPLAN S.N. et SCHOAR A. (2005), "Private Equity Performance : Returns, Persistence and Capital Flows", *The Journal of Finance*, vol. LX : n°4, pp. 1791-1822

⁹⁰⁷ WRIGHT M., AMESS K., WEIR C., et al. (2009), "Private Equity and Corporate Governance: Retrospect and Prospect", *Corporate Governance: An International Review*, vol. 17 : n°3, pp. 353-375

⁹⁰⁸ BERGSTRÖM C., GRUBB M. et JONSSON S. (2007), "The Operating Impact of Buyouts in Sweden: A Study of Value Creation", *The Journal of Private Equity*, pp. 22-39

étant mesuré à partir d'indicateurs comptables. En France, Desbrières et Schatt⁹⁰⁹ concluent, pour leur part, à la détérioration de la performance financière des firmes après LBO, celle-ci étant mesurée par un ratio de rentabilité financière, par le retour sur investissement et par des ratios de marge. Selon ces auteurs, ces différences des résultats par rapport à ceux des études menées au Royaume-Unis et aux Etats-Unis peuvent s'expliquer, au moins pour partie, par les spécificités du contexte français : les opérations de LBO sont majoritairement menées pour organiser le transfert ou la succession de propriété des entreprises familiales et résultent dans une moindre mesure des opérations de désinvestissement des groupes. De plus, ces opérations peuvent être menées sur des entreprises dont la santé financière est meilleure que celle de la moyenne des entreprises d'un secteur non sous LBO. Ainsi, comme le note Anne Stévenot-Guéry⁹¹⁰, les performances meilleures des entreprises financées par les CI ne pourraient représenter qu'une preuve de la capacité des CI à bien évaluer les projets et à sélectionner les bons dossiers. Dans le secteur hospitalier, notons que certains groupes poursuivent une stratégie d'achats ciblée sur des entreprises en bonne santé financière. C'est le cas, par exemple, du groupe Vitalia investissant dans des cliniques qui ne présentent, selon Christian Le Dorze, pas de difficultés financières particulières.

Outre les impacts des CI sur la performance financière des cibles, en théorie, l'un des principaux avantages que l'on peut attribuer à leur entrée serait à rechercher dans le retour à l'équilibre financier des établissements cibles. En effet, le ou les CI peut (peuvent) procurer à l'entreprise une garantie de solidité financière en lui facilitant l'accès aux crédits bancaires ou à d'autres sources de financement, la présence d'un investisseur dans le capital de l'entreprise représentant pour les prêteurs et les autres parties prenantes comme les fournisseurs une garantie concernant la viabilité du projet et le potentiel de l'entreprise. Plusieurs études ont ainsi montré que la présence d'un CI permettait à l'entreprise de lever de nouvelles ressources auxquelles elle n'avait pas accès auparavant. L'étude de Desbrières et Schatt citée précédemment⁹¹¹ montre quant à elle que l'équilibre financier n'est, de même que la rentabilité, pas toujours au rendez-vous notamment en raison de l'importance de la dette qui pèse sur ces entreprises.

Effet de levier ou effet de massue pour les cliniques privées cibles ? Pour éclaircir ce questionnement, il serait nécessaire de mener une étude au niveau du secteur qui soit spécifique au secteur et qui tienne compte des effets cycliques propres à cette industrie.

Le paragraphe suivant présente les effets d'impact de la régulation du secteur sur le comportement général des entreprises du secteur.

⁹⁰⁹ DESBRIERES P. et SCHATT A. (2002b), "The Impacts of LBOs on the Performance of Acquired Firms: The French Case", *Journal of Business Finance & Accounting*, vol. 29 : n°5 et 6, pp. 695-729

⁹¹⁰ STEVENOT-GUERY A. (2006), "Conflits entre investisseurs et dirigeants, Une analyse en termes de gouvernance cognitive", *Revue française de gestion*, n°164, pp. 157-180

⁹¹¹ DESBRIERES P. et SCHATT A. (2002b), "The Impacts of LBOs on the Performance of Acquired Firms: The French Case", *Journal of Business Finance & Accounting*, vol. 29 : n°5 et 6, pp. 695-729

2. Le rapprochement d'entreprises comme réponse aux contraintes de l'environnement

Dans les deux sections précédentes, nous avons pu observer l'impact de la régulation du secteur sur la performance financière, sur les conditions de base et la structure du secteur hospitalier privé. La présente section a, quant à elle, pour objet de décrire plus en détail le comportement de l'ensemble des cliniques privées, un aperçu de celui-ci ayant été apporté dans la section précédente, c'est-à-dire la manière dont les établissements du secteur agissent, pour maintenir ou améliorer leur position concurrentielle, et cela, quelle que soit la nature de leurs actionnaires.

Afin de maintenir ou d'améliorer la position concurrentielle de leurs établissements, les dirigeants de cliniques privées mobilisent les principaux modes de développement des entreprises identifiés par les théoriciens de l'économie industrielle que sont la croissance externe *via* les fusions-acquisitions, la croissance interne et les alliances coopératives. Selon Yves Morvan, une opération de croissance externe consiste pour une entreprise à faire passer sous son contrôle des unités pré-existantes, déjà en fonctionnement sous d'autres contrôles (la firme A se développe en maîtrisant la firme B)⁹¹². L'auteur rapporte qu'à l'opposé, la croissance interne poursuit un objectif d'accumulation du capital autour de centres existants, créant de la sorte une capacité de production accrue : la firme A se développe par autofinancement ou apport de capitaux frais, sans s'unir avec d'autres. L'alliance coopérative représente le troisième mode de développement des cliniques privées. Selon Mayrhofer, les alliances stratégiques peuvent être définies comme « *des accords à caractère stratégique noués entre au moins deux firmes indépendantes qui décident de mettre en commun tout ou partie de leurs ressources* »⁹¹³. En raison de la difficulté à obtenir de nouvelles autorisations d'activité de court séjour, le développement par croissance externe et par alliances, c'est-à-dire par les deux formes du rapprochement d'entreprises identifié par Porter⁹¹⁴, sont souvent privilégiés par les dirigeants d'établissements. Les rapprochements d'entreprises sont perçus par Mayrhofer⁹¹⁵ comme « *des accords à caractère stratégique noués entre au moins deux firmes indépendantes qui choisissent de mettre en commun tout ou partie de leurs ressources (technologiques, productives, commerciales, etc.)* ». Rappelons que si les termes de « coopération » ou « rapprochement d'entreprises » sont le plus souvent utilisés, dans nos travaux, de façon interchangeable, on devrait cependant apporter une distinction, comme le note Dominique Jolly⁹¹⁶, entre la conclusion d'une union (le rapprochement d'entreprises) et l'action de participer à une œuvre commune (coopérer). Ce terme voisin de « coopération », est le plus fréquemment retenu par le législateur et les acteurs dans le champ de la santé. Arnaud, Lehericey et Tassery dans le Guide méthodologique des coopérations territoriales⁹¹⁷ en retiennent la définition suivante : la coopération est « *le processus selon lequel les individus participent à une œuvre commune* »⁹¹⁸.

Le plan proposé, pour cette section, repose sur un découpage entre ces deux formules de rapprochement retenues dans le cadre du développement des cliniques privées.

⁹¹² MORVAN M. (1991), *Fondements d'économie industrielle*, Economica, p. 132

⁹¹³ MAYRHOFER U. (2007), "Les rapprochements d'entreprises : perspectives théoriques et managériales", *Revue management & avenir*, n°14, pp. 81-99

⁹¹⁴ PORTER M.E. (2003), *L'avantage concurrentiel*, Dunod, 647 p.

⁹¹⁵ MAYRHOFER U. (2007), "Les rapprochements d'entreprises : Perspectives théoriques et managériales", *Revue management & avenir*, n°14, pp. 81-89

⁹¹⁶ JOLLY D. (2001), *Alliances interentreprises, Entre concurrence et coopération*, Vuibert, p. 17

⁹¹⁷ ARNAUD A., LEHERICEY H. et TASSERY M. (2011), *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 92 p.

⁹¹⁸ Ibid., p. 6

Le premier temps de l'analyse est consacré à l'identification des motifs ou fondements qui conduisent les cliniques à rechercher des partenariats avec d'autres établissements de santé, quel que soit leur statut.

Les alliances coopératives, de plus en plus nombreuses, sont étudiées dans un deuxième temps. Les différentes formes juridiques que peuvent prendre ces alliances seront décrites avant de procéder à un recensement des opérations menées sur le secteur.

Enfin, un dernier paragraphe est dédié à l'étude des opérations de fusions-acquisitions, forme de rapprochement la plus courante dans le secteur. Nous constaterons qu'une course aux rachats des cliniques privées indépendantes est à l'œuvre afin de palier la concurrence, éviter un rachat des grands groupes, mettre un terme aux difficultés financières ainsi qu'au manque de personnel médical et paramédical dans certaines zones géographiques en regroupant les structures et en créant des pôles hyper-spécialisés.

2.1. *Les fondements et motivations des rapprochements d'établissements : le rôle moteur de la recherche d'une masse critique*

Les économistes trouvent de nombreuses explications aux opérations de fusions-acquisitions, couramment baptisées opérations de *M&A* (*Merger and Acquisition* en français), « à commencer par l'augmentation du profit qu'elles permettent », comme le soulignent Carlton et Perloff⁹¹⁹. Eric Séverin⁹²⁰, dans ses travaux sur la restructuration d'entreprise, recense, pour sa part, trois principaux fondements aux opérations de fusions-acquisitions : les économies d'échelle, la complémentarité des ressources et l'élimination des inefficiences qui conduisent, selon Dominique Jolly, à maintenir, voire à renforcer la position concurrentielle des alliés dans le cadre de ces rapprochements⁹²¹. Nos recherches sur les motivations à la formation d'alliances coopératives pour les cliniques privées nous ont amené à comprendre que ces opérations poursuivent ces mêmes grands objectifs. Seul le mode du rapprochement varie, son choix déterminant le statut de l'établissement qui demeure une entité indépendante dans le cadre des alliances coopératives ou, au contraire, passe sous le contrôle d'une autre dans le cadre d'une opération de fusion-acquisition. En conséquence, **nous avons pris le parti de présenter ensemble les fondements et motivations de ces deux modes du rapprochement d'entreprises.**

Outre les arguments précédemment cités, de nos jours, les opérations de fusions-acquisitions de cliniques privées sont également motivées par les opportunités d'achat nombreuses. Nous ne développons pas davantage ce sujet discuté dans la précédente section de ce chapitre, et choisissons de centrer notre propos sur les autres facteurs motivant les rapprochements d'entreprises. Ils sont principalement guidés par des impératifs d'ordre économiques et financiers et contraints par la démographie des professions de santé, facteurs qui conduisent les établissements à rechercher un partage de leurs moyens humains, techniques et financiers et par la politique des autorités de tutelle en matière de rationalisation de l'offre de soins.

2.1.1. *Une politique incitative des autorités de tutelle à coopérer : un stimulant exogène*

Le projet de rapprocher deux ou plusieurs établissements de santé peut relever d'initiatives propres des directeurs d'établissements ou de celles des autorités de tutelle. Dans une étude

⁹¹⁹ CARLTON D.W. et PERLOFF J.M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, p. 39

⁹²⁰ SEVERIN E. (2006), *Restructuration de l'Entreprise: Théorie et Pratique*, Economica, p. 38

⁹²¹ JOLLY D. (2001), *Alliances interentreprises, Entre concurrence et coopération*, Vuibert, p. 21

des alliances nouées entre les hôpitaux publics, Sandrine Cueille⁹²² affirme le rôle déterminant de l'interprétation que les décideurs hospitaliers font de l'environnement de leur établissement dans leur engagement volontaire à mener ce type d'opération. Pour leur part, les pouvoirs publics incitent fortement les établissements, et cela depuis la loi du 31 décembre 1970⁹²³, à engager ce type d'opérations.

Depuis dix ans, la politique de coopération mise en œuvre vise plus particulièrement à adapter les établissements de santé selon trois priorités des pouvoirs publics⁹²⁴ :

- rééquilibrer qualitativement l'offre de soins au regard des besoins d'une population qui vieillit et souffre de plus en plus de maladies chroniques
- prendre en compte les problèmes de démographie médicale
- améliorer la qualité des soins

Selon Arnaud, Lehericey et Tassery⁹²⁵, cette politique concourt à la réduction du nombre de structures que les coopérations induisent à moyen terme et à diminuer les incohérences observées dans le maillage du territoire et dans la couverture de l'offre de soins. Elle contribue également à d'autres préoccupations actuelles des autorités de tutelle, notamment à la structuration des filières de soins en permettant aux établissements partenaires de mieux se coordonner ainsi qu'à l'organisation de la permanence hospitalière des soins devenant de plus en plus problématique en raison de l'évolution de la démographie médicale. Le niveau d'analyse retenu par les tutelles est celui du territoire de santé. Le territoire de santé se présente comme une zone géographique dont le découpage est fixé pour assurer sa pertinence. Au sein de cette zone géographique sont ainsi définies les organisations et activités sanitaires existantes, les besoins de santé de la population, et les réponses à y apporter, dans le cadre de la politique régionale de santé. Un territoire de santé peut être, selon le cas, infra-régional, régional ou inter-régional⁹²⁶.

L'ARS dispose d'une palette d'outils pour coordonner les actions des établissements, les inciter à coopérer ou, le cas échéant, s'agissant des établissements publics de santé, les y contraindre⁹²⁷. En effet, les grandes orientations de la coopération hospitalière sont définies au niveau régional par le Directeur général de l'ARS par le biais du Projet régional de santé (PRS), et particulièrement du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Le SROS précise notamment les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), passé entre l'établissement et l'ARS, fixe les actions de coopération dans lesquelles il s'engage. Le CPOM doit donc être compatible avec le schéma.

Ces outils de la planification sanitaire donnent ainsi les moyens aux directeurs d'ARS d'accepter ou de refuser un projet de développement des cliniques privées quelle que soit le mode de

⁹²² CUEILLE S. (2002), L'engagement des hôpitaux publics français dans des stratégies d'alliance : construction et test d'un modèle d'analyse, *Finance Contrôle Stratégie*, vol.5 : n°2, p. 27

⁹²³ MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS (A.P.) (2004), "La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière?", *Revue française de gestion*, n°150, p. 32

⁹²⁴ www.ars.santé.fr, consulté le 9 mai 2011

⁹²⁵ ARNAUD A., LEHERICEY H. et TASSERY M. (2011), *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 92 p.

⁹²⁶ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ANAP) (2010), *La loi HPST à l'hôpital, Les clés pour comprendre*, p. 96

⁹²⁷ D'après l'article L. 6131-2 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS peut : 1/ demander à des établissements publics de santé la conclusion d'une convention de coopération ou de communauté hospitalière de territoire ainsi que la création d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un groupement d'intérêt public ; 2/ prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

développement envisagé. Ainsi, les projets engagés à l'initiative propre des établissements ne sont pas systématiquement acceptés par les tutelles. Elles doivent s'assurer que le système de soins reste universel, équitable, efficient et respectueux des libertés individuelles⁹²⁸. L'exemple suivant du projet de création d'un centre hospitalier privé à Agneaux (Haute Normandie) est à cet égard très éclairant.

Un projet de clinique stoppé par l'ARS

Le projet de création d'un centre hospitalier privé à Agneaux (Basse-Normandie) a été refusé par le directeur général de l'Agence régionale de santé, suivant en cela, l'avis formulé par le Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS). Porté par la polyclinique de la Manche, ce projet poursuivait l'objectif de regrouper les activités des cliniques Saint Jean à Saint-Lô et Henry Guillard à Coutances sur un site unique. Le regroupement risquait de mettre en difficulté les urgences de l'hôpital de Coutances qui ne disposant pas d'un service de chirurgie réorientée actuellement ses patients vers la clinique voisine Henry Guillard. Le site d'Agneaux se trouvant à plus de 30 km, la crainte d'une désorganisation de l'offre de soins a constitué le principal motif de ce refus. Le regroupement des activités de gynécologie-obstétrique risquait également de déstabiliser le service du centre hospitalier Mémorial de Saint Lô répondant actuellement aux besoins de la population.

source : Presse spécialisée, article Hospimédia du 7 juillet 2010

Les moyens de cette politique ont récemment été renforcés, notamment pour les opérations entre établissements publics, avec la loi HPST du 21 juillet 2009. Le législateur entend, selon l'intitulé du chapitre III du titre 1er de la loi, « *favoriser les coopérations entre établissements de santé* ». Pour les cliniques privées, le principal dispositif incitatif à coopérer introduit par la loi HPST est d'ordre financier. A titre illustratif, l'article 22 de la loi HPST prévoit qu'une partie des crédits d'aide à la contractualisation ainsi qu'une partie des crédits du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sont prioritairement affectés aux établissements de santé s'engageant dans un processus de coopération et cela jusqu'à décembre 2012⁹²⁹.

Outre la réponse aux besoins du territoire dans lequel évolue chaque clinique privée identifiés soit par les autorités de tutelle, soit par l'établissement lui-même, les opérations de rapprochements peuvent être mises en place dans un objectif de réalisation d'économies de coûts, *via* les économies d'échelle, et de mise en commun de moyens. Ces arguments et les concepts gestionnaires qui y sont attachés sont présentés dans le paragraphe suivant.

2.1.2. L'atteinte d'une masse critique et la mutualisation de moyens : des impératifs de survie pour les cliniques privées

Pour atteindre leurs objectifs de croissance ou de rentabilité, les entreprises peuvent choisir d'agir individuellement ou collectivement⁹³⁰. Si le désinvestissement ou la croissance interne représentent des moyens à la disposition des firmes pour restaurer le processus de création de valeur, ils ne sont pourtant pas les seuls. Une solution alternative

⁹²⁸ MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS (A.P.) (2004), "La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière?", *Revue française de gestion*, n°150, pp. 29-53.

⁹²⁹ PAUL C. et ROLLAND J.-M. (30 mars 2011), *Rapport d'information déposé en application de l'article 145-7, alinéa 1, du Règlement par la Commission des Affaires Sociales sur la mise en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, Assemblée Nationale, 201 p.

⁹³⁰ LE ROY F. (2003/2), "Rivaliser et coopérer avec ses concurrents: le cas de la stratégie collective "agglomérées"", *Revue française de gestion*, n°143, pp. 145-157.

consiste à rechercher des partenaires dont la recherche se concrétise par une alliance⁹³¹ ou à racheter un concurrent et donc à procéder une acquisition. Selon Meier et al.⁹³², quelle que soit la forme du rapprochement, tout rapprochement représente un levier au mouvement stratégique, un moyen au service d'une stratégie (concurrentielle, anticoncurrentielle et/ou de développement) choisi du fait de l'absence d'options ou en raison des avantages comparatifs. Ainsi, le rapprochement représente un moyen pour les entreprises de maintenir ou développer leur position concurrentielle et plus particulièrement sur des activités jugées stratégiques par les dirigeants. Ces deux procédés limitent également la concurrence d'autres établissements en érigeant de fortes barrières à l'entrée, notamment par la détention d'équipements médicaux spécifiques et en répondant aux quotas imposés par les tutelles. Dès lors, l'objectif du rapprochement est de procurer au projet commun des avantages de taille entraînant soit des mises en commun d'activité, soit une répartition entre les partenaires pour certaines autres⁹³³.

2.1.2.1. Une mise en commun de moyens nécessaire en raison des contraintes financières et des difficultés de recrutement

Le vieillissement du parc hospitalier qui trouve sa traduction, selon Karin Pellet⁹³⁴, dans l'inadaptation du plateau technique et des locaux nécessite d'importants investissements de modernisation qui vise à améliorer la sécurité des malades par la mise en conformité aux normes techniques. Un autre enjeu essentiel motivant ces investissements est d'attirer les médecins de talent qui recherchent un environnement technique de qualité. Dans le secteur hospitalier privé, le choix du collectif est privilégié dans le financement de ces investissements. **Ceci s'explique par la difficulté, pour les établissements, de croître par leurs propres moyens**, ces derniers ne disposant, de nos jours, que rarement des capitaux requis pour détenir l'ensemble des technologies nécessaires à la production de soins en raison de son coût et des contrôles exercés par les autorités de tutelle en matière d'octroi d'autorisations d'activité et d'équipement. Ainsi, le rapprochement d'entreprises, quelle que soit la forme qu'il emprunte peut représenter un moyen d'absorber les charges relatives à l'amortissement et aux intérêts d'emprunt.

A ces aspects financiers (coût de la technologie et rentabilité des plateaux techniques) motivant un établissement à se rapprocher d'un ou plusieurs autres s'ajoute, de nos jours, la difficulté croissante, pour certains, à recruter du personnel médical et paramédical⁹³⁵. Ce motif du rapprochement valide la thèse de Pfeffer et Salancik⁹³⁶ selon laquelle les coopérations représentent également un moyen pour les entreprises d'avoir accès aux ressources qui leurs sont nécessaires. L'étude de Sandrine Cueille, déjà citée, démontre que l'attention accordée aux ressources stratégiques par les dirigeants constitue un facteur de recours accru aux stratégies d'alliance⁹³⁷. Arnaud, Lehericey et Tassery expliquent que l'une des causes les plus importantes du déficit démographique d'un établissement est liée à l'attractivité

⁹³¹ GARRETTE B. et DUSSAUGE P. (1995), *Les stratégies d'alliance*, Editions d'Organisation, cité par SEVERIN E. (2006), *Restructuration de l'Entreprise: Théorie et Pratique*, Economica, p. 96

⁹³² MEIER O. (2007), *Gestion du changement*, Dunod, p. 15

⁹³³ PELLET K. (2000), *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial, Un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Faculté de Droit, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) Université Jean Moulin Lyon 3, p. 228

⁹³⁴ Ibid., p. 219

⁹³⁵ ARNAUD A., LEHERICEY H. et TASSERY M. (2011), *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS), p. 27

⁹³⁶ PFEFFER J. et R. SALANCIK G. (1978), *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*, Harper and Row

⁹³⁷ CUEILLE S. (2002), "L'engagement des hôpitaux publics français dans des stratégies d'alliance : construction et test d'un modèle d'analyse", *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 5 : n°2, p. 27

de la structure et à celle du territoire de santé sur lequel il est implanté. Ils soulignent encore que plus un établissement connaît un manque de personnel, plus il a de difficultés à en recruter, et que ce phénomène s'accroît lorsqu'il est confronté à des professions n'étant pas suffisamment représentées comme les infirmiers diplômés d'État. C'est ainsi qu'afin de maintenir un accès aux soins pour tous et d'éviter la désertification des territoires, de nombreux établissements ont déjà anticipé ces difficultés en développant une structure de coopération qui permet la constitution d'une équipe soignante, médicale et paramédicale attrayante pour les praticiens.

En définitive, ces rapprochements formés dans un objectif de complémentarité de moyens associent les établissements dont les compétences et les contributions sont de nature différente. En élargissant les propos de Séverin⁹³⁸ sur les opérations de fusion-acquisition à celui du rapprochement d'entreprise considéré dans toutes ses formes, ces opérations doivent conduire à ce que la valeur de deux services de soins, dans le cadre de la coopération, ou de deux cliniques privées réunies soit plus importante que la somme des deux prises indépendamment. Dès lors, on constatera **un effet de synergie où chacune des parties apporte à l'autre des ressources complémentaires au moindre de coût.** Ainsi, il est attendu de ces opérations que les deux services ou les deux établissements aient plus de valeur ensemble qu'en étant indépendants, chacun d'eux obtenant de l'autre ce qu'il ne possède pas et l'obtenant à un coût moindre que s'il l'avait acquis tout seul.

Karin Pellet⁹³⁹ note, de façon pragmatique au sujet des alliances coopératives, qu'en général, il convient effectivement que le produit amené par un allié ne soit pas directement concurrent de ceux du partenaire dans la mesure où ce dernier n'y trouverait aucun intérêt. Pour autant, si l'établissement ou l'une de ses activités se révèle insuffisamment rentable, dès lors, le rapprochement est souhaitable afin de mutualiser les coûts. L'objectif est, dans ce cas, d'obtenir une masse critique suffisante pour absorber ces coûts, principe qui est celui des économies d'échelle.

2.1.2.2. Les économies d'échelle : des économies de coûts résultant des avantages attendus de la taille optimale

Une des premières raisons à l'origine des rapprochements entre les cliniques et les autres établissements de santé concerne l'avantage qu'est censée offrir la taille optimale, ou taille critique au-delà de laquelle apparaissent des économies d'échelle. Réaliser des économies d'échelle consiste à « *rechercher une baisse du coût unitaire moyen de production par une hausse du volume de production* »⁹⁴⁰. Séverin précise, s'agissant des opérations de fusion-acquisition, qu'elles sont parfois motivées par l'insuffisance d'exploitation d'opportunités de réduction de coûts ou d'augmentation des produits de la part d'une entreprise, ce qui en fait des proies idéales au rachat par d'autres mieux gérées. Lorsque les économies ne sont pas recherchées au niveau d'un établissement, elles peuvent l'être sur une activité jugée non rentable, ceci justifiant ainsi le choix de former une alliance coopérative plutôt que d'opter pour la solution de la fusion-acquisition.

La taille critique d'un établissement de santé est définie par Frédéric Rostand⁹⁴¹, ancien président du Directoire du groupe Générale de Santé, comme « *celle qui permettra la mise en*

⁹³⁸ SEVERIN E. (2006), *Restructuration de l'Entreprise: Théorie et Pratique*, Economica, p. 39

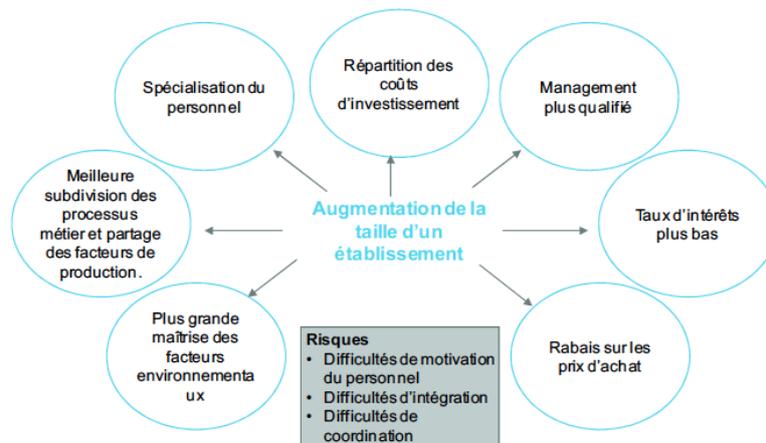
⁹³⁹ PELLET K. (2000), *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial, Un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Faculté de Droit, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) Université Jean Moulin Lyon 3, 337 p.

⁹⁴⁰ SEVERIN E. (2006), *Restructuration de l'Entreprise: Théorie et Pratique*, Economica, 208 p.

⁹⁴¹ Frédéric Rostand était le président du directoire de la Générale de Santé en 2009. Il a cédé ses fonctions à la fin de l'année 2010.

place d'une stratégie opérationnelle adaptée à leur territoire de santé ». Elle est actuellement estimée par les acteurs du secteur entre 200 et 300 lits. Selon Benoît Leclerc⁹⁴², ancien directeur de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AH-HP) « (...) au-delà de 300 lits, l'établissement devient trop lourd et l'aspect humain disparaît ». Les experts de la Commission Larcher rapportent, quant à eux, dans leur rapport d'avril 2008, que les études actuelles menées par les chercheurs au niveau international démontrent des économies d'échelle réalisées à des niveaux assez bas (200 lits environ) et que des « déséconomies » d'échelle importantes sont constatées au-delà de 650 lits. Ainsi, ils concluent que la pertinence des rapprochements doit être étudiée au cas par cas⁹⁴³. Le schéma suivant présente les différentes justifications concourant à la recherche d'économies d'échelle.

Figure 18 - La justification des économies d'échelle



source : Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire, Annexe 9 Étude « effet de taille et de gamme »

Ces économies d'échelle se justifient pour les cliniques privées par la difficulté qu'elles rencontrent parfois à rentabiliser leurs équipements. L'identification d'une situation économique déficitaire dans un processus de production peut conduire un établissement à chercher à élargir son périmètre d'action et donc à rechercher la formalisation d'une des modalités de coopération afin de disposer d'un volume d'activité lui permettant d'assurer l'équilibre entre les charges et les produits⁹⁴⁴. La rentabilité de nouvelles installations coûteuses requièrent souvent une production élevée d'actes. Les autorisations en lits et places étant limitées, le rapprochement représente la meilleure solution pour rentabiliser ces investissements. Précisons que dans le secteur hospitalier, ces économies de coûts peuvent également porter sur les fonctions transversales comme les fonctions logistiques et achats dont l'analyse des coûts de fonctionnement peut également mettre en évidence un intérêt à mutualiser ce type de fonction entre plusieurs établissements.

⁹⁴² LECLERC B. cité par MAUDUIT L., « Hôpital-clinique : un débat à l'ENA, Gestion et performance : question de taille », *Le Quotidien du Médecin*, 11 février 2009

⁹⁴³ LARCHER G. (2008), *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par M. Gérard Larcher*, à la demande du Président de la République, du Premier ministre et de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, p. 22

⁹⁴⁴ ARNAUD A., LEHERICEY H. et TASSERY M. (2011), *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS), p. 27

2.2. Des alliances coopératives au service d'une stratégie de coopération désormais plus fréquente entre hôpitaux et cliniques

Les principaux motifs de l'« avantage coopératif »⁹⁴⁵ explicités, la suite des développements est consacrée à une analyse plus précise des modes de coopération entre les cliniques privées et entre ces dernières et les établissements publics et privés à but non lucratif. Le premier paragraphe est consacré à la découverte des divers outils juridiques des alliances qui peuvent être mis en œuvre par ces « bâtisseurs d'alliances », selon l'expression consacrée par Guth cité par Mayrhofer⁹⁴⁶, que représentent, dans nos travaux, les dirigeants de cliniques privées. Le deuxième paragraphe étudie le nombre d'opérations engagées par les hôpitaux et cliniques privés et conclue sur leur croissance à venir.

2.2.1. Une diversité des outils juridiques des alliances coopératives entre établissements de santé

Les alliances coopératives, tout en présentant les avantages de la concentration permettent aux établissements membres de conserver leur identité individuelle. Karin Pellet précise sur ce point : « Les modalités des alliances observées confirment l'idée que les établissements incités par les tutelles ont recherché les avantages de la concentration sans les contraintes c'est-à-dire sans se fondre dans une entité unique qui aurait été construite et ont donc souhaité conserver leur identité et leur autonomie stratégique »⁹⁴⁷. Mayrhofer⁹⁴⁸ précise dans ses travaux que les alliances coopératives peuvent prendre la forme d'un accord contractuel, d'une participation financière minoritaire ou d'une société commune. Dans ce type de rapprochement, les partenaires partagent les coûts et les risques associés à l'opération envisagée tout en conservant leur indépendance. Les alliances peuvent être conclues en amont ou en aval de la filière avec les fournisseurs. Elles peuvent également être conclues entre concurrents actuels ou potentiels soit pour la complémentarité des ressources, soit pour réaliser des économies d'échelle sur un ou plusieurs éléments de la chaîne de valeur. Nous nous intéressons, dans ces développements, aux alliances coopératives menées avec les autres établissements de santé.

Dans le secteur hospitalier plusieurs outils de coopération ont été institués afin de rationaliser l'offre de soins hospitaliers. Deux catégories majeures de type de coopérations inter-hospitalières sont identifiées dans la littérature spécifique au secteur hospitalier. Différents outils juridiques de coopération leurs sont attachés⁹⁴⁹.

- **la coopération dite « conventionnelle » ou « fonctionnelle »** représente la forme de coopération la plus souple. La coopération fonctionnelle consiste en la signature d'un contrat *intuitu personae* s'imposant aux parties qui l'ont adopté. Conclue de gré à gré, elle offre aux parties une certaine liberté dans la rédaction des clauses conventionnelles (sous réserve de respecter les règles découlant des textes législatifs, réglementaires ou

⁹⁴⁵ JOLLY D. (2001), *Alliances interentreprises, Entre concurrence et coopération*, Vuibert, p. 21

⁹⁴⁶ GUTH J.-P. (1998), *Bâtisseurs d'Alliances. La pratique*, Editions d'Organisation, Paris, cité par MAYRHOFER U. (2007), "Les rapprochements d'entreprises: perspectives théoriques et managériales", *Revue management & avenir*, n°14, pp. 81-99.

⁹⁴⁷ PELLET K. (2000), *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial, Un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Faculté de Droit, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) Université Jean Moulin Lyon 3, p. 231

⁹⁴⁸ MAYRHOFER U. (2007), "Les rapprochements d'entreprises: perspectives théoriques et managériales", *Revue management & avenir*, n°14, p. 82

⁹⁴⁹ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ANAP) (2010), *La loi HPST à l'hôpital, Les clés pour comprendre*, 162 p.

de la jurisprudence). Elle ne passe pas par la création d'une nouvelle personne juridique. En cela, sa portée est limitée car elle ne permet pas aux partenaires de recruter du personnel ni de disposer d'un budget propre ou d'un patrimoine. Les outils de coopération fonctionnelle les plus courants sont entre autres, pour les cliniques privées, la convention et le réseau.

- **la coopération « organique »** repose, quant à elle, sur la création d'une structure commune aux établissements partenaires. Celle-ci est dotée de la personnalité morale ce qui signifie que cette structure peut disposer de son propre budget ainsi que d'un patrimoine, et recruter du personnel. Ce mode de coopération a donc pour avantage de favoriser la mutualisation des moyens entre établissements. Les formes privilégiées sont celles du GCS, du GIP, du GIE ou encore l'association loi 1901.

Le tableau suivant présente les formes d'alliances possibles pour les cliniques en fonction du statut de l'établissement avec lequel elles choisissent de coopérer et selon la nature des opérations engagées.

Tableau 43 - Les outils juridiques de la coopération hospitalière des cliniques privées

| Activités mises en commun | Établissement de santé privé du secteur ex-OQN ET | | | |
|--|---|---|---|--|
| | ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE | ETABLISSEMENT PRIVE DE SANTE SOUS OQN | ETABLISSEMENTS PRIVES PSPH | PRATICIENS LIBERAUX |
| ACTIVITES DE SOINS : COUTEUSES OU NON | Réseau de santé GCS de moyen / établissement Convention de mise à disposition de personnels | GCS de moyen / établissement Réseau de santé Convention de mise à disposition de personnels | GCS de moyen / établissement Réseau de santé Convention de mise à disposition de personnels | GCS de moyen / établissement Réseau de santé Contrat d'exercice ou salarié |
| EQUIPEMENTS : INSTALLATION OU PLATEAU TECHNIQUE | GCS GIE GIP Conventions d'utilisation Association Réseau de santé | GCS GIE Association Conventions d'utilisation Réseau de santé | GCS GIE Association Conventions d'utilisation Réseau de santé | Convention d'utilisation GIE Association Réseau de santé |
| LOGISTIQUE : BLANCHISSERIE, CUISINE, INFORMATIQUE | GIP GIE GCS | GIE GCS | GIE GCS | GIE |

source : Bismuth Avocats, 2003 actualisé par nos soins

Le tableau présenté, ci-dessus, date de l'année 2003. Les principales formes de coopérations ouvertes aux établissements privés à but lucratif ont peu évolué depuis cette date. Parmi les rénovations dans les formes de coopération proposées dans le cadre de la loi HPST, seules celles relatives aux groupements de coopération sanitaires (GCS) ont un impact direct sur les formes d'alliances pouvant être mobilisées par les cliniques privées. La loi a notamment créé le GCS ayant la qualité d'établissement de santé et modifié les règles de fonctionnement du GCS de moyen dont les impacts ne sont pas neutres pour les cliniques privées.

A l'heure où nous rédigeons ces lignes, la formule du GCS établissement de santé n'a toujours pas été appliquée. D'après les données du ministère de la Santé présentées dans le rapport Paul et Rolland du 30 mars 2011⁹⁵⁰, sur 334 groupements de coopération sanitaire aujourd'hui recensés, 315 sont des GCS de moyens et 29 sont titulaires d'au moins une autorisation de soins,

⁹⁵⁰ PAUL C. et ROLLAND J.-M. (30 mars 2011), *Rapport d'information déposé en application de l'article 145-7, alinéa 1, du Règlement par la Commission des Affaires Sociales sur la mise en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, Assemblée Nationale, 2011p.

autorisations qui avaient été délivrées avant la publication des textes réglementaires. Selon les auteurs du rapport, la constitution de groupements de coopération sanitaire est entravée par des problèmes juridiques relatifs à la détermination de leur statut. Ainsi, les établissements de santé privés sont réticents à intégrer un GCS « établissement de santé » en raison de la possibilité qu'il lui soit conféré un statut public, ce qui aurait pour double conséquence de faire disparaître les établissements privés de la gouvernance et de remettre en cause leur patrimonialité. En effet, la composition du conseil de surveillance du GCS établissement de santé, telle que prévue par l'article L. 6133-7 du code de la santé publique, ne prévoit pas de siège pour les personnes propriétaires des établissements de santé privés membres du groupement. L'adhésion des établissements de santé privés à des GCS de moyens est également rendue moins attractive dans la mesure où il existe pour eux un risque qu'un GCS de moyens publics, se voyant attribuer une autorisation d'activité de soins, devienne un établissement public de santé, ce qui entraînerait des conséquences identiques à celles décrites précédemment sur la gouvernance et la patrimonialité des établissements privés.

2.2.2. Une croissance des alliances de type hôpital-clinique

Dans le secteur hospitalier privé, la coopération se substitue de plus en plus fréquemment à l'affrontement direct ou à l'évitement. Au regard des contraintes de l'environnement, les dirigeants d'établissement acceptent de plus en plus souvent de remettre en cause le sacrosaint principe de concurrence qui guide le monde des affaires⁹⁵¹. Ainsi, les cliniques privées adoptent de plus en plus souvent une stratégie dite de « coopétition », ce type de stratégie consistant « à développer simultanément des relations de compétition et de coopération avec le même partenaire-adversaire⁹⁵². Le concept a principalement été introduit par Brandenburger et Nalebuff en 1995⁹⁵³. Il n'a, à notre connaissance, jamais été mobilisé dans les recherches menées sur le secteur hospitalier en France et à l'étranger. Pour autant, nous estimons qu'il se prête volontiers à l'analyse du développement des alliances coopératives des cliniques privées. Pour les raisons exposées plus haut, le contexte dans lequel évoluent les cliniques privées est particulièrement favorable à la mise en œuvre de ce type de stratégie. La stratégie de coopétition, consiste, pour les cliniques privées à coopérer sur certaines activités et à s'affronter avec ce même partenaire-adversaire sur d'autres. Cette stratégie qui était auparavant observable entre les établissements du secteur privé lucratif s'est ouverte, depuis quelques années, sous l'impulsion des autorités de tutelle, aux hôpitaux publics. Notons que des difficultés peuvent se présenter lors de la phase de négociation entre les acteurs, et cela, quel que soit leur statut respectif. Comme le rappelle Dominique Jolly, le choix de la coopération peut-être influencé par les attitudes des dirigeants à l'égard de la coopération⁹⁵⁴. Dans certains cas, il peut aboutir à une absence de coopération comme l'illustre le cas de la clinique privée d'Oloron relaté par la presse.

⁹⁵¹ JOLLY D. (2001), *Alliances interentreprises, Entre concurrence et coopération*, Vuibert, p. 1

⁹⁵² FERNANDEZ A.-S. et LE ROY F. (2010/5), "Pourquoi coopérer avec un concurrent ? Une approche par la RBV", *Revue française de gestion*, n°204, pp. 155-169

⁹⁵³ BRANDENBURGER A.M. et NALEBUFF B.J. (1995), "The Right Game: Use Game Theory to Shape Strategy", *Harvard Business Review*, vol. 73 : n°4, pp. 55-71

⁹⁵⁴ JOLLY D. (2001), *Alliances interentreprises, Entre concurrence et coopération*, Vuibert, p. 103

**L'échec d'une
reprise lié à
une
coopération
public privé
impossible**

La clinique privée d'Oloron Sainte Marie appartenant au groupe KAPA Santé a été placée en redressement judiciaire pendant six mois, à compter du 22 décembre 2010, par le Tribunal de commerce de Pau, à la suite de difficultés financières. Le groupe n'a pas réussi à redresser l'établissement acquis en 2008, faute avant tout d'avoir trouvé un accord de rapprochement avec l'hôpital public d'Oloron Sainte Marie. L'objectif du groupe lors de la reprise de cet établissement en mauvaise santé financière était de constituer un pôle public / privé. Selon le directeur de l'hôpital public, la complémentarité souhaitée ne pouvait pas consister pour l'hôpital à abandonner une partie de son activité pour permettre le redressement de la clinique. Une proposition avait été formulée à la clinique consistant à ce qu'elle se recentre sur une activité de soins de suite et de réadaptation "dans le cadre d'une filière de court et de moyen séjour" tandis que l'hôpital conserverait l'activité de court séjour. Aucune suite n'a été donnée par KAPA sur ce projet. A l'échec de ce rapprochement, s'ajoutent des difficultés financières (plus de 700 000 euros de déficit, soit 30% de son chiffre d'affaires) et un problème de loyers impayés liés à un lourd contentieux opposant KAPA au groupe SNAM Mutuelle propriétaire du lieu qui ont abouti à la procédure de règlement judiciaire. L'ARS, de son côté, souhaite maintenir une maternité à Oloron, une offre qui est actuellement assurée par la clinique.

source : APM International, « La clinique Oloron-Sainte-Marie placée en redressement judiciaire, interrogations sur le devenir de la maternité », Mercredi 22 décembre 2010

Malgré des négociations parfois difficiles, le tableau suivant, extrait du Rapport d'activité 2009 des hôpitaux et cliniques privées⁹⁵⁵, déjà cité, montre que de nombreux établissements privés se sont engagés dans cette stratégie.

Tableau 44 - La description de la coopération selon le statut

| Opérations | Public-Public | | Public-Privé | | Privé-privé | | Total | |
|---------------------------------------|---------------|------|--------------|------|-------------|------|------------|------|
| | Nbre | Part | Nbre | Part | Nbre | Part | Nbre | Part |
| Convention | 51 | 29 % | 70 | 36 % | 6 | 4 % | 127 | 25 % |
| Fusion ou rachats d'établissements | 51 | 29 % | 13 | 7 % | 66 | 49 % | 130 | 26 % |
| Regroupement géographique d'activités | 20 | 12 % | 48 | 25 % | 57 | 42 % | 125 | 25 % |
| FMIH | 20 | 12 % | 3 | 2 % | 0 | 0 % | 23 | 5 % |
| GCS | 2 | 1 % | 46 | 24 % | 6 | 4 % | 54 | 11 % |
| GIE | 2 | 1 % | 3 | 2 % | 1 | 1 % | 6 | 1 % |
| SIH (suppression en 2009) | 27 | 16 % | 12 | 6 % | 0 | 0 % | 39 | 8 % |
| Total | 173 | | 195 | | 136 | | 504 | |

source : Observatoire des recompositions hospitalières via FHP et le Groupe Montaigne, Rapport d'activité, Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé, p.39

Parmi les formes de coopérations hospitalières présentées, deux d'entre elles, la Fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) et le Syndicat inter-hospitalier (SIH) ont été supprimées avec la loi HPST et remplacées par les communautés hospitalières de territoire (CHT), qui comme les deux autres formules sont dédiées aux regroupements alliant des établissements participant au service public hospitalier (hôpitaux publics et PSPH)⁹⁵⁶. De plus, le tableau

⁹⁵⁵ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) (2010), *Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé*, 149 p.

⁹⁵⁶ Sur les évolutions des formes d'alliance prévues par la loi HPST, V. notamment la synthèse suivante : AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ANAP) (2010), *La loi HPST à l'hôpital, Les clés pour comprendre*, 162 p. Les éléments essentiels à retenir sont les suivants : l'article 22 de la loi HPST a supprimé les dispositions du code de la santé publique relatives aux syndicats interhospitaliers (SIH). Il s'agissait d'un mode de coopération organique prenant la forme d'un établissement public notamment destiné à mutualiser diverses activités liées au service public hospitalier. L'article 23 III de la loi HPST prescrit la transformation, dans un délai de trois ans, de ces regroupements existants soit en communauté hospitalière de territoire (une nouvelle forme de groupement instituée par la même loi), soit en groupement de coopération sanitaire (GCS), soit en groupement

recensant l'ensemble des formes de coopérations et non pas exclusivement les formes d'alliances coopératives, il intègre les données relatives aux fusions ou rachats d'établissements.

A la mi-août 2008, plus de 500 opérations de coopérations étaient recensées en France métropolitaine dont plus la moitié sont achevées⁹⁵⁷. Si David Piovesan⁹⁵⁸, dans ses travaux sur les cliniques privées, relevait en 2003 que les stratégies d'alliance entre établissements de santé étaient relativement rares en dépit des injonctions du législateur, il semble que de nos jours la tendance s'inverse. Les auteurs du rapport 2009 des hôpitaux et cliniques privées soulignent que si les opérations internes au secteur public sont longtemps restées les plus nombreuses, l'hôpital public ayant l'habitude de penser seul sa stratégie en se plaçant davantage dans une perspective de concurrence que de complémentarité avec les autres services de soins, de nos jours, on assiste à un inversement de la tendance en faveur des partenariats public-privé. **Les alliances mixtes hôpital-clinique, le plus souvent impulsées par les autorités de tutelle, sont désormais les plus dynamiques.** Elles regroupent 39 % des coopérations contre 35 % de coopérations internes au public et 26 % de coopérations privé-privé. **Dans certains cas, les alliances mises en place entre hôpital et cliniques peuvent conduire à des transferts d'activité,** qui peuvent parfois prendre les traits d'une quasi-fusion. Karin Pellet⁹⁵⁹ soulignait qu'à la fin des années 1990, les opérations réalisées entre établissements publics et privés aboutissaient à des transferts dans 50 % des cas. De nos jours, la presse se fait toujours l'écho de scénarios similaires. L'exemple du déménagement de la clinique de l'Abbaye sur le site de l'hôpital illustre clairement cette situation de quasi-fusion.

d'intérêt public (GIP). La loi prévoit également la suppression d'une autre forme d'alliance, celle de la clinique ouverte, qui ne pouvait qu'être mise en place dans les hôpitaux publics. Sur la base de l'ancien article L. 6146-10 du code de la santé publique, abrogé par l'article 13 de la loi HPST, les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux pouvaient être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant pouvaient faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix, autres que ceux qui exerçaient leur activité à titre exclusif dans l'établissement. Par dérogation au principe du paiement direct des honoraires, les professionnels de santé concernés percevaient leurs honoraires minorés d'une redevance par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. Avec la loi HPST, les « cliniques ouvertes » disparaissent au profit de nouvelles modalités de recrutement des médecins libéraux par l'hôpital.

⁹⁵⁷ MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS (A.P.) (2004), "La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière?", *Revue française de gestion*, n°150, p. 32

⁹⁵⁸ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, p. 170

⁹⁵⁹ PELLET K. (2000), *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial, Un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Faculté de Droit, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) Université Jean Moulin Lyon 3, p. 232

**Une clinique
reconstruite
sur le site d'un
hôpital public:
l'exemple de la
clinique de
l'Abbaye**

La Clinique de l'abbaye est un établissement de soins médicaux et chirurgicaux privé. Elle a été inaugurée, dans sa configuration actuelle, en juin 2007. Cet établissement, a été construit par le Centre Hospitalier des hautes falaises de Fécamp, selon un cahier des charges décidé en commun, avec comme objectif de réaliser une structure adaptée aux exigences modernes en matière de qualité des soins et de sécurité. La Clinique de l'Abbaye a l'exclusivité de la chirurgie en hospitalisation et en ambulatoire. Cette activité est entièrement privée mais elle est également tournée vers le service public. Il existe, en effet, une convention dite «concession de service public», qui organise la prise en charge des urgences chirurgicales, ainsi que l'accès aux soins de tous les patients, quelle que soit leur condition. La clinique est située sur le plateau Saint Jacques. Elle est composée d'un bâtiment principal et d'un centre de consultation (La maison médicale). Ces infrastructures sont adjacentes à celles du Centre Hospitalier des hautes falaises.

source : site internet de la clinique de l'Abbaye, en ligne (www.clinique-abbaye.fr), consulté le 12 mai 2011

Nous avons souligné précédemment les difficultés pour les établissements à s'entendre, il nous semble, de même, important de rappeler que les alliances, une fois mises en place, ne sont pas exemptes d'inconvénients. Les avantages que l'on retrouve à des degrés divers dans les coopérations sont contrebalancés par l'émergence de risques. Atamer et Calori⁹⁶⁰ soulignent la présence de coûts élevés de coordination interentreprises résultant de négociation quasi-permanente entre les partenaires. Dominique Jolly soulève l'existence de risques attachés à la fiabilité du ou des partenaires qui peut (peuvent) notamment agir à l'encontre des intérêts de son (ses) allié(s). Il existe également un risque attaché au renforcement d'un des alliés au détriment d'un autre. Un autre peut-être lié au changement dans les orientations stratégiques du partenaire ou peut résulter d'une modification d'actionnariat. En outre une innovation technologique peut rendre caducs les efforts coopératifs entrepris au sein de l'alliance⁹⁶¹.

En dépit des difficultés attachées à leur gestion, un consensus se dégage de la part des acteurs qui envisagent une hausse du nombre d'opérations de coopération. Les alliances coopératives ne sont plus des stratégies d' « exception », comme le notait en 2000 Karin Pellet, mais sont devenues, dans le champ de la santé un véritable moyen de rentabiliser certaines activités et palier les déficits démographiques dans les établissements. A titre illustratif, Claude Evin, directeur général de l'ARS Ile-de-France⁹⁶², estime que la coopération « *s'impose et s'imposera de plus en plus pour organiser une offre de soins cohérente sur un territoire de santé compte tenu notamment des contraintes de démographie médicale* ».

Si les alliances coopératives sont de plus en plus nombreuses, les statistiques présentées, dans le tableau, ci-avant, démontrent un développement plus fréquent des cliniques par opération de fusions ou rachats qui représentent 49 % des 136 opérations privées dénombrées par l'Observatoire des recompositions hospitalières en 2009. Les opérations de fusions-acquisitions, représentant le mode de réalisation le plus courant des opérations de croissance externe, sont étudiées dans la suite des développements.

⁹⁶⁰ ATAMER T. et CALORI R. (2003), *Diagnostic et décisions stratégiques*, Dunod, p. 438

⁹⁶¹ JOLLY D. (2001), *Alliances interentreprises, Entre concurrence et coopération*, Vuibert, p. 108

⁹⁶² APM INTERNATIONAL (2010), *Le GCS établissement de santé jugé impossible pour les coopérations public/privé*, vendredi 15 octobre

2.3. Un mode de développement privilégié des cliniques privées : la croissance externe par fusions-acquisitions

A la différence des alliances coopératives, les fusions-acquisitions conduisent à l'intégration des entités concernées et entraînent la perte d'indépendance pour au moins un des acteurs impliqués⁹⁶³. Comme le note Franck Ceddaha⁹⁶⁴, dans un ouvrage dédié à la méthodologie de mise en œuvre des opérations de fusion acquisition, le transfert de propriété peut-être total ou partiel. De même que l'auteur, précisons que, dans nos travaux, nous le supposons cependant suffisamment substantiel pour permettre à l'acquéreur d'exercer une influence notable sur la gestion d'entreprise. Tandis que les alliances coopératives s'inscrivent nécessairement dans une logique commune pouvant prendre des formes variées, la fusion acquisition peut parfois répondre à une logique essentiellement financière (ou opportuniste), notamment lorsque le prix d'achat est inférieur à la valeur réelle de l'entreprise⁹⁶⁵. Ces opérations n'impliquent aucune recherche de synergie, l'acquéreur cherchant, avant tout, à valoriser son achat par l'amélioration de la gestion de la cible⁹⁶⁶. Nous ne nous intéressons pas à décrire les spécificités de ces opérations, les opérations de fusions-acquisitions menées dans le secteur ayant le plus souvent un caractère stratégique, celles-ci visant, le plus souvent, à créer des synergies.

Ces développements sont consacrés à l'explicitation des stratégies, ou voies de développement sous-jacentes à ces opérations de fusion-acquisition. Nous clôturons ce chapitre par une étude des rachats et sur une présentation des groupes de cliniques présents sur le secteur.

2.3.1. Les logiques stratégiques sous-jacentes aux opérations de fusions-acquisitions horizontales

Les gestionnaires ont coutume de distinguer les opérations de fusions-acquisitions selon leurs motivations stratégiques. Alors qu'une fusion horizontale est réalisée par deux entreprises d'un même secteur, concurrentes ou potentiellement concurrentes, une fusion verticale concerne les firmes de secteurs liés. Dans ce dernier cas, l'acheteur se rapproche de la source de ses matières premières (amont) ou du consommateur final (aval). La réduction des coûts de transaction peut expliquer pourquoi deux entreprises aux activités différentes fusionnent⁹⁶⁷. Plus généralement, l'intégration verticale est présentée comme une politique de « *make or buy* ». Dans ce cas, les dirigeants considèrent qu'il est moins coûteux pour une entreprise de développer deux activités que pour deux entreprises de développer chacune une activité. La croissance externe par intégration verticale est recherchée dans une moindre mesure par les dirigeants des cliniques privées, ces derniers privilégiant souvent leur cœur de métier. Ces opérations de développement sont principalement menées par les grands groupes nationaux de cliniques privées et sont réalisées, de préférence, avec les sociétés présentes sur le secteur du diagnostic médical (sociétés d'imagerie médicale et laboratoires d'analyses médicales). A titre illustratif, le groupe Védici est entré dans le capital du Groupe Seny, spécialisé dans le diagnostic et le traitement du cancer (région parisienne) en 2007. Si les groupes de cliniques privées sont intéressés par les intégrations verticales, soulignons que les acteurs de la chaîne de soins le sont également par les cliniques. Cependant, au regard de la fréquence des opérations de croissance externe par fusions-acquisitions horizontales, nous proposons au lecteur de comprendre les logiques stratégiques sous-jacentes à ces opérations et présentons un état des lieux des bouleversements qu'ils occasionnent sur le marché de l'hospitalisation privée.

⁹⁶³ MAYRHOFER U. (2007), "Les rapprochements d'entreprises: perspectives théoriques et managériales", *Revue management & avenir*, n°14, pp. 81-99.

⁹⁶⁴ CEDDAHA F. (2005), *Fusions Acquisitions, Évaluation Négociation Structuration*, p. 7

⁹⁶⁵ ATAMER T. et CALORI R. (2003), *Diagnostic et décisions stratégiques*, Dunod, p. 438

⁹⁶⁶ CEDDAHA F. (2005), *Fusions Acquisitions, Évaluation Négociation Structuration*, p. 26

⁹⁶⁷ CARLTON D.W. et PERLOFF J.M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, p. 41

2.3.1.1. Les fusions-acquisitions horizontales de cliniques privées : des opérations à caractère offensif ou défensif conduisant à la concentration du secteur

Les opérations de fusions-acquisitions horizontales sont celles les plus fréquemment mises en œuvre par les dirigeants de cliniques privées ou groupes de cliniques privées. Le but de ces opérations est, comme nous l'avons vu dans la première partie de cette section, de dégager des synergies de revenus ou synergies commerciales (hausse du chiffre d'affaires) et des synergies de coûts (économies d'échelle)⁹⁶⁸. Comme le précise le dirigeant du groupe Génolier, un groupe de cliniques privées Suisse, « (...) *le rachat d'une clinique n'aurait pas été rentable dans cette zone où le groupe n'était pas implanté, le rachat de deux cliniques en est une (bonne affaire)*»⁹⁶⁹.

Ces opérations de fusions-acquisitions sont menées, selon les cas, dans un but offensif ou défensif. Une opération est dite offensive lorsqu'elle poursuit un objectif de hausse du pouvoir de marché ou de pénétration de nouveaux segments de marché. C'est le cas, par exemple, du groupe Vitalia qui a racheté plus de 40 établissements entre 2006 et 2008. Depuis le début de la décennie 2000, les établissements de petite taille et monodisciplinaires, plus vulnérables, sont davantage exposés à ces attaques offensives. Leur vulnérabilité est issue de la détérioration de leur rentabilité économique et financière et de leur manque d'autonomie financière liée à une capitalisation insuffisante : de nombreuses cliniques privées ont été constituées avec des fonds propres minimums et n'ont pas été recapitalisées par la suite. Ce manque de fonds propres impacte leur capacité d'endettement qui est en conséquence plus faible. Alain Coulomb, ancien président de la FIEHP, précisait que les cliniques privées en difficulté n'ont pas le choix : « *face à la menace de concurrence, il n'y pas deux moyens de s'en sortir : le tribunal de commerce ou le rachat* »⁹⁷⁰, faisant ainsi, de la recherche de partenariat une question de survie sur le secteur. Cette situation crée, de fait, de nombreuses opportunités de rachat pour les groupes de cliniques. Certaines cliniques qui ne trouvent pas acquéreurs peuvent, parfois, être reprises par des hôpitaux publics, comme l'illustre la reprise de la clinique de Guingamp.

⁹⁶⁸ CEDDAHA F. (2005), *Fusions Acquisitions, Évaluation Négociation Structuration*, p. 30

⁹⁶⁹ YAZGI A., « Les cliniques privées en phase d'industrialisation », *PME Magazine*, septembre 2005, 2 p.

⁹⁷⁰ COULOMB A., cité par JACQUELOT S., « Cliniques : poursuite de restructurations sous les contraintes économiques », *Le Quotidien du Médecin*, 2 mai 2001, en ligne (www.quotimed.com), consulté le 28 janvier 2008

La reprise de l'activité d'une clinique par un hôpital : l'exemple de la clinique de Guingamp

En 2008, le centre hospitalier de Guingamp a été le seul candidat à la reprise de l'activité de la polyclinique de Guingamp qui devait fermer ses portes le 9 décembre. Le déficit prévisionnel de la clinique a été estimé, pour cette année-là, à 700 000 euros sur un budget de 8 millions d'euros. Au cours des dernières semaines, le nom du groupe de cliniques Kapa Santé avait été évoqué mais finalement seul l'hôpital a déposé une offre de reprise à l'administrateur judiciaire. L'hôpital est situé sur le même site que la clinique et partage avec elle le plateau technique. L'hôpital a du reprendre une centaine d'emplois pour éviter les licenciements secs.

S'agissant des 29 médecins libéraux, ils ont conservé leur statut libéral et sont liés à l'hôpital dans le cadre d'un GCS créé à cet effet. Le GCS existant a du prendre fin avec la fermeture de la clinique.

Un budget de 188 000 euros avait été prévu par l'hôpital pour reprendre les stocks de médicaments et de fournitures diverses (15 000 euros), le matériel (5000 euros) et 168 000 euros pour les congés payés des personnels qui n'ont pas été versés par la clinique. La reprise du matériel de la cliniques implique la reprise de plus de 200 000 euros de prêts que la clinique n'avait pas fini de rembourser.

source : APM International, « L'hôpital de Guingamp est le seul candidat à la reprise de l'activité de la polyclinique », Mercredi 5 novembre 2008

L'opération sera également dite offensive lorsqu'un établissement ou un groupe acheteur pour prendre possession d'un savoir-faire ou d'un actif spécifique.

A l'opposé, les opérations entreprises par les cliniques ou les groupes sont qualifiées de défensive, lorsque que l'acheteur décide de prendre le contrôle d'un concurrent gênant (car plus performant) pour le neutraliser ou empêcher un autre acteur du secteur de l'acheter à sa place. Dans ce cas, la clinique ou le groupe de cliniques peut chercher à consolider une position fragilisée ou à faire l'acquisition d'une entreprise pour protéger le contrôle d'une ressource essentielle dans la chaîne de valeur. C'est ainsi que certaines cliniques privées tentent d'élaborer des remparts à leur rachat. Ces initiatives en faveur de la sauvegarde de leur indépendance capitalistique et de leur liberté de gérer consistent à rapprocher plusieurs établissements. Certaines cliniques privées ont opté pour la création d'une nouvelle société (une SA ou une holding) impliquant un apport de capital. Plusieurs montages juridiques peuvent être choisis impliquant un niveau d'intégration du capital plus ou moins élevé selon la forme retenue. Afin d'illustrer ce propos, nous attirons l'attention du lecteur sur un groupement consistant en une mise en commun de fonds : celle de la fusion des cliniques lilloises qui étaient menacées de rachat par le groupe Générale de Santé.

**L'Hôpital Privé
Métropole
(HPM): une
holding pour
résister à la
Générale de
Santé**

Neuf cliniques lilloises ont annoncé leur regroupement dans une holding baptisée Hôpital privé métropole (HPM) pour résister au groupe Générale de Santé. Ce nouvel ensemble réalisait, en 2006, 135 millions de chiffre d'affaires et comptait plus de 1140 lits. Ce groupe se caractérise par un actionnariat exclusivement médical présenté par la presse comme une parade aux rachats des grands groupes, notamment de la Générale de Santé qui en quelques années a acheté une dizaine d'établissements dans la région lilloise. Lors de la création de la holding, trois solutions ont été proposées aux médecins : échanger leurs actions contre celles de la holding, les vendre, les conserver. Un peu moins de 75% des titres ont été échangés. 5% des médecins ont gardé leur part dans leur clinique d'origine.

La gouvernance de la holding est assurée par deux comités (opérationnel et stratégique) regroupant des praticiens des neuf établissements. Leur rôle est de planifier la stratégie de ces établissements pour les années à venir.

HPM souhaite développer des pôles médicaux d'excellence dans certaines spécialités.

Chaque clinique aurait son pôle d'excellence : la clinique du Bois, la chirurgie cardio-vasculaire, la clinique du Croisé Laroche, l'orthopédie etc.

Service d'urgence, gériatrie et HAD sont les spécialités dans lesquelles le holding souhaite prendre des parts de marché.

source : QUILLE F., « Réorganisation monstre dans les cliniques lilloises, 1140 lits réunis dans une holding », Le Quotidien du Médecin, juin 2007, n°8186, p.4

Soulignons la présence d'autres solutions plus souples n'impliquant pas d'apports de capitaux. Ces regroupements peuvent prendre la forme d'un groupement d'intérêt économique (GIE) ou d'une simple association. L'une des principales initiatives est celle du GIE Club des Quinze Santé ayant vu le jour au début des années 1990⁹⁷¹.

2.3.1.2. Des opérations nées d'un besoin de diversification des activités et de différenciation des établissements

Tandis que dans une fusion, les entreprises réunissent leur patrimoine pour former une nouvelle société ; dans une acquisition, une entreprise prend le contrôle d'une autre entité qu'elle intègre en son sein⁹⁷². Cette intégration visant à créer des synergies implique le plus souvent la réorganisation interne des établissements afin de créer les conditions d'une meilleure prise en charge et d'un gain de coût lié au partage de certaines fonctions de l'établissement. C'est ainsi que suite au rachat, la proximité géographique des établissements rassemblés autorise, dans un premier temps, des économies de coûts liés à la mise en commun des services logistiques (gestion de système d'information, service comptable et financier, service technique et biomédical, restauration) et des fonctions transversales (hygiène, qualité, ressources humaines, communication, juridique, financier). Sur ce point, Daniel Caille, Président de Vivalto Santé souligne que « *Le modèle d'avenir de la restructuration de l'hospitalisation*

⁹⁷¹ Le groupement anciennement dirigé par Yvon Berthel-Venezia est depuis décembre 2010 présidé par Yves Noël, directeur général du groupe Bordeaux Nord Aquitaine. Une des particularités de ce groupement réside dans la totale indépendance capitalistique de ses membres. L'objectif de ce dernier réside dans le partage des expériences professionnelles et la diffusion de bonnes pratiques de gestion auprès de ses membres afin d'optimiser la gestion des établissements. En tant qu'instance de réflexion, le GIE émet des propositions sur le secteur hospitalier privé.

⁹⁷² ATAMER T. et CALORI R. (2003), *Diagnostic et décisions stratégiques*, Dunod, p. 438

privée en France est poly-régional avec une mise en commun des fonctions supports (...) »⁹⁷³. Ces fonctions sont, de nos jours, fréquemment externalisées par les établissements.

Outre la recherche de rationalisation des coûts, notons qu'avec la mise en place de la T2A, les cliniques privées ont désormais intérêt à opter pour une stratégie de diversification qui peut-être obtenue au moyen des opérations de croissance externe. En effet, face aux modulations fréquentes des tarifs par les pouvoirs publics, **les cliniques privées sont incitées à développer leur éventail de spécialités afin de faire face aux variations de tarifs et/ou de codage (exemple des SE)**⁹⁷⁴. Ainsi, la rentabilité au sens de la T2A pèse peu dans le choix des dirigeants car la décision de développer une activité se fonde, en premier lieu, sur les opportunités perçues résultant de l'analyse des besoins et des complémentarités sur le territoire⁹⁷⁵.

La restructuration se poursuit le plus fréquemment par la reconstruction de grands ensembles spécialisés⁹⁷⁶, les dirigeants de cliniques ou de groupes cherchant à développer des complémentarités médicales, le plus souvent favorisées par la proximité géographique des établissements. Les cliniques fusionnées ou groupes de cliniques procèdent fréquemment à la construction d'établissements mono-sites plus modernes ayant une capacité de prise en charge supérieure regroupant les établissements deux à deux, voire trois à trois. **Le but annoncé est souvent de créer des pôles d'excellence qui soient des références régionales.**

Outre les synergies de coûts attendues, la stratégie visée par la construction de ces pôles d'excellence est celle de la différenciation⁹⁷⁷. La construction de ces pôles spécialisés permet aux dirigeants d'accroître la notoriété de leurs établissements auprès du grand public ainsi que de répondre aux objectifs d'organisation des soins définis par les pouvoirs publics⁹⁷⁸. Cette stratégie permet l'atteinte d'un niveau de sécurité plus important grâce au personnel médical, mais également, par l'effet d'expérience, d'un personnel paramédical hyper-spécialisé. **De plus, dans un contexte de rareté des ressources, voire de pénurie dans certaines spécialités médicales, cette stratégie permet aux dirigeants de protéger leur capital humain médical et d'accroître l'attractivité de leurs structures auprès de la nouvelle génération de médecins.** En effet, la construction d'un établissement spécialisé donne la possibilité aux médecins d'une même spécialité de se regrouper, en le rendant, de surcroît plus attractif pour la nouvelle génération de praticiens privilégiant le travail de groupe à l'isolement. Notons que ce dispositif de sauvegarde et de développement des ressources médicales a été récemment favorisé par l'ouverture de la formation des internes aux cliniques privées prévue dans le cadre de la loi HPST.

⁹⁷³ site internet de la société d'investissement ING Parcom, rubrique « Participations » en ligne (www.parcom.fr), consulté le 20 juillet 2010

⁹⁷⁴ HUBERT J., cité par UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE LA LOIRE (URML) (2007), *Classification commune des actes médicaux et tarification à l'activité: impacts et prospective*, « 3^{ème} colloque de La Baule, 37 p.

⁹⁷⁵ PEPIN M. et MOISDON J.-C. (2010), "Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Evaluation qualitative auprès de huit établissements.", *Dossiers solidarité et santé*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat, 120 p.

⁹⁷⁶ Selon Jean-Loup Dourousset, président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), la construction d'une clinique de 300 lits s'élève à 70 millions d'euros et l'activité coûte en moyenne 7 millions d'euros par an.

⁹⁷⁷ PELLET K. (2000), *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial, Un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Faculté de Droit, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) Université Jean Moulin Lyon 3, p. 221

⁹⁷⁸ Le rapport d'avril 2008 de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard Larcher, rappelle cet impératif dans la mise en œuvre de la réorganisation des soins.

Les effets des fusions sur la performance financière des hôpitaux demeurent un sujet très peu exploré par la littérature ce qui peut s'expliquer, selon Lee et Alexander⁹⁷⁹ par la difficulté à évaluer les effets de ces opérations et par le manque de données accessibles pour les étudier. Dans leur revue de littérature, ces auteurs suggèrent que les gains d'efficacité résultant d'une fusion varient en fonction des caractéristiques des hôpitaux et de la conjoncture du marché. Ils montrent également les petits hôpitaux ou les hôpitaux situés dans des marchés très concurrentiels sont en mesure de mieux tirer parti d'une fusion sur le plan de l'efficacité économique que les autres. Parmi les risques attachés à ces opérations, le risque financier est majeur⁹⁸⁰. Du fait de l'importance des dettes contractées, l'établissement acquéreur peut perdre en compétitivité. **Les impacts financiers des opérations de fusions-acquisitions des établissements de santé français n'ont, à notre connaissance, pas été évalués.** Ce sujet demanderait la réalisation d'une étude poussée des résultats comptables des firmes fusionnées.

Dans le paragraphe suivant, une étude succincte des rachats de cliniques privées est proposée. Elle permet de tracer les contours actuels du secteur hospitalier privé et d'illustrer le phénomène de concentration des cliniques privées.

2.3.2. La frénésie des rachats : un état des lieux de la consolidation du secteur hospitalier privé

David Piovesan soulignait, déjà en 2003, que le monde des cliniques était « *en pleine effervescence depuis trois ans* »⁹⁸¹. Comme le souligne la Cour des comptes, les restructurations engagées se sont poursuivies à un rythme soutenu notamment dans les villes importantes⁹⁸². Ceci valide les prévisions de certains auteurs dans des ouvrages consacrés aux cliniques privées publiés à la fin des années 1980 et dans les années 1990⁹⁸³. A titre illustratif, en 1996, Tanti-Hardoin⁹⁸⁴ soulignait notamment « *la part toujours plus grande des groupes de cliniques et leurs conquêtes à venir* ».

Les nombreuses opérations de rachats conduisent à la concentration du secteur, un marché étant dit concentré lorsqu'« *un petit nombre d'entreprises y réalise une grosse partie des ventes totales* »⁹⁸⁵. Cette concentration se traduit par la diminution du nombre de cliniques en activité, comme le démontre le tableau suivant présentant le nombre approximatif de cliniques en activité.

⁹⁷⁹ LEE S.-Y.D. et ALEXANDER J.A. (1999), "Consequences of Organizational Change in U.S. Hospitals", *Medical Care Research and Review*, vol. 56 : n°3, pp. 227-276

⁹⁸⁰ KASSIRER J.-P. (1996), "Mergers and Acquisitions - Who benefits? Who loses?", *The New England Journal of Medicine*, vol. 11 : n°334, pp. 722-723

⁹⁸¹ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 515 p.

⁹⁸² COUR DES COMPTES (2008), "Chapitre VIII Les restructurations hospitalières", *La sécurité sociale*, pp. 260-300

⁹⁸³ HEINRICH L. et VALÉRIAN F. (1991), *La santé marchande : cliniques commerciales et commerce des cliniques*, ENSP, 147 p. ; LEROUX A. et POL V. (1989), *Les cliniques en observation*, Ed. Développement et Relations Commerciales, 181 p. ; TANTI-HARDOUIN N. (1996), *L'hospitalisation privée, Crise identitaire et mutations sectorielles*, La Documentation Française, 205 p.

⁹⁸⁴ TANTI-HARDOUIN N. (1996), *L'hospitalisation privée, Crise identitaire et mutations sectorielles*, La Documentation Française, 205 p.

⁹⁸⁵ CARLTON D.W. et PERLOFF J.M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, p. 1114

Tableau 45 - Les cliniques françaises MCO en fonctionnement par année

| | 1996 | 2000 | 2004 | 2009 (e) |
|------------------------------------|-------|------|------|-------------|
| Nombre de cliniques MCO/SSR/PSY | 1 150 | 970 | 691 | + de 600 |

source : tableau reconstitué par nos soins via les références suivantes :
Hospitalisation privée, comment ça marche ?, Syndicat des Cliniques
 Spécialisées (SCS), Livre ouvert, février 2006, p.3 et Groupe Montaigne,
Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système,
 p.47

De même, on observe une hausse moyenne de la taille des cliniques. Selon la Cour des comptes⁹⁸⁶, elle est passée de 70 lits, en 1995, à 110 lits, en 2005, à 111 en 2008 d'après les données du Rapport d'activité 2009 des cliniques et hôpitaux privés⁹⁸⁷.

Parallèlement, ont été constitués et développés des groupes privés régionaux ou nationaux de cliniques. L'analyse qui suit présente les opérations de fusions-acquisitions du secteur des cliniques privées réalisées sur la période 2006-2008. Elle contribue à objectiver le mouvement de concentration du secteur sur une courte période de ce long processus entamé depuis plus de vingt ans qui s'est brusquement accéléré au début de la décennie 2000.

Encart 19 - Méthodologie

L'analyse porte sur 587 établissements de court séjour de France métropolitaine (hors DOM-TOM). Le recensement de ces cliniques en activité en 2006 a été réalisé à partir des données du site internet Platines et de la base finess, l'ensemble de ces données sur les établissements privés étant régi par le ministère de la Santé. Les résultats sont présentés à champ constant (les établissements en activité en 2006). En conséquence, les nouvelles constructions d'établissement ainsi que les fermetures intervenues entre 2007 et 2010 ne sont pas pris en compte dans l'analyse.

Les données sur les rachats d'établissements ont été recueillies sur les sites internet des groupes de clinique et complétées par les dépêches diffusées par l'Agence France Presse, celles d'APM International, ainsi que dans les communiqués de presse et autres documents d'information diffusés par les groupes de cliniques.

Au regard des difficultés rencontrées dans le recensement des groupes, dans la recherche des opérations de rachat et de leurs dates, nous ne prétendons pas à une exhaustivité totale des résultats présentés dans la suite de ces développements. Certains groupes qui ne communiquent pas ou très peu ont pu être omis lors de la construction de la base de donnée. Néanmoins, le recoupement de nombreuses sources d'information laissent penser que la présentation suivante offre une image proche de la réalité du paysage hospitalier privé à la fin de l'année 2010.

En 2006, un peu moins de 230 établissements de court séjour appartenaient à un groupe local, régional ou national. De nombreux rachats de cliniques et de groupes locaux ou régionaux ont été réalisés les années qui précèdent la période étudiée (2006-2010), comme l'illustre le tableau de la page suivante.

⁹⁸⁶ COUR DES COMPTES (2008), "Chapitre VIII Les restructurations hospitalières", *La sécurité sociale*, pp. 260-300

⁹⁸⁷ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) (2010), *Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé*, p. 49

Tableau 46 - Le nombre de rachats par groupe d'établissements privés à but lucratif, période 2006-2008

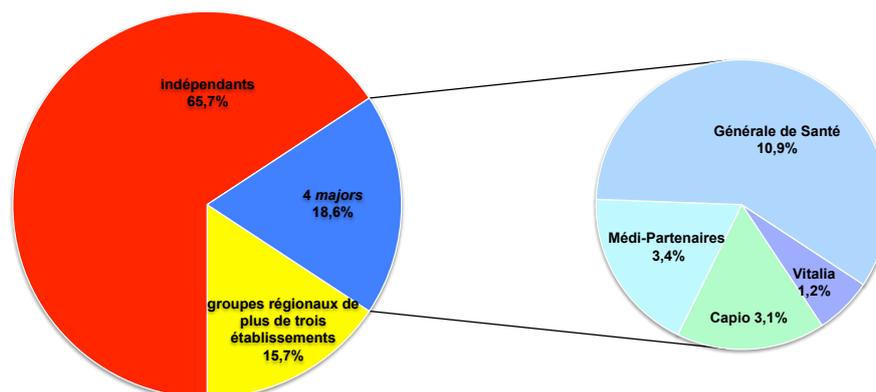
| GROUPES | Nb total 06-10 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| VITALIA | 41 | 7 | 28 | 3 | 1 | 2 |
| GDS | 17 | 11 | 1 | 3 | 0 | 2 |
| CAPIO | 14 | 9 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| VEDICI | 13 | 3 | 7 | 1 | 0 | 2 |
| KAPA | 12 | 1 | 0 | 7 | 3 | 1 |
| MEDI-PARTENAIRES | 11 | 2 | 4 | 5 | 0 | 0 |
| PROCLIF | 9 | 2 | 4 | 1 | 2 | 0 |
| MEDIPOLE SANTE SUD | 9 | 3 | 3 | 1 | 0 | 2 |
| HPM | 8 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| C2S | 6 | 4 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| GBNA | 5 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 |
| AMS | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| ALMAVIVA | 4 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| NOALYS | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| VIVALTO | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| COURLANCY | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| DOMUS VI | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ST GATIEN | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| CLINIQUE DÉVELOPPEMENT | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 3H | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| AMBROISE PARE/PIERRE CHEREST | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| CLINIQUE DU VALOIS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| POLYCLINIQUE DE PICARDIE | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| CLINIQUE GUIRARDI | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| HARMONIE | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| MUTUALITÉ | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| SANTE & RETRAITE | 1 | 1 | 0 | 0 | | |
| Total rachats | 171 | 43 | 71 | 25 | 19 | 12 |

Entre 2006 et 2010, plus de 170 cliniques privées ont rejoint un groupe d'envergure nationale ou régionale. Certains groupes de cliniques ont également été cédés pendant la période. Les opérations les plus emblématiques de cession de groupes pour des raisons stratégiques et/ou financières antérieures à 2006 sont celles des groupes Clininvest, cédé à Capio en 2001, Azur cliniques racheté par Domus Vi en 2002, ou encore celle du groupe Chiche et de dix cliniques du groupe Hexagone Hospitalisation cédés au groupe Général de Santé en 2005.

Les acquisitions du groupe Vitalia, formé cette même année, représentent environ 24 % de l'ensemble des rachats sur la période 2006-2010. Les années 2006 et 2007 sont celles où le nombre de rachats a été le plus important (43 établissements en 2006 et 71 en 2007). L'exercice 2008 est, quant à lui, marqué par un net ralentissement des rachats qui s'est expliqué par les difficultés des groupes à accéder au marché de la dette⁹⁸⁸. Cette baisse sensible du nombre de rachats de la part des groupes s'est maintenue sur les années 2009 et 2010.

⁹⁸⁸ DÉCISION SANTÉ (2009), *Privé lucratif, à quand les beaux jours ?*, n°251, dossier spécial, pp.10-15.

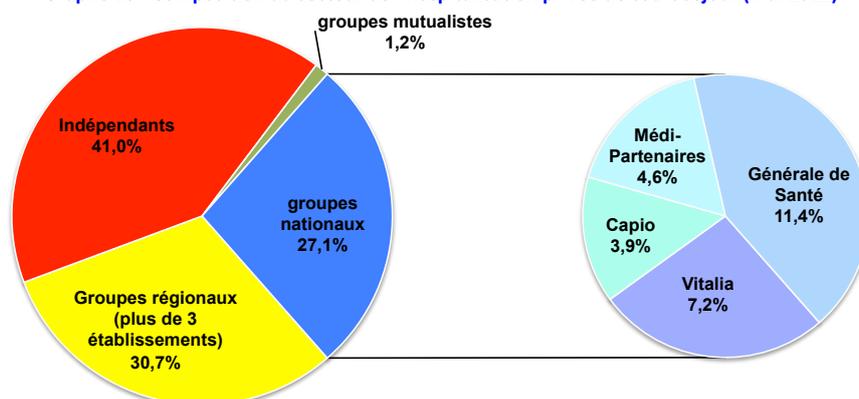
Graphe 9 - Composition du secteur de l'hospitalisation privée de court séjour fin 2006



Suite aux rachats de 43 établissements en 2006, 66 % des établissements étaient indépendants ou appartenaient à un petit groupe moins de trois établissements de court séjour, 15,7 % appartenaient à des groupes locaux et régionaux de plus de trois établissements de court séjour, 19 % aux quatre *majors* actuelles du secteur. La création du groupe Vitalia remonte à cette même année. 23 groupes de plus de trois établissements étaient présents en 2006.

Les années 2008 à 2010 se caractérisent par une diminution du nombre d'opérations, une baisse qui a pu s'expliquer, en partie, par les difficultés d'accès au marché de la dette par les groupes de cliniques lié à la crise financière, l'assèchement du crédit n'étant pas favorable aux opérations de croissance externe. L'entrée dans un processus de valorisation des groupes enclenché suite aux nombreux rachats en 2006 et 2007 (recherche de synergies entre établissements dans un but de rationalisation des coûts) constitue une autre explication. Ce processus a pu engendrer des reventes d'établissements de la part des grands groupes nationaux. A titre illustratif, le groupe Générale de Santé a revendu plusieurs établissements sur la période : la clinique Saint Joseph située à Senlis, celle du Parc Saint Lazare située Beauvais, celle d'Hartmann située à Neuilly sur Seine ou encore celle de Tourny de Bordeaux.

Graphe 10 - Composition du secteur de l'hospitalisation privée de court séjour (mai 2011)



Sur la période 2006-2010, six groupes d'envergure locale ou régionale ont été rachetés. Ainsi Les groupes BBGL, Santé et Développement, Saint André, les Ursulines, CHP et le groupe Keraudren ont été cédés à d'autres groupes plus robustes. Le groupe Keraudren-Grand Large a été racheté par Vitalia. Au cours de l'année 2007, Vitalia, a acquis le groupe Santé-Développement qui appartenait à *Chequers Capital*. Le groupe exploitait 3 cliniques rassemblant 430 lits et places réalisant un chiffre d'affaires de 50 millions d'euros. Le groupe St André (deux cliniques) a quant à lui été racheté par la holding Les Polycliniques Associées de Reims (groupe Courlancy) en juillet 2007 qui, suite aux rachats en 2011 de la clinique de la Renaissance et de celle François 1^{er} comprend désormais 7 établissements.

Par ailleurs, on compte de nouveaux entrants dans le secteur. A titre illustratif, trois groupes ont été fondés en 2007 : HPM, Almaviva (région marseillaise, financement du groupe *21 Central Partners* lié au groupe Benetton) et *Access Médical Santé* (AMS) en région parisienne, qui ont acquis respectivement 3 et 4 établissements MCO et autres structures d'accueil depuis 2007, ces derniers envisageant de poursuivre leur politique croissance externe. A notre connaissance les deux derniers groupes créés sont le groupe Vivalto Santé qui s'est notamment porté acquéreur des trois cliniques du groupe Cliniques Privées Associées (96 millions de chiffre d'affaires, 725 lits) et le groupe Salvia Santé supporté par un actionnariat familial. Vivalto est également actionnaire minoritaire de Domus Vi et est présent dans le capital de résidences pour personnes âgées en Italie et en Belgique.

Deux groupes Vedici et Proclif sont, quant à eux, en passe de devenir des groupes d'envergure nationale. Le groupe Vedici, fondé en 2000 par Jérôme Nouzarède, actuel directeur et Michel Bodkier, deux anciens cadres du groupe Générale de Santé, a triplé sa taille en deux ans pour devenir le cinquième intervenant du secteur en France (près de 250 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2007)⁹⁸⁹. A l'origine, le groupe s'est développé par la reprise d'établissements en grande difficulté financière situés dans l'axe Paris-sud-ouest, région préservée des rachats des quatre *majors* du secteur privés.

En 2010, près de 40 % des cliniques en activité en 2006 demeurent indépendantes. Précisons que ces statistiques sur les groupes de cliniques ne tiennent pas compte des fermetures d'établissements ni des regroupements opérés sur la période 2006-2010. Les 4 *majors* rassemblent près de 30 % des parts de marché du secteur hospitalier de court séjour. La progression sensible des parts de marché de ces quatre groupes s'explique notamment par la politique d'acquisition agressive du groupe Vitalia sur la période ayant augmenté ses parts de marché de 7 % depuis sa création en 2006. Près de 32 % des cliniques appartiennent aux autres groupes de dimension régionale ou locale en 2006. On note une grande hétérogénéité au sein de ces groupes qui se distinguent par la composition de leur actionnariat. La plupart d'entre eux sont majoritairement détenus par les médecins, ou ont un actionnariat familial. D'autres comme les groupes Proclif, Almaviva ou Vivalto sont majoritairement détenus par des investisseurs en capital et leurs dirigeants.

⁹⁸⁹ PROUX F. (2007), « Ile de France, Védici impose sa marque sur le secteur de l'hospitalisation privée », *La Tribune*, édition du 11 décembre

Tableau 47 - Les parts de marché (PDM) des activités MCO
des groupes de cliniques privées en mai 2011

| Raison sociale | Nbre d'établissements MCO | PDM 2010 |
|--|---------------------------|----------------|
| GDS | 67 | 11,4 % |
| VITALIA | 42 | 7,2 % |
| MPART | 27 | 4,6 % |
| CAPIO | 23 | 3,9 % |
| Total majors | 159 | 27,1 % |
| VEDICI | 21 | 3,6 % |
| KAPA | 17 | 2,9 % |
| PROCLIF | 10 | 1,7 % |
| C2S | 10 | 1,7 % |
| COURLANCY | 9 | 1,5 % |
| GBNA | 9 | 1,5 % |
| MEDIPOLE SUD SANTE | 9 | 1,5 % |
| HPM | 8 | 1,4 % |
| SANTE & RETRAITE | 7 | 1,2 % |
| CLINIFUTUR | 6 | 1,0 % |
| STE MARGUERITE | 6 | 1,0 % |
| NOALYS | 6 | 1,0 % |
| ALMAVIVA | 5 | 0,9 % |
| DOMUS VI | 5 | 0,9 % |
| GROUPE 3H | 5 | 0,9 % |
| HEXAGONE | 5 | 0,9 % |
| ST GATIEN | 5 | 0,9 % |
| ACCESS MEDICAL SANTE | 4 | 0,7 % |
| OC SANTE | 4 | 0,7 % |
| VIVALTO | 4 | 0,7 % |
| CIA | 4 | 0,7 % |
| CLINIPOLE | 3 | 0,5 % |
| CLINIQUE DÉVELOPPEMENT | 3 | 0,5 % |
| FINEVE | 3 | 0,5 % |
| GROUPE ST GEORGE | 3 | 0,5 % |
| ORPEA | 3 | 0,5 % |
| SALVIA SANTE | 3 | 0,5 % |
| AVENIR SANTE | 3 | 0,5 % |
| total groupes de plus de 3 établissements | 177 | 30,7 % |
| Total groupes | 336 | 57,3 % |
| Total indépendants | 243 | 41,0 % |
| MUTUALITE FRANCAISE | 5 | 0,9 % |
| HARMONIE | 2 | 0,3 % |
| Total groupes mutualistes | 7 | 1,2 % |
| Total général | 586 | 100,0 % |

source : base recensant les groupes de cliniques privées MCO réalisée par nos soins

Synthèse de la deuxième section

Cette section a eu pour objet de montrer les effets d'impact de la régulation publique. Couplée à d'autres évolutions sectorielles, tels que le progrès technique, l'évolution des conditions de base caractérisant le secteur hospitalier concourt à la modification de sa structure et influence le comportement général des entreprises y évoluant.

L'entrée des capital-investisseurs, dans cette recherche, analysée en tant que modification de la structure du secteur, est largement favorisée par les décisions prises par les autorités de tutelle des établissements de santé. La littérature généraliste gestionnaire a offert un regard sur le fonctionnement des fonds, leurs objectifs et les stratégies qu'ils mettent en œuvre. Nous avons vu que les capital-investisseurs s'intéressent au secteur privé de l'hospitalisation en raison de son potentiel de consolidation, de l'évolution démographique de la population française, du vieillissement de la population médicale dirigeante et des conditions de financement pérennes des établissements, même si ces investisseurs ne comprennent pas la logique sous-jacente à la fixation des tarifs. Nous avons montré, d'autre part, que la vision actionnariale de la création de valeur véhiculée par les fonds, et leur sortie à un horizon de court-moyen terme inquiète fortement l'ensemble des acteurs du secteur craignant sa déstabilisation. Au-delà de la controverse idéologique et du chaos qu'elle pourrait engendrer, certains protagonistes du secteur perçoivent des points positifs à l'entrée des capital-investisseurs, notamment le fait qu'ils participent à la restructuration du secteur hospitalier privé en y injectant des fonds. De plus, le capital-développement constitue un outil précieux pour les dirigeants des groupes de taille plus modeste, ces derniers reconnaissant qu'ils ont besoin de ces financements pour obtenir une taille critique sur le marché. Peu de conclusions peuvent être tirées sur les conséquences de l'entrée des fonds dans le capital des cliniques privées. Les études entreprises par les chercheurs publiées dans la littérature financière généraliste montrent une grande hétérogénéité dans les impacts observés qui dépendent à la fois de la nature des capital-investisseurs, de la hauteur de leurs engagements financiers et du contexte dans lequel ces opérations sont étudiées.

Nous avons mis en évidence que l'environnement exigeant dans lequel évoluent les hôpitaux et cliniques privées de court séjour façonné essentiellement par les pouvoirs publics influence le comportement général des entreprises du secteur. De nos jours, le rapprochement d'entreprises représente la meilleure stratégie de développement pour les dirigeants de cliniques privées qui sont soumis à la difficulté d'obtenir de nouvelles autorisations d'activité, nombre d'entre eux devant également faire face à une pénurie croissante de leurs moyens humain et/ou financier. Depuis une période récente, on observe un développement des coopérations entre cliniques privées et hôpitaux, cependant la forme de rapprochement privilégiée par les dirigeants est plus souvent celle de la fusion-acquisition. Entre 2006 et 2010, pas moins de 170 opérations de rachats de cliniques privées de court séjour ont été réalisées. Les quatre *majors*, Générale de Santé, Vitalia, Capio Santé et Médi-Partenaires, regroupent, en 2010, un peu moins de 30 % des parts de marché, les établissements indépendants et les groupes de moins de trois établissements ne détenant, quant à eux, plus que près de 40 % des parts de marché (contre 65 % en 2006), cette donnée étant certainement sous-estimée car elle ne tient pas compte des fusions et des fermetures d'établissements intervenues entre 2006 et 2010. Certains groupes d'établissements connaissent une croissance importante comme les groupes Védici et Proclif qui tendent à devenir des groupes d'envergure nationale, tandis que d'autres se créent. Les groupes Almaviva, Vivalto ou Salvia Santé représentent autant d'exemples de groupes fondés sur la période 2006-2010. La proximité géographique des établissements fusionnés autorise, suite à une mise en commun des fonctions support, la construction de grands ensembles spécialisés ou non (selon l'emplacement géographique des établissements). Ces opérations répondent notamment à un besoin de différenciation des établissements car elles conduisent à améliorer la visibilité de l'établissement auprès du grand public et permettent également d'attirer les praticiens, ces derniers privilégiant, de nos jours, l'exercice collectif à celui individuel.

Conclusion du premier chapitre

Ce chapitre avait pour objectif de mettre en lumière les spécificités du secteur. La première section de ce chapitre a montré que les cliniques évoluent dans un univers contraint, celles-ci étant à la fois soumises aux règles du jeu concurrentiel imposées par les pouvoirs publics. Nous avons illustré les effets d'impact majeurs de la régulation intervenus ces dernières années. La structure du secteur hospitalier privé est en cours de mutation. Sa métamorphose est accélérée par l'entrée de nouveaux acteurs, les capital-investisseurs, qui perçoivent de nombreux avantages à investir dans le secteur qui résultent des caractéristiques de la structure du secteur largement façonnée par sa régulation. Les décisions prises par les pouvoirs publics influencent d'autre part les grandes manœuvres stratégiques des cliniques privées qui tentent d'assurer la pérennité de leur activité face aux turbulences de l'environnement.

La première section, à travers l'exemple des contraintes sur les tarifs, a mis en évidence l'importance de la régulation comme déterminant de la performance financière des cliniques. Suite à une présentation de la tarification à l'activité, ou T2A, introduite en mars 2005 dans les cliniques privées, nous avons montré ses impacts possibles sur leur chiffre d'affaires et la rentabilité des cliniques. L'analyse de l'effet volume, proposée pour expliquer les variations du chiffre d'affaires médical des établissements, a montré que la T2A n'a joué, au mieux, ces dernières années, qu'un rôle d'accélérateur des grandes tendances observables dans l'activité des cliniques privées. La baisse de la durée moyenne de séjour, la hausse des prises en charge en ambulatoire, la diminution corrélative du nombre de séjours et des capacités d'accueil en hospitalisation complète représentent des évolutions en cours depuis de nombreuses années. Elles résultent également d'autres facteurs comme, notamment du progrès technique. Ainsi, l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité des établissements semble difficile à établir. L'impact de l'effet « prix » sur le chiffre d'affaires des cliniques est, quant à lui, très net. Le taux de progression du chiffre d'affaires suit une même courbe que celle du taux d'évolution des tarifs. Les autres modifications tarifaires intervenant dans certaines activités, ainsi que les coefficients de transition à la T2A ont également un impact sur la performance d'exploitation des cliniques privées. Cependant ils ne sont pas visibles au niveau sectoriel. Les études de la Drees et celles de l'Observatoire de l'hospitalisation publique et privée ont cependant montré que les évolutions à la baisse des tarifs et la variation des volumes d'activité ont, ces dernières années, le plus souvent été compensées par un effet *casemix*, c'est-à-dire par une évolution de l'activité des cliniques privées vers des séjours plus coûteux. La dégradation de la rentabilité des cliniques privées intervenue ces dernières années résulte d'un effet ciseau, c'est-à-dire d'une évolution à la hausse des grands postes de charge des cliniques privées qui est couplée à une faible progression de leur niveau d'activité.

La deuxième section a illustré les effets d'impact de la régulation du secteur. Dans un premier temps, nous avons constaté le processus de financiarisation croissant et récent du secteur hospitalier privé. Les motivations des capital-investisseurs à investir dans le secteur ont été recensées ainsi que les risques qu'ils encourent. Tandis que les risques financiers et ceux liés aux opérations non courantes comme les opérations de croissance externe sont courues par l'ensemble des entreprises, quel que soit le secteur d'activité retenu, les risques liés à l'exploitation de cliniques privées pourraient *a priori* rebuter les investisseurs. Nous avons montré que, pour les capital-investisseurs, ces investisseurs d'un nouveau genre, la structure du secteur présente de nombreux atouts dont ils souhaitent tirer avantage comme son potentiel de consolidation, l'existence d'une demande stable et soutenue, la présence de fortes barrières à l'entrée ou encore les nombreux départs en retraite des praticiens-actionnaires favorisant le développement des opérations de LBO. Leurs impacts sur la gestion et la performance financière des cliniques privées, craints par les diverses parties prenantes du secteur, demeurent non connus actuellement. En effet, une revue de littérature sur les impacts de leur entrée dans le capital des entreprises a mis en lumière la diversité des résultats des études internationales, celle-ci étant principalement attribuable aux spécificités du contexte dans lequel ces opérations sont étudiées et à la méthodologie retenue par les chercheurs. Ceci nous amène à la conclusion que pour identifier l'impact réel des opérations de LBO sur les cliniques privées, il serait nécessaire d'entreprendre une étude précise sur les entreprises du secteur. Une enquête a été lancée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, ex DGOS) en mai 2008 sur l'actionnariat des cliniques privées qui vise à rassembler davantage d'information sur « *l'organisation interne et la structure du capital des*

établissements de santé privés à but lucratif entre 2004 et 2007 »⁹⁹⁰. Par cette étude, la DHOS souhaite mieux connaître les investisseurs et leurs motivations à investir dans le secteur. Comme le suggère Yvon Berthel Venezia⁹⁹¹, « *les fonds d'investissement devront trouver leur place afin de légitimer leur présence sur le secteur des cliniques privées en démontrant qu'ils ont la capacité de préserver la dynamique de l'hospitalisation privée et leur aptitude à créer des structures pérennes* ».

Un autre effet d'impact lié à la régulation du secteur a été discuté. Nous avons vu que la régulation du secteur façonne le comportement des entreprises du secteur. Les grandes manœuvres stratégiques adoptées par les dirigeants du secteur en réponse aux contraintes de leur environnement ont été présentées. Nous avons montré que le principal mode de développement emprunté par les cliniques privées est celui du rapprochement d'entreprises qui peut répondre à la fois à une stratégie de diversification et de volume d'activité face à un système tarifaire instable, au besoin de partager des moyens humains, techniques et financiers, ou encore face à la nécessité de réaliser des synergies de coûts pour réaliser des gains d'efficacité. De plus, nous avons souligné le rôle moteur des autorités de tutelle dans ces rapprochements. Nous avons constaté que les alliances entre hôpitaux publics et cliniques, qui, jusqu'alors, étaient peu fréquentes connaissent un développement croissant, ces opérations prenant souvent les traits d'une quasi-fusion, comme l'illustrent les exemples de reconstruction de cliniques sur les sites des hôpitaux. Nous avons souligné que les cas de fusions-acquisitions entre hôpitaux et cliniques sont extrêmement rares, les cliniques privées souhaitant le plus souvent sauvegarder leur indépendance capitaliste. En revanche, les fusions-acquisitions de cliniques sont très fréquentes. Ces opérations de croissance externe de type horizontal, privilégié par les dirigeants du secteur (de cliniques privées et de groupes) conduisent actuellement à une concentration intense du secteur entamée depuis le début des années 1990. A partir d'une étude réalisée par nos soins, nous avons pu constater que, de nos jours, le secteur ne compte plus que près de 40 % de cliniques privées indépendantes ou de petits groupes de moins de trois établissements, ce pourcentage étant certainement surestimé, les données analysées ne tenant pas compte des regroupements et fermetures de cliniques intervenus depuis le début de l'année 2006.

S'inscrivant à la suite du premier titre de ces travaux de thèse dédiés pour partie à l'identification des déterminants de la performance des établissements de santé, le présent chapitre a apporté les éléments concourant à une meilleure compréhension du secteur hospitalier privé de court séjour et a montré que la performance des cliniques privées est en grande partie façonnée par les caractéristiques du secteur, l'intervention des pouvoirs publics représentant un facteur contingent majeur de leur performance.

La description du contexte dans lequel évoluent les cliniques privées représente, d'un point de vue méthodologique, un support essentiel dans la construction d'hypothèses de recherche dont la formulation va tenir compte des spécificités du secteur. Elles sont présentées dans le chapitre suivant.

⁹⁹⁰ CHARDON D., "Rumeurs autour de la reprise de Vitalia. Le groupe de cliniques français attire des convoitises", *Le Quotidien du Médecin*, 20 mai 2008, 1 p.

⁹⁹¹ GIE CLUB DES QUINZE SANTE (2007), "Médecine libérale et hospitalisation privée, le modèle de la gouvernance hospitalière en question", *Hospitalis*, n°3, p. 5

Chapitre 2 L'identification et la conjugaison des effets « structure », « activité » et « management »

Notre revue de littérature sur les établissements de santé américains a montré que nombreux sont les attributs des établissements de court séjour qui concourent à leur performance financière. Cette littérature représente un référentiel de base dans l'élaboration de nos hypothèses de recherche. Elle a montré que les caractéristiques de la structure des établissements de santé comme la taille, l'appartenance à un système ou la participation aux missions d'enseignements, celles du marché sur lequel ils évoluent, ou encore celles mesurant l'efficacité du management opérationnel et stratégique des établissements sont des déterminants importants de la performance des établissements de santé américains. La littérature professionnelle et académique sur les cliniques privées commerciales nous a permis de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les dirigeants du secteur. Elle guide le choix des hypothèses de recherche formulées dans le présent chapitre.

La construction de ces hypothèses de recherche est une étape majeure de l'étude empirique proposée, les hypothèses représentant le fondement d'un essai de modélisation de la performance financière des cliniques privées. Cette démarche revêt également un caractère impératif, dans la mesure où le choix d'une démarche méthodologique de type positiviste a été retenu au commencement de ces travaux.

Cependant la construction de ces hypothèses de recherche est soumise à une contrainte de haute importance : celle de la disponibilité du matériau requis pour pouvoir construire des variables pour répondre à chacune d'entre elles.

Afin de répondre de la façon la plus exhaustive qu'il soit à notre problématique de recherche, nous allons mener une enquête statistique mobilisant des données sur les cliniques privées disponibles sur un plan national. Comme nous l'avons spécifié dans le chapitre dédié à la présentation du design de la recherche, la base de données reconstituée par nos soins sur les établissements de santé privés à but lucratif est composée de nombreuses données collectées auprès de la quasi-totalité des cliniques privées de France métropolitaine. Cette base de données autorise le calcul de nombreux indicateurs standardisés qui soient suffisamment simples pour pouvoir être exploités et interprétés statistiquement. Cependant les données publiques récoltées ne recouvrent pas un spectre suffisamment large pour répondre à l'ensemble des hypothèses que nous avons envisagées de formuler suite à l'ensemble de nos lectures. L'accessibilité de l'information a représenté un fort déterminant du choix des hypothèses testées dans cette recherche. Certains facteurs importants pour expliquer la performance financière des cliniques privées ont dû être écartés de cette étude.

Chaque hypothèse théorique est opérationnalisée par le choix d'une ou plusieurs variables permettant d'y répondre.

Au regard du caractère contingent des possibilités de calcul d'indicateurs, cette thèse se propose d'apporter des réponses sur l'existence ou non d'impacts sur la performance financière des cliniques privées de trois catégories majeures d'effets définies par nos soins et largement inspirées de notre revue de littérature sur les déterminants de la performance financière des établissements de santé américains.

Le premier, l'effet « structure », se propose d'étudier l'impact des caractéristiques de taille et d'appartenance à un groupe de cliniques privées françaises.

Le second, l'effet « activité », entend montrer l'impact d'une série de facteurs qui caractérisent le *casemix*, ou portefeuille d'activité des cliniques privées. Les hypothèses formulées testeront l'impact de la présence d'un service d'urgences, celui du niveau de concentration des activités, celui de la lourdeur des cas pris en charge et enfin l'impact du développement des prises en charge à temps partiel sur la performance financière des cliniques privées.

Le troisième et dernier effet testé est l'effet « management ». Il intègre une série de variables, plus ou moins facilement actionnables par les dirigeants pour améliorer la performance financière de leur établissement. Cet effet se propose de mesurer l'impact des facteurs de performance financière suivants : l'importance de la masse salariale, l'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire des cliniques privées, la présence d'un projet stratégique bien défini et mis en œuvre, le niveau de qualité des soins, le niveau d'implication des praticiens dans les différentes instances qui doivent être tenues obligatoirement par chaque établissement, et enfin, l'efficacité organisationnelle mesurée, d'une part en termes de volume d'activité des établissements et d'autre part en termes de volume et de productivité du personnel des établissements.

La première section de ce chapitre présente les hypothèses construites pour mesurer un effet « structure », la seconde celles relatives à la mesure de l'effet « activité » et la troisième section celles permettant de tester l'existence d'un effet « management ».

Section 1. L'effet « structure »

La structure définit l'architecture interne d'une organisation et les relations entre ses divers éléments⁹⁹². Seules les principales caractéristiques de la clinique privée que l'on peut qualifier de « superstructure » en référence à Desreumaux⁹⁹³, autrement dit, de critères manifestes de la structure d'un établissement de santé, sont analysés dans ces travaux. Au regard du faible nombre de données représentatives de la structure des établissements, nous formulons uniquement deux hypothèses de recherche pour analyser si la structure d'une clinique privée présente ou non un impact sur son niveau de performance financière : la première mesure l'impact de l'appartenance d'une clinique privée à l'une des quatre *majors* du secteur et la seconde se propose de tester l'existence d'un effet « taille » mesuré par une variable dichotomique définie à partir du nombre de lits et places des cliniques privées.

1. L'appartenance à un grand groupe de cliniques privées

D'après la littérature académique française de gestion et la littérature anglo-saxonne sur les hôpitaux, les filiales des groupes industriels, et plus particulièrement les établissements de soins appartenant à des groupes semblent se fournir des matières premières à des coûts moins élevés du fait d'un pouvoir de négociation plus important avec leurs fournisseurs. De plus, la mutualisation des fonctions support permet des économies de coûts sur celles-ci. Le financement de l'investissement des cliniques appartenant à un groupe est, quant à lui, facilité par deux éléments :

- **la surface financière des groupes** qui, s'ils n'ont pas déjà les disponibilités financières nécessaires pour un investissement, disposent tout du moins d'un recours facilité à l'endettement auprès des établissements de crédit en raison des garanties accordées ou sur les marchés financiers ;
- **l'investissement dans des établissements rentables** notamment ceux engagés dans des opérations de LBO. Il s'agit de l'argument de sélection : les groupes disposent d'une surface financière importante pour procéder à des rachats d'entreprises profitables, repérées grâce à des études marketing. Leurs plans de rachat sont bien construits.

Enfin, en comparaison avec les hôpitaux publics français, les cliniques privées ont une marge décisionnelle plus importante sur leurs choix d'activité. Les actionnaires des groupes, afin de rentabiliser l'activité des structures qu'ils possèdent, peuvent, en théorie, abandonner certaines activités qu'ils jugent non rentables comme celles des spécialités chirurgicales peu rémunératrices et dont les actes peuvent être longs et risqués (par exemple en chirurgie viscérale et digestive). **Un établissement ayant fait l'objet d'un rachat récent par un groupe ou s'il est intégré à un groupe depuis plusieurs années est supposé bénéficier d'un niveau de performance financière plus important : d'après l'argument de la sélection, les établissements intégrés à un groupe sont même supposés profitables avant leur rachat. Suite au rachat, ces mêmes entités bénéficient de facilités de financement de leurs investissements et de leur exploitation, ce qui leur permet, toutes choses égales par ailleurs, de protéger ou d'améliorer leur positionnement concurrentiel.**

Ces éléments nous amènent à formuler l'hypothèse suivante :

H1 : L'appartenance à un groupe a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées

⁹⁹² BOYER L. et EQUILBEY N. (2003), *Organisation, Théories Applications*, Éditions d'Organisations, p. 201

⁹⁹³ Ibid., p. 201

Nous opérationnalisons notre hypothèse en testant si l'appartenance des cliniques à l'une des quatre *majors* du secteur MCO (Générale de Santé, Capio, Médi-Partenaires et Vitalia) a un impact sur la performance financière de ces établissements.

| | |
|----|--|
| H1 | L'appartenance à l'une des quatre grandes chaînes de cliniques du secteur MCO (Générale de Santé, Capio, Vitalia, Médi-Partenaires) a un impact positif sur le score de performance financière et ses composantes, hormis sur le ratio de charge de personnel/valeur ajoutée (R4) dont l'impact attendu est négatif. |
|----|--|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variable indépendante |
|---|--|
| Score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | Appartenance d'une clinique à l'une des quatre grandes chaînes de cliniques privées intervenant dans le secteur MCO (Générale de Santé, Capio, Médi-partenaire et Vitalia) Une variable dichotomique a été définie : 1 = l'établissement appartient à une des quatre grandes chaînes d'établissements 0 = l'établissement n'appartient pas à un de ces quatre grandes chaînes |

Une deuxième hypothèse relative à l'effet « structure » est présentée dans les développements suivants : il s'agit de la taille des établissements, un sujet qui a fait l'objet de nombreux travaux, notamment à l'étranger.

2. La taille des cliniques privées

La taille des entreprises et la gamme d'activité représentent deux des critères fondamentaux de l'analyse économique⁹⁹⁴. Une étude de l'Irdes publiée en 2009, *Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables ?*, place le facteur « taille » parmi les facteurs les plus étudiés pour expliquer ces variations de coûts par groupe homogènes de séjours (GHS)⁹⁹⁵. Les dirigeants de cliniques privées ne sont pas en reste sur la question, les besoins de financement et l'apport de capitaux extérieurs étant devenus vitaux pour développer et restructurer leurs activités. Ils cherchent à réaliser des rendements d'échelle croissants en augmentant leur capacité d'accueil afin d'assurer une rentabilité dont le niveau puisse au moins assurer la pérennité de leur activité.

La littérature française et étrangère nous enseigne que la taille des entreprises peut être mesurée à l'aune de différents critères. Dans la littérature française généraliste, une étude de la Banque de France réalisée par Boissonade⁹⁹⁶ identifie trois critères de taille. Le premier est celui des effectifs salariés, cet indicateur étant principalement utilisé par la Banque de France et l'Insee. Le second, le chiffre d'affaires, est utilisé dans la base de donnée BACH et dans la cotation de la Banque de France. La combinaison de trois critères (le total du bilan, les effectifs salariés et le chiffre d'affaires) constitue le troisième indicateur, l'usage de celui-ci étant préconisé par la Commission européenne. Boissonade teste la pertinence de chacun de ces critères dans une étude quantitative des entreprises française. Il conclut que le choix de la variable retenue influence le traitement statistique et que chaque critère a ses limites. En effet,

⁹⁹⁴ BOISSONADE D. *Comparaison des différents critères de taille des entreprises*, Cahiers Études et Recherches de l'Observatoire des Entreprises, Banque de France, Eurosystem, 37 p.

⁹⁹⁵ OR Z., RENAUD T. et COM-RUELLE L. (2009), *Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexion sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris, p. 4

⁹⁹⁶ BOISSONADE D. *Comparaison des différents critères de taille des entreprises*, Cahiers Études et Recherches de l'Observatoire des Entreprises, Banque de France, Eurosystem, 37 p.

certaines d'entre eux semblent plus adaptés à l'étude de secteurs d'activité particuliers. Tandis que le nombre de salariés ne reflète pas toujours la réalité en raison notamment du recours à l'interim et de l'externalisation de certaines fonctions (des pratiques courantes dans les groupes de cliniques privées), le chiffre d'affaires est, selon lui, reconnu et représentatif du volume d'activité de l'entreprise⁹⁹⁷. Celui-ci est le plus souvent utilisé dans les études financières des cliniques privées. Cependant nous avons noté la présence d'autres variables de mesure qui sont à même de rendre compte de la taille des établissements dans la littérature hospitalière française et américaine : le nombre de services que compte un établissement, le nombre de séjours d'un établissement pour une année, ou encore son nombre de lits. Nos travaux s'intéressent à ce dernier critère qui est le plus fréquemment mobilisé dans les études américaines pour étudier la taille des hôpitaux. L'importance de ce critère pour la gestion hospitalière s'illustre pleinement dans les travaux de la MeaH (actuelle ANAP)⁹⁹⁸ dédiés à ce thème. Selon les auditeurs de la MeaH, le lit d'hospitalisation représente « *un actif fondamental de l'hôpital* » et une « *référence à laquelle le monde hospitalier (autorités de tutelle, professionnels de terrain soignants ou gestionnaires...) est attaché pour décrire une structure, définir un périmètre ou quantifier une activité...* ». Ils précisent également qu'en tant que « substrat » principal de l'activité hospitalière, cette variable est fréquemment utilisée en management hospitalier tant à un niveau stratégique, dans la planification et les projets d'établissement que dans le management opérationnel des établissements (disponibilités pour accueillir les patients, référence pour dimensionner les effectifs d'une unité, fermetures estivales, etc.).

La littérature américaine montre l'absence de consensus sur la taille optimale des établissements et leur niveau de performance financière, cette variété des résultats s'expliquant, au moins partiellement, par les différences observées dans la méthodologie et les échantillons d'hôpitaux étudiés. En revanche, l'impact du critère de taille sur les mesures de performance financière n'est jamais remis en cause par les chercheurs et un impact est toujours démontré. Nombreuses sont les études qui définissent une relation non linéaire entre la taille et la performance financière des établissements. Ces conclusions issues de notre revue de littérature sont également relatées dans les travaux de l'Irdes publiés par Or, Renaud et Com-Ruelle⁹⁹⁹. Nous avons vu dans le paragraphe précédent que leur revue de littérature ne s'intéresse pas à la performance financière des hôpitaux mais aux écarts de coûts hospitaliers. Comme nous l'avons constaté dans la littérature américaine, la problématique des coûts représentant un élément constitutif de la performance financière des établissements, nous nous permettons de réaliser un parallèle entre nos résultats et ceux obtenus par Or, Renaud et Com-Ruelle. Selon ces derniers, même si l'on ne peut définir la taille « idéale » d'un hôpital, il est parfaitement démontré que, *ceteris paribus*, les coûts des hôpitaux varient en fonction de leur taille et que d'éventuelles économies d'échelles diffèrent selon le type d'établissement.

Les analyses conjoncturelles diffusées sur le secteur hospitalier privé à but lucratif s'intéressent de près à la relation entre la taille et la performance financière des établissements. Dans ces études, la taille est appréciée par la variable de chiffre d'affaires des établissements. Les résultats des études statistiques menées par CTC Conseil, la Drees et Xerfi sont contradictoires sur l'identité des cliniques privées financièrement performantes, celle-ci étant mesurée par l'indicateur du taux de marge net des établissements MCO. Le débat se centre sur les établissements à faible et à fort chiffre d'affaires, les établissements réalisant un chiffre d'affaires moyen apparaissant dans chacune de ces études comme les moins performants. Ces

⁹⁹⁷ BOISSONADE D. *Comparaison des différents critères de taille des entreprises*, Cahiers Études et Recherches de l'Observatoire des Entreprises, Banque de France, Eurosysteme, p. 24

⁹⁹⁸ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER (MEAH) (2008), *La gestion des lits dans les hôpitaux et les cliniques*, Paris, 128 p.

⁹⁹⁹ OR Z., RENAUD T. et COM-RUELLE L. (2009), *Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexion sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris, p. 5

résultats sont confirmés par les travaux de thèse de David Piovesan¹⁰⁰⁰. Les analyses statistiques multivariées qu'il mène pour tester l'impact de la taille des cliniques MCO, le résultat net et la rentabilité économique des cliniques privées, que le groupe de « cliniques favorables », c'est-à-dire le groupe des établissements en meilleure santé financière au regard du bénéfice net des établissements et de leur taux de rentabilité économique (résultat d'exploitation/capitaux engagés), comprend les petites cliniques avec un chiffre d'affaires important et les grandes cliniques dont le chiffre d'affaires est élevé. Comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, les discours des acteurs sur la notion d'économies d'échelle et de taille optimale des hôpitaux et cliniques confirment l'existence d'une relation entre la taille des établissements et leurs performances globales estimées, rappelons-le, entre 200 et 300 lits.

Au regard de l'ensemble des éléments recensés dans la littérature, nous souhaitons tester l'impact de la taille des établissements sur leur performance financière. Nous formulons l'hypothèse théorique suivante :

H2 Il existe une relation non linéaire entre la taille des établissements et le niveau de performance financière d'une clinique privée : être un établissement de grande taille ou de petite taille a un impact positif sur la performance financière.

Les chercheurs américains déterminent fréquemment des classes d'établissements définies à partir du nombre de lits. En France, le site internet Platines définit, pour l'année 2006 et les années suivantes, deux classes de cliniques privées : les établissements de moins de 100 lits et ceux de plus de 100 lits. Cependant cette classification n'est pas conservée dans nos travaux car nous souhaitons mener une analyse plus fine de la taille des établissements en définissant une classe supplémentaire. La définition de trois classes (petites, moyennes et grandes cliniques) offre l'avantage de pouvoir comparer les résultats de la présente étude à ceux obtenus par la Drees, Xerfi et CTC Conseil dans les études financières sur les cliniques privées.

Sur la base de ce classement, nous formulons l'hypothèse opérationnelle suivante :

| | |
|-----------|--|
| H2 | Être un établissement de grande taille ou de petite taille, celle-ci étant mesurée par le nombre de lits et places a un impact positif sur le score de performance financière et les ratios le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées dont l'impact attendu est négatif. |
|-----------|--|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variable indépendante |
|--|---|
| Score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 le composant | Variable booléenne de taille : 1= les petites et les grandes cliniques privées 2= les cliniques privées de taille moyenne |

D'autres variables descriptives de la structure des cliniques repérées dans la littérature, comme par exemple, l'âge ou encore la participation aux missions d'enseignement ne sont, selon nous, pas pertinentes. La participation des cliniques aux missions d'enseignement représente, depuis la loi HPST, un nouveau domaine d'intervention des cliniques. De nos jours, peu d'établissements privés contribuent à l'exercice de ces missions, l'enseignement n'étant qu'exceptionnellement autorisés dans certaines cliniques lorsque les hôpitaux publics ne sont pas en mesure de répondre à la demande de formation. Par exemple, en région lyonnaise, quelques cliniques privées assurent la formation d'internes en anesthésie. Ces établissements se substituent aux hôpitaux publics en raison d'une saturation des places disponibles pour accueillir les internes dans les hôpitaux publics. L'impact de la réalisation de ces missions sur la

¹⁰⁰⁰ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, p. 216

performance financière des établissements sera certainement intéressant à étudier dans quelques années.

Les hypothèses que nous formulons dans le paragraphe suivant ont pour ambition de vérifier l'existence d'un effet « activité » qui étudie la relation entre la performance financière des établissements et leurs domaines activités.

Section 2. L'effet « activité »

La gamme d'activité représente, au côté de la taille, un deuxième critère fondamental de l'analyse économique¹⁰⁰¹. Pour mesurer un effet « activité », nous formulons plusieurs hypothèses théoriques que nous opérationnalisons. Elles étudient l'impact de certaines caractéristiques de l'activité des cliniques privées sur leur performance financière. La première hypothèse a pour objet de vérifier l'impact d'une stratégie d'activité orientée sur la prise en charge de cas lourds. La suivante porte sur l'incidence de la présence d'un service d'urgences au sein d'un établissement. Puis, nous formulons une hypothèse qui a pour objet de vérifier l'impact d'un taux élevé de prise en charge en hospitalisation de jour. Enfin, une dernière hypothèse de recherche porte sur l'impact de la spécialisation des activités des cliniques privées.

1. La lourdeur des cas pris en charge

Dans notre revue de littérature sur la performance financière des hôpitaux américains, deux principaux critères caractérisant la demande directe des établissements ont été identifiés : la lourdeur des cas pris en charge et la solvabilité des patients. La part des patients bénéficiant des couvertures *Medicare* et *Medicaid* ainsi que le *Medicare casemix index*, qui rappelons-le, constitue un indice de mesure du niveau relatif de complexité et de sévérité des pathologies, est considérée comme des variables déterminantes du niveau de performance financière des hôpitaux. Les variables de mesure de la lourdeur des cas pris en charge et de la solvabilité des patients sont mobilisées dans la littérature américaine pour analyser un effet « environnement » ou un effet « management », certains chercheurs considérant que les dirigeants d'établissements peuvent influencer le type de population prise en charge au sein de leurs structures par l'intermédiaire des stratégies de développement qu'ils mettent en œuvre. **Nous étudions la demande directe des établissements comme une caractéristique du management opérationnel des hôpitaux.** Nous nous intéressons plus particulièrement aux analyses des chercheurs américains sur la variable de la lourdeur des cas pris en charge par les établissements que nous choisissons de tester.

Les hypothèses formulées par les chercheurs américains sur l'indice de lourdeur des cas pris en charge sont contradictoires. Certains d'entre eux estiment que les cas les plus lourds sont mieux rémunérés. Par conséquent, ils estiment que le niveau de performance financière de ces établissements est plus élevé. D'autres estiment que les hôpitaux spécialisés sont plus profitables que les autres hôpitaux en raison d'une rotation élevée des patients. Les résultats des études d'impacts sur l'indicateur de lourdeur des patients pris en charge par un établissement ne permettent pas de conclure à un effet définitif. Sear¹⁰⁰² ou encore Philipps¹⁰⁰³ révèlent chacun dans leur étude l'absence d'impact significatif de cet indicateur sur les résultats financiers des établissements qu'ils étudient. Cet indicateur ne serait pas un prédicteur pertinent de la performance financière des hôpitaux.

¹⁰⁰¹ BOISSONADE D. *Comparaison des différents critères de taille des entreprises*, Cahiers Études et Recherches de l'Observatoire des Entreprises, Banque de France, Eurosysteme, 37 p.

¹⁰⁰² SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16, n°2, pp. 31-37

¹⁰⁰³ PHILIPPS J.F. (1999), "Do Managerial Efficiency and Social Responsibility Drive Long-Term Financial Performance of Not-for-Profit Hospitals before Acquisitions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 25 : n°4

En France, les chercheurs du Graphos¹⁰⁰⁴ sont à notre connaissance les seuls à avoir testé la relation entre la lourdeur des cas pris en charge et deux indicateurs financiers de performance d'exploitation des cliniques privées de court séjour : le résultat net et le taux de marge net mesurant la part du résultat net sur le chiffre d'affaires. Pour tester cette relation, ils ont évalué la lourdeur des interventions réalisées selon un classement en quatre groupes d'établissements établis sur la base des actes techniques des praticiens sur la lettre-clé K (ou Kc) de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)¹⁰⁰⁵. Avec la mise en place d'un système de tarification à l'activité, la NGAP a été remplacée par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Depuis, les actes produits par les praticiens ne sont plus recensés dans la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE). Leurs résultats montrent que deux stratégies semblent favoriser le bénéfice net et le taux de rentabilité économique des cliniques privées mesurés à partir du résultat net et du taux de marge net (résultat net / chiffre d'affaires) des établissements :

- une stratégie de recherche d'une taille critique qui vise à l'obtention d'un portefeuille d'activité équilibré en termes de lourdeur d'intervention ;
- une logique de spécialisation sur des activités plus lourdes et plus techniques.

La lourdeur des cas pris en charge représentant l'un des arguments formulés par certains acteurs du secteur public pour justifier la moindre performance financière de ces établissements, nous testons si, au niveau du secteur privé, la lourdeur des cas pris en charge présente un impact négatif sur la performance financière des cliniques privées.

H3 Un niveau de lourdeur des cas pris en charge élevé a un impact négatif sur la performance financière des cliniques privées de court séjour.

Afin d'expliquer les variations constatées entre les structures, nous procédons à une analyse de la gravité des cas par recours à un indice de valorisation des séjours T2A calculé sur la base des données PMSI et de l'étude nationale des coûts. Pour estimer la lourdeur de l'activité, plutôt que de calculer la valorisation sur la base des tarifs, nous avons choisi d'utiliser les coûts déterminés par l'Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC), plus stable et fiable. Afin de permettre la comparaison de l'ensemble des données, tous les calculs ont été effectués avec les coûts déterminés en 2006. Les valeurs de l'indice sélectionné ne sont donc qu'indicatives et ne correspondent à aucune réalité autre qu'une estimation de la lourdeur des séjours formant l'activité de chaque établissement. À des fins de comparaison entre établissements, nous avons pondéré la valorisation T2A des séjours par le nombre de séjours de chacun des établissements.

Nous formulons l'hypothèse opérationnelle suivante :

| | |
|-----------|--|
| H3 | Un niveau de lourdeur élevé des cas pris en charge par les cliniques privées de court séjour, mesuré par l'indice de valorisation du poids des séjours T2A pondéré par le nombre de séjours, a un impact négatif sur leur score de performance financière et les ratios le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée dont l'impact attendu est positif. |
|-----------|--|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variables indépendantes |
|--|---|
| Score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 le composant | Poids moyen des séjours MCO/Nombre de séjours MCO |

¹⁰⁰⁴ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, pp. 224-225

¹⁰⁰⁵ Les deux premières catégories d'actes (de 0 à 99 K) représentent des interventions dites légères. Les deux suivantes représentent les interventions lourdes (plus de 100K).

Nous choisissons de compléter cette analyse de l'effet « activité » des cliniques sur la performance financière par une autre hypothèse portant sur un thème d'actualité : l'impact des activités non programmées sur la performance financière des établissements qui est mesurée par la présence d'un service d'urgences au sein des cliniques.

2. L'activité non programmée : la présence d'un service d'urgences

Dans les nombreux articles portant sur la convergence tarifaire entre les établissements public et privé, la présence de surcoûts liés à l'activité non programmée dans les hôpitaux publics est souvent évoquée. Ces coûts supplémentaires s'expliquent principalement par la désorganisation des équipes hospitalières que ce type d'activité génère. Des dysfonctionnements avec engorgement dans certains points critiques de la prise en charge sont observés, ce qui peut venir perturber l'organisation des activités programmées, et peut, de plus, engendrer des coûts difficiles à évaluer. En effet, la non programmation oblige à surdimensionner statistiquement les moyens des établissements, notamment les ressources médicales et paramédicales, de manière à pouvoir faire face à la majorité des configurations du recrutement journalier. L'impact financier des activités non programmées n'a été démontré que dans des études ponctuelles¹⁰⁰⁶, comme celle de l'Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation (ATIH) dirigée par le Professeur Marion Mendelsohn, ou encore celle du Professeur Gabriel Nisand¹⁰⁰⁷ qui a montré, à partir de données datant de l'année 2003, que l'activité non programmée engendre un surcoût élevé (63 %) par rapport aux activités programmées. Le détail par catégorie majeure de diagnostic (CMD) révèle une variabilité de ce surcoût en fonction des spécialités. Un dossier de presse de la Fédération de l'Hospitalisation Publique (FHF) du mardi 7 juillet 2009¹⁰⁰⁸, un article rédigé par Gérard de Pourville¹⁰⁰⁹ ainsi que d'autres articles publiés dans des revues professionnelles évoquent parmi d'autres différences expliquant la difficile convergence tarifaire entre ces établissements la possibilité offerte aux cliniques privées, à activité médicale équivalente, de planifier leurs activités et donc d'optimiser leur activité globale et leur coût de production total¹⁰¹⁰.

Les désorganisations que les services d'urgences provoquent (activité non programmée par définition) et les moyens supplémentaires nécessités pour ce type de prise en charge pourraient, *a priori*, dissuader les dirigeants de cliniques privées d'offrir ce type de prestations. Ce constat est renforcé par le fait que le dispositif de participation au service public hospitalier n'était pas ouvert aux cliniques. En ce sens la loi HPST représente une véritable avancée pour le secteur privé puisqu'elle autorise les établissements privés à participer aux missions de service public. Jusqu'alors les cliniques privées exerçant ce type d'activité et ayant reçu l'aval des tutelles signaient des contrats dits de concession de service public qui sont définis à l'article L.6122-9 du Code de la Santé Publique (CSP). Pourtant, un phénomène inverse est observé : de nombreux services d'urgences privés ont été autorisés depuis le début des années 1990 et de nombreux dossiers de demandes d'autorisation pour exercer cette activité ont été refusés à ces

¹⁰⁰⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS (2009), *Annexe 8 Activité non programmée (cahier des charges) du rapport 2009 au Parlement sur la convergence tarifaire (Loi 2003 1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifié Titre II Art 33)*, Ministère de la Santé et des Sports, pp. 55-58

¹⁰⁰⁷ L'étude procède à la comparaison entre les coûts des séjours qui ont pu faire l'objet d'une préadmission à ceux qui sont passés par les services d'urgences pour être hospitalisés et des patients dont la prise en charge n'était pas programmée mais dont la procédure peut ne pas passer par les services d'urgences.

¹⁰⁰⁸ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE (FHF) (2009), "Des tarifs uniques public-privé: l'accès aux soins en danger", *Dossier de Presse, mardi 7 juillet 2009*, 11 p.

¹⁰⁰⁹ DE POUVOURVILLE G. (2006), "Public/privé L'impossible convergence? Conditions d'une concurrence loyale", *Revue Hospitalière de France*, n°508, pp. 12-15

¹⁰¹⁰ NISAND G., BIRON N., PENAUD M., *et al.* Ibid. "Impacts de la programmation des activités sur leur coût de prise en charge", pp. 26-28

établissements, ces décisions résultant de l'application des schémas régionaux¹⁰¹¹. Les cliniques privées qui assurent une activité de prise en charge des urgences se répartissent en deux catégories : celles non agréées et dont l'activité ne peut être mesurée puisqu'elles ne sont pas rémunérées spécifiquement et celles qui ont une autorisation. Les services d'urgences non autorisés sont autofinancés à part entière par les établissements. La pratique montre que l'existence de ces services est précaire. Un exemple récent est celui du service d'urgences et de réanimation de la clinique Océane (Bretagne) appartenant au groupe Vitalia qui a finalement dû fermer ses portes en juin 2009, faute de financement. Parmi les services autorisés, on recense 134 structures des urgences privées en 2009¹⁰¹². Les premiers services ont été créés dans les années 1980. Leur ouverture est le fruit d'une volonté commune des établissements et des médecins d'améliorer la prise en charge de leurs patients. 10 % de ces services ont été ouvert avant 1995 et 60 % l'ont été entre 1995 et 1999. 30 % ont été créés depuis 2000¹⁰¹³. En 2006, le secteur privé a assuré la prise en charge d'1,8 millions de passages sur 16 millions de passages au total, la moyenne se situant à 15 000 passages par an pour un établissement de santé privé¹⁰¹⁴. L'organisation des urgences privées est source de difficultés particulières dans certaines cliniques privées, notamment parce que ces services font intervenir des professionnels libéraux. Lorsque le patient passe le service des urgences, les actes sont facturés en secteur 1, ce qui peut être une source de difficulté dans l'organisation de la permanence des soins lorsque les professionnels libéraux exercent en secteur 2. Dès lors, nous nous interrogeons sur la nature des incitations qui encouragent les établissements privés à développer ce type de prise en charge qui, *a priori*, semble être un signe de désorganisation des établissements.

D'après les récits des acteurs recensés dans la littérature professionnelle, l'activité d'urgences accroît la demande adressée à l'établissement. Sur ce point, Christophe Quilliec, responsable d'un service d'urgences d'un hôpital privé, relate qu'en moyenne 35 % des entrées à l'hôpital s'effectuent par le truchement des urgences et, qu'au sein de l'établissement privé au sein duquel il exerce, l'activité de ce service représente 10 % du chiffre d'affaires 2009 de l'établissement¹⁰¹⁵. « Poumon économique » des établissements privés, ces services constituent un sas d'entrée et contribuent au recrutement et à l'image de l'établissement¹⁰¹⁶. Au regard des nombreux refus d'autorisation relatés par les acteurs, la tarification, quant à elle, ne semble pas représenter un frein au développement de ces activités. Pourtant, l'existence de seuils de rentabilité définis par rapport au nombre de passages peut également avoir un impact sur la performance financière des établissements. Le tarif de ces passages, fixé au niveau national, est appelé Accueil et Traitement des Urgences (ATU). Quel que soit le type de prise en charge, le tarif reste le même pour l'ensemble des établissements.

Aux Etats-Unis, la présence d'activités non programmées comme facteur de désorganisation des établissements est parfois évoquée par les chercheurs américains. Sa relation avec la performance financière des établissements n'est pas testée dans les études que nous avons consultées. En conséquence, dans nos travaux, le sens de la relation entre la présence d'un

¹⁰¹¹ BURNEL P. in PODEUR A. (2007), "A la recherche d'un équilibre stratégique entre besoins croissants et ressource finie", *Regards de la FHP*, n°52, pp. 30-42 ; Ces refus concernent en particulier des établissements qui assurent déjà une fonction d'accueil des urgences.

¹⁰¹² DUROUSSET J.-L. (2009), "Ouverture de la journée thématique "Urgences"", *Ibid.*, n°62, p.10

¹⁰¹³ BINOIS M. et FRIBOURG J. (2008), "L'accueil des urgences dans les établissements de santé privés", *Les cahiers hospitaliers*, n°246, pp. 22-23

¹⁰¹⁴ *Ibid.*, p. 22 ; les établissements publics assurent 88 % des passages aux urgences (13 millions de passages). L'auteur constate également la présence d'un phénomène intéressant : une relation est observée entre l'ancienneté des services d'urgences et le nombre de passages par an : les services d'urgence privés ouverts avant 1995 enregistrent environ 20 000 passages en 2004, ceux ouverts entre 1995 et 1999, 14 000 passages et après les services ouverts après 2000 enregistrent en moyenne 12 600 passages.

¹⁰¹⁵ QUILLIEC C. (2009), "L'expérience de l'hôpital privé d'Antony (HPA)", *Regards de la FHP*, Journée Thématique "Urgences", n°62, pp. 30-31

¹⁰¹⁶ PEPIN M. et TONNEAU D. (2006), "Les trajectoires des établissements privés sanitaires et sociaux", *Série Études*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), p. 77

service d'urgences et la performance financière des cliniques privées a été défini par rapport aux faits observés dans le secteur. Malgré la désorganisation et la consommation de ressources importantes qu'engendre l'activité de prise en charge des urgences, au regard du fort développement de ces services et de la volonté marquée des acteurs de l'hospitalisation privée de développer ce type prise en charge, nous formulons l'hypothèse suivante :

H4 : La présence d'un service d'urgences a un impact positif sur le niveau de performance financière d'une clinique privée.

L'hypothèse opérationnelle à tester, proche de cette formulation théorique, est la suivante :

| | |
|-----------|--|
| H4 | La présence d'un service d'urgences a un impact positif sur le score de performance financière et les ratios le composant, hormis sur le ratio charges de personnel / valeur dont l'impact attendu est négatif. |
|-----------|--|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variables indépendantes |
|--|--|
| Score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 le composant | Variable dichotomique de présence d'un service d'urgences : 1 = l'établissement dispose d'un service d'urgences 0 = l'établissement ne dispose pas d'un service d'urgences |

La littérature nous enseigne également que le type de prise en charge (hospitalisation complète ou partielle) est déterminant dans le niveau de performance financière des cliniques privées. L'hypothèse présentée dans le paragraphe suivant a pour objectif de déterminer quel est l'impact de la part de patients pris en charge en hospitalisation partielle sur le niveau de performance financière des établissements.

3. La part des prises en charge en hospitalisation partielle

Depuis les années 1990, le développement de la technologie médicale et les réformes entreprises ont engendré une baisse de la demande traditionnelle en hospitalisation complète au profit de l'hospitalisation de jour. La Drees note dans une étude que 66 000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés entre 1994 et 2003 tous secteurs et toutes activités confondus. En parallèle, le nombre de création de places en hospitalisation à temps partiel a fortement augmenté. Le développement de ce type de prise en charge est constaté dans l'ensemble des disciplines, notamment en MCO et en SSR, le secteur psychiatrique ayant développé depuis plus longtemps le recours aux alternatives à l'hospitalisation¹⁰¹⁷. Parmi l'ensemble des disciplines, la chirurgie et notamment la chirurgie programmée qui représente, selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 80 % de la chirurgie française est celle qui connaît la plus forte croissance. Le glissement vers l'ambulatoire, définie par Engel, Cauterman et Tajamady¹⁰¹⁸ comme « (...) la réalisation d'interventions chirurgicales, avec anesthésies locales ou générales, sur des patients arrivant à l'hôpital et repartant vers leur domicile le jour même. », se fait essentiellement sur cette discipline¹⁰¹⁹. Ces actes sont, par nature, équivalents à ceux effectués dans le cadre d'une hospitalisation complète.

¹⁰¹⁷ ARNAULT S., FIZZALA A., LEROUX I., *et al.* (2006), "L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités, 8 p.

¹⁰¹⁸ ENGEL F., CAUTERMAN M. et TAJAHMADY A. (2008), "Développer la chirurgie ambulatoire: les limites des politiques incitatives", *Gérer et Comprendre*, n°94, pp. 14-24

¹⁰¹⁹ MAHIEU A. et RAFFY-PIHAN N. (1998), "La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspective", *Questions d'économie de la santé*, n°2, 4 p.

Encart 20 - Le développement de la chirurgie ambulatoire en France

En France, dans les établissements de soins privés à but lucratif, le développement de la chirurgie ambulatoire a débuté au début des années 1980. Les dirigeants se sont saisis d'un vide administratif et ont créé des places gratuites dans leurs établissements en ne facturant aux caisses de sécurité sociale que les honoraires et les forfaits de salle d'opération (FSO) sans les séjours. Les pouvoirs publics par l'intermédiaire de Gilles Johannet, alors directeur général de la Sécurité sociale, ont pris la décision de supprimer les remboursements pour ce type d'activité. Cette opposition a pris fin avec la loi du 31 juillet 1991 prévoyant explicitement la création de structures alternatives à l'hospitalisation complète¹⁰²⁰. Depuis, la chirurgie ambulatoire est reconnue et encouragée par les pouvoirs publics comme une véritable alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Les décrets du 2 octobre 1992 l'ont intégré à la carte sanitaire de chirurgie et ont défini un taux de change : en 1992, la création d'une place de chirurgie ambulatoire doit être compensée par la fermeture de deux lits de chirurgie traditionnelle. Les modalités de fonctionnement et d'organisation sont également posées. Cette reconnaissance juridique, complétée par d'autres textes législatifs récents a impulsé au début des années 1990 le développement de ce mode de prise en charge en France. Les autres pays de l'OCDE ont connu la même évolution¹⁰²¹. Aux Etats-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne, le développement de la chirurgie ambulatoire a été fortement incité par les pouvoirs publics et la généralisation de ce type de prise en charge a solutionné en partie les problèmes de listes d'attente. Cependant, en comparaison d'autres pays, la France accuse un retard dans le développement de ce mode de prise en charge, notamment dans le secteur public. Les comparaisons internationales révèlent qu'en 2010, dans notre pays, moins de 50 % des actes de chirurgie éligibles sont réalisés en ambulatoire contre 61 % en Allemagne et 78 % au Danemark¹⁰²². La raison principale invoquée par les acteurs est celle de l'absence d'objectif contraignant pour les établissements français¹⁰²³. A titre illustratif, aux Etats-Unis, de nombreux organismes payeurs dont *Medicare*, procèdent au remboursement de la totalité des frais engagés lorsqu'une intervention est réalisée en ambulatoire, le remboursement étant partiel s'agissant des interventions classiques.

La chirurgie ambulatoire présente un intérêt certain pour l'Assurance maladie car ce mode de prise en charge nécessite une moindre consommation de ressources et est génératrice de gains de productivité. La direction générale de l'offre de soins (DGOS), la CNAMTS ainsi que les instances au niveau des régionales (notamment les ARS), souhaitent un développement de ce mode de prise en charge qui représente une source importante d'économies. La mise en place de la chirurgie ambulatoire est principalement incitée, *via* l'outil tarifaire¹⁰²⁴. Les données 2008 de la Drees montrent qu'elle est en plein essor dans le secteur public (13,6 %) et le secteur privé non lucratif (11,4 %) qui gagnent des parts de marché sur le secteur privé à but lucratif, même si celui-ci reste très largement majoritaire en accueillant 67 % des séjours¹⁰²⁵. L'article 37 de la LFSS de 2008 a prévu la mise en place d'un nouveau dispositif qui entend impulser le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers dans lesquels elle est peu développée. Ce dispositif, concernant les cliniques et hôpitaux privés à compter de 2011¹⁰²⁶, rend obligatoire pour certains établissements, ceux dont la réalisation de dix-sept gestes chirurgicaux validés par les sociétés savantes sont en dessous de la moyenne régionale, la demande d'un accord préalable, dit de « mise sous accord préalable (MSAP) » auprès du service médical de l'Assurance Maladie pour la prise en charge des nuits d'hospitalisation. Cette

¹⁰²⁰ ENGEL F. (2005), "Chirurgie en cliniques privées : une spécialisation toujours plus fine", *Décisions Santé*, n°219, p. 10

¹⁰²¹ LARCHER G. (2008), *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par M. Gérard Larcher*, à la demande du Président de la République, du Premier ministre et de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 102 p.

¹⁰²² ASSURANCE MALADIE, *Dossier : Accord préalable et chirurgie ambulatoire*, en ligne (www.ameli.fr), consulté le 23 janvier 2010

¹⁰²³ MAHIEU A. et RAFFY-PIHAN N. (1998), "La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspective", *Questions d'économie de la santé*, n°2, p. 4

¹⁰²⁴ OLIVIER P. (2010), "Evolution de la campagne tarifaire 2009 et perspectives d'évolution", *Regards, Les Dossiers de la FHP*, n°4, pp. 29-37

¹⁰²⁵ ARNAULT S., EVAIN F., KRANKLADER E., *et al.* (2010), "L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, Paris, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, 8 p.

¹⁰²⁶ Une dizaine de nouveaux gestes seront intégrés à ce dispositif.

procédure, réalisée à la demande des agences régionales de santé (ARS), est prononcée pour une période maximale de six mois.

Les opportunités financières liées au développement de ce type de prise en charge sont moins évidentes pour les producteurs de soins¹⁰²⁷. Du point de vue tarifaire, la prise en charge ambulatoire est souvent présentée comme plus intéressante sur le plan économique¹⁰²⁸. **Pourtant, comme le précise les auditeurs de la MeaH¹⁰²⁹, la substitution de l'hospitalisation complète en prises en charge en ambulatoire se traduit à court terme par une dégradation du chiffre d'affaires et le plus souvent par celle de la marge des établissements.** L'établissement se voit dans l'obligation de compenser ces baisses du chiffre d'affaires et du taux de marge par des diminutions de charges ou par l'augmentation de l'activité sur les places libérées en hospitalisation complète¹⁰³⁰. L'activité ambulatoire induit, par ailleurs, une réelle évolution des pratiques professionnelles au niveau des équipes chirurgicales et d'anesthésie (pratiques d'anesthésie, séquences de travail différentes) et un changement de rythme de travail et de répartition entre les soins directs (au lit du patient) et les soins indirects (organisation de la prise en charge). L'appropriation des concepts de la chirurgie ambulatoire impose aux équipes hospitalières de passer de la maîtrise individuelle d'un geste à la maîtrise d'un processus collectif, avec des contraintes qui lui sont liées. **Ainsi, un tarif seul, n'est pas incitatif en lui-même, si les coûts ne sont pas maîtrisés.** L'incitation majeure est à rechercher dans la libération de ressources (humaines, en lits...) et leur utilisation alternative. Notons que les ressources en personnel minimum obligatoires pour les établissements de santé sont stipulées dans le décret du 8 octobre 1992 : « *Toute structure pratiquant la chirurgie ambulatoire doit disposer de façon permanente pendant ses horaires d'ouverture au minimum de : un médecin qualifié ; un(e) IDE pour 5 patients présents ; un médecin anesthésiste-réanimateur et deux infirmier(e)s supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.* ». Une réflexion du ministère de la Santé est en cours sur l'évolution de ces normes de personnel. Ce mode d'hospitalisation alternatif à l'hospitalisation complète favorise, par ailleurs, la croissance des actes chirurgicaux, une plus forte rotation des patients conduisant à la croissance du chiffre d'affaires des cliniques et à la hausse de la rémunération des praticiens. Ceci explique le développement rapide de ce type de prises en charge dans ces établissements. Cette activité permet d'optimiser le financement de l'établissement au regard de son mix produit et va jusqu'à constituer un élément incontournable sur le plan financier pour certains établissements¹⁰³¹.

Au regard du fort développement de l'hospitalisation partielle, notamment sur l'activité de chirurgie, nous formulons l'hypothèse suivante :

H5 Un volume important de prises en charge en hospitalisation à temps partiel par rapport au volume total d'activité d'une clinique privée a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées de court séjour.

¹⁰²⁷ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER (MEAH) et ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (AFCA) (2007), *Le "bréviaire" de la chirurgie ambulatoire, l'ambulatoire en 20 questions*, 9 p.

¹⁰²⁸ PEPIN M. et TONNEAU D. (2006), "Les trajectoires des établissements privés sanitaires et sociaux", *Série Études*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), p. 77

¹⁰²⁹ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER (MEAH) et ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (AFCA) (2007), *Le "bréviaire" de la chirurgie ambulatoire, l'ambulatoire en 20 questions*, 9 p.

¹⁰³⁰ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER (MEAH) (2007), *Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et les cliniques "D'un exercice institutionnel à une démarche entrepreneuriale"*, avril 2007 Rapport final, p. 23

¹⁰³¹ PEPIN M. et TONNEAU D. (2006), "Les trajectoires des établissements privés sanitaires et sociaux", *Série Études*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), p. 77

De nombreux indicateurs ont été développés par la MeaH dans le cadre de son étude sur les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) mais ces derniers ne sont pas disponibles sur une base nationale. A titre illustratif, la présence dans l'établissement d'une unité de prise en charge spécifique de chirurgie ambulatoire et la part de l'ambulatoire « forain » c'est-à-dire de la part des prises en charge ambulatoires réalisées dans une autre unité que l'unité de chirurgie ambulatoire, qui peut parfois représenter la majeure partie du potentiel de développement d'un établissement, auraient été intéressants à étudier. D'autres, relatifs à la qualité de prise en charge, comme le taux de déprogrammation qui s'explique selon les auditeurs de la MeaH le plus souvent par des causes organisationnelles diverses, ou encore le taux de conversion en hospitalisation complète souvent lié à une organisation imparfaite, nous auraient permis de préciser notre étude par l'observation de l'influence de l'organisation de ces services sur le niveau de performance financière des cliniques.

Le champ de notre étude ne se limitant pas exclusivement à la seule discipline de chirurgie, nous répondons à une question plus large que celle de l'impact du développement de la chirurgie ambulatoire sur la performance financière des établissements. Les deux terrains d'enquête proposés (une étude statistique et une étude qualitative auprès des directeur d'établissements) s'intéressant aux trois disciplines de soins que sont la médecine, l'obstétrique et la chirurgie, nous choisissons d'étudier statistiquement deux indicateurs qui soient des marqueurs du développement de l'hospitalisation partielle dans son ensemble et non sur la seule activité de chirurgie. Nous opérationnalisons notre hypothèse comme suit :

| | |
|-----------|---|
| H5 | Un taux élevé de prise en charge en hospitalisation de jour a un impact positif sur le score de performance financière des cliniques privées de court séjour et sur les ratios le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées dont l'impact attendu est négatif. |
|-----------|---|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variables indépendantes |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ nombre de séjours en hospitalisation de jour MCO / nombre total de séjours MCO d'hospitalisation à temps complet ▪ nombre de places d'hospitalisation partielle / nombre de lits et places total de court séjour |

L'hypothèse suivante s'intéresse à la spécialisation de l'activité des cliniques privées.

4. La spécialisation des cliniques privées

En France, de façon historique, le secteur privé à but lucratif a concentré son activité dans les domaines où la standardisation permet des gains de productivité et où des économies d'échelle sont possibles. L'ancien système tarifaire a conduit les cliniques à se spécialiser dans la production d'actes de technicité moyenne puisque le coût marginal de nombreux actes accusait une croissance plus rapide que la recette marginale lorsque le degré de sévérité des patients traités (ou lourdeur des cas) augmentait. En 2003, le rapport des Professeurs Domergue et Guidicelli¹⁰³² faisait état d'une désaffection des établissements privés français pour les spécialités les moins rentables (chirurgie viscérale et digestive) volontairement abandonnées par certains établissements.

¹⁰³² DOMERGUE J. et GUIDICELLI H. (2003), *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, Rapport rédigé à l'intention de Jean-François Mattéi, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

En 2006, une spécialisation inter-sectorielle est observable. Une étude de la Drees¹⁰³³ objective un certain nombre d'éléments sur la spécialisation des cliniques privées :

- L'activité de médecine reste l'apanage du secteur public hormis les endoscopies digestives plus souvent pratiquées dans le secteur privé. En effet, les cliniques privées traitent les trois quarts des endoscopies sous anesthésie dont la durée de séjour est inférieure à deux jours. Cette activité représente près de la moitié des actes de médecine réalisés par les cliniques privées.
- Les parts de marché des cliniques privées en obstétrique ont beaucoup diminué depuis la fin des années 1990. De nombreux services de maternité du secteur privé ont fermé avant la mise en place de la T2A en raison de l'insuffisance des tarifs. Notons que de nos jours, ces services ferment en raison des difficultés de recrutement des gynécologues-obstétriciens. En 2009, le secteur privé ne réalise plus que 28 % des séjours alors qu'en 1995, 50 % des accouchements avaient lieu dans des maternités privées¹⁰³⁴.
- Les cliniques privées réalisent 60 % des séjours classés en chirurgie (5,4 millions de séjours en 2006). Le rapport Milon¹⁰³⁵ rapporte sur ce point que les établissements du secteur privé sont plus souvent spécialisés dans la chirurgie programmée de proximité et qu'ils concentrent leur activité chirurgicale sur des actes simples, souvent réalisables en moins de un jour. Les cliniques privées réalisent notamment 76 % de la chirurgie de la cataracte, 74 % de la chirurgie des varices, 74 % des arthroscopies, 72 % des ablations des amygdales ou des végétations et des poses de drains transtympaniques et 66 % de la chirurgie de la main et du poignet.

La Drees¹⁰³⁶ a recensé, pour l'année 2006, une soixantaine de cliniques privées très spécialisées, c'est-à-dire de cliniques privées qui atteignent un seuil d'activité de 80 % avec moins de cinq lignes de produits.

¹⁰³³ LOMBARDO P. (2008), *La spécialisation des établissements de santé en 2006*, Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et Résultats, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.

¹⁰³⁴ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) (2010), *Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé*, 149 p.

¹⁰³⁵ MILON A. (2008), *Rapport d'information fait au nom de commission des Affaires sociales sur l'avenir de la chirurgie en France*, Commission des Affaires sociales, Sénat, Paris, p. 6

¹⁰³⁶ LOMBARDO P. (2008), *La spécialisation des établissements de santé en 2006*, *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.

Encart 21 - La mesure de la spécialisation des établissements de santé par la Drees¹⁰³⁷

Pour mesurer la spécialisation des établissements de santé, la Drees a recours à l'outil d'analyse du PMSI (OAP). L'OAP a été élaborée par l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris dans le cadre du comité technique régional de l'information médicale d'Île-de-France. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM) en tenant compte également de la lourdeur des pathologies et enfin de l'âge des patients. Les résultats sont présentés de façon plus synthétique que par les GHM et donnent une approche plus médicale et fonctionnelle. Soulignons que la classification par OAP n'est plus utilisée de nos jours. Elle n'a pas été mise à jour lors du passage à la classification V11 des GHM. L'Atih a élaboré, par la suite, une nouvelle classification des activités suite au passage à la V11 des GHM ayant introduit de lourds changements dans la classification des activités des établissements de santé¹⁰³⁸.

Selon la Drees, un établissement peut être qualifié de très spécialisé dès lors qu'une majeure partie de son activité se concentre sur quelques domaines spécifiques. Pour observer la diversité de la palette d'activités des établissements, **on regarde le nombre de produits (OAP) réalisés par l'établissement pour atteindre un seuil d'activité de 80 %**. Pour la Drees, un établissement est dit spécialisé si le seuil est atteint avec au plus 5 produits. Au contraire, selon la Drees, un établissement est dit diversifié lorsqu'il atteint le seuil de 80 % d'activité avec plus de 30 produits. Dans l'ensemble des établissements ayant une activité de court séjour, environ 450 sont dans ce dernier cas de figure dont une cinquantaine de cliniques privées.

Les volumes d'activité de ces établissements sont importants, de l'ordre de 5 000 séjours annuels en moyenne. Les établissements qui atteignent le seuil de 80 % d'activité avec seulement un produit sont spécialisés, le plus souvent, dans les maladies du tube digestif ou les maladies de l'œil ou encore ne réalisent que des endoscopies. La palette d'activité des établissements dits « généralistes » par la Drees se compose de plus de 30 produits différents pour un seuil de 80 % d'activité. Environ 450 établissements sont dans ce cas de figure. Ce sont, pour la plupart, des grandes structures : ils enregistrent presque tous des capacités dépassant 100 lits et places de court séjour. Nombreux sont ceux qui atteignent un seuil d'activité de 80 % avec 31 à 35 produits distincts.

La spécialisation des établissements présente-elle un intérêt financier ? Sur ce point, la littérature américaine a montré que les hôpitaux spécialisés dans certains types de prise en charge (les *specialty hospitals*), notamment chirurgicales (chirurgie cardiaque, digestive et orthopédique), peuvent être profitables. Ces établissements privés spécialisés concentrent leur domaine d'intervention sur quelques activités bien ciblées en chirurgie programmée et en chirurgie ambulatoire. Ils observent, le plus souvent, des coûts de production très « compétitifs » et sont, de ce fait, financés à des tarifs bien inférieurs à ceux des hôpitaux classiques. En France, les avantages de la spécialisation dans certaines disciplines médicales ont été montrés dans les travaux de Kerleau et al. en 2005¹⁰³⁹. Cette étude révèle notamment que les établissements spécialisés sont davantage coût-efficaces. Ceci est cohérent avec la théorie de la courbe d'apprentissage qui veut que les établissements qui sont spécialisés dans un type de prise en charge acquièrent un certain savoir-faire (meilleure connaissance des pathologies, meilleure utilisation des ressources disponibles), ce qui se traduit par une réduction du coût par cas traité¹⁰⁴⁰.

¹⁰³⁷ Ibid., 8 p.

¹⁰³⁸ Cf. Encart 14, p. 202

¹⁰³⁹ KERLEAU M., LE VAILLANT M. et OR Z. (2005), "La diversification de l'activité de court séjour des établissements de santé : l'éclairage par l'indicateur d'entropie", *Dossiers solidarité et santé*, n°2, pp. 49-60

¹⁰⁴⁰ COM-RUELLE L., ZEYNEP O. et RENAUD T. (2008), "Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé: enseignements de la littérature", *Institut de recherche et décomutation en économie de la santé (IRDES)*, n° 1734, 59 p.

Ces éléments de compréhension des avantages de la spécialisation nous amène à formuler l'hypothèse suivante :

H6 La spécialisation des établissements de santé a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées de court séjour.

Nous retenons dans notre étude statistique l'indicateur de spécialisation d'activité des établissements de santé de la Drees, soit le nombre de produits (OAP) réalisé par l'établissement pour atteindre un seuil d'activité de 80 %.

Nous opérationnalisons notre hypothèse comme suit :

| | |
|-----------|--|
| H6 | Un faible nombre de produits pour un seuil de plus de 80 % d'activité a un impact positif sur le score de performance financière des cliniques privées et sur les ratios le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel sur la valeur ajoutée dont l'impact attendu est négatif. |
|-----------|--|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variables indépendantes |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | <ul style="list-style-type: none">▪ nombre de produits (GHM) nécessaires pour décrire 80 % de l'activité en nombre de séjours (indice de spécialisation déterminé par la Drees). |

Les variables de l'effet « activité » présentées, la suite des développements est consacrée à la formulation d'hypothèses relatives à l'effet « management » sur la performance financière des cliniques privées.

Section 3. L'effet « management »

Selon Pierre Pauchet, « *La gestion d'une entreprise consiste à réaliser des objectifs préalablement définis, en utilisant de manière performante les moyens physiques, humains et financiers que l'entreprise se donne pour la réalisation de son action* »¹⁰⁴¹. Il suggère que l'un des leviers stratégiques des établissements de santé, indépendamment de leur champ d'activité, réside dans leur capacité à rationaliser leurs coûts et leurs marges et à organiser leurs activités. « *Ce sont d'ailleurs la qualité des soins et l'efficience qui font la performance globale (des établissements de santé)* »¹⁰⁴² précise Annie Podeur, Directrice de la DGOS, lors de l'ouverture des journées de la FHP en décembre 2006. Les hypothèses de recherche présentées dans la suite du propos s'intéressent à mettre à jour l'impact des aspects managériaux des cliniques privées sur la performance financière de ces établissements.

Les hypothèses de recherche formulées étudient l'impact sur la performance financière de divers facteurs sur lesquels les dirigeants disposent d'une réelle influence. La qualité des soins, l'efficience organisationnelle mesurée par la durée moyenne de séjour des établissements, l'impact du volume d'activité des cliniques privées ainsi que l'importance de la masse salariale employée par les cliniques privées constituent autant de facteurs que les dirigeants peuvent influencer par leurs décisions. Nous formulons trois autres hypothèses de recherche dont les variables ont été construites à partir des recommandations, réserves et réserves majeures émises par les experts-visiteurs de l'HAS dans le cadre de la certification V1 des cliniques privées. Les impacts de l'efficience du fonctionnement du bloc opératoire des cliniques privées, de la présence d'un projet stratégique bien défini et mis en œuvre par leurs dirigeants et du degré d'implication des praticiens dans la gestion des établissements sont testés.

1. La qualité des soins

Claude Le Pen note au sujet de la qualité qu' « (...) *avant les années 1990, la qualité était présumée, elle était l'apanage des professionnels, elle était liée au statut : du moment que vous étiez médecin, par définition vous faisiez de la qualité.* »¹⁰⁴³ Il explique qu'à partir des années 1990, cette idée de la qualité a été vivement critiquée en raison du constat de la variabilité des pratiques : les médecins qui étaient présumés faire de la qualité avaient, en définitive, des pratiques très différentes. Ce revirement de pensée a conduit progressivement à une logique plus procédurale de la qualité, vision dans laquelle celle-ci devient l'observation d'un protocole. Dès lors, une nouvelle définition de la qualité s'impose aux établissements, celle d'agir conformément aux règles.

Les démarches d'amélioration de la qualité et leurs résultats, qu'elles soient mis en place par les établissements eux-mêmes ou proposées, voire pour certaines imposées par les autorités de tutelle, sont fonction des décisions du management des établissements : quotidiennement, les cadres et les membres des directions hospitalières sont confrontés à un ensemble de prises de décision. Celles-ci concernent tant des problématiques spécifiques comme l'amélioration de la qualité du rangement des instruments avant départ du bloc vers la stérilisation que d'autres

¹⁰⁴¹ PAUCHER P. (1999), *Initiation à la gestion financière de l'entreprise*, Presses Universitaires de Grenoble (PUG), p. 7

¹⁰⁴² PODEUR A. (2007), "A la recherche d'un équilibre stratégique entre besoins croissants et ressource finie", *Regards de la FHP*, n°52, pp. 30-42

¹⁰⁴³ CONTANDRIOPOULOS A.P., LE PEN C., BELAND F., et al. (2007), "*Le privé concilie mieux que le public performance économique et qualité*" : *Tables rondes sur les idées reçues.*, Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité (O.F.Q.S.S.), pp. 43-57

plus globales comme le déploiement d'un plan de formation douleur en vue de l'obtention d'une certification par la HAS, *etc.*¹⁰⁴⁴

Le lien entre la qualité des soins et la performance financière des établissements ne va, selon nous, pas de soi, au moins à court terme, car les démarches d'amélioration de la qualité engendrent des coûts supplémentaires pour les établissements au moment de leur mise en œuvre. Elles nécessitent une hausse des investissements pour la mise au norme des cliniques et le renforcement des dispositifs de vigilance (matériorvigilance, biovigilance, *etc.*) ainsi qu'une augmentation des coûts liés au lancement des démarches qui grèvent leur budget. En 2003, David Piovesan¹⁰⁴⁵ rapportait que la rentabilité des cliniques privées s'était détériorée, au moins pour partie, dès la fin des années 1990 en raison de la croissance des charges nouvelles induites par la mise en œuvre de normes de plus en plus nombreuses et de plus en plus coûteuses en matière de personnel et de sécurité qu'ils n'ont pas pu reporter sur leurs tarifs¹⁰⁴⁶.

La littérature française et étrangère met également en lumière un certain nombre d'arguments qui pourraient expliquer un impact positif entre le niveau de qualité des soins, résultant de la politique menée en la matière par les dirigeants et la performance financière des établissements. Une revue de littérature de l'Irdes, publiée en 2009¹⁰⁴⁷, étudiant le lien entre la qualité et le volume des soins dispensés met en lumière que **la qualité des soins est corrélée à la productivité hospitalière et aux facteurs de production. De plus, il semble primordial de rappeler que les établissements attirent leur patientèle, non par leurs tarifs, mais par la qualité des soins qu'ils sont en mesure d'offrir.** De nos jours, ce constat est renforcé en raison de l'évolution des attentes des patients concernant, entre autres, la qualité des prises en charge et la réduction des risques. Une enquête de la Drees précise que 60 % des établissements interrogés déclarent que cette évolution a un fort impact sur leur activité¹⁰⁴⁸. Selon Denise Silber, les usagers sont plus exigeants à l'égard de la qualité des soins et des informations fournies par les établissements de santé. Pour autant, comme le note l'auteur, ils sont « *objectivement incapables de juger de la bonne performance ou non de notre système de santé* »¹⁰⁴⁹. Ce n'est que sur la qualité de l'accueil et la disponibilité du personnel que les patients sont capables de donner une appréciation¹⁰⁵⁰ dont les attentes sont prises en compte par la loi du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. Ainsi, les établissements, qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé doivent produire des signaux clairs pour les médecins référents et les patients sur la qualité des prestations qu'ils peuvent offrir. En dehors de la notoriété des équipes médicales et de la présence d'équipements de pointe, le seul signal de la qualité est celui de la certification des établissements de santé mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé. En aval des démarches d'amélioration de la qualité des soins, les résultats de la qualité représentent une arme stratégique dans la bataille concurrentielle entre les établissements, car, si ces derniers sont bons, ils concourent à la bonne réputation des établissements. De ce fait, la qualité des soins peut permettre d'attirer des patients et de réaliser des profits plus élevés *via* un effet volume.

¹⁰⁴⁴ ESCOJIDO P. (2009), "Indicateurs, Simplifier le respect des contraintes tutélaires", *Gestions hospitalières*, n°487, pp. 349-353

¹⁰⁴⁵ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, p. 410

¹⁰⁴⁶ Cf. Titre 2, Chapitre 1, p. 222

¹⁰⁴⁷ OR Z., RENAUD T. et COM-RUELLE L. (2009), *Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexion sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris, p. 8

¹⁰⁴⁸ CORDIER M. (2008), "Hôpitaux et cliniques en mouvement", *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.

¹⁰⁴⁹ SILBER D. (2009), "Mesurer la qualité des soins", *Institut Montaigne*, p. 3

¹⁰⁵⁰ *Ibid.*, p. 32

Ainsi, les perceptions de la qualité impactent le choix d'un établissement de santé pour les patients et, en conséquence, indirectement la performance financière de cette structure. Enfin, du point de vue des résultats, elle est censée permettre de produire mieux à moindre coûts. *In fine*, la mise en œuvre des programmes qualité doit également se traduire dans les comptes de l'entreprise.

Le lien entre la performance financière et la qualité des soins représente un sujet traditionnel d'analyse des chercheurs américains. Les premières études portant sur ce lien ont été publiées à la fin des années 1970. Avec la mise en place des procédures d'accréditation des établissements de santé à la fin des années 1990, les chercheurs ont porté un intérêt croissant pour ce sujet. Alexander, Weiner, Shortell et Baker¹⁰⁵¹ soutiennent, dans un article de 2007, que la mise en œuvre des programmes qualité est davantage susceptible d'avoir un impact positif sur la qualité des soins lorsque les établissements de santé disposent de ressources suffisantes pour financer les coûts relatifs à ces démarches (investissements dans les systèmes d'information, dans la formation du personnel et dans l'évaluation) pour faire de ces efforts un succès¹⁰⁵². Selon ces derniers, les établissements qui peinent financièrement ne sont pas capables de les fournir en quantité suffisante pour assurer le succès de la mise en œuvre des programmes qualité. Ainsi, selon les auteurs, les établissements en difficulté financière détournent inutilement des ressources matérielles, financières et humaines des soins en créant des structures superflues sans réelle substance¹⁰⁵³. Ils émettent l'hypothèse que plus la rentabilité de l'hôpital est importante, plus l'association entre le programme qualité et les indicateurs de résultats de la qualité des soins est forte. Les résultats de cet article montrent que le sens de l'impact entre la qualité des soins et la performance financière des établissements ne va de pas de soi. La performance financière est-elle un déterminant de la qualité des soins ou est-ce la qualité des soins qui a un impact sur la performance financière ?

Tout progrès dans la qualité des soins ne peut profiter à l'entreprise que pour autant qu'il se traduit par de meilleures ventes, un accroissement de la part de marché ou encore par des dépenses moindres. Les économies de coûts que permettent les progrès réalisés en matière de qualité des soins et l'effet bénéfique d'un bon niveau de qualité sur le recrutement des patients nous amène à penser que les établissements connaissant une situation financière favorable constatent une meilleure efficacité organisationnelle dans la prise en charge des patients obtenue grâce aux démarches d'amélioration de la qualité. En conséquence, nous formulons l'hypothèse suivante :

H7 La qualité des soins, mesurée par les résultats des établissements sur les démarches d'amélioration de la qualité des soins, a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées de court séjour.

La première variable retenue pour mesurer le niveau de qualité des soins dans les cliniques privées est l'indicateur composite de qualité et de sécurité des soins diffusé par le ministère de la Santé¹⁰⁵⁴.

Si la mise à disposition du public des rapports d'accréditation restent peu accessibles au grand public en raison de leur complexité¹⁰⁵⁵, ces rapports nous sont d'une grande utilité dans ce travail de recherche, car ils représentent le seul dispositif apte à rendre compte du niveau global de qualité atteint par les établissements. L'existence d'un lien entre la qualité des soins et la performance financière des établissements est mesurée au moyen des deux scores de qualité

¹⁰⁵¹ ALEXANDER J.A., WEINER B.J., SHORTELL S.M., *et al.* (2007), "Does Quality Improvement Implementation Affect Quality of Care?", *Hospital Topics*, pp. 3-12

¹⁰⁵² *Ibid.*, pp. 3-12.

¹⁰⁵³ *Ibid.*, pp. 3-12

¹⁰⁵⁴ Cf. Titre 1, Chapitre 3, Section 2, p. 159

¹⁰⁵⁵ DE POUVOURVILLE G. (2006), "Public/privé L'impossible convergence? Conditions d'une concurrence loyale", *Revue Hospitalière de France*, n°508, p. 15

élaborés à partir des résultats des établissements aux procédures de certification V1 et V2 de la HAS. Seuls les rapports des établissements qui avaient obtenus la certification V1 en 2006 ont été consultés.

La logique du score que nous avons établis sur la certification V1 des établissements de santé est la suivante : plus les établissements ont fait l'objet de recommandations, de réserves et de réserves majeures pour la certification V1 plus le score obtenu par l'établissement est fort.

Encart 22 - Le calcul des scores sur la certification V1 et V2 des cliniques privées

Nous décrivons dans cet encart la méthodologie d'élaboration du score sur la certification V1 des établissements de santé privés.

Les établissements sans recommandation ni réserve se voient attribuer la note 1.

Lorsque l'établissement s'est vu attribué une ou plusieurs recommandations de la part des experts-visiteurs lors de sa première visite de certification, mais aucune réserve, nous ajoutons des points supplémentaires à cet établissement.

Par exemple, un établissement qui a 2 recommandations obtiendra une note de $1 + 2 = 3$

Parmi les résultats que nous analysons, le maximum de réserves constaté par les experts-visiteurs est de 11.

Si un établissement a des réserves, il se verra également attribué des points supplémentaires.

Un établissement qui a été certifié avec 1 réserve de la part des experts-visiteurs et sans recommandation se verra attribuer la note suivante :

$$1+12 = 13$$

Si une clinique a deux réserves, sa note sera de $1+ (12 \times 2) = 25$

Cette méthode permet de bien distinguer le caractère aggravant des réserves par rapport aux recommandations.

Enfin, si l'établissement a reçu une ou plusieurs réserves majeures, la note que lui attribuons augmentera encore. Chaque réserve majeure apporte quant à elle 72 points supplémentaires à l'établissement. Si l'établissement a deux réserves majeures sans recommandation ni réserve, il se verra attribuer une note de $72 \times 2 = 1+144 = 145$

Les établissements qui n'ont pas été soumis à la procédure de certification V1 ne sont pas inclus dans cette base de données de même que ceux qui ont obtenu leur première certification après le 31 décembre 2006.

Au regard du faible nombre d'établissements ayant reçu une première visite des experts visiteurs de l'HAS pour l'obtention de la certification V2 des établissements en 2006, nous avons choisi de tester uniquement si le fait pour un établissement d'être précurseur en termes de passage de la certification V2 des établissements de santé a un impact positif sur la performance financière des établissements de santé.

Les traductions opérationnelles que nous proposons de notre hypothèse de recherche sont les suivantes :

| | |
|-------------|---|
| H7-1 | Un score agrégé de qualité des soins élevé a un effet positif sur le score de performance financière et sur les indicateurs financiers composant ce score, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées (R4) dont l'effet attendu est négatif. |
| H7-2 | Un score élevé sur les résultats de la certification V1 a un impact négatif sur le score de performance financière des cliniques privées et ses composantes, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée dont l'impact attendu est positif. |
| H7-3 | Etre précurseur en termes de passage de la certification V2 a un impact positif sur le score de performance financière des cliniques privées et sur les ratios financiers le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées (R4) dont l'impact attendu est négatif. |

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variabes indépendantes |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ H7-1 : le score agrégé de la qualité 2006 publié par le ministère de la Santé ▪ H7-2 : le score établi sur la base des résultats obtenus par les établissements à la certification V1 de l'HAS ▪ H7-3 : variable dichotomique 1= l'établissement a passé la première visite de certification V2 des établissements de santé en 2006 0= l'établissement n'a pas passé la première visite de certification V2 des établissements de santé en 2006 |

L'hypothèse suivante que nous formulons s'intéresse à la gestion des capacités en lits et places des cliniques privées.

2. La gestion des capacités en lits et places

La recherche d'une plus grande efficacité dans l'utilisation des lits est incitée par les difficultés qu'expriment parfois au quotidien les professionnels des services de soins pour réaliser leur activité, mais également par l'évolution du mode de financement de l'hôpital. Parmi d'autres impératifs, tout établissement doit penser à l'optimisation de la gestion de ses lits. Comme une entreprise commerciale ou industrielle cherche à vendre ses produits pour écouler ses stocks et augmenter son chiffre d'affaires, un hôpital cherche à remplir ses lits, l'occupation de ses lits et du plateau technique déterminant le niveau de ses recettes. La gestion des lits représente l'un des marqueurs de l'efficacité organisationnelle d'une clinique privée. La MeaH a défini cette notion dans son étude *La gestion des lits dans les hôpitaux et les cliniques* publiée en 2008¹⁰⁵⁶. Selon les auditeurs « *la gestion des lits consiste à atteindre, en recourant à des méthodes d'organisation rationnelles, l'adéquation optimale entre le niveau d'activité et le niveau des ressources engagées, dans le respect d'un niveau de qualité fixé, un établissement de santé pouvant obérer sa capacité d'accueil dans deux cas:*

- *lorsqu'un lit demeure vide au-delà du temps nécessaire pour remettre en l'état la chambre dans le strict respect de l'état de l'art en termes d'hygiène ;*
- *lorsqu'un lit est occupé par un patient sans que la journée soit nécessaire à sa prise en charge (par exemple, attente d'un examen n'influant pas sur la stratégie de prise en charge ou sur la décision de sortie, attente d'un lit d'aval alors que la prise en charge médicale est achevée...). Dans ce dernier cas, l'établissement fait de surcroît courir un risque au patient. »¹⁰⁵⁷*

Nous formulons l'hypothèse suivante:

H9 Une gestion efficace des capacités en lits et places d'une clinique privée a un impact positif sur la performance financière des établissements.

L'importance des indicateurs que nous choisissons d'intégrer à nos analyses, la DMS et le taux d'occupation, est rappelée par la MeaH : « *même s'ils présentent des limites, il n'en demeure pas moins qu'ils constituent des indicateurs de résultat et sont à ce titre des outils indispensables pour valider les stratégies et organisations mises en oeuvre au sein de l'établissement* »¹⁰⁵⁸. La MeaH

¹⁰⁵⁶ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER(MEAH) (2008), *La gestion des lits dans les hôpitaux et les cliniques*, Paris, p. 13

¹⁰⁵⁷ Ibid., p. 13

¹⁰⁵⁸ Ibid., p. 13

note qu'ils doivent toujours être analysés ensemble dans l'étude d'un établissement car ils peuvent varier en sens inverse : à activité constante, une diminution de la DMS qui représente un facteur d'amélioration pour les établissements peut engendrer une baisse du taux d'occupation. Comme nous avons eu l'occasion de l'observer dans notre précédent chapitre, la relation est fréquemment observée dans ce sens, le progrès technique et le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps complet provoquant une baisse de la DMS qui, si elle n'est pas compensée par une hausse d'activité, conduit, à son tour, à une baisse du taux d'occupation.

Dans nos travaux, nous avons recours à ces deux indicateurs marqueurs de l'efficacité de la gestion des capacités en lits et place des établissements. Le premier est diffusé sur le site internet Platines par le ministère de la Santé. Il s'agit du **ratio DMS / DMS attendue, encore appelé « indice de performance »**. Il est défini comme le rapport entre la durée moyenne de séjour observée et une durée moyenne de séjour théorique. Etudier la DMS seule des établissements équivaldrait à ne pas tenir compte de l'éventail des activités réalisées par les établissements. Le ratio DMS / DMS attendue qui est également mobilisé par quelques chercheurs américains nous permet de tenir compte du *casemix* des établissements, **la DMS attendue correspondant à la durée moyenne de séjour théorique que l'on pourrait observer si tous les établissements de santé français adoptaient les mêmes pratiques de prise en charge des patients. Un ratio inférieur à 1 indique une tendance à des durées de séjours plus faibles que la moyenne et un rapport supérieur à 1 correspond à des durées de séjours plus élevées**. Cet indice peut constituer un marqueur de la productivité d'un établissement et d'une organisation des soins satisfaisante. Sur ce point, les chercheurs américains Mc Cue, Mark et Hardless¹⁰⁵⁹ expliquent que la hausse des marges intervenue entre 1992 et 1995 des hôpitaux américains est consécutive à la diminution de la DMS. Elle peut résulter d'une plus grande efficacité dans la prise en charge des patients, le management des établissements disposant d'une certaine marge de manœuvre sur cette variable. Ces chercheurs formulent l'hypothèse selon laquelle, plus la DMS ajustée au *casemix* de l'établissement est faible, plus l'établissement est performant. En effet, les établissements perçoivent un tarif fixe pour chaque cas pris en charge. Plus l'établissement garde son patient un nombre de jour élevé par rapport au tarif, moins il est rémunéré. En France, le système tarifaire étant très proche du système américain, nous pouvons conduire le même raisonnement. Nous nous attendons à ce qu'un faible ratio de DMS / DMS attendu ait un impact positif sur le score de performance financière des cliniques privées.

Le taux d'occupation représente un deuxième indicateur synthétique majeur qui permet déterminer la présence de marges de manœuvre à l'intérieur d'un établissement. La MeaH couple à l'analyse du taux d'occupation, celle du taux de pertinence ou de la non-pertinence des journées d'hospitalisation (voire des admissions). L'étude statistique que nous menons s'intéresse seulement au taux d'occupation, le taux de pertinence ou de non pertinence, malgré son importance, notamment dans l'analyse de sa relation avec le taux d'occupation, n'étant pas un indicateur diffusé sur une base nationale. L'expérience tirée des chantiers MeaH montre que le taux d'occupation des établissements de court séjour n'est qu'exceptionnellement supérieur à 95 %, un taux compris entre 95 % et 100 % voir plus n'étant selon la MeaH pas souhaitable. Le taux global correspond la plupart du temps à des situations dans lesquelles certains services ont des taux d'occupation supérieurs à 100 % et d'autres aux alentours de 60 %. De plus, certains jours de la semaine, les services sont occupés de manière intensive (à nouveau parfois à plus de 100 %) et d'autres jours, imparfaitement. Soulignons les limites de cet indicateur : ce n'est pas parce que l'activité bat son plein que la performance financière est au rendez-vous. Le niveau du taux d'occupation dépend également du type d'activité réalisé et des moyens mis en œuvre dans l'activité, des éléments que nous analysons dans nos hypothèses portant sur l'effet « activité »

¹⁰⁵⁹ MC CUE M.J., MARK B.A. et HARDLESS D. (2003), "Nurse Staffing, Quality and Financial Performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 29 : n°4, pp. 56-76

des établissements. Par ailleurs, le taux d'occupation des établissements utilisant leur lit d'hospitalisation complète pour prendre en charge des patients en ambulatoire peut être biaisé. L'ampleur du phénomène ne pouvant être estimé, nous choisissons d'intégrer cet indicateur dans notre étude statistique malgré les limites qu'il présente.

Nous choisissons d'intégrer un autre marqueur du volume d'activité des cliniques qui, à la différence du taux d'occupation, ne peut pas représenter un artefact du fait de l'activité ambulatoire des établissements, celle-ci étant prise en compte par cet indicateur. Il s'agit du **ratio du nombre total de séjours par rapport au nombre de lits et places d'un établissement**. Depuis la mise en place de la T2A et avec le développement de l'hospitalisation ambulatoire, les acteurs du monde de la santé se réfèrent de plus en plus souvent à cet indicateur, ces derniers raisonnant davantage en termes de séjours qu'en nombre de journées qui est, pour sa part, utilisé dans le calcul du taux d'occupation¹⁰⁶⁰. Cette évolution s'explique par la généralisation du PMSI avec la mise en place de la T2A, base qui comptabilise des séjours et non pas un nombre d'entrées et un nombre de journées.

Enfin, nous intégrons à notre analyse, l'indicateur du chiffre d'affaires par lits et places, un indicateur traditionnel qui est notamment calculé par la Drees pour décrire la situation économique et financière des cliniques privées et comme indicateur d'efficacité des établissements de santé privés dans la thèse de David Piovesan¹⁰⁶¹. Ce dernier auteur montre que plus cet indicateur est élevé, plus l'établissement est performant financièrement.

Les traductions opérationnelles de notre hypothèse de recherche sont les suivantes :

| | |
|------|--|
| H8-1 | Un indice de performance (DMS/DMS attendue) égal ou inférieur à 1 a un impact positif sur le score de performance financière des établissements et sur les ratios financiers le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée (R4) dont l'effet attendu est négatif. |
| H8-2 | Un taux d'occupation élevé a un impact positif sur le score de performance financière des cliniques privées et les ratios financiers le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée (R4) dont l'impact attendu est négatif. |
| H8-3 | Un nombre de séjours par lit et place élevé a un impact positif sur le score de performance financière des cliniques privées et les ratios financiers le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée (R4) dont l'impact attendu est négatif. |
| H8-4 | Un chiffre d'affaires par lit et place élevé a un impact positif sur le score de performance financière et les ratios financiers le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée (R4) dont l'effet attendu est négatif. |

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variation indépendante |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | <ul style="list-style-type: none"> H8-1 : ratio DMS / DMS attendue H8-2 : taux d'occupation des établissements H8-3 : nombre de séjours / nombre de lits et places H8-4 : chiffre d'affaires / nombre de lits et places |

Selon la MeaH, plus encore que les hôtels, les établissements de santé doivent tenir compte dans l'allocation interne de leurs lits d'effets de seuil, la mise à disposition de lits impliquant la mise à

¹⁰⁶⁰ Cf. Titre 1, Chapitre 2, Section 2, p. 129

¹⁰⁶¹ AUDE J. (2008), "L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006", *Études et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 4 p. et PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, p. 276

disposition de personnels¹⁰⁶² et de la spécialisation/polyvalence des professionnels¹⁰⁶³. Les hypothèses que nous formulons quant à la gestion des ressources humaines sont en lien avec cette réflexion : nous cherchons à mettre en évidence l'existence d'un impact du poids de la masse salariale et de la productivité du personnel sur la performance financière des établissements privés.

3. Le poids de la masse salariale

Parmi les principaux facteurs de production qui influencent les coûts des établissements, on compte le capital humain (personnel) le capital immobilier (bâtiments) et les équipements (niveau de technologie)¹⁰⁶⁴. Les cliniques étant avant tout des entreprises de main d'œuvre, les salaires représentent la composante la plus importante des coûts hospitaliers (deux tiers des coûts d'un séjour en moyenne). De fait, la gestion des ressources humaines peut représenter la source d'un véritable avantage concurrentiel pour les établissements.

De notre revue de littérature française et étrangère sur les établissements de santé émerge plusieurs éléments liés aux difficultés de gestion du personnel : le coût, la productivité du personnel, ou encore la fidélisation des salariés qui représentent des enjeux de taille pour les établissements de santé. Pierre Pauchet suggère pour sa part que « *la qualité de la gestion du personnel et le niveau de performance dépendent de l'opportunité des décisions stratégiques mais aussi de l'action de chacun ainsi que de la cohérence d'ensemble de ces actions* »¹⁰⁶⁵. Au regard de l'indisponibilité de variables de mesure liées aux thèmes de l'attractivité des établissements, de la fidélisation du personnel ou encore d'indicateurs mesurant le climat social et la cohérence d'ensemble des actions, les hypothèses auxquelles nous proposons de répondre se centrent sur l'importance du volume de la masse salariale et sur la productivité du personnel employé par les cliniques privées.

La part qu'un établissement de santé consacre aux salaires peut varier de manière significative en fonction du niveau de salaire moyen du secteur (public/privé) mais aussi de la composition de la masse salariale (*skill-mix*), du niveau de technologie adopté dans l'établissement et/ou de l'externalisation de certains services. Les différences de qualification entre établissements public et privé contribuent à expliquer les différences observées dans le salaire moyen entre ces deux types de structure. Jounin et Wolff¹⁰⁶⁶ précisent sur ce point qu'on « *compte en effet sensiblement plus de médecins, de cadres de direction et de cadres de santé dans le public que dans le privé lucratif où le personnel moins qualifié est mieux représenté* ». Rappelons que l'activité des établissements privés à but lucratif fait l'objet d'une réglementation stricte contrôlée par les tutelles qui impose des ratios minimum de personnel pour la majorité des services de soins et des services techniques. En conséquence, il existe une part incompressible sur les effectifs et les compétences du personnel employé par ces établissements. Les mêmes Jounin et Wolff notent que, malgré cette réglementation, les cliniques disposent d'une plus grande liberté que les établissements publics en matière de recrutement, de licenciement, de fixation des salaires et de promotion des salariés ce qui leur permet, en définitive, de mener une politique de recrutement

¹⁰⁶² Une unité d'oeuvre couramment observée étant un volume de 30 lits (2 postes IDE en journée, 1 la nuit), un volume inférieur entraînant mécaniquement et rapidement un surcoût en termes de ressources humaines.

¹⁰⁶³ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER(MEAH) (2008), *La gestion des lits dans les hôpitaux et les cliniques*, Paris, p. 20

¹⁰⁶⁴ OR Z., RENAUD T. et COM-RUELLE L. (2009), *Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexion sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris, p. 7

¹⁰⁶⁵ PAUCHER P. (1999), *Initiation à la gestion financière de l'entreprise*, Presses Universitaires de Grenoble (PUG), p. 8

¹⁰⁶⁶ JOUNIN N. et WOLFF L. (2007), "Les relations hiérarchiques en établissements de santé", in *dossiers solidarité et santé*, Direction des études, de la Recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES), pp.18-36.

qui est plus cohérente avec les objectifs de production¹⁰⁶⁷. La marge de manœuvre des établissements sur ce poste de charge laisse supposer, selon nous, que certains établissements privés en font un meilleur usage que d'autres.

Un autre facteur influe sur le niveau des coûts du personnel dans les cliniques privées, celui de la spécialisation des compétences consécutive à l'évolution actuelle des cliniques sur le développement de marchés de niche. Ce développement de spécialités d'excellence nécessite des compétences spécifiques dans un domaine concerné qui contribue à augmenter le coût des salaires dans certains établissements. L'attractivité de l'établissement vient également influencer le niveau des charges consacrées à ce poste de dépense. En l'occurrence, un établissement implanté dans une zone fortement concurrentielle peut être confronté à la nécessité d'offrir des salaires plus élevés à ses employés. L'externalisation des fonctions de l'établissement (restauration, blanchisserie, logistique, *etc.*) contribue à l'inverse à faire varier le montant de ce poste de charge à la baisse, et cela, de façon significative¹⁰⁶⁸. Pour autant, il ne s'agit là que d'un artefact dans les comptes des cliniques, la diminution de ce poste engendrant celle de la hausse des loyers versés par l'établissement à ses sous-traitants. Ainsi, les situations locales influent sur le niveau des charges de personnel des établissements.

Dans la littérature, l'impact du niveau des charges de personnel sur la performance financière a notamment été montré dans des études menées par des chercheurs américains. Mc Cue et al.¹⁰⁶⁹ soulignent les enjeux liés à la maîtrise de ce poste de charge et expliquent que la hausse des marges des établissements de santé entre 1993 et 2005 a été en partie liée à la baisse du montant des rémunérations versées (salaires et charges sociales), une baisse obtenue notamment par des opérations de *Downsizing* sur le personnel soignant. Leurs résultats montrent, en revanche, que la diminution des charges du personnel infirmier a bien un impact sur les coûts qui évoluent à la baisse, mais qu'elle n'a aucun impact significatif sur le niveau de rentabilité des structures. L'*Health Financial Management Association* (HFMA) note que le niveau global des charges de personnel des établissements les plus performants sont plus faibles que celui des autres structures et que cette différence explique certainement à elle seule les différences de performance observées sur la marge opérationnelle des établissements de santé¹⁰⁷⁰. Ainsi, selon cette association, un rapport plus faible entre le niveau des charges de personnel et l'activité a un impact favorable sur la performance d'exploitation des établissements. Un faible rapport entre le niveau des charges de personnel et le volume d'activité peut être lié à une bonne maîtrise des charges de personnel et/ou, toute chose égale par ailleurs, à un chiffre d'affaires important. Ainsi, la relation existant entre la performance financière et le niveau de masse salariale des établissements semble avérée dans la littérature anglo-saxonne. La maîtrise de ces charges représente un élément incontournable de la stratégie des établissements.

En France, la Cour des comptes¹⁰⁷¹, dans une enquête récente sur la situation financière des hôpitaux publics, rapporte qu'il existe un lien entre le montant des charges de personnel d'un établissement et leur performance financière. Cependant, selon la Cour, ce lien entre l'augmentation des coûts ou des effectifs des hôpitaux et la dégradation du résultat comptable de ces établissements n'est pas systématiquement observé. Parmi les établissements dont le déficit s'est aggravé entre 2006 et 2008, les effectifs ont progressé dans les deux tiers des cas et

¹⁰⁶⁷ Ibid., p. 29

¹⁰⁶⁸ L'externalisation apporte la transformation des coûts fixes en coûts variables, l'acquisition du savoir-faire par l'intermédiaire du prestataire, la flexibilité et la simplification non négligeable par l'intermédiaire d'une facture unique. Malheureusement, elle apporte des inconvénients, parmi eux figurent le paiement de la TVA sur le coût de la prestation, les risques de perte d'informations et de mauvaise gestion des liens contractuels.

¹⁰⁶⁹ MC CUE M.J., MARK B.A. et HARDLESS D. (2003), "Nurse Staffing, Quality and Financial Performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 29 : n°4, pp. 56-76

¹⁰⁷⁰ SCHUMANN T. (2008), "Hospital Financial Performance - Trends to Watch", *Health Financial Management*, pp. 59-66

¹⁰⁷¹ COUR DES COMPTES (2010), "La situation financière des hôpitaux publics", *La Sécurité Sociale*, pp. 261-292

le coût moyen des personnels a augmenté dans près de neuf cas sur dix. Mais il existe aussi des cas d'amélioration du résultat avec augmentation des effectifs et abaissement du coût moyen. Ces cas étant plus rares, dans ce travail de thèse, la formulation de notre hypothèse sur l'importance de la masse salariale dans les établissements de santé privés commerciaux prend la tournure suivante :

H9-1 Une masse salariale faible a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées de court séjour.

La Cour des comptes évalue l'importance de la masse salariale des hôpitaux à partir du ratio des produits de l'activité d'un hôpital rapporté au nombre d'agents. Le niveau de la masse salariale de chaque établissement est déterminé à partir du nombre total d'ETP employés par l'établissement. Nous proposons d'étudier ce même indicateur de mesure du chiffre d'affaires moyen par ETP. Cependant soulignons d'ores et déjà les limites de cet indicateur. Le nombre d'ETP total des établissements est une donnée faussée par plusieurs éléments. En premier lieu, elle ne tient pas compte du personnel mis à disposition dans le cadre de l'externalisation des services. En second lieu, cet indicateur n'est pas le reflet exact du niveau d'emploi des cliniques privées car il ne tient pas compte du recours à l'intérim, ces charges étant intégrées au poste de charges externes dont les subdivisions n'apparaissent pas dans le compte de résultat des cliniques privées. Enfin, le nombre d'ETP varie en fonction des activités exercées par un établissement, certaines nécessitant davantage de personnel que d'autres. De même, comme nous l'avons déjà mentionné, le chiffre d'affaires de nombreux établissements peut être gonflé artificiellement car il intègre certains médicaments et dispositifs médicaux implantables qui sont facturés à prix coûtant par les établissements.

Nous opérationnalisons notre hypothèse de recherche comme suit :

| | |
|-----------|---|
| H9 | Un chiffre d'affaires par ETP élevé a un impact positif sur le score de performance financière des établissements et sur les ratios le composant, hormis sur le ratio de mesure de la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées (R4) dont l'impact attendu est négatif. |
|-----------|---|

| Variable dépendante | Variable indépendante |
|---|---------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | chiffre d'affaires / nombre ETP |

De plus, nous souhaitons également évaluer l'impact de la productivité du personnel des établissements de santé privés. Nous formulons l'hypothèse suivante :

H9-2 Une productivité importante du personnel a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées de court séjour.

Nous choisissons de tester un indicateur centré sur le personnel soignant des établissements, les heures de main d'œuvre par jour, qui a été notamment utilisé par Alan Sear¹⁰⁷². Cet indicateur évite les biais d'analyse liés à l'externalisation des services, les activités externalisées ne concernant que peu ou pas du tout les activités de soins. La valeur ajoutée ne subit pas le même artefact que le chiffre d'affaires. En effet, les consommations de l'exercice envers les tiers, par conséquent, les médicaments et les dispositifs médicaux implantables, n'étant pas intégrés dans son calcul. Nous avons calculé le même indicateur des heures de main d'œuvre par jour pour le personnel administratif des établissements.

¹⁰⁷² SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16 : n°2, pp. 31-37

| | |
|------|--|
| H9-1 | Un nombre d'heures d'ETP de personnel soignant élevé par séjour a un impact négatif sur le score de performance financière et sur les ratios le composant, hormis sur le ratio de mesure de la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées (R4) dont l'impact attendu est positif. |
| H9-2 | Un nombre d'heures d'ETP de personnel administratif élevé par séjour a un impact négatif sur le score de performance financière et sur les ratios le composant, hormis sur le ratio de mesure de la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées (R4) dont l'impact attendu est positif. |

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variable indépendante |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | <ul style="list-style-type: none"> H9-21 (ETP soignants * 1607) / nombre de séjours total ETP soignants : sages femmes, personnel d'encadrement du personnel soignant, infirmiers spécialisés, infirmiers non spécialisés, aides soignants, agent de service hospitalier, psychologues, personnel de rééducation. H9-22 (ETP administratifs * 1607) / nombre de séjours total ETP administratifs : personnel de direction, directeur des soins infirmiers, autres personnels administratifs |

4. Les objectifs stratégiques et la mise en œuvre du projet d'établissement

En 2005, le Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé publié par l'HAS considérait qu' « *un management performant permet de maîtriser le futur de l'organisation, c'est-à-dire d'assurer que les objectifs à long, moyen et court termes sont atteints dans les meilleures conditions* »¹⁰⁷³. Selon les experts de cet organisme, la qualité et la pertinence des choix stratégiques de l'établissement entrent dans le champ des critères d'appréciation du management d'un établissement de santé. Ils correspondent à la fonction « *prévoir* », qui représente l'essence même du management. Dans son discours d'ouverture des journées de la FHP pour l'année 2006¹⁰⁷⁴, Annie Podeur, directrice de la DGOS (anciennement DHOS) a souligné, pour sa part, l'importance du projet d'établissement et le lien qu'il entretient avec la situation financière des cliniques et des hôpitaux. Elle a rappelé aux dirigeants de cliniques privées que chaque établissement doit s'inscrire dans un projet de long terme, le projet d'établissement en représentant l'outil essentiel. Ces quelques paroles extraites de son discours illustrent pleinement les enjeux financiers qui se profilent derrière la notion de projet : « *Très honnêtement, ces difficultés [financières des cliniques privées] sont le plus souvent liées, et vous le savez bien, à un mauvais positionnement stratégique sur un segment de l'offre, ou à des réorganisations internes qui ont été différées. Je crois que ce n'est pas imputable à la T2A.* »¹⁰⁷⁵.

Nous évaluons indirectement l'efficacité du management des cliniques privées à partir de l'hypothèse suivante :

H10 La présence d'un projet stratégique bien défini et dont la mise en œuvre est effective a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées de court séjour.

Pour Brechet et Desreumaux, le projet participe à la régulation du collectif en jouant sur la qualité de la coopération et de la coordination à travers l'engagement qu'il favorise si, bien entendu, les acteurs

¹⁰⁷³ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (2005), *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, p. 12

¹⁰⁷⁴ PODEUR A. (2007), "A la recherche d'un équilibre stratégique entre besoins croissants et ressource finie", *Regards de la FHP*, n°52, p. 35

¹⁰⁷⁵ Ibid., p. 35

adhèrent au projet¹⁰⁷⁶. Par ailleurs, il met en jeu la compréhension du sens de l'action, sans qu'il y ait forcément adhésion aux valeurs. La légitimité économique fait partie de ces valeurs et joue, dans un univers marchand, un rôle essentiel. La clinique privée faisant intervenir une multiplicité d'acteurs répondant à des incitations diverses, on peut raisonnablement estimer que pour être performante, il est nécessaire pour elle de rassembler autour d'un projet collectif à la fois les dirigeants, les actionnaires, les praticiens libéraux et le personnel de l'établissement.

La fonction « prévoir » du management décrite par la HAS trouve sa traduction dans trois outils : la prospective, la prévision et la planification¹⁰⁷⁷. Si la prospective est un élément à long terme, la prévision et la planification se déclinent à long, à moyen et à court termes. Boutinet¹⁰⁷⁸, dans son ouvrage de référence, *Anthropologie du projet*, définit la planification, à laquelle nous nous intéressons plus particulièrement dans cette recherche, comme « *un futur désiré entrevu à travers les moyens perçus pour y parvenir* ». Elle appartient davantage au domaine de la réalisation que de la stratégie qui relève, elle-même de celui de l'élaboration, les deux étant interconnectés au point que l'on utilise le terme de *planification stratégique* pour définir les différentes étapes s'étendant de la conception à la réalisation du projet. Dans les établissements de santé, la planification a pour objectif d'organiser et de programmer les moyens nécessaires pour assurer la réussite des stratégies retenues en tenant compte des orientations de la politique de santé (SROS, etc.). La planification est arrêtée par le conseil d'administration.

Soulignons qu'outre-atlantique, la notion de « projet » des établissements de santé a intéressé quelques chercheurs américains, notamment Kim, Stoskopf, Glover et Park¹⁰⁷⁹ qui ont mesuré l'intensité de la relation entre l'existence d'un projet stratégique et la performance financière des établissements. Ils montrent la présence d'un lien entre l'existence d'un plan stratégique et la performance financière des structures qu'ils étudient. En France, les acteurs se sont saisis de cette notion de projet dans les années 1970. La planification des établissements de santé est un exercice qui a été rendu obligatoire par la loi du 31 juillet 1991. Celle-ci impose la rédaction d'un projet d'établissement aux établissements publics et aux établissements privés participant au service public.

Sa définition est donnée à l'article L.6143-2 du Code de la Santé Publique, modifié par l'Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 – art.17 :

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université (...) Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé (...) et d'actions de coopération (...) Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

La rédaction de ce projet demeure facultative pour les cliniques privées à but lucratif. Cependant la loi leur impose de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les ARS. Ce contrat détermine les orientations stratégiques de l'établissement définies en

¹⁰⁷⁶ BRECHET J.-P. et DESREUMAUX A. (2006), "Le projet dans l'action collective", in *L'encyclopédie des Ressources humaines*, Vuibert, 2^{ème} Edition, 19 p.

¹⁰⁷⁷ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (2005), *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, p. 11

¹⁰⁷⁸ BOUTINET J.-P. (2005), *Anthropologie du projet*, Puf, p. 262

¹⁰⁷⁹ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., et al. (2004), "The influence of hospital integration on hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

adéquation avec le projet médical de territoire décliné à travers le schéma régional d'organisation de l'offre de soins (SROS) et les objectifs quantifiés par activité, dispositif qui sera prochainement remplacé par celui des objectifs régionaux de l'offre de soins (OROS)¹⁰⁸⁰. Ces orientations stratégiques « (...) concernent les nouvelles orientations de l'établissement en matière d'activité, de disciplines et de type d'offre de soins proposés au patients du bassin de vie de l'établissement. Au niveau de chaque structure d'activité, les responsables déclinent ces orientations dans les domaines qui les concernent en formulant des choix sur les types d'activité ou de modes de prise en charge »¹⁰⁸¹. A cet égard, le projet médical constitue le socle sur lequel s'appuie la définition de la mise en œuvre des objectifs figurant dans le contrat. En conséquence, la signature d'un COM contraint tout autant les cliniques privées à définir un projet stratégique et à programmer les moyens pour sa mise en œuvre. Dans la pratique, les cliniques qui ne rédigent pas un projet d'établissement fournissent des COM étayés aux tutelles.

S'agissant de la mise en œuvre de ces COM, un rapport d'évaluation des contrats d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé privés avec l'ARH Picardie montre, sans surprise, que la mise en œuvre des engagements pris dans ces contrats et leur respect sont variables selon les établissements et selon les thèmes abordés¹⁰⁸². Dans le cadre de la certification V1 des cliniques privées, les experts visiteurs ont été invités, entre autres, à mener une sorte d'audit externe du projet en jugeant sa philosophie générale à travers ses différentes composantes et sa mise en œuvre. Ces rapports nous ont permis d'identifier un certain nombre de cliniques dont les axes stratégiques sont insuffisamment définis ou non mis en œuvre à partir desquels nous avons élaboré une variable d'analyse pour opérationnaliser notre hypothèse. Aux recommandations et réserves formulées par l'HAS sur les orientations stratégiques et le projet d'établissement (ou le COM étayé) des cliniques, nous avons ajouté dans l'élaboration de notre variable, les recommandations relatives à la mise en place d'une gestion par objectif et à la nécessité d'engagement de l'établissement dans une démarche de projet. Comme l'a souligné Didier Vinot, « *Tout projet d'organisation, tout projet d'établissement pour l'hôpital ne peut fonctionner que s'il s'inscrit dans une démarche de gestion par projet.*¹⁰⁸³ ». Le nombre d'établissements concernés par ces recommandations et réserves est précisé dans le tableau suivant.

¹⁰⁸⁰ Les dispositions qui régissent les OROS figurent aux articles L.6114-1 à L.6114-5 du code de la santé publique, tels que modifiés par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) sont remplacés par les objectifs de répartition de l'offre de soins (OROS). A l'opposé des OQOS qui reposaient sur des volumes, les OROS relèveront d'une démarche qualitative des actes et des soins. De même, à la différence des OQOS, ils ne seront plus opposables, mais seront négociés avec les Agences Régionales de Santé (ARS) à partir d'instructions nationales.

¹⁰⁸¹ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (2005), *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, p. 14

¹⁰⁸² AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE PICARDIE (ARH) (Octobre 2005), *Établissements de santé privés sous contrat avec l'ARH : évaluation des contrats d'objectifs et de moyens*, 4 p.

¹⁰⁸³ VINOT D. (2004), "Les paradoxes du management par projets à l'hôpital", in *Que faire de l'hôpital?*, Paris: L'Harmattan, pp. 203-257

Tableau 48 - Recommandations, réserves et réserves majeures formulées par les experts visiteurs de la HAS sur les orientations stratégiques des établissements et nombre de cliniques privées concernées

| Les orientations stratégiques, les outils de pilotage et le système d'information | Certification V1 Recommandations Nombre D'établissements | Certification V1 Réserves Nombre d'établissements | Certification V1 Réserves Nombre d'établissements |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Définir et formaliser les orientations stratégiques (projet médical/projet de soins, projet social, etc.) dans toutes ses composantes (intégrer les dimensions médicales, soignantes, sociales, financières et systèmes d'information) en impliquant le personnel | 18 | 2 | - |
| <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une gestion par objectifs en cohérence avec le projet d'établissement / Engager l'établissement dans une démarche de projet centré sur l'organisation de la prise en charge des patients en impliquant l'ensemble des secteurs d'activité | 3 | - | - |
| <ul style="list-style-type: none"> Elaborer, finaliser et mettre en œuvre, dans le cadre d'un dialogue participatif, les objectifs du projet d'établissement dans ses diverses composantes et l'évaluer | 22 | 1 | - |

Sur la base de cette variable dichotomique, nous opérationnalisons notre hypothèse de la manière suivante :

| | |
|------------|--|
| H10 | <p>Avoir reçu des réserves et recommandations des experts visiteurs de l'HAS lors de la certification V1 des cliniques privées liées :</p> <ul style="list-style-type: none"> à l'absence d'orientations stratégiques clairement définies, à la nécessité de la définition ou de la mise en œuvre du projet d'établissement, à la nécessité d'engagement de l'établissement dans une démarche projet et de mise en œuvre d'une gestion par objectif, <p>a un impact négatif sur le score de performance financière et les ratios financiers le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées dont l'impact attendu est négatif.</p> |
|------------|--|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variables indépendantes |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | <p>Sur la base des recommandations et réserves réalisées par les experts visiteurs de la HAS, nous avons construit une variable dichotomique. Celle-ci traite de façon indifférenciée les recommandations et les réserves des établissements c'est-à-dire qu'aucune pondération ne distingue l'importance accordée (recommandations, réserves, réserves majeures) à ces remarques de la HAS.</p> <p>0 = la HAS a émis une recommandation et/ou une réserve et/ou une réserve majeure lors de la certification V1 sur la rédaction et la mise en œuvre du projet d'établissement 1 = l'établissement n'a fait l'objet d'aucune recommandation, réserve ou réserve majeure de la part des experts visiteurs de la HAS lors de la certification V1</p> |

5. L'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire

« *L'hôpital coûte quand on s'en sert peu ou qu'on s'en sert mal.* »

Cette réflexion du Pr Guy Vallancien nous semble particulièrement adaptée au cas du bloc opératoire. En effet, ce lieu hautement stratégique des hôpitaux et cliniques et théâtre de la plupart des accidents médicaux¹⁰⁸⁴, constitue un élément essentiel du plateau technique d'un hôpital dont l'organisation peut avoir des conséquences financières importantes celui-ci représentant à la fois le principal centre de coût et de recette des établissements. Son coût est lié à la haute technicité qu'il nécessite et à l'investissement financier qu'il représente, ainsi qu'à l'importance de la ressource humaine qu'il mobilise (entre trois et cinq opérateurs en moyenne par bloc opératoire). Le bloc constitue également une source de recette pour les établissements¹⁰⁸⁵ et les praticiens, le montant de leurs honoraires résultant de l'importance de l'activité qui y est pratiquée. Ainsi, selon les auditeurs de la MeaH (actuelle ANAP), le fonctionnement du bloc est donc un élément essentiel de recette et de coût à optimiser dans le cadre d'un financement à l'activité.

L'une des difficultés organisationnelles la plus souvent constatée est celle de la sous-utilisation des blocs opératoires. Ainsi, d'après ce que d'aucun pensent, le problème de la gestion des blocs opératoires ne provient pas d'un nombre insuffisant de salles. L'organisation du bloc est complexe car elle est affectée par de multiples contraintes dans la mesure où de nombreuses spécialités chirurgicales y sont pratiquées. En temps qu'interface d'un certain nombre de services, elle doit tenir compte des besoins et des contraintes de nombreux acteurs et coordonner ses activités avec d'autres intervenants dans l'activité de soins. De plus, son activité est contrainte par les capacités de prise en charge des autres services de l'établissement. Par exemple, une hausse d'activité du bloc a un impact sur l'ensemble des services impliqués dans la prise en charge (stérilisation, brancardage, imagerie médicale, logistique - approvisionnement en matériels divers - et les services de soins assurant la continuité de la prise en charge post-opératoire)¹⁰⁸⁶.

Des différences organisationnelles importantes sont constatées entre secteurs d'activité et au sein d'un même secteur. Au regard d'indicateurs moyens sectoriels, les hôpitaux publics apparaissent moins efficaces. Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2006 sur la Sécurité sociale spécifie que le nombre moyen d'interventions chirurgicales avec anesthésie par salle varie et par an selon les statuts de l'établissement : 559 à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), 638 pour les établissements hors AP-HP, 736 pour les hôpitaux privés à but non lucratif, 1 039 pour le secteur privé commercial. Si les facteurs d'âge, de pathologie ou de typologie des lieux peuvent jouer, le rapport précise qu'ils ne rendent pas compte de leur ampleur. Selon Guy Vallancien, François Aubart et Philippe Cuq¹⁰⁸⁷ les deux secteurs se différencient notamment par les horaires d'ouverture des blocs et par une activité soutenue par la réalisation de nombreux petits actes rapides dans le privé, le secteur public ayant tendance à réaliser davantage d'actes longs.

La programmation et le niveau d'activité ne sont pas les seuls enjeux organisationnels des blocs opératoires. Les établissements sont également contraints par la gestion des ressources humaines et, plus particulièrement, par le recrutement de personnel médical et paramédical

¹⁰⁸⁴ KREBS A., "Le bloc opératoire : un regroupement d'hommes, une multitude de responsabilités", mémoire de DESS, sous la direction de Didier Vinot, IFROSS Université Jean Moulin Lyon 3, p. 16 et p. 83

¹⁰⁸⁵ TONNEAU D. et LUCAS A., "Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques", *Rapport final du chantier pilote de la MeaH*, septembre 2006, p. 3

¹⁰⁸⁶ BOUFFIES J. (2005), "Quel avenir pour la chirurgie publique?", *Revue Hospitalière de France*, n°506, pp. 44-54

¹⁰⁸⁷ VALLANCIEN G., AUBART F. et CUQ P. (2008), *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens?*, Rapport à la demande de M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités et remis à Madame Rselvne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, p. 12

qualifié. Les établissements privés constatent un taux global de personnel inférieur à celui des hôpitaux publics. La présence d'un déficit d'élèves infirmières spécialisées de bloc, dont la filière manque actuellement d'attractivité, laissent présager des difficultés de recrutement pour les établissements¹⁰⁸⁸. De plus, la répartition entre hôpitaux publics et privés des praticiens et la démographie médicale sont sources de difficultés actuelles ou à venir pour les cliniques privées. Le rapport Berland¹⁰⁸⁹ fait état de la part plus particulièrement élevée des médecins de plus de 55 ans dans les disciplines chirurgicales et en anesthésie-réanimation. Un autre paradoxe est soulevé dans ce rapport : les chirurgiens sont plus nombreux dans le secteur privé tandis que les anesthésistes-réanimateurs sont bien plus présents dans le secteur public. Notons également que les besoins en chirurgie sont en perpétuelle évolution. Selon le Pr Guy Vallancien, l'allongement de la durée de vie des français laisse envisager pour certaines spécialités chirurgicales une augmentation des besoins pouvant atteindre 40 %. En parallèle, certaines opérations chirurgicales peuvent être remplacées par des gestes percutanés.

La sécurité des patients est un enjeu important pour le bon fonctionnement du bloc opératoire. Il est intéressant de noter qu'au sein des établissements privés, la répartition des fonctions entre les différents intervenants est primordiale. En effet, sur un plan juridique, chaque acteur, notamment le médecin, l'anesthésiste et la clinique¹⁰⁹⁰, peut voir sa responsabilité mise en cause. Si chaque praticien doit veiller à la compétence des personnes qui l'entourent, la clinique se doit de fournir du personnel compétent en nombre suffisant.

Encart 23 - Organisation du bloc opératoire et responsabilité des cliniques

Au sein d'une clinique privée, c'est le chef de bloc opératoire qui définit en concertation avec l'anesthésiste et le chirurgien le programme opératoire. Le patient ne signe avec la clinique qu'un contrat d'hospitalisation et de surveillance, alors qu'il s'engage dans un contrat médical avec le praticien qui va effectuer les actes chirurgicaux. L'une des obligations principales du contrat d'hospitalisation est de prodiguer les soins accessoires à l'acte médical principal ; soins de préparation du patient avant intervention, renouvellement des pansements, prise de tension, etc. La clinique n'est donc pas déchargée de toute responsabilité. Le Code de la Santé Publique définit le chef de bloc comme organisateur du programme des interventions. L'établissement de soins a en outre l'obligation de fournir au médecin un matériel en bon état et des assistants qualifiés, compétents et en nombre suffisant. L'établissement privé ne peut pas être déclaré responsable des dommages causés par le médecin dans le cadre du contrat médical passé avec le patient, sauf si le médecin est salarié de l'établissement. Dans ce cas, l'établissement est responsable des dommages causés par celui-ci sur le fondement de l'article 1384 al.1 du code civil. Pour le personnel employé par la clinique, la responsabilité de celle-ci est engagée lorsqu'un dommage est engendré par l'exécution de soins courants, si ces derniers ne nécessitent pas la présence ou la surveillance d'un médecin (les soins relevant du rôle propre de l'infirmière et ceux que l'infirmier est habilité à accomplir sous prescription médicale). Ainsi, la responsabilité du médecin et de la clinique peuvent être cumulatives.

source : KREBS A., *Le bloc opératoire : un regroupement d'hommes, une multitude de responsabilités*, 2001, Mémoire, IFROSS, sous la direction de Didier Vinot, Université Jean Moulin Lyon 3, 99p.

Les experts de la MeaH considèrent qu'une meilleure organisation des blocs opératoires permet de mieux utiliser les ressources existantes sans pour autant nuire à la qualité des soins dans les établissements et même le plus souvent en l'améliorant. Ainsi, un des éléments clés de l'efficacité des blocs réside dans la transmission d'informations fiables entre les nombreux acteurs de la prise en charge. Les points clés de l'amélioration de leur organisation sont à rechercher, en premier lieu, dans la présence et l'efficacité de structures de coordination de bloc afin de tirer le meilleur parti des ressources matérielles et humaines. Les améliorations

¹⁰⁸⁸ Ibid., p. 12

¹⁰⁸⁹ BERLAND Y. (2006), *Mission « Démographie médicale hospitalière »*, Ministère de la Santé et des Solidarités, 200 p.

¹⁰⁹⁰ KREBS A., « *Le bloc opératoire : un regroupement d'hommes, une multitude de responsabilités* », mémoire de DESS, sous la direction de Didier Vinot, IFROSS Université Jean Moulin Lyon 3, p. 17

touchent en premier lieu à une bonne programmation qui dépend de la capacité de l'établissement à anticiper les besoins des différents opérateurs.

Ceci nous amène à formuler l'hypothèse de recherche suivante :

H11 L'efficacité organisationnelle du bloc opératoire a un impact positif sur le niveau de performance financière des cliniques privées de court séjour.

Afin de tester l'impact de l'efficacité de l'organisation du bloc opératoire et la performance financière des établissements, nous avons recherché un indicateur disponible pour l'ensemble des cliniques privées françaises, qui puisse, autant que possible, rendre compte de l'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire. Les indicateurs élaborés et présentés dans les deux principales études sur les blocs opératoires conduites par la MeaH, malgré l'intérêt qu'ils suscitent¹⁰⁹¹, ne sont pas disponibles sur une base nationale et ne sont pas diffusés auprès du grand public. Par conséquent, ils ne sont pas mobilisables dans ce travail de recherche. Pour mesurer l'efficacité organisationnelle du bloc opératoire, nous avons élaboré un indicateur à partir des rapports de certification V1 des cliniques privées. Cet indicateur se fonde sur une analyse fine de l'ensemble des recommandations et réserves des experts visiteurs de la HAS adressées aux établissements sur le fonctionnement du bloc opératoire. Sur la base des recommandations, réserves et réserves majeures, présentées dans le tableau ci-dessous, une variable dichotomique d'efficacité organisationnelle du bloc opératoire des cliniques a été définie. Celle-ci traite de façon indifférenciée les recommandations et les réserves des établissements, c'est-à-dire qu'aucune pondération ne distingue l'importance accordée (recommandations, réserves ou réserves majeures) à ces remarques par les experts visiteurs de la HAS.

Tableau 49 - Recommandations, réserves et réserves majeures formulées par les experts visiteurs de la HAS sur l'organisation du bloc opératoire et nombre de cliniques privées concernées

| L'organisation du bloc opératoire | Certification V1 Recommandations Nombre de cliniques | Certification V1 Réserves Nombre de cliniques | Certification V1 Réserves majeures Nombre de cliniques |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser/formaliser/revoir l'organisation des activités du bloc opératoire (et secteur obstétrical) en concertation avec tous les acteurs / Poursuivre et évaluer son fonctionnement | 31 | 8 | - |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre la charte de fonctionnement des blocs opératoires. | 3 | - | - |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser la mise en place d'un conseil de bloc opérationnel | 1 | - | - |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à adapter l'effectif de personnel aux variations de l'activité en salle de surveillance post interventionnelle / s'assurer de la qualification du personnel / supprimer les glissements de tâches | 2 | 1 | - |

46 cliniques privées sont concernées par ces recommandations et réserves des experts visiteurs sur le fonctionnement général de leur bloc opératoire.

¹⁰⁹¹ L'étude « Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques » recense des indicateurs relatifs à l'utilisation des structures, à l'emploi du personnel, et aux bonnes pratiques organisationnelles (optimisation de temps de mise à disposition des salles). L'étude sur le benchmarking des blocs opératoires analyse la performance des blocs opératoires à partir d'indicateurs tels que le taux d'occupation, le taux de débordement et de productivité du bloc ou encore le temps de vacation offert, etc. Elle étudie également les actes CCAM réalisés ainsi que leur influence sur la performance des blocs.

Pour étudier la relation entre l'efficience organisationnelle du bloc opératoire des établissements et leur performance, nous traduisons opérationnellement notre hypothèse de la façon suivante :

| | |
|-----|---|
| H11 | Une absence de recommandation, réserve ou réserve majeure émise par les experts visiteurs de la HAS relative à l'organisation et au fonctionnement du bloc opératoire a un impact positif sur le score de performance financière et sur les ratios financiers le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées (R4) dont l'effet attendu est négatif. |
|-----|---|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variables indépendantes |
|---|--|
| Score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 | Variable dichotomique d'efficience du bloc opératoire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 = l'établissement a fait l'objet d'une recommandation, d'une réserve ou d'une réserve majeure relative à l'organisation et au fonctionnement de son bloc opératoire par les experts visiteurs de la HAS lors de leur certification V1 ▪ 1 = l'établissement n'a fait l'objet d'aucune recommandation, réserve ou réserve majeure de la part des experts visiteurs de la HAS sur l'organisation et le fonctionnement de son bloc opératoire. |

Nous sommes conscients des limites de l'indicateur que nous proposons. Celui-ci reste très général et soumis à la subjectivité des experts visiteurs de la HAS. De plus, il pose un problème de temporalité en ignorant l'année de passage de la certification V1. Les établissements n'ayant pas passé la certification V1 et ceux qui ont été visités après 2006 ne peuvent être inclus dans le modèle d'analyse.

6. L'implication des praticiens dans la gestion des cliniques privées

Notre revue de littérature sur les hôpitaux américains nous a permis de mettre en évidence les enjeux liés à l'implication des praticiens dans la gestion des établissements. Cet exercice nous a permis de constater que les articles étudiant le lien entre l'implication des praticiens et la performance financière des établissements de santé sont peu nombreux, ce que nous pourrions expliquer par la difficulté à établir des variables de mesure de participation des praticiens au management de l'établissement. Si un impact est toujours montré, les formes d'intégration des praticiens conduisant à un plus haut niveau de performance financière demeurent imprécises en raison de l'absence de recours, de la part des chercheurs, à des indicateurs communs de mesure d'implication des praticiens dans la vie des établissements. L'actionnariat médical est la seule variable communément étudiée.

Dans la littérature française, nous constatons la présence d'un consensus des professionnels et des chercheurs sur l'implication nécessaire du corps médical dans la gestion des établissements de santé privés, le médecin représentant un acteur principal du fonctionnement des cliniques privées. De nombreuses illustrations de discours contemporains ont été recensées dans la

littérature professionnelle. Pour ne citer que l'une d'entre elles, Christian Le Dorze¹⁰⁹² a rappelé le rôle stratégique des praticiens dans les cliniques privées dans un colloque organisé en 2009 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML). Selon lui, « *Rien ne se fera contre la profession, rien de bon ne se fera sans elle* ». Citons encore l'exemple du groupe de cliniques privées Générale de Santé qui consacre dans son Document de Référence 2009 et dans son Rapport d'activité médicale 2009 une partie consacrée à la présentation des initiatives du groupe conduites en matière de renforcement des liens entre praticiens et gestionnaires. Ce souci de développer des échanges entre praticiens et dirigeants est aisément compréhensible, les praticiens contrôlant le volume d'activité des établissements et donc l'importance des produits générés par l'activité médicale, ces derniers contribuant ainsi à la qualité des comptes de résultat des cliniques privées¹⁰⁹³. Un médecin, quel que soit le type d'établissement dans lequel il exerce (public, privés à but non lucratif et à but lucratif) dispose d'une grande latitude dans ses décisions sur son rôle propre : celui de soigner. La zone d'entropie liée à l'asymétrie d'information est à son avantage. Le médecin prescripteur induit la demande des établissements. Ceci explique que les départs en retraite ou à l'inverse l'arrivée de nouveaux chirurgiens susceptibles de développer une clientèle peuvent jouer un rôle déterminant dans l'évolution quantitative de l'activité des cliniques privées. De nos jours, l'évolution de la démographie médicale des praticiens représente un enjeu supplémentaire pour les dirigeants de cliniques privées, les projections annonçant que 25 % des praticiens en exercice dans les cliniques privées partiront à la retraite à l'horizon 2025. Les départs et les arrivées de nouveaux praticiens peuvent induire des ruptures positives ou négatives au niveau d'une spécialité particulière¹⁰⁹⁴. Par ailleurs, notons que le secteur privé constate une baisse plus rapide de ses effectifs que le secteur public : les médecins libéraux ont en moyenne sept ans de plus¹⁰⁹⁵.

Ces éléments sont difficiles à maîtriser par les établissements puisqu'il s'agit de choix individuels des praticiens qui tiennent à de nombreux critères. Ainsi comme l'énonçait Eliot Freidson, dans son célèbre ouvrage *La profession médicale*¹⁰⁹⁶, la stratégie des établissements, que les praticiens soient actionnaires ou pas, est dépendante des praticiens qui y exercent. Les établissements privés sont confrontés à la difficulté de lier à la fois les exigences des praticiens, celles de la clientèle tout en répondant aux impératifs d'ordre économique et lucratif. A ces trois impératifs recensés par Freidson, nous ajouterions, dans le contexte français, la nécessité de répondre aux besoins exprimés par les autorités de tutelle auxquelles appartiennent les décisions de délivrer ou non des autorisations d'activité. Dès lors, les praticiens jouent un rôle important dans ce processus d'attribution des autorisations car elles sont accordées en fonction de la nature de l'activité des médecins, de leurs compétences, de leur volume d'activité, en association avec les éléments du plateau technique¹⁰⁹⁷. C'est pourquoi, selon Christian Espagno, « *la valeur d'une clinique se mesure plus que jamais à l'aune de la valeur des médecins qui y travaillent* »¹⁰⁹⁸.

Obtenir l'implication des praticiens dans la gestion des établissements n'est pas une tâche facile pour les dirigeants de cliniques privées, ce qui s'explique par plusieurs facteurs. Cette difficulté

¹⁰⁹² UNION REGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX (URML) PAYS DE LA LOIRE (2009b), "Le médecin généraliste : gestionnaire de son territoire ?", *Entreprise médicale et nouveaux périmètres de la santé*, 5^{ème} Rencontres de la Baule, 11 et 12 septembre 2009, pp. 51-66

¹⁰⁹³ UNION REGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX (URML) PAYS DE LA LOIRE (2009a), "Capitaux extérieurs dans les établissements et les sociétés médicales : quel impact ?", *Entreprise médicale et nouveaux périmètres de la santé*, 5^{ème} Rencontres de la Baule, 11 et 12 septembre 2009, pp. 68-88

¹⁰⁹⁴ DUROUSSET J.-L., cité par CHARDON D., « Jean-Loup Durousset (FHP), faciliter la libre circulation des médecins », *Le Quotidien du Médecin*, 17 octobre 2007, n°8238, p. 6

¹⁰⁹⁵ FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) (2010), *Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé*, 149 p.

¹⁰⁹⁶ FREIDSON E. (1984), *La Profession médicale*, Payot, p. 33

¹⁰⁹⁷ UNION REGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX (URML) PAYS DE LA LOIRE (2009a), "Capitaux extérieurs dans les établissements et les sociétés médicales : quel impact?", *Entreprise médicale et nouveaux périmètres de la santé*, 5^{ème} Rencontres de la Baule, 11 et 12 septembre 2009 pp. 68-88

¹⁰⁹⁸ Ibid., p. 76

à laquelle ils sont confrontés s'explique par la nature des relations qu'entretiennent les praticiens libéraux et les cliniques privées, leurs intérêts étant parfois antagonistes. En effet, selon Tagaki, les médecins favorisent une logique professionnelle qui place le contrôle professionnel avant tout¹⁰⁹⁹. De plus, dans les établissements privés, une large majorité des praticiens (trois sur quatre) exercent leur métier dans le cadre d'une activité libérale. Ils sont liés aux établissements de santé dans les limites contractuelles d'une relation mutuelle de prestation de services¹¹⁰⁰ et sont rémunérés en fonction du nombre d'actes et de consultations consenties. En retour, ils paient une redevance aux établissements qui correspond à « *la part des honoraires des médecins reversée à l'établissement de santé en contrepartie de leur mise à disposition de personnel médical et administratif et de matériel (bloc opératoire, matériel de petite chirurgie) et de prestation courante de fonctionnement (téléphone, blanchisserie)* »¹¹⁰¹. Précisons que le niveau de la redevance est propre à chaque établissement, la palette de services fournis par la clinique étant subordonnée aux décisions des dirigeants. Une étude datant de 2006 publiée par le syndicat national des médecins de l'hospitalisation privée, le SYMHOP¹¹⁰² rapportait qu'il existe une grande hétérogénéité dans le montant des redevances versées par les praticiens, le taux variant de 3 % à 15 % du montant total de leurs honoraires.

Du fait de leur statut de libéral, les praticiens du secteur privé utilisent les ressources en équipement et en personnel que leur procurent la clinique privée, au service d'objectifs qui ne coïncident pas forcément avec ceux de l'institution hospitalière, celui du profit personnel¹¹⁰³. L'établissement cherche, quant à lui, à optimiser son résultat qui est dépendant du volume de patients pris en charge. Claveranne et Piovesan soulignent les limites de ce système qui commence à dysfonctionner dès lors que le praticien oriente sa stratégie de rémunération sur un effet prix et non plus sur un effet volume pour maintenir un revenu cible¹¹⁰⁴. Concrètement, cette stratégie se traduit par une hausse des honoraires facturés par le praticien qui ne sont pas nécessairement pris en charge par les assurances et les mutuelles des patients. En définitive, si la fuite de la patientèle engendrée est indolore pour le médecin, en revanche, elle a des répercussions défavorables immédiates sur le chiffre d'affaires de la clinique. Pour peu que le praticien entre dans un cercle vicieux en augmentant davantage ses honoraires pour compenser une fuite des patients, la chute du revenu sera d'autant plus forte pour la clinique. Dans le secteur privé à but lucratif, les logiques d'action des praticiens sont d'autant plus complexes qu'un même praticien combine parfois diverses logiques d'action en fonction de son appartenance à l'une ou plusieurs sociétés qui gravitent autour de la société d'exploitation. Ses trois principales identités sont celles de simple producteur et/ou d'associé de la société civile immobilière ou encore celle d'actionnaire de la société d'exploitation¹¹⁰⁵.

Lorsqu'il est actionnaire, le praticien dispose, en sus, d'un pouvoir de décision et de contrôle sur la société d'exploitation et, par conséquent, d'un rôle dans la définition de la stratégie de l'établissement. Ainsi, le gestionnaire est confronté à la nécessité de faire émerger des intérêts

¹⁰⁹⁹ TAGAKI J. (2006), "L'évolution du management des médecins américains", *Revue française de gestion*, n°168-169, pp. 55-81.

¹¹⁰⁰ JOUNIN N. et WOLFF L. (2007), "Les relations hiérarchiques en établissements de santé", in *dossiers solidarité et santé*, Direction des études, de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES), pp. 18-36.

¹¹⁰¹ BERARD A. (2002), *Une évaluation économique et financière des établissements de santé privés de 1996 à 1999*, Mémoire de DEA Département de Santé Publique, d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé, Université de Toulouse, 64 p.

¹¹⁰² ORTIZ J.-P. (2006), *Évolution des redevances avec les nouveaux modes de rémunérations en hospitalisation privée*, V. également PIGANEAU K., Exercice en cliniques privées, le SYMHOP dans la jungle de la redevance, *Le Quotidien du Médecin*, 19 mai 2006, en ligne (www.quotimed.com), consulté le 28 janvier 2008, 1 p.

¹¹⁰³ EVANS R.G. cité par CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. (1996), "L'hôpital en mutation", in *L'hôpital stratège*, Paris: John Libbey Eurotext, p. 8

¹¹⁰⁴ CLAVERANNE J.-P. et PIOVESAN D. (2003), "La clinique, un objet de gestion non identifié", *Revue Française de Gestion*, n°146, pp. 143-153.

¹¹⁰⁵ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, p. 420

conjointes entre le praticien indépendant qui génère du chiffre d'affaires¹¹⁰⁶ et/ou dispose d'un pouvoir de contrôle sur les sociétés composant l'enveloppe de la clinique et l'établissement qui gère les charges. En tant que simple producteur, le médecin libéral est le plus souvent un entrepreneur individuel. Confiné dans la relation médecin-patient, il présente souvent des difficultés à considérer la dimension collective du travail médical¹¹⁰⁷. Cela explique que durant de nombreuses années, le médecin actionnaire ne reconnaissait que la qualité du plateau technique en omettant le concept d'entreprise¹¹⁰⁸. Les obligations non partagées entre les médecins et les cliniques en sont encore de nos jours la manifestation. A titre illustratif, le nombre d'heures perdues du bloc opératoire du fait du retard des praticiens ou les absences des chirurgiens non planifiées sont des facteurs qui engendrent un coût supplémentaire pour les cliniques privées, ces dernières n'ayant pas la possibilité d'ajuster en temps réel leurs effectifs par rapport à leur activité¹¹⁰⁹. Les actes hors liste c'est-à-dire des actes qui ne sont pas facturés par la clinique qui n'en supporte que les charges ou encore les actes « gratuits » des praticiens (famille, amis, *etc.*) représentent d'autres exemples d'obligations non partagées par les praticiens¹¹¹⁰.

Les observations de terrain de Jounin et Wolf¹¹¹¹, des auteurs précédemment cités, révèlent que l'implication des praticiens du secteur privé est très variable d'un médecin à l'autre, bien plus que dans le secteur public. Les praticiens exclusifs s'impliquent en moyenne davantage dans la gestion des établissements que les non exclusifs, ces derniers assumant fréquemment des responsabilités de direction (des services de soins notamment), en plus de leur activité médicale. La non exclusivité des praticiens, voire leur exercice multi-sites représente, comme le souligne Christian Le Dorze, un facteur de fragilisation de l'hospitalisation privée, les dirigeants de clinique privées limitant, en conséquence, les investissements de long terme à cause du manque de visibilité sur le volume d'activité de leurs équipes.

L'individualisme et le nomadisme des praticiens jouant en défaveur du projet d'entreprise, nous formulons l'hypothèse théorique suivante :

H12 Une implication forte des praticiens dans l'organisation et le fonctionnement d'un établissement a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées de court séjour.

Il existe différents moyens d'impliquer l'équipe médicale dans la gestion de l'établissement, l'important, selon les acteurs du secteur, résultant de l'adhésion de tous. La Commission Médicale d'Établissement (CME) qui représente le corps médical en tant qu'acteur collectif¹¹¹² est l'un des moyens permettant de créer ce lien entre les praticiens et les gestionnaires¹¹¹³. Cette commission a plus ou moins de poids dans la politique des établissements. Son bon fonctionnement est lié à l'intérêt relatif des médecins à y participer activement.

¹¹⁰⁶ LE DORZE C. (2007), La vision d'un groupe, *GIE, Club des quinze santé*, La place des médecins libéraux dans les établissements de santé, Acte du Colloque du 12 Septembre 2007, p. 4

¹¹⁰⁷ TANTI HARDOUIN N. (1996), *L'hospitalisation privée, Crise identitaire et mutations sectorielles*, La Documentation Française, p. 157

¹¹⁰⁸ COULOMB A. (2007), "Médecine libérale et hospitalisation privée, Le modèle de gouvernance hospitalière en question", *Hospitalis*, n°3, p. 4

¹¹⁰⁹ ROUSSET R. (2001), *Direction d'établissement et actionnariat médical*, Mémoire de DESS, IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3, p. 47

¹¹¹⁰ Ibid, p. 59

¹¹¹¹ JOUNIN N. et WOLFF L. (2007), "Les relations hiérarchiques en établissements de santé", in *dossiers solidarité et santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), pp. 18-36

¹¹¹² CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. (1996), « La construction de l'offre locale de soins », in *L'hôpital stratège*, Paris : John Libbey Eurotext, p. 89

¹¹¹³ Vidal B., *La place des médecins libéraux dans les établissements hospitaliers français*, GIE Club des Quinze-Santé, Acte de colloque, 12 octobre 2007, 13 p.

Encart 24 - Les Commissions Médicales d'Établissement dans le secteur privé à but lucratif

Les Commissions Médicales d'Établissement (CME) ont été instaurées dans le secteur privé à but lucratif par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, soit 58 ans plus tard que dans le secteur public (leur création remonte à la loi du 17 avril 1943). La loi de 1991 a ouvert la possibilité aux praticiens des établissements privés de santé de se réunir dans une conférence médicale dont la loi précise sa triple mission :

- veiller à l'indépendance des praticiens libéraux,
- participer à l'évaluation des pratiques professionnelles : depuis leur mise en place, elles sont devenues coordinatrices du système avec les unions régionales de médecins libéraux et les comités de FMC,
- donner un avis sur les prévisions annuelles d'activité dans un contexte d'introduction de l'évaluation médico-économique des établissements, quant à la politique médicale de la clinique

Dans le secteur privé, les CME ont revêtu un caractère allusif et succinct n'ayant jamais été précisé, ou lorsque c'est le cas, que tardivement. Il était prévu qu'un décret en Conseil d'Etat préciserait le contenu des trois missions définies dans la loi de 1991. L'Etat, hésitant à instaurer un cadre trop réglementaire dans les organismes privés, a abandonné la rédaction de ce décret¹¹¹⁴. Par la suite, d'autres sont parus pour donner un contenu aux missions de la CME. Il aura fallu attendre le décret du 30 mars 1992 qui a, en outre, instauré le dossier médical d'hospitalisation du patient pour préciser leur rôle et, notamment, celui de son président. Par la suite, les décrets concernant le transfert et la circulation de l'information dans les établissements et les ordonnances de 1996 ont précisé la place des CME dans les établissements, notamment en matière d'accréditation et de conciliation. De même, les conférences nationales des CME ont donné une représentation nationale à ces commissions¹¹¹⁵. Le rôle de la conférence médicale d'établissement (CME) s'est enrichi avec le développement des dispositions réglementaires : elle est consultée pour la désignation du médecin DIM, de l'hémovigilant, du médecin conciliateur, pour l'utilisation des données médicales et elles participe à un certain nombre d'instance de l'établissement (CLIN, CRUQ, etc.)¹¹¹⁶. Récemment, un décret relatif à la CME des cliniques privées est paru au Journal officiel du 7 novembre 2010¹¹¹⁷ est venu préciser les missions dévolues aux CME privées. Le décret prévoit que la CME soit notamment « consultée » sur le projet médical, les missions de service public et les prévisions annuelles d'activité. Elle est mise à contribution pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : cette commission est en charge de la gestion des risques et de la lutte contre les infections et supervise la politique du médicament, la prise en charge de la douleur ainsi que le plan de développement professionnel du personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique salarié de l'établissement. La CME contribue à l'organisation de la permanence des soins et des parcours de soins. Elle élabore un rapport annuel d'activité présentant des indicateurs de suivi. La Conférence des présidents de CME regrette, d'une part, l'absence de moyens dévolus aux CME pour remplir ces nouvelles missions, d'autre part, que son rôle ne soit que consultatif.

Les groupes de cliniques ont recours à d'autres moyens pour faire participer les médecins et faciliter le dialogue entre les gestionnaires d'établissements et les praticiens. Cependant il n'existe pas de parité entre eux et celle-ci ne semble souhaitable, aux yeux des dirigeants d'établissements, que pour les contrats qui engagent la pratique des libéraux, notamment la signature des COM¹¹¹⁸. Notons qu'avec la financiarisation et la montée des contraintes réglementaires, les médecins prennent de plus en plus conscience des enjeux liés à leur participation dans la gestion des cliniques privées¹¹¹⁹.

Afin de mesurer l'implication des praticiens dans la vie des cliniques privées, un indicateur a été élaboré à partir des résultats de la certification V1 des établissements délivrée par la Haute Autorité de Santé. Nous avons procédé au recueil de l'ensemble des recommandations ou réserves adressées par les experts-visiteurs de l'HAS pouvant constituer des marqueurs d'insuffisance de participation des praticiens à la gestion et au bon fonctionnement des établissements de santé, que ce soit en matière de qualité et de sécurité des soins, ou en matière de gestion générale de la prise en charge des patients ou de l'établissement. Un regroupement

¹¹¹⁴ LARUE-CHARLUS S. (2001), *Le rôle des CME en hospitalisation privée*, p. 2

¹¹¹⁵ Les ordonnances de 1996 ont instauré les conférences nationales de CME. Elles sont au nombre de 5, dont les CME du secteur privé, et sont représentées dans toutes les commissions ministérielles.

¹¹¹⁶ BATAILLE R. (2009), "Relations médecins/établissements: les avancées de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires", *Regards, Les Dossiers de la FHP*, n°2, pp. 36-37

¹¹¹⁷ Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique

¹¹¹⁸ LE DORZE C. (2008), "Investissement privé et secteur d'hospitalisation en France : l'analyse de Vitalia", *Colloque « Investissements privés et offre de soins »*, Université Paris-Descartes, Société Française des Économistes de la Santé (SFES)

¹¹¹⁹ ORTIZ J.-P., « Médecine libérale et hospitalisation privée : le modèle de la gouvernance hospitalière en question », *Hospitalis*, automne 2007, p. 4

thématique a, par la suite, été effectué (Cf. tableau ci-dessous) pour en définitive élaborer une variable dichotomique sur la base de ces recommandations et réserves.

Tableau 50 - Recommandations, réserves et réserves majeures formulées par les experts visiteurs de la HAS sur l'implication des praticiens de l'établissement et nombre de cliniques privées concernées

| Les relations praticiens-cliniques : l'implication des praticiens | Nombre de cliniques Recommandations | Nombre de cliniques Réserves | Nombre de cliniques Réserves majeures |
|---|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'implication du corps médical au fonctionnement de l'établissement / dans sa gestion générale et dans l'organisation des soins / dans les différentes démarches institutionnelles | 9 | - | - |
| <ul style="list-style-type: none"> veiller à l'implication de tous les professionnels en leur rappelant leur responsabilités et en particulier du corps médical dans la politique de maîtrise du risque infectieux / dans la démarche qualité / dans la structuration des vigilances sanitaires / dans la tenue et la gestion du dossier médical, etc. | 21 | 2 | 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> Garantir la connaissance des honoraires médicaux avant hospitalisation / généraliser l'information des patients relative aux dépassements d'honoraires des praticiens | 8 | - | - |
| <ul style="list-style-type: none"> Définir le rôle de la conférence médicale d'établissement et sa participation au fonctionnement de l'établissement / assurer son fonctionnement régulier | 5 | - | - |
| <ul style="list-style-type: none"> Formaliser l'organisation des gardes et astreintes médicales et chirurgicales / Valider le tableau de garde / évaluer la permanence médicale et la coordination des professionnels | 5 | 1 | - |

52 cliniques privées ont reçu des recommandations, réserves et réserves majeures de la part des experts visiteurs lors de leur première visite dans les établissements réalisés dans le cadre de la certification V1 des établissements de santé. Nous proposons de répondre à l'hypothèse opérationnelle suivante :

| | |
|-----|---|
| H12 | Ne pas avoir reçu de recommandation, réserve ou réserve majeure de la part des experts visiteurs de la HAS sur la procédure de Certification V1 des établissements de santé relative à l'implication des praticiens dans le fonctionnement de l'établissement a un impact positif sur le score de performance financière des cliniques privées et sur les ratios le composant, hormis sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée (R4) dont l'impact attendu est négatif. |
|-----|---|

Les indicateurs :

| Variable dépendante | Variable indépendante |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> score de performance financière établi dans ces travaux et les ratios R1 à R5 le composant | variable dichotomique d'implication des praticiens : <ul style="list-style-type: none"> 0 = l'établissement a fait l'objet de remarques s'agissant l'implication des praticiens dans la gestion de l'établissement par les experts visiteurs de la HAS lors de leur certification V1 1 = l'établissement n'a fait l'objet d'aucune recommandation ni réserve de la part des experts visiteurs de la HAS sur l'implication de ses praticiens dans la gestion de l'établissement. |

Conclusion du deuxième chapitre

Ce chapitre a été entièrement dédié à la construction des hypothèses de recherche testées dans cette recherche. Nous avons montré que la performance financière peut certainement être agitée, en plus des caractéristiques du marché, par les caractéristiques internes des établissements.

Avec pour fondement les travaux des chercheurs américains et les spécificités du système hospitalier qui ont été décrites dans le précédent chapitre, douze hypothèses de recherche sur les déterminants de la performance des cliniques privées ont été formulées. De même que dans les recherches publiées aux États-Unis, nous les avons regroupées au sein de trois effets majeurs qui proposent de tester l'impact de la structure, du type d'activité et de l'efficacité du management des cliniques privées sur leur performance financière. Les hypothèses formulées dans le cadre de l'effet «structure» ont pour objet d'étudier l'impact de caractéristiques de la superstructure d'un établissement : la taille et l'appartenance des cliniques à l'une des quatre *majors* du secteur. Par ailleurs, les hypothèses formulées dans le cadre de l'effet «activité» ont pour ambition d'analyser les impacts de certaines caractéristiques du *casemix* des cliniques et hôpitaux privés sur leur performance financière. Enfin, l'effet «management» intègre des hypothèses de recherche évaluant les impacts de divers facteurs relevant de l'organisation interne des établissements de santé.

Ce travail de thèse étant fortement contraint par le matériau à notre disposition, notre base de données reconstituée à partir des données disponibles sur les cliniques privées à une échelle nationale, de nombreux déterminants de la performance financière des établissements de santé identifiés dans les travaux des chercheurs américains, comme par exemple, l'impact des spécificités de l'environnement local des établissements, ne sont pas testés dans cette recherche. En effet, le choix des hypothèses de recherche auxquelles ces travaux entendent apporter une réponse est limité par les besoins informationnels de l'étude statistique. La base de données que nous avons constituée sur les cliniques privées autorise seulement la formulation d'hypothèses de recherche portant sur les caractéristiques internes des établissements de santé. Pour tester l'impact de variables caractérisant l'environnement externe des établissements dont la significativité statistique est le plus souvent montrée dans les études des chercheurs américains, il aurait été nécessaire de collecter les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

De plus, la nature de l'information disponible sur les cliniques privées a également limité le choix et la pertinence des variables que nous avons choisies de tester dans cette recherche.

Les travaux conduits jusqu'aujourd'hui nous ont permis de comprendre le fonctionnement du secteur hospitalier et les logiques des divers intervenants sur le secteur. La mise à jour des spécificités du secteur nous a amenés à formuler des hypothèses de recherche sur les déterminants de la performance financière des cliniques privées. Il reste désormais à prouver statistiquement et qualitativement leur existence *via* la méthode statistique de la régression multiple et les entretiens menés auprès des directeurs de cliniques privées. C'est l'objet du dernier chapitre de cette recherche.

Chapitre 3 La formulation d'un score de performance financière des cliniques privées

Dans cette étude empirique, la performance est mesurée par un score de performance financière des cliniques privées élaboré par nos soins et par les ratios qui le composent. Nous tentons d'identifier les déterminants de la performance financière par recours à la technique statistique de la régression linéaire. Un modèle de performance est établi pour chaque indicateur financier.

Les résultats de l'étude empirique sont complétés par ceux des entretiens réalisés auprès de dirigeants de cliniques privées comptant parmi les établissements du premier et du dernier décile du classement sur le score de performance financière des cliniques privées (les 46 premières et les 46 dernières cliniques privées du classement). Ces entretiens avec les dirigeants de cliniques privées ont eu pour objectif de comprendre quels sont les déterminants clés expliquant la performance financière des cliniques privées en général et de celle de leurs établissements. Les résultats de ces entretiens sont introduits au gré des analyses préalables à la présentation des modèles les plus intégrés de performance financière.

Deux sections composent ce chapitre.

La première section, intitulée *L'élaboration du score de performance financière des cliniques privées et les résultats obtenus*, spécifie de quelle manière le score de performance financière a été élaboré.

La deuxième section, intitulée *L'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées : résultats statistiques et regards croisés des dirigeants*, présente les résultats de l'étude d'impact. Les résultats statistiques des régressions linéaires sont présentés, comparés à ceux des études américaines et commentés à l'aide des résultats des entretiens réalisés auprès des dirigeants de cliniques privées.

Section 1. L'élaboration du score de performance financière et les résultats obtenus

Les choix de variables financières sont conditionnés par leur disponibilité et leur fiabilité. Ils font l'objet d'une attention particulière dans nos travaux, **les indicateurs financiers sélectionnés conditionnant la qualité des résultats.** En adaptant les propos de Mireille Bardos¹¹²⁰ concernant les scores de défaillance d'entreprises, dans notre modèle, seuls ont été retenus les ratios qui permettent de répondre aux deux affirmations suivantes : « *plus la performance financière est élevée, plus cette variable est élevée* », comme par exemple l'indicateur du taux de marge, et « *plus la performance financière est élevée, plus cette variable est faible* » comme l'illustre le ratio de frais de personnel/valeur ajoutée. **Les indicateurs financiers choisis pour l'élaboration de notre score représentent les « clignotants », ou encore, les signaux de la performance financière** perçus à travers une analyse économique reliant l'activité productive, la rentabilité et le financement des cliniques privées.

L'élaboration de notre score financier a nécessité de nombreuses étapes. Tout d'abord, la base de données financières a fait l'objet de retraitements, parfois fastidieux. Plusieurs scores ont été établis et la batterie de ratios a été redéfinie avant de parvenir au score définitif. L'ensemble de la démarche est présenté dans les développements qui suivent.

La première sous-section, *Le choix des indicateurs de performance financière : un examen clinique de la société d'exploitation*, retrace le premier choix de variables réalisé. La métaphore de l'examen clinique d'un patient fait référence au choix volontairement large et général d'indicateurs financiers. Les études statistiques menées sur leur base et les raisons pour lesquelles nous avons décidé de procéder à de nouvelles analyses avec d'autres indicateurs financiers plus ciblés sont explicités à la suite de cette présentation.

La deuxième sous-section, *Les indicateurs retenus dans l'élaboration du score final : un scanner de la société d'exploitation*, précise le contenu de la deuxième batterie d'indicateurs. La métaphore du scanner désigne ici l'idée d'un examen plus précis des caractéristiques des cliniques à travers un choix d'indicateurs plus ciblés. La définition des ratios, leurs aspects « techniques », leur interprétation et leur pertinence pour analyser les cliniques privées sont étudiés dans ce paragraphe. Les analyses statistiques réalisées ayant conduit à l'élaboration du score final de performance financière retenu dans cette recherche sont précisées à la suite de la présentation des indicateurs le composant.

1. Le choix des indicateurs de performance financière : un examen clinique de la société d'exploitation de clinique privée

En nous inspirant des travaux réalisés sur les scores de défaillance des entreprises, la défaillance représentant, comme nous avons eu l'occasion de le constater, une classe particulière de performance, nous avons initialement sélectionné, pour construire notre score de performance financière des cliniques privées, un panel large d'indicateurs financiers (dix-sept indicateurs). Nous verrons dans ces développements que les nombreux traitements statistiques réalisés avec les dix-sept indicateurs sélectionnés ne nous ont pas permis d'aboutir à un score de performance financière pertinent.

¹¹²⁰ BARDOS M. (1995), "Détection précoce des défaillances d'entreprise à partir des documents comptables", *Bulletin de la Banque de France*, supplément "Etudes", 3^{ème} trimestre, pp. 55-71

1.1. Une première série d'indicateurs : un panel large

La performance, comme la défaillance, étant un phénomène complexe, l'objectif a été de capter une grande majorité des processus par une analyse multicritère. Une première série d'indicateurs a été définie, dans laquelle nous avons intégré, volontairement, un grand nombre de ratios (**dix-sept indicateurs**) qui synthétisent de nombreux thèmes que l'analyse financière permet d'étudier (endettement, équilibre du bilan, croissance de l'activité, liquidité, *etc.*). Cette batterie a été élaborée en référence aux méthodes employées pour la détermination des scores de défaillance des entreprises qui comptent au départ, c'est-à-dire avant traitement statistique, un nombre important de ratios, les scores définitifs publiés (suite aux traitements statistiques) intégrant chacun moins de dix ratios. Notre revue de littérature sur la performance financière des établissements de santé américains et sur les études conjoncturelles de la santé financière des cliniques privées de court séjour ont appuyé et influencé le choix de certains indicateurs. Pour certains, ils ont été adaptés, au besoin, au contexte français et au secteur des cliniques privées.

Tableau 51 - Première batterie d'indicateurs utilisée pour établir un score de performance financière

| N° | Indicateurs | Formules de calcul |
|------|--|---|
| R1 | Taux de variation du chiffre d'affaires | $(CA N - CA N-1) / CA N-1$ |
| R2 | Profitabilité économique | Résultat d'exploitation / Chiffre d'affaires |
| R3 | Taux de marge nette (appelé également profitabilité financière) | Résultat courant après impôt / Chiffre d'affaires |
| R4 | Rentabilité économique nette | Résultat d'exploitation / Total actif |
| R5 | Rentabilité financière | Résultat courant après impôts / Capitaux propres |
| R6_1 | Taux d'endettement | Dettes à moyen long terme / Fonds propres |
| R6_2 | Taux d'endettement | Dettes moyen long terme / Ressources durables |
| R7 | Part de l'autofinancement dans le chiffre d'affaires | Capacité d'autofinancement / Chiffre d'affaires |
| R8 | Capacité de remboursement | Capacité d'autofinancement / Endettement |
| R9 | Taux de variation de l'excédent de trésorerie global (ETG) | Excédent de Trésorerie Global (Excédent brut d'exploitation - Variation de BFR) |
| R10 | Part des frais de personnel dans la valeur ajoutée | Frais de personnel / Valeur ajoutée |
| R11 | Taux d'intégration | Valeur ajoutée / Chiffre d'affaires |
| R12 | Poids de l'endettement | Charges financières / Excédent brut d'exploitation |
| R13 | Part des immobilisations dans l'actif total | Actif immobilisé brut / Actif total brut |
| R14 | Liquidité restreinte | (Créances+ disponibilités et VMP) / Passif exigible à court terme |
| R15 | Liquidité générale | Actif circulant / Passif exigible à court terme |
| R16 | Couverture des emplois stables | Ressources durables / Emplois stables |

Cette batterie de ratios permet de mesurer la performance financière d'une clinique privée à travers :

- la croissance sensible et soutenue de son activité,
- sa capacité à dégager un résultat pour un volume d'affaires donné et à partir d'un certain montant de capitaux,
- sa capacité à optimiser son taux d'endettement faible et à secréter des ressources additionnelles pour rembourser ses dettes et financer ses investissements, et enfin,
- sa capacité à dégager des disponibilités.

Mireille Bardos qui a rédigé de nombreuses notes sur l'élaboration du score de défaillance des entreprises de la Banque de France, appelé score BDFI, précise dans ses écrits que lors de l'analyse, l'observation des résultats en tendance doit primer sur la valeur absolue d'un ratio

sur une année. De ce fait, elle recommande d'observer au moins sur trois ans les résultats financiers d'une entreprise¹¹²¹. **Dans cette recherche, nous avons calculé une moyenne sur trois années (2004 à 2006, dernières années disponibles au moment de la récolte des données financières des cliniques privées) des résultats des établissements sur chacun des indicateurs financiers.** Cette analyse présente l'avantage de pouvoir lisser les résultats des établissements¹¹²².

Suite au calcul des moyennes sur chacun des indicateurs, **de nouveaux retraitements de données ont été réalisés et les corrélations entre les indicateurs financiers ont été testées.** L'intérêt de cette démarche est présenté dans les développements suivants.

1.2. Une difficulté singulière des études financières : le retraitement des valeurs aberrantes et extrêmes

Les difficultés de retraitement des données financières que nous avons rencontrées ont déjà été identifiées par les analystes de la Banque de France et retracées par Planès dans l'un des Cahiers d'Études et de Recherches de l'Observatoire des Entreprises portant sur *La Détection précoce du risque de défaillance dans le secteur des Hôtels-Restaurants*¹¹²³. Ce document explique que **praticiens et chercheurs, lorsqu'ils analysent les données financières et comptables des entreprises, sont confrontés à la nécessité de procéder à deux opérations de retraitement majeures des données financières : celle des valeurs extrêmes et celle des ratios dont le numérateur et le dénominateur prennent simultanément des valeurs négatives.**

Comme l'auteur le recommande, dans cette première batterie de ratios, nous avons choisi une majorité d'indicateurs financiers qui, de préférence, disposent d'un bornage naturel comme c'est le cas des ratios compris entre 0 et 100 par construction (exemple le ratio du total immobilisations net / total de l'actif). Planès¹¹²⁴ note que les ratios mobilisés par la Banque de France ne sont que rarement bornés. Nous avons été confronté à la même difficulté pour certains ratios. La conséquence de cette absence de bornage des ratios est à rechercher **dans la forte dispersion des valeurs observées sur certains ratios, comme par exemple, sur le ratio d'endettement des cliniques privées.** Ceci nous a contraint à éliminer les observations dont les valeurs extrêmes pouvaient nuire à la validité des modèles statistiques qui auraient, en conséquence, été fortement influencés par ces valeurs extrêmes. Ces observations ont été réintégrées dans l'échantillon de cliniques privées **une fois les modèles statistiques établis.** Cette manipulation autorise la construction de modèles statistiques qui ne soit pas influencés par des valeurs extrêmes.

Les retraitements les plus fréquents effectués sur les observations de notre échantillon ont concerné les ratios financiers dont le dénominateur peut prendre des valeurs très proches de zéro comme cela peut être le cas des indicateurs de résultats ou d'endettement. **La détection de ces valeurs aberrantes a été réalisée au moyen d'une analyse de dispersion des données des cliniques privées sur chaque ratio à l'aide du logiciel de statistique JMP (par recours à « l'Outlier Box Plot »).** Ces retraitements nous ont conduit à éliminer des entreprises : nous ne comptons plus que 130 établissements après un toilettage complet de la base, soit 30 % de l'échantillon initial de 463 cliniques privées. De ce fait, nous avons opté pour le choix d'éliminer uniquement les observations dont les valeurs sur certains ratios étaient les plus éloignées pour élaborer des modèles statistiques. Les

¹¹²¹ DARSA J. (2002), *Gestion financière et business plan*, Lavoisier, p. 66

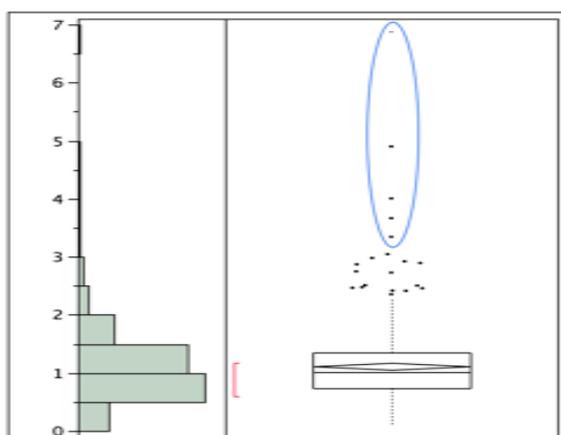
¹¹²² VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, 1176 p.

¹¹²³ PLANÈS B. (2001), "Détection précoce du risque de défaillance dans le secteur Hôtels-Restaurants, score BDFHR", *Cahiers Études et Recherches de l'Observatoire des Entreprises*, 44 p. (hors annexes)

¹¹²⁴ Ibid., p.15

premiers modèles statistiques ont, en définitive, été élaborés à partir de 342 observations, soit près de 75 % de l'échantillon initial.

Graph 11 - La représentation graphique de la distribution des observations sur le ratio de liquidité générale



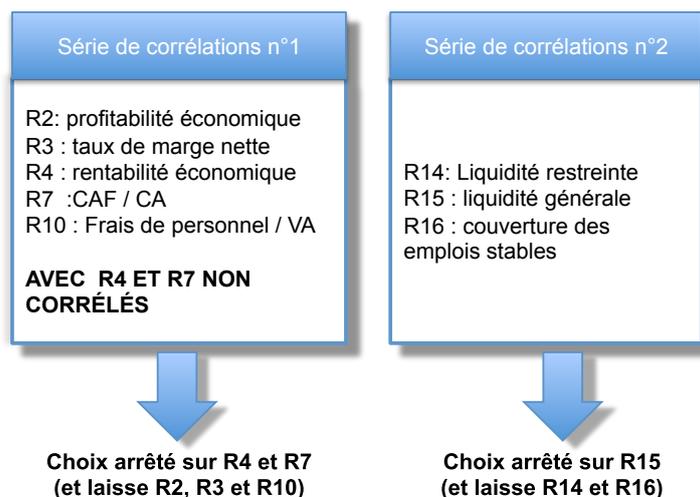
Les observations encadrées en bleu ont été supprimées de la base de données dans le travail d'élaboration des modèles statistiques et ont été réintégrées dans la base, une fois les modèles statistiques établis.

Le deuxième type de retraitement réalisé a concerné les ratios pour lesquels le numérateur et le dénominateur peuvent prendre simultanément des valeurs négatives, comme c'est le cas, par exemple, du ratio de rentabilité financière. En effet, de nombreuses cliniques privées sont en situation d'insuffisance de capitaux propres (ce point sera approfondi dans l'étude des indicateurs définitifs adoptés dans la construction du score). Comme cela a déjà été mentionné par Bénédicte Planès, cette configuration empêche l'utilisation statistique de ces ratios s'ils ne sont pas retraités, les deux signes négatifs ne pouvant être pris en compte simultanément dans le calcul du ratio¹¹²⁵. **Pour retraiter ces valeurs, le signe négatif a été factorisé de manière à remettre les valeurs de ces ratios en cohérence avec la situation qu'ils décrivent (une situation favorable ou défavorable)**. Afin de palier ces difficultés, la Banque de France propose d'autres solutions, qui selon ses analystes, n'offrent pas une pleine satisfaction, celle de la « winzoration » et celle de l'imputation. La première méthode consiste à ramener les valeurs extrêmes à la borne supérieure ou inférieure, selon le cas, la seconde à « neutraliser » ces données en les ramenant à la médiane.

A la suite de ces retraitements, les corrélations entre indicateurs ont été analysées afin de ne conserver dans les modèles statistiques que les indicateurs financiers les moins corrélés. Un seuil de corrélation à 70 % a été retenu.

¹¹²⁵ PLANÈS B. (2001), "Détection précoce du risque de défaillance dans le secteur Hôtels-Restaurants, score BDFHR", *Cahiers Études et Recherches de l'Observatoire des Entreprises*, pp.15-16

Figure 19 - Seuils de corrélations et choix d'indicateurs



Parmi la première série de corrélations, le ratio de rentabilité économique (R4) et le ratio présentant la part de la capacité d'autofinancement dans le chiffre d'affaires (R7) étant corrélés à un seuil inférieur à 70 %, ces deux derniers ont été retenus dans l'analyse. Ce choix s'explique par l'importance que nous accordons au ratio de rentabilité comme mesure de performance financière. Il permet également de conserver deux indicateurs de cette série de corrélation, les autres de cette même série étant tous corrélés au-delà du seuil défini. La deuxième série de corrélation observée concerne les ratios du bilan mesurant la liquidité et la couverture des emplois stables des cliniques privées. Parmi ces trois ratios tous corrélés les uns les autres à plus de 70 %, nous avons décidé de ne conserver pour les analyses que le ratio de liquidité générale, ce dernier étant le plus fréquemment utilisé dans la littérature américaine pour mesurer la performance financière des établissements de santé.

Les études statistiques réalisées pour définir le score financier des cliniques privées ont donc été élaborées avec 12 indicateurs. Ils sont recensés dans le tableau suivant.

Tableau 52 - Indicateurs mobilisés dans la construction d'un score de performance financière

| N° | Indicateurs | Formules |
|------|---|---|
| R1 | Taux de variation du chiffre d'affaires | $(CA \text{ année } N - CA \text{ année } N-1) / CA \text{ année } N-1$ |
| R4 | Rentabilité économique nette | résultat d'exploitation / actif total |
| R5 | Rentabilité financière | résultats courant après impôts / capitaux propres |
| R6_1 | Taux d'endettement | dettes à moyen et long terme / fonds propres |
| R6_2 | Taux d'endettement | dettes à moyen et long terme / ressources durables |
| R7 | Part de l'autofinancement dans le CA | CAF / chiffre d'affaires |
| R8 | Capacité de remboursement | CAF / endettement |
| R9 | Variation de l'excédent de trésorerie global | EBE – variation de BFR |
| R11 | Taux d'intégration | VA / CA |
| R12 | Poids de l'endettement | charges financières / EBE |
| R13 | Part des immobilisations dans le total de l'actif | immobilisations nettes / total actif net |
| R15 | Liquidité générale | actif circulant / passif de court terme |

Dans la suite des développements, nous montrons que ces ratios ne nous ont pas permis d'établir un score de performance financière satisfaisant.

1.3. Le constat d'un échec des premières modélisations statistiques

L'analyse des corrélations nous a conduit à sortir des analyses statistiques la majorité des ratios représentant des mesures de résultats et de rentabilité des cliniques privées, ce qui n'est pas sans conséquence sur les différents scores de performance obtenus dans les modélisations statistiques réalisées à la suite de ces retraitements de la base de données. Les différents classements des cliniques privées établis ont mis en valeur des cliniques dont les résultats d'exploitation sont parfois médiocres. Par exemple, on retrouve, parmi les dix premiers établissements des deux principaux classements réalisés à partir de la méthode statistique du rang global et d'une analyse en composante principale (ACP), des cliniques dont les ratios de profitabilité et de rentabilité sont négatifs sur la période étudiée (2004-2006).

Dans un premier temps, deux scores ont été déterminés : l'un à partir de la **méthode du rang moyen global** qui consiste à calculer une série de 30 combinaisons de pondérations attribuées aux variables financières de manière aléatoire, le second à partir d'une **analyse en composante principale (ACP)**. Les principaux éléments de compréhension de l'ACP sont présentés dans l'encart, ci-dessous.

Encart 25 - L'analyse en composante principale (ACP)¹¹²⁶

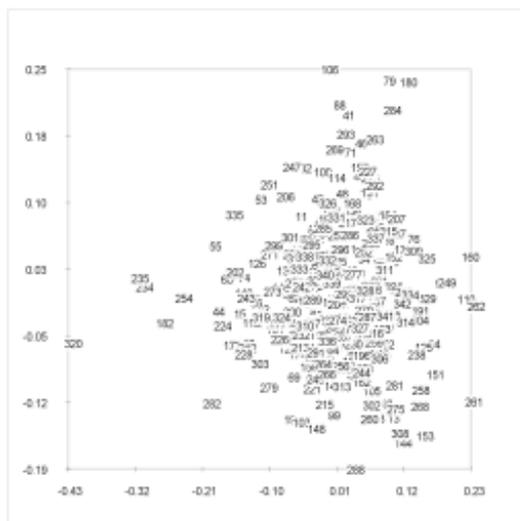
L'analyse en composante principale (ACP) est une des techniques de l'analyse multivariée. Les analyses multivariées permettent d'analyser les liaisons entre un grand nombre de variables, et de rendre compte de façon intuitive des systèmes complexes que ces liaisons peuvent former et des hiérarchies qui les organisent. On peut les classer en deux grandes familles : les modèles de régression et l'analyse factorielle. L'analyse factorielle se réalise en plusieurs étapes successives, parfois répétées jusqu'à obtenir un résultat satisfaisant pour l'interprétation. L'analyse factorielle permet de répondre aux questions suivantes : « Quelles sont les variables et les modalités de variables qui sont fortement associées entre elles ? », « Quelles sont les caractéristiques que les individus présentent souvent ensemble ou celles qui, au contraire, s'opposent ? », « Quels sont les groupes que l'on peut distinguer en fonction de ces associations ? » Les analyses en composantes principales sont des analyses factorielles qui portent sur des variables quantitatives.

L'ACP permet d'obtenir une carte des individus en fonction de leurs proximités et une carte des variables en fonction de leurs corrélations. L'analyse en composantes principales permet de positionner les individus les uns par rapport aux autres en fonction de leur proximités, et les variables en fonction de leurs corrélations. L'analyse en composantes principales consiste à rechercher un petit nombre de nouvelles variables Y_1, \dots, Y_m appelées composantes principales, non corrélées entre elles, et résumant aussi bien que possible les données de départ.

Comme nous l'avons vu précédemment, ces scores ont été réalisés à partir d'un échantillon de 342 cliniques privées. Les résultats de ces études ne se sont pas révélés concluants. Ces statistiques nous ont permis de conclure à **une forte homogénéité des données financières** des cliniques privées, comme l'illustre le graphique suivant présentant les résultats des cliniques privées à partir d'une ACP à un axe. Ceci montre en réalité qu'une clinique peut présenter un résultat très satisfaisant sur un ratio, et avoir simultanément une valeur très faible sur un autre, ce qui, en conséquence, rend la discrimination des établissements fastidieuse pour établir un score.

¹¹²⁶ TENENHAUS M. (2007), *Statistique, Méthodes pour décrire, expliquer et prévoir*, Dunod, p. 148 et s.

Graphe 12 - La représentation graphique des résultats de l'ACP



L'ACP ne donnant pas de résultats sur un axe, une ACP sur deux axes opposant une première série d'indicateurs à une autre a été élaborée. Cette deuxième méthode statistique a permis de déterminer un score élaboré essentiellement à partir de trois variables : le taux d'endettement, le poids des immobilisations dans l'actif total (immobilisations net / actif total net) et le ratio de liquidité générale, **l'ensemble des 12 ratios expliquant 37 % de la variance, ce qui signifie qu'il manque un grand nombre d'indicateurs financiers pour expliquer l'intégralité de la variance de l'échantillon.**

Les variables explicatives de la « **performance d'exploitation** », au cœur du référentiel de performance financière des entreprises étant, selon nous, **insuffisamment valorisées** dans les scores établis, une autre batterie de ratios a été définie.

Ces premiers travaux illustrent la difficulté à élaborer un score financier non prédictif, c'est-à-dire ne s'appuyant pas sur une situation donnée *a priori* comme c'est le cas des scores de défaillance d'entreprises. Ces difficultés s'expliquent notamment par la grande homogénéité des données financières des cliniques privées.

2. Les indicateurs retenus dans l'élaboration du score final : un scanner de la société d'exploitation de clinique privée

Suite à ces premières analyses ayant illustré l'usage de ratios, en définitive, mal adaptés à notre recherche, une deuxième batterie de 5 indicateurs, clés de compréhension du fonctionnement et de la gestion des cliniques privées, a été élaborée. Le choix des indicateurs a été guidé cette fois-ci par **l'expérience, cette dimension ayant primée sur les enseignements de la littérature.** Nous avons choisi des indicateurs financiers moins « traditionnels » car davantage retravaillés que ceux sur lesquels nous nous sommes appuyée initialement. Les taux de variation du chiffre d'affaires et de l'excédent de trésorerie global (ETG), qui par nature, selon les experts de la Banque de France, sont statistiquement très fragiles et peu discriminants¹¹²⁷, et qui avaient été intégrés malgré tout dans la première série d'indicateurs, ont été exclus de cette nouvelle analyse. Nous avons également supprimé les ratios de liquidité et d'endettement.

¹¹²⁷ BARDOS M. (2008), "Scoring sur données d'entreprises : instrument de diagnostic individuel et outil d'analyse de portefeuille d'une clientèle", *Modulad*, n°38, pp. 159-177

Nous avons recentré l'analyse de la performance des cliniques privées sur la dimension de l'exploitation. Le champ d'analyse retenu évalue la rentabilité et la rentabilité des cliniques. Nous avons introduit dans ce modèle d'évaluation de la performance un ratio d'autonomie financière qui présente un intérêt particulier dans l'étude des cliniques privées qui sera précisé dans les développements suivants. **En comparaison de la première série d'indicateurs, le contenu des ratios est précisé et le champ d'analyse limité à une poignée d'indicateurs.** Le lecteur constatera au regard des résultats que ces ratios sont plus à même d'évaluer les performances des entreprises du secteur hospitalier privé, ces indicateurs ayant un pouvoir discriminant plus fort. Ceci conduit naturellement à un classement des cliniques privées sur leur performance financière plus cohérent.

Dans un premier temps, nous décrivons les ratios financiers intégrés dans le calcul du score de performance financière. Nous motivons également le choix de ces ratios. Par la suite, nous présentons les différents traitements statistiques nous ayant permis d'aboutir à un score de performance qui discrimine, selon nous, de façon satisfaisante les cliniques privées.

2.1. Les composantes du score de performance financière

Les ratios financiers retenus pour établir un classement des cliniques privées sont présentés dans le tableau de la page suivante.

L'étude des trois premiers ratios, la rentabilité économique, le taux de marge net et la rentabilité financière, permet de mettre en lumière les éléments clés de la politique générale conduite par les dirigeants de cliniques privées en mesurant l'efficacité de la gestion opérationnelle des établissements. Dans le cadre de notre score de performance financière, ces ratios avantagent les cliniques qui maîtrisent le mieux leurs consommations de ressources par rapport à leur niveau d'activité (leur rentabilité) et par rapport aux capitaux engagés dans l'activité (leur rentabilité). Le quatrième ratio mesure la part du plus gros poste de consommation des cliniques, celui des charges de personnel par rapport au montant total de la richesse créée par l'entreprise, la valeur ajoutée. Le cinquième ratio est un ratio dit de « bilan » qui permet de juger de la solidité financière des cliniques privées, c'est-à-dire de la capacité des cliniques à supporter des revers dans leur activité sur la base de leur autonomie financière¹¹²⁸.

Tableau 53 - Liste des ratios financiers retenus dans l'élaboration du score de performance financière des cliniques privées

| N° | Indicateurs | Formules |
|----|--------------------------------------|---|
| R1 | Rentabilité économique | (résultat d'exploitation – frais financiers) / total de l'actif |
| R2 | Taux de marge nette | (résultat d'exploitation – frais financiers) / chiffre d'affaires |
| R3 | Rentabilité financière | résultats courant après impôts / capitaux propres |
| R4 | Valeur ajoutée revenant au personnel | charges de personnel / valeur ajoutée |
| R5 | Autonomie financière | capitaux propres / capitaux permanents |

Les motifs de l'intégration de ces ratios dans ce nouveau modèle et leur définition sont exposés dans la suite des développements.

¹¹²⁸ WALSH C. (2005), *Les ratios clés du management*, Village Mondial, 3^{ème} édition, p. 56

2.1.1. La rentabilité économique, un outil essentiel d'orientation de la gestion des cliniques privées

Yvon Berthel Venezia, président d'honneur du GIE Club des Quinze Santé, souligne que les meilleurs établissements hospitaliers privés se sont développés sur le tryptique (historique) de la qualité, de la notoriété et de la rentabilité leur permettant de disposer d'un matériel de technologie de pointe¹¹²⁹. La variable « rentabilité » de ce tryptique implique, selon nous, l'idée d'un développement des cliniques qui soit « financièrement maîtrisé » afin d'assurer la pérennité de leur activité. Nous souhaitons que notre score de performance financière valorise les cliniques qui connaissent une croissance homothétique de leur capacité d'autofinancement et des investissements dont débouche une spirale vertueuse de leur croissance indispensable à leur équilibre financier. Le ratio de rentabilité économique discrimine les cliniques qui investissent de façon trop importante (investissement capital/humain) sans que les flux de l'exploitation ne progressent au moins dans les mêmes proportions, en oubliant ainsi la contrainte de rentabilité des investissements.

La rentabilité économique mesure la performance des activités industrielles et commerciales de l'entreprise et permet d'apprécier l'efficacité des dirigeants dans la gestion des ressources engagées dans l'activité de l'entreprise. Elle représente **un indicateur « étalon »¹¹³⁰ par rapport auquel on peut apprécier la performance d'exploitation d'un établissement. A la différence de la rentabilité financière, la rentabilité économique des cliniques privées est indépendante de la structure financière, c'est-à-dire de la répartition entre les dettes et les capitaux propres.** A titre illustratif, la productivité d'une machine est la même quelque soit les modalités de financement qui ont permis à l'entrepreneur de l'acquérir¹¹³¹. Cet indicateur mesure l'efficacité avec laquelle les dirigeants utilisent l'ensemble des actifs de l'entreprise pour générer un excédent d'exploitation¹¹³², un actif étant défini par le Plan Comptable Général comme « (...) un élément identifiable du patrimoine ayant une valeur économique positive pour l'entité, c'est-à-dire un élément générant une ressource que l'entité contrôle du fait d'événements passés et dont elle attend des avantages économiques futurs. »¹¹³³. L'excédent d'exploitation correspond au surplus de capitaux dégagés grâce à l'activité normale de l'entreprise. **La rentabilité économique est le ratio sur lequel les responsables de l'exploitation ont le plus de prise**¹¹³⁴.

L'étude de cet indicateur est essentielle car la rentabilité de l'actif total d'une clinique privée lui assure les bases nécessaires pour bien rémunérer ses capitaux propres. En effet, à défaut d'une rentabilité de l'actif satisfaisante, l'entreprise sera difficilement apte à dégager une rentabilité des capitaux propres suffisante. Il existe plusieurs variantes au calcul de ce ratio. La méthode de calcul retenue dans ces travaux est présentée dans la figure ci-dessous.

Nota Bene : la figure suivante et celles présentées sur les autres ratios financiers inclus dans le calcul du score de performance financière reprennent les résultats financiers médians des cliniques issus de calculs élaborés à partir de notre base de données financières retraitée.

¹¹²⁹ BERTEL-VENEZIA Y. (2008), "Innovation et technologie, un levier de performance pour les établissements hospitaliers", *Hospitalis*, Club des Quinze Santé, n°4, p. 2

¹¹³⁰ WALSH C. (2005), *Les ratios clés du management*, Village Mondial, 3^{ème} édition, p. 70

¹¹³¹ BATSCH L. (2000), *Le diagnostic financier*, Economica, 112 p.

¹¹³² WALSH C. (2005), *Les ratios clés du management*, Village Mondial, 3^{ème} édition, p. 64

¹¹³³ Cette définition issue du cadre conceptuel de l'IASB a été introduite à l'article 211-1-1 du PCG par le règlement du CRC 2004-06 relatif à la définition, la comptabilisation et l'évaluation des actifs.

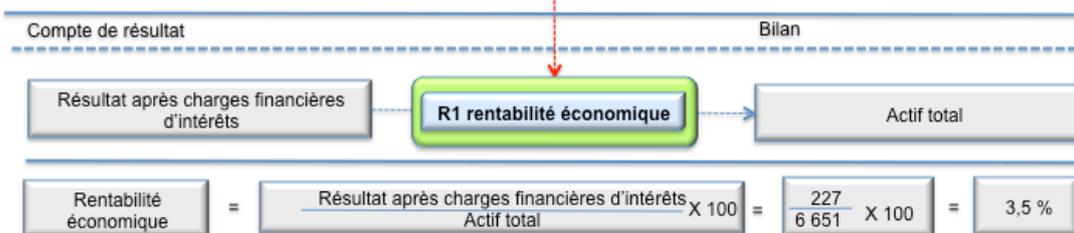
¹¹³⁴ WALSH C. (2005), *Les ratios clés du management*, Village Mondial, 3^{ème} édition, p. 64

Figure 20 - Le ratio de rentabilité économique (R1)

Compte de résultat et bilan médian des cliniques privées MCO (K€), année 2006

| | | | | | | |
|---|---------------|--|--|--|--|--|
| Chiffre d'affaires | 10 970 | | | | | |
| Résultat d'exploitation avant intérêts sur emprunt et impôts | 307 | | | | | |
| Intérêts sur emprunt | 46 | | | | | |
| Résultat d'exploitation après charges financières d'intérêts | 227 | | | | | |
| Autres charges financières | 0 | | | | | |
| Produits financiers | 24 | | | | | |
| Impôts | 27 | | | | | |
| Résultat courant après impôts | 207 | | | | | |

| Immobilisations | Brut | Amort | Net | Capitaux propres | |
|------------------------|------|-------|--------------|---|--------------|
| • Incorporelles | | | 367 | • Capital social | 458 |
| • Corporelles | | | 1 847 | • Résultat | 181 |
| • Financières | | | 167 | • Réserves | 631 |
| | | | | | 1 846 |
| | | | | Provisions pour risques et charges | 138 |
| | | | 3 282 | Dettes de caractère financier | 893 |
| Actif circulant | | | | Dettes à court terme | |
| • Stocks | | | 231 | • Concours bancaire | 0 |
| • Comptes clients | | | 1 176 | • Comptes Fournisseurs | 1 090 |
| • Disponibilités | | | 302 | • Dettes fisc. et soc. | 1 070 |
| • Divers | | | 419 | • Autres dettes | 450 |
| | | | 2 996 | | |
| | | | | | 2 957 |
| | | | 6 551 | | 6 551 |



source : figure adaptée de l'ouvrage de Ciaran Walsh, *Les ratios clés du management*, 2005¹¹³⁵

Le calcul de la rentabilité économique nécessite de déterminer deux agrégats : une marge ou un résultat d'exploitation et le montant des capitaux employés dans ces activités. La rentabilité peut être calculée brute ou nette selon le choix de la variable retenue au numérateur (EBE ou résultat d'exploitation). Nous retenons le résultat d'exploitation après frais financiers au numérateur du ratio, et calculons ainsi une rentabilité économique nette. La soustraction des frais financiers, c'est-à-dire des charges financières relatives au remboursement des emprunts, permet de tenir compte des rémunérations dues par les entreprises du secteur aux apporteurs externes de capitaux. Cet agrégat annule l'impact du résultat exceptionnel qui, par son caractère non récurrent, peut influencer à la hausse, dans le cadre de cessions d'actifs par exemple, ou à la baisse, comme dans le cas de la perte d'un procès, les performances financières des cliniques privées. Ces opérations exceptionnelles peuvent masquer la performance réelle de ces entreprises en suggérant une performance apparente et non réelle. **Le principal défaut de la variable du résultat d'exploitation après frais financiers est qu'elle ne tient pas compte du coût des capitaux propres**¹¹³⁶.

Par ailleurs, l'analyste est confronté au choix du dénominateur du ratio. Deux principaux agrégats peuvent être mobilisés dans son calcul : l'analyste peut apprécier le rendement ou retour sur tout ou partie des actifs inscrits au bilan, que les anglo-saxons nomment le *Return On Assets* (ROA), l'agrégat retenu dans ces travaux, ou à travers le montant des capitaux engagés (CE) ou employés dans les activités, le *Return On Capital Employed* (ROCE). Les capitaux engagés dans l'exploitation sont composés des immobilisations d'exploitation et du besoin de financement lié au cycle d'exploitation (BFRE). Habituellement, le besoin en fonds de roulement hors exploitation (BFRHE), qui regroupe des éléments acycliques et instables n'est pas pris en compte dans l'estimation des capitaux employés. Enfin, la valorisation des capitaux engagés

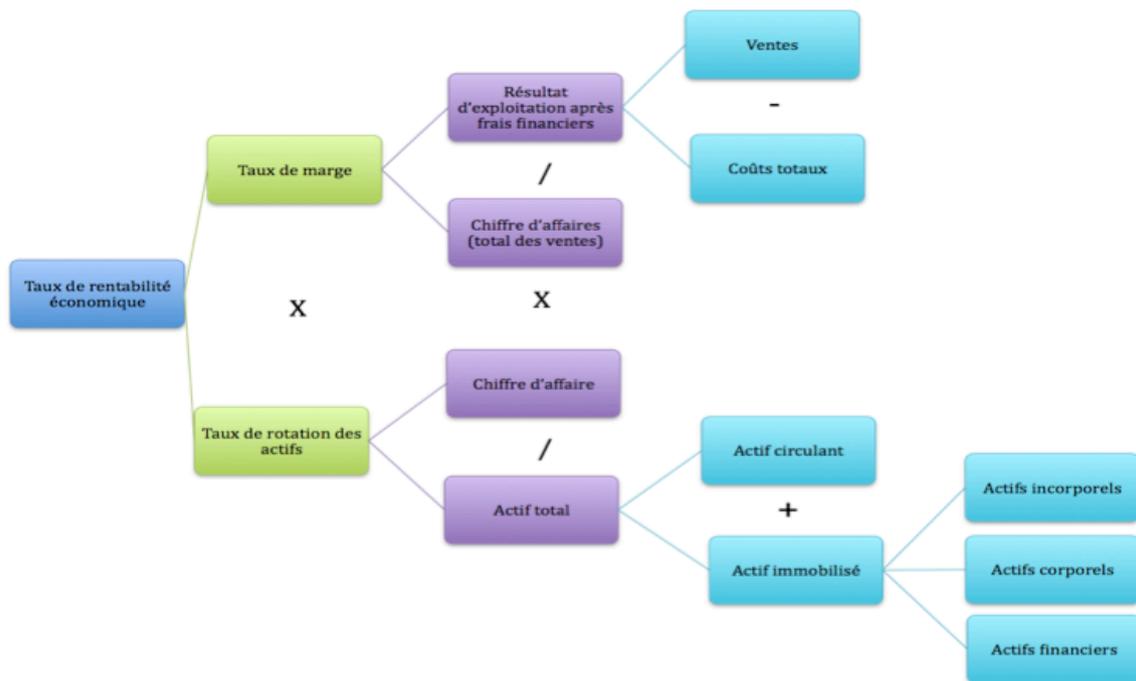
¹¹³⁵ Ibid., p. 67

¹¹³⁶ Cf. Titre 1, Chapitre 1, Section 2, p. 47

peut être mesurée en valeur nette ou brute en fonction des objectifs de l'analyste. La rentabilité est appréciée dans nos travaux à partir des montants nets du total de l'actif.

Enfin, il est important de revenir sur la décomposition du ratio de rentabilité économique afin de mieux comprendre cette valeur « cible », qui lorsqu'elle est décomposée permet de lever le voile sur l'ensemble de la gestion opérationnelle des cliniques privées. Cet indicateur dépend du taux de profitabilité et du taux de rotation des capitaux investis, ce dernier étant moins utilisé pour analyser les résultats des entreprises. Cependant il joue un rôle tout aussi important que celui du taux de marge dans la formation du ratio de rentabilité.

Figure 21 - Décomposition du ratio de rentabilité économique



source : Stephany E., *Gestion Financière*, 1999, p.84

Le taux de rotation des actifs et le taux de marge représentent les déterminants de la performance globale des entreprises. Ces indicateurs financiers peuvent être influencés par les décisions des dirigeants. La rentabilité économique tient compte de trois principales variables opérationnelles de l'entreprise : le chiffre d'affaires total, le total des charges et les actifs utilisés qui sont mobilisés de la manière suivante dans l'équation de la rentabilité économique :

$$\text{Rentabilité économique nette} = ((\text{REX}-\text{FF})/\text{A}) = ((\text{REX} - \text{FF})/\text{CA}) \times (\text{CA}/\text{A})$$

Avec :

REX = résultat d'exploitation

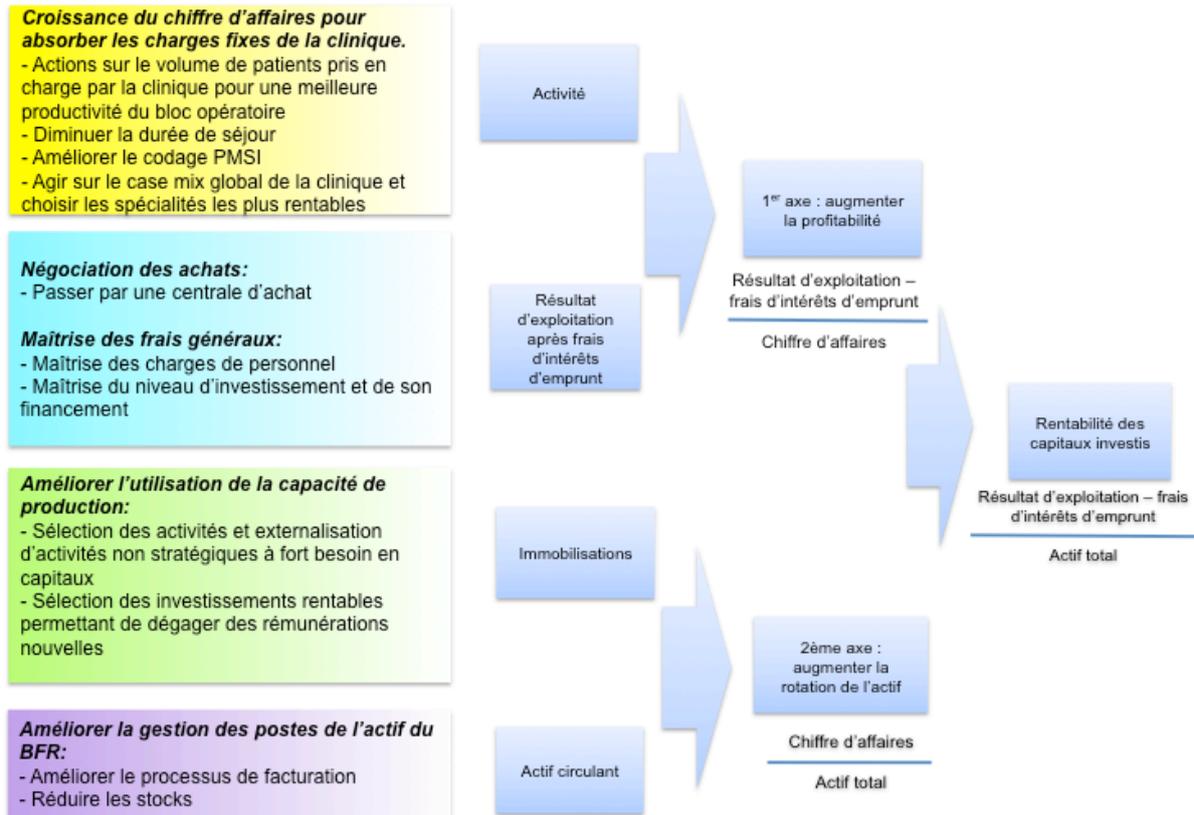
FF = frais financiers

CA = chiffre d'affaires

A = total des actifs

La relation présentée permet de déduire que les cliniques privées performantes sur ce ratio sont susceptibles de disposer, soit d'un taux de profitabilité élevé et d'une faible rotation des actifs, soit d'un faible taux de profitabilité et d'une rotation élevée des capitaux investis, ou dans le meilleur des cas, d'être profitable et d'obtenir une rotation rapide de ses actifs. La traduction opérationnelle de ces indicateurs en leviers de gestion peut s'illustrer comme suit.

Figure 22 - Des exemples de leviers généraux d'amélioration de la rentabilité économique des cliniques



source : figure adaptée de l'ouvrage de Michel Sion « Profession, Directeur financier », 2010, p.46

La figure, ci-dessus, illustre la diversité des leviers auxquels peuvent avoir recours les dirigeants de cliniques privées pour améliorer leur rentabilité. **Ils ne sont présentés, dans ces développements, que d'une manière très générale, ces derniers occupant une place centrale dans la suite de cette recherche.** Dans une optique d'analyse menée *a posteriori* de la performance, ces leviers correspondent dans nos analyses à des déterminants de la performance financière. Très succinctement, précisons qu'un taux de marge élevé des cliniques performantes, comparé à celui des autres entreprises du secteur, peut être le signe d'une meilleure organisation interne, d'une bonne maîtrise des coûts, d'une forte attractivité, ce ratio pouvant encore montrer la qualité distinctive des prestations fournies, *etc.* Un chiffre d'affaires élevé par rapport à un certain montant de charges, toute chose égale par ailleurs, permet à une clinique de mieux absorber ses coûts de structure comme les loyers, certaines charges de personnel, les coûts relatifs aux investissements par le biais des amortissements, *etc.*

De plus, un taux de rotation rapide des actifs d'un établissement peut être le signe d'une politique de minimisation des actifs investis réussie, c'est-à-dire d'une politique source d'économies de ressources qui peuvent être obtenues *via* une limitation des apports en fonds propres ou en dettes financières.

Elle peut emprunter trois voies :

- Une politique de location plutôt que d'acquisition, ce qui peut se traduire pour une clinique privée, par exemple, par le fait d'avoir financé plus de matériel par crédit-bail.
- Une politique d'allègement des immobilisations, qui consiste, pour les cliniques privées à limiter les investissements qu'elles réalisent ou à externaliser certaines activités non stratégiques consommatrices en capital telles que les fonctions hôtelières et logistiques qui peuvent être confiées à des prestataires extérieurs. Une étude de la Drees évaluait à 90 % la part des établissements privés à but lucratif ayant procédé à l'externalisation

des fonctions liées à la restauration, au linge et aux déchets pour partie ou en totalité en 2007. 75 % d'entre elles externalisent également des prestations techniques telles que la maintenance, les réparations ou la sécurité des bâtiments. Depuis le début de la décennie 2000, elles sont de plus en plus nombreuses (40 % en 2007 contre 30 % en 2003 à externaliser leurs activités médico-techniques (radiologie, laboratoire, blocs, *etc.*)¹¹³⁷.

- Une politique de réduction de l'encours de créances clients et des stocks qui peut consister par exemple à facturer les patients plus rapidement ou encore à réduire les stocks. Dans les cliniques privées, cette politique peut notamment passer par une amélioration du processus de facturation. Certaines cliniques privées enregistrent un délai moyen de recouvrement des créances de seulement trois jours.

En définitive, un établissement qui atteint un niveau de performance financière élevé démontre qu'il alloue mieux que les autres les ressources dont il dispose.

Le ratio du taux de marge, entrant dans la décomposition de la rentabilité économique, permet de favoriser, dans le calcul du score, les établissements qui génèrent le plus de résultats par rapport au montant des ressources dégagées par leur activité.

2.1.2. Le taux de marge, une mesure de la maîtrise des ressources dégagées par l'activité

Le taux de marge permet de mesurer l'aptitude d'une clinique privée à dégager une marge par rapport à l'ensemble de ses revenus. Le chiffre d'affaires des établissements privés est à 90 % dépendant des ressources de l'Assurance Maladie, les 10 % restant correspondant aux produits annexes de la clinique, par exemple, ceux liés aux chambres particulières, à la téléphonie, *etc.*, comme l'illustre l'exemple de la décomposition du chiffre d'affaires de la clinique du Parc présenté dans la figure suivante.

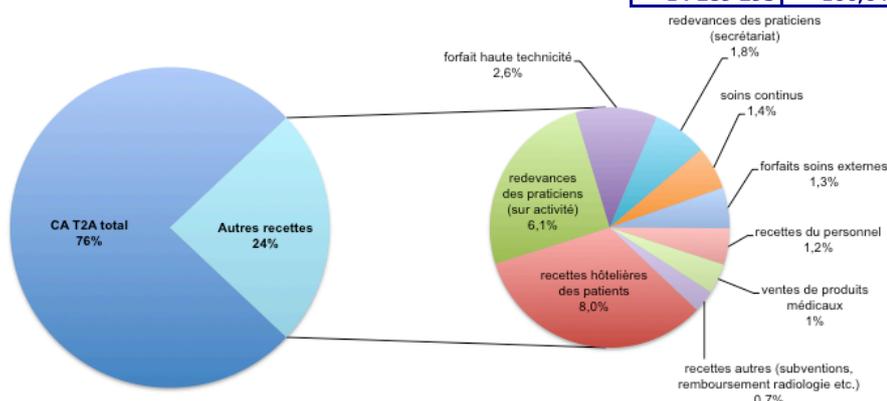
¹¹³⁷ CORDIER M. (2008), "Hôpitaux et cliniques en mouvement", *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.

La décomposition du chiffre d'affaires d'une clinique privée chirurgicale : une illustration des recettes de la clinique du Parc

Le chiffre d'affaires des cliniques peut être décomposé en deux grandes catégories recettes :

- la rémunération par la tarification à l'activité (T2A) soumise au niveau d'activité des praticiens. Elle représente environ 80% du chiffre d'affaires des cliniques.
- les autres recettes qui intègrent principalement les recettes hôtelières des patients (près de 10% des recettes), les redevances versées par les praticien(secrétariat et sur activité), la vente de produits médicaux, les forfaits soins externes, les soins continus, les forfaits « haute technicité », les recettes du personnel, les autres recettes (subventions, remboursement radiologie etc.).

| | € | % |
|---|-------------------|---------------|
| CA T2A total | 10 858 896 | 76,0% |
| Recettes hôtelières des patients | 1 136 227 | 8,0% |
| Redevances des praticiens (sur activité) | 866 658 | 6,1% |
| Forfait haute technicité | 377 333 | 2,6% |
| Redevances des praticiens (secrétariat) | 253 899 | 1,8% |
| Soins continus | 200 000 | 1,4% |
| Forfaits soins externes | 187 833 | 1,3% |
| Recettes du personnel | 168 556 | 1,2% |
| Ventes de produits médicaux | 138 558 | 1,0% |
| Recettes autres (subventions, remboursement radiologie etc.) | 101 333 | 0,7% |
| Total autres recettes | 3 430 397 | 24,0% |
| | 14 289 293 | 100,0% |



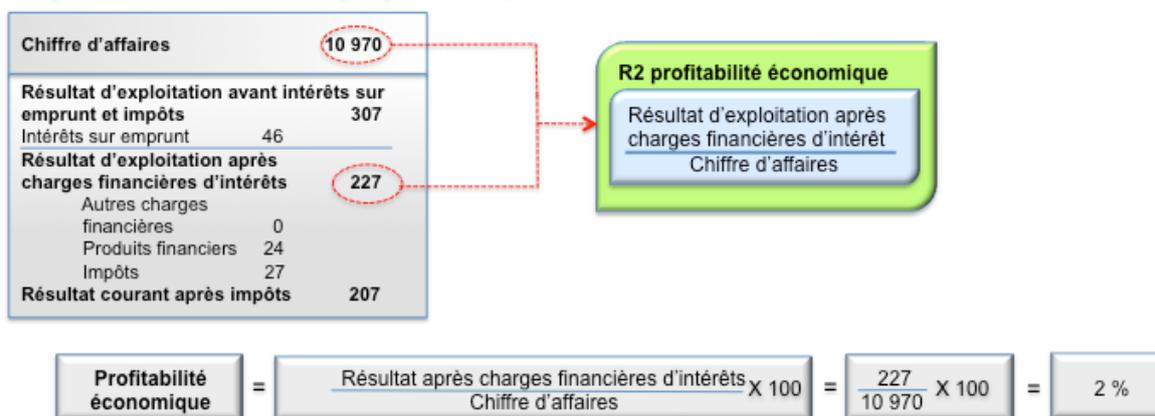
Source : Mémoire d'étudiant de Master 2, Ifross, Université Jean Moulin Lyon 3, 2010

Dans un contexte de rationnement du chiffre d'affaires et dans un secteur où les charges induites par la mise aux normes sont de plus en plus nombreuses et coûteuses en matière de personnel et de sécurité, ce ratio favorise, dans notre score, les cliniques qui obtiennent une marge d'exploitation élevée en comparaison des autres établissements du secteur privé commercial. Par exemple, une clinique qui gagnerait un million d'euros pour un chiffre d'affaires de dix millions serait considérée, dans notre classement, comme une clinique plus performante que celle qui engrange 5 millions d'euros pour un chiffre d'affaires de 100 millions. L'exploitation de cette deuxième clinique, malgré une grosse activité, ne lui permettrait de gagner seulement 5 % de son chiffre d'affaires, en comparaison de la première qui générerait une marge de 10 %.

La figure suivante apporte une aide à la compréhension du calcul du ratio de profitabilité économique (R2) des cliniques privées.

Figure 23 - Le ratio de profitabilité économique (R2)

Compte de résultat médian des cliniques privées MCO, année 2006

source : figure adaptée de l'ouvrage de Ciaran Walsh, *Les ratios clés du management*, 2005, pp.49-94

Le résultat d'exploitation après charges financières d'intérêt a été sélectionné au numérateur de ce ratio pour les mêmes raisons que celles évoquées précédemment dans la présentation du ratio de rentabilité économique. **C'est sur la base de cet agrégat que peut être mesuré le risque d'exploitation des cliniques.** Celui-ci est défini par Bernard Colasse¹¹³⁸, comme le risque lié à la variabilité du résultat d'exploitation. Le taux de marge indique l'habileté des dirigeants d'établissements à gérer les ressources dégagées par l'activité de production et/ou à dégager les ressources nécessaires pour absorber leurs charges fixes.

Le ratio de profitabilité économique net, calculé à partir du résultat d'exploitation, est préféré à celui brut, calculé à partir de l'excédent brut d'exploitation (EBE) car l'EBE ne tient pas compte de l'ensemble des coûts fixes des cliniques. L'EBE n'intègre pas dans son calcul les frais relatifs à l'investissement des cliniques qui, dans le compte de résultat, correspondent aux amortissements. **Le ratio auquel nous avons recours est indifférent à la forme de la fonction de production** (à la répartition des facteurs travail et capital). Par ailleurs, il permet d'éliminer les difficultés liées aux différences constatées dans la structure du compte de résultat des cliniques privées. En effet, certaines cliniques privées ayant revendues, comme nous avons eu l'occasion de le voir, leurs murs à des sociétés foncières, d'autres n'étant pas propriétaires de leurs murs, ceux-ci étant détenus par une société civile immobilière (SCI), les cliniques privées versent des loyers dont on tient compte dans le calcul de l'EBE puisqu'ils sont classés en comptabilité parmi les charges externes. En revanche, les établissements propriétaires de leurs murs amortissent leur immobilier qui n'est pas pris en compte dans le calcul de l'EBE. Ces montants sont reportés au compte de résultat parmi les dotations aux amortissements d'exploitation.

Enfin, notons qu'à la place de l'agrégat du chiffre d'affaires, dénominateur de ce ratio, nous aurions pu retenir celui de la valeur ajoutée, mesurant la progression ou la régression de l'activité réalisée par l'entreprise elle-même. Le choix de ce dénominateur, retenu par la Centrale de bilans de la Banque de France, est pertinent pour les entreprises qui sous-traitent une part importante de leur activité de production. Deux principales raisons expliquent notre choix. Le chiffre d'affaires représente le ratio le plus couramment mobilisé dans les études financières des cliniques privées, dans la littérature généraliste et celle anglo-saxonne. De plus, il est plus aisé à la compréhension du profane.

¹¹³⁸ COLASSE B. (2008), *L'analyse financière de l'entreprise*, Repères, La Découverte, 122 p.

2.1.3. La rentabilité financière, un indicateur d'une bonne gestion à coupler à l'analyse d'autres ratios financiers

La rentabilité financière, dite « rentabilité des capitaux propres » ou encore « rendement des fonds propres », établit le rapport entre le revenu net appropriable par les actionnaires et le stock de capitaux avancés par ceux-ci (Cf. figure ci-dessous). La totalité des capitaux propres appartenant à la clinique privée, cette dernière appartenant elle-même à ses actionnaires ordinaires, les capitaux propres sont, de fait, la propriété des actionnaires¹¹³⁹. Plus précisément, ils correspondent aux droits des propriétaires dans les actifs de l'entreprise après déduction de l'ensemble de ses passifs, et correspondent ainsi la valeur comptable de la firme¹¹⁴⁰. Ils comprennent, principalement, les apports de fonds des actionnaires (capital social), et les bénéfices engendrés par l'activité de l'entreprise qui pourront être éventuellement réinvestis (réserves)¹¹⁴¹.

Les actionnaires étant intéressés à la qualité du travail accompli par les dirigeants dans l'utilisation de leurs capitaux, l'équation de la rentabilité financière, inventée par les analystes, permet de vérifier l'efficacité du management dans l'allocation des ressources apportées par ces derniers¹¹⁴². Disposer d'une rentabilité élevée permet à l'entreprise de satisfaire les actionnaires actuels et convaincre de nouveaux investisseurs, le cas échéant, d'investir dans l'entreprise et garantit un financement équilibré de l'entreprise. En effet, les bénéfices mis en réserve constituent une ressource permettant de financer le développement de l'entreprise. Comme le précise Michel Sion, « Si une entreprise n'est pas contrainte de recourir sans cesse à de nouveaux financements externes, elle maîtrise davantage son destin »¹¹⁴³. En conséquence, l'actionnaire dont la priorité est davantage la pérennité de l'entreprise que sa rentabilité, doit définir des exigences de rentabilité au même titre que l'investisseur financier¹¹⁴⁴. Les établissements de santé privés, comme l'ensemble des organisations indépendamment de leur statut, ont un impératif de rentabilité, leur pérennité étant un enjeu de santé publique important, ceux-ci, répondant à des besoins de santé définis par l'Etat. Ainsi, elle est définie dans ces travaux comme une notion économique et est considérée comme une vertu¹¹⁴⁵.

Selon Marie Buffet et David Clark, reprenant les propos de Warren Buffet rédigés dans des cahiers de notes sur l'investissement, un rendement du capital élevé signifie que l'entreprise fait un bon usage des bénéfices qu'elle ne distribue pas, et qu'au fil du temps, ce rendement élevé s'accumule augmentant ainsi la valeur sous-jacente de cette entreprise. En effet, sa valeur diminue du montant versé chaque année en dividendes. En France, la distribution de dividendes n'est soumise à aucune obligation légale¹¹⁴⁶. L'entreprise peut proposer à l'assemblée des actionnaires le non versement de dividendes pour faire face à une conjoncture difficile ou pour financer des projets importants. Les cliniques privées sont soumises à cette législation et possède cette liberté de distribution des bénéfices. Pour autant, cette liberté est discutée par de nombreux acteurs du secteur de la santé. Les valeurs morales attachées à l'existence d'un secteur privé à but lucratif n'est pas discuté dans ces travaux. A l'image d'Isabelle Durand Walewski, nous considérons que la notion de profit est légitimée dès lors que l'on accepte la participation du secteur privé à la production de soins¹¹⁴⁷.

¹¹³⁹ BUFFET M. et CLARCK D. (2009), *Warren Buffet et l'interprétation des états financiers, La recherche de sociétés durablement profitables*, Maxima, Laurent Du Mesnil Editeur, pp.163-164

¹¹⁴⁰ HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, p. 53

¹¹⁴¹ STEPHANY E. (1999), *Gestion financière*, Economica, p. 65

¹¹⁴² BUFFET M. et CLARCK D. (2009), *Warren Buffet et l'interprétation des états financiers, La recherche de sociétés durablement profitables*, Maxima, Laurent Du Mesnil Editeur, p. 162

¹¹⁴³ SION M. (2010), *Profession, Directeur financier*, Dunod, p. 43

¹¹⁴⁴ Ibid., p. 45

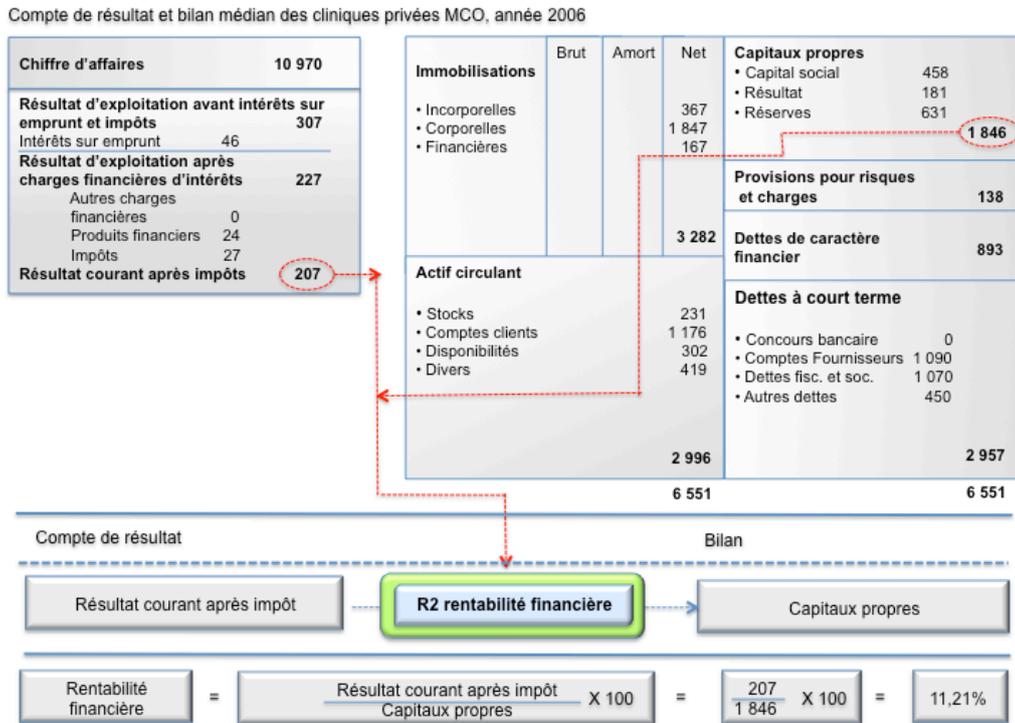
¹¹⁴⁵ CLUB DES QUINZE SANTÉ, *Hospitalis*, automne 2006, n°1, p. 4

¹¹⁴⁶ Le montant des dividendes versés par toute entreprise à ses actionnaires est voté lors de l'assemblée générale des actionnaires qui décide de l'affectation du résultat sur proposition du conseil d'administration ou du conseil de surveillance.

¹¹⁴⁷ DURAND-ZALEWSKI I. (2006), "Trois questions à ... Isabelle Durand Zalewski", *Hospitalis*, n°1, p. 4

L'importance attachée par Warren Buffet à la rentabilité financière dans la détection des entreprises possédant un avantage compétitif durable, ou encore par Ciaran Walsh pour qui ce ratio est « *le plus important de toute la finance d'entreprise* »¹¹⁴⁸, et d'une manière générale, par l'ensemble des analystes financiers comme mesure de performance financière, souligne la pertinence de son utilisation dans notre recherche.

Figure 24 - Le ratio de rentabilité financière (R3)



source : figure adaptée de l'ouvrage de Ciaran Walsh, *Les ratios clés du management*, 2005, pp.49-94

De manière traditionnelle, la rentabilité financière est calculée à partir du résultat net, qui exprime la différence entre le total des produits et le total des charges des cliniques. Dans ces travaux, elle est mesurée par le résultat courant après impôt, un résultat « normal » dégagé par les activités courantes de l'entreprise. Celui-ci est obtenu en ajoutant au résultat d'exploitation les produits financiers et en lui soustrayant les charges financières et l'impôt sur les sociétés¹¹⁴⁹. L'avantage de cet agrégat est qu'il est retraits des valeurs non récurrentes. En revanche, il ne tient pas compte de potentiels transferts de charges d'exploitation ou financières en charges exceptionnelles. Au dénominateur du ratio, le total des capitaux propres des cliniques n'est pas retraits.

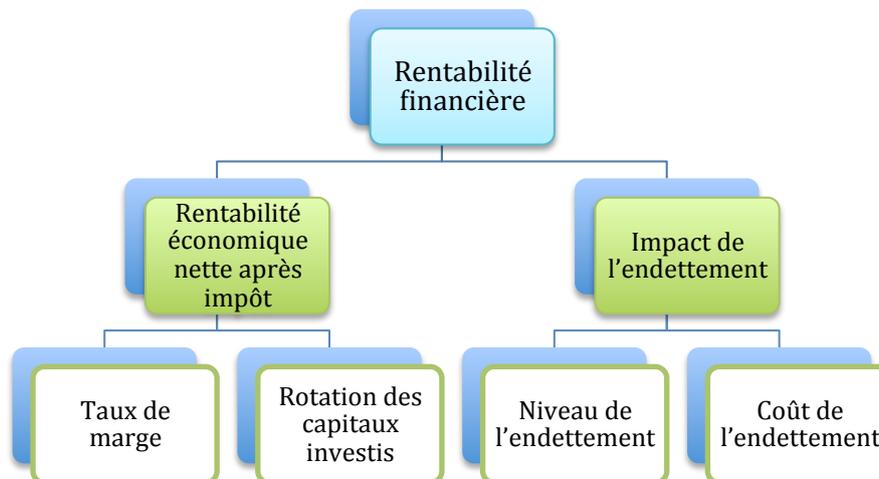
Le taux de rentabilité financière varie en fonction de la rentabilité économique nette (après impôt) des capitaux engagés, du coût du financement de ces capitaux et du taux d'endettement de l'entreprise (dettes / capitaux propres). **Elle intègre une mesure du risque financier encouru par toutes entreprises, ce dernier découlant de l'endettement et du risque économique.** Le risque financier est lié à la structure financière de l'entreprise et il augmente avec l'endettement. **Il est analysé à travers la notion d'effet de levier d'endettement, permettant d'identifier l'incidence positive ou négative de l'endettement sur le taux de rentabilité financière**¹¹⁵⁰.

¹¹⁴⁸ WALSH C. (2005), *Les ratios clés du management*, Village Mondial, 3^{ème} édition, p. 62

¹¹⁴⁹ HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, p. 194

¹¹⁵⁰ STEPHANY E. (1999), *Gestion financière*, Economica, p. 100

Figure 25 - La décomposition du ratio de rentabilité financière



Sa formalisation s'exprime comme suit :

$$R_f = R_e + (R_e - i) D/CP$$

Avec :

R_f = rentabilité financière des capitaux propres

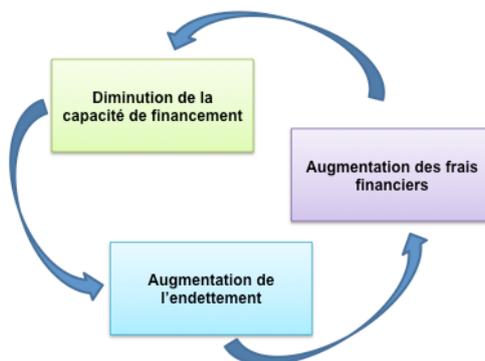
R_e = rentabilité économique nette après impôts des capitaux engagés (capitaux propres + dettes financières)

D = dettes financières

CP = capitaux propres

Les choix des cliniques en matière d'endettement dépendent donc du niveau de leur rentabilité économique. Si celle-ci est supérieure au coût de financement par la dette, un établissement aura intérêt à s'endetter car le levier positif améliorera la rentabilité de ses capitaux propres. Dans le cas inverse où le levier est négatif (le coup de massue), l'endettement aura un impact négatif sur sa rentabilité financière. **Par ce mécanisme, une clinique privée peut donner l'illusion qu'elle dispose d'un avantage compétitif durable, alors qu'en réalité, elle recourt à une grande quantité de dette, qui pendant un temps améliore ses résultats. Le problème posé par ce mécanisme est celui de la durabilité de ces flux de revenus générés grâce au levier.** Si l'établissement s'endette fortement et que les ressources supplémentaires engagées dans son activité ne lui rapportent pas davantage que le montant des intérêts qu'il verse, il sera dans l'obligation de poursuivre le remboursement des intérêts et de procéder à l'amortissement de ces investissements avec des moyens réduits. Cette situation risque de le fragiliser et peut le conduire dans la spirale du surendettement.

Figure 26 - La spirale du surendettement



source : Michel Sion, *Profession, Directeur financier*, 2010, p.65

En définitive, une clinique privée financièrement performante au regard du seul ratio de rentabilité financière ne représente pas nécessairement une entreprise « exceptionnelle ». Du moins, elle peut en avoir l'apparence sans le contenu, c'est-à-dire n'être en réalité qu'une coquille vide, cette expression n'étant pas employée dans son sens comptable et fiscal, la notion de coquille vide désignant dès lors une société dormante, mais d'une société dont l'avantage concurrentiel n'est qu'illusoire. De ces développements se dégage la nécessité de coupler l'étude de la rentabilité financière à celle d'autres indicateurs, comme celui du taux de marge qui apporte, pour sa part, un éclairage sur la performance de l'activité des cliniques privées.

2.1.4. La gestion des ressources en personnel, la source d'un véritable avantage concurrentiel

Les cliniques privées cumulent les caractéristiques d'être à la fois des entreprises fortement capitalistiques et des entreprises de main d'œuvre. Au regard du poids important des charges liées à l'emploi, le rythme des investissements doit être optimisé afin d'éviter qu'un renouvellement trop rapide ne pèse de manière importante sur la trésorerie des cliniques et sur leurs résultats, ou que, dans une situation inverse, un vieillissement des immobilisations, lié à rythme de renouvellement trop faible, ne soit préjudiciable à leur compétitivité. **Au regard de ces éléments, nous pouvons déduire que les cliniques privées les plus performantes sont celles qui maîtrisent le mieux le niveau de ces charges et celles dont les coûts de fonctionnement sont les moins élevés relativement aux revenus qu'elles dégagent.** Le ratio de charges de personnel dans la valeur ajoutée a été retenu dans le calcul du score de performance pour son pouvoir discriminant.

Afin de comprendre ce fort enjeu lié à la maîtrise des charges de personnel des cliniques privées, rappelons ces paroles de Jean Halligon prononcées lors d'un colloque organisé par le GIE Club des Quinze Santé : « *Dans les cliniques privées le principal investissement des cliniques, c'est l'homme et la compétence au sein des cliniques privées* »¹¹⁵¹. **En effet, le poste de charges de personnel est le plus fort parmi l'ensemble des consommations de la société d'exploitation et représente 60 % à 70 % de leur budget**¹¹⁵². **Durant la dernière décennie, ce poste a connu des évolutions majeures qui agissent sur le niveau de ces charges, rendant parfois leur maîtrise difficile.** Entre 1997 et 2005, le secteur hospitalier privé à but lucratif a connu une augmentation des effectifs des personnels soignants de 2,4 %, une hausse à

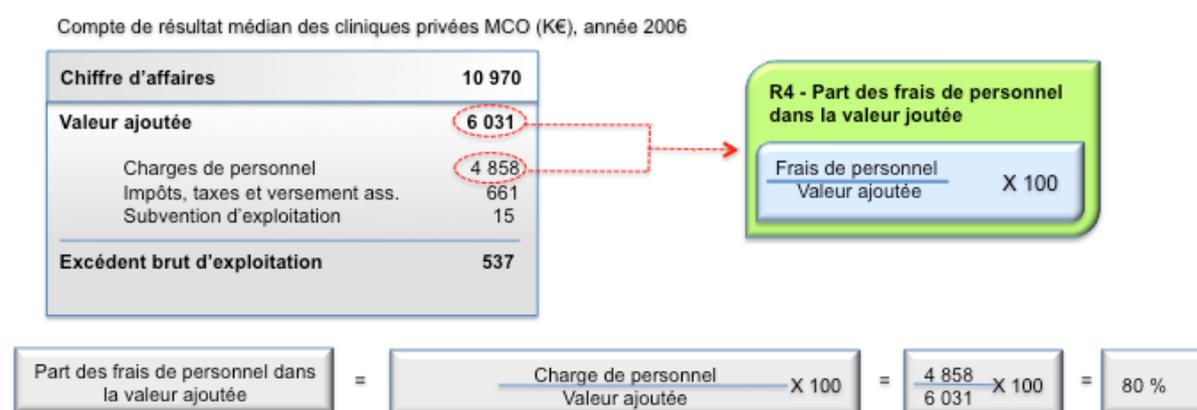
¹¹⁵¹ HALLIGON J. (2007), *Les établissements hospitaliers de demain*, GIE, club des Quinze-santé, p. 7

¹¹⁵² Ibid., p. 7

laquelle la mise en place des trente-cinq heures a largement contribué¹¹⁵³. En revanche, sur la même période, il a enregistré une baisse des effectifs des emplois techniques en raison des externalisations croissantes des fonctions logistiques. Précisons que ces coûts ne disparaissent pas pour la clinique. Ils font simplement l'objet d'un transfert du poste des frais de personnel à celui des autres achats et des charges externes sous forme de frais liés à la sous-traitance¹¹⁵⁴. Ces dernières années, les cliniques MCO ont également vu leurs contraintes augmenter en raison de la croissance de la réglementation liée aux normes de personnel. **Ces normes peuvent rendre les ajustements de main d'œuvre difficiles. Par exemple, en chirurgie ambulatoire, les normes en personnel fixent le taux d'encadrement à un infirmier pour cinq patients¹¹⁵⁵. Les cliniques revendiquent actuellement la modification de ce ratio de personnel. Les représentants des cliniques privées souhaitent qu'il soit ramené à une infirmière pour huit patients¹¹⁵⁶.**

Les cliniques financièrement performantes sont celles qui observent une part des charges de personnel faible par rapport au montant de la valeur ajoutée. Ces établissements seront les mieux valorisés dans le classement des établissements.

Figure 27 - Représentation simplifiée du ratio R4 - Part des frais de personnel / Valeur Ajoutée



source : figure adaptée de l'ouvrage de Ciaran Walsh, *Les ratios clés du management*, 2005, pp.49-94

Le calcul des charges de personnel intègre le montant total des rémunérations du personnel des cliniques privées et celui des charges sociales qu'elles induisent. **Les charges d'intérim et les autres frais de personnels afférents à la sous-traitance ne sont pas retraités ni intégrés au calcul du montant des charges de personnel.** L'agrégation des postes de la comptabilité générale au niveau du compte de résultat ne permet pas de les identifier. Ces charges supplétives figurent, au compte de résultat, parmi le poste des « autres achats et charges externes ».

Précisons, enfin, que le chiffre d'affaires représente un autre agrégat qui aurait pu être utilisé au dénominateur de ce ratio, le choix de la valeur ajoutée étant préféré. En effet, comparée aux moyens mis en œuvre (personnel, équipements), la valeur ajoutée, représentant la différence entre la production et la consommation des entreprises envers les tiers, est plus à même de rendre compte de l'efficacité des moyens d'exploitation des cliniques privées.

¹¹⁵³ VASSELLE A. et CAZEAU B. (2008), *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) et de la commission des Affaires sociales sur la gestion de l'hôpital*, Rapport au Sénat, 33 p.

¹¹⁵⁴ Ibid., p. 33

¹¹⁵⁵ Décret du 2 octobre 1992 définissant le nombre et la qualification du personnel repris dans les articles D 6324-303 et 305 du code de la Santé Publique.

¹¹⁵⁶ PODEUR A. (2008), "La chirurgie à la croisée des chemins", *Regards de la FHP*, n°57, pp. 6-9.

2.1.5. L'autonomie financière : un ratio de mesure de la vulnérabilité des cliniques privées

L'autonomie financière des cliniques privées peut être mesurée à partir de plusieurs formules de ratios, comme celle, la plus souvent mobilisée dans les études, des dettes à moyen et long terme / capitaux propres, celle-ci correspondant au levier financier, étudié précédemment¹¹⁵⁷. Ces ratios permettent de juger la solidité financière des entreprises en offrant une mesure de la répartition des capitaux de long terme au sein du bilan, en distinguant ceux qui viennent des propriétaires de ceux qui ont été empruntés. Notre score de performance financière prend en compte un autre ratio d'autonomie financière, celui de la part des capitaux propres dans les capitaux permanents. Les capitaux permanents représentent l'ensemble des éléments du passif dont l'échéance est la plus lointaine. Ils comprennent les capitaux propres¹¹⁵⁸ et les dettes à plus d'un an d'échéance¹¹⁵⁹.

La plupart des cliniques fonctionnant avec un besoin en fonds de roulement négatif, cette situation se traduisant, dans les comptes, par une trésorerie largement positive, de nombreux établissements ont fonctionné, et fonctionne encore de nos jours avec des capitaux propres minimums. Un besoin en fonds de roulement très faible ou négatif représente un facteur stratégique très favorable¹¹⁶⁰ au développement des cliniques privées qui peuvent financer leur croissance sans recours à des capitaux extérieurs, en quelque sorte, en « détournant » les ressources du crédit interentreprises¹¹⁶¹ à leur profit. L'avantage de ce mode de financement est qu'il n'est pas coûteux. En revanche, il représente une aberration tant sur le plan de l'orthodoxie financière¹¹⁶² que sur celui de la pratique, certains risques, à terme, telle qu'une baisse d'activité pouvant déstabiliser leur structure financière, et mettre en jeu la continuité de leur exploitation.

Comme le soulignent les professionnels du secteur, les cliniques privées actuellement les plus vulnérables sont celles qui manquent de capitaux propres, nombre d'entre elles ayant été constituées avec des fonds propres minimums sans être recapitalisées par la suite. Cette insuffisance de fonds propres a des conséquences négatives sur leur capacité d'endettement qui diminue¹¹⁶³ et les place en bon candidat dans les opérations de rachats pour celles qui sont encore indépendantes. En raison de l'insuffisance de fonds propres de nombreuses cliniques, dans ces travaux, nous retenons la formule des capitaux propres / capitaux permanents comme mesure discriminante car si un ratio qui n'est pas bon peut être le signe d'un problème à venir grave qui s'il ne met pas en péril la clinique, peut au moins mettre en jeu son indépendance financière. Notre hypothèse est confortée par les études empiriques validant partiellement certaines propositions des cadres théoriques portant sur le choix de financement des investissements. Selon Christian Hoarau, ces analyses mettent en évidence, parmi d'autres observations, que les entreprises les moins endettées sont les plus rentables¹¹⁶⁴. Dans le cadre de l'analyse de notre ratio d'autonomie financière, elles témoignent de l'importance pour les cliniques de compter parmi leurs ressources de financement à long terme, une part importante de capitaux propres.

¹¹⁵⁷ COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, p. 284

¹¹⁵⁸ Pour une définition des capitaux propres, le lecteur pourra se reporter à l'analyse du ratio de rentabilité financière exposée précédemment.

¹¹⁵⁹ STEPHANY E. (1999), *Gestion financière*, Economica, p. 98

¹¹⁶⁰ VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, 1176 p.

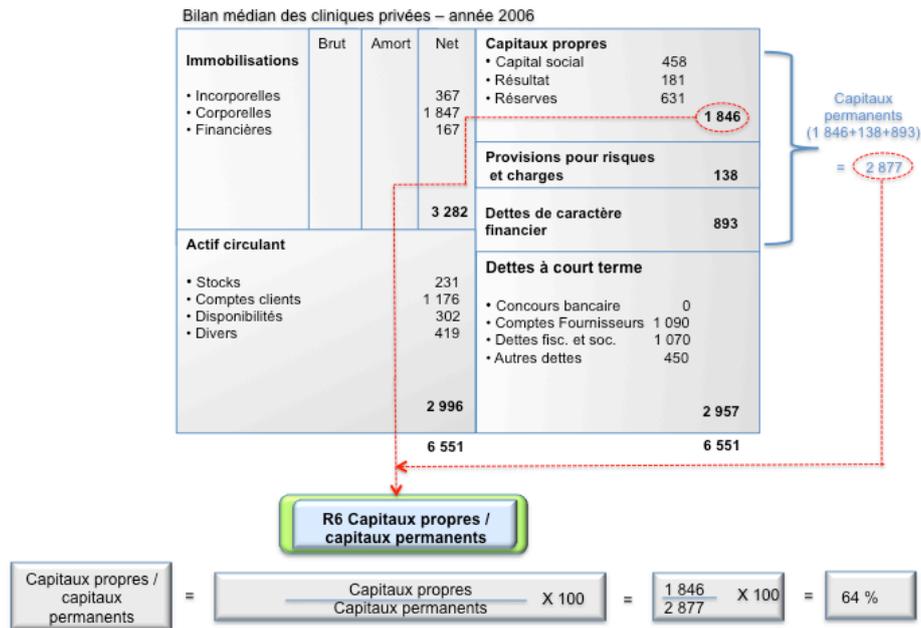
¹¹⁶¹ Le crédit interentreprises correspond au crédit que les entreprises s'accordent entre elles implicitement à travers les délais de paiement consenti par une entreprise à ses clients. Dans cette situation, les fournisseurs prennent en quelque sorte le rôle de banquier en accordant des délais de paiement des fournitures reçues. Sur ce point, le lecteur pourra se reporter à la référence suivante: COTENTIN C., « Délais de paiement : de l'air pour les PME », *Alternative Économique*, Les rouages de l'entreprise, Hors série n°81 bis, p. 40

¹¹⁶² VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, 1176 p.

¹¹⁶³ JACQUELOT S., « Cliniques : poursuite de restructurations sous les contraintes économiques », *Le Quotidien du Médecin*, 2 mai 2001, en ligne (www.quotimed.com), consulté le 28 janvier 2008

¹¹⁶⁴ HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, 387 p.

Figure 28 - Une représentation simplifiée du ratio d'autonomie financière R5 - Capitaux propres / Capitaux permanents



source : figure adaptée de l'ouvrage de Ciaran Walsh, *Les ratios clés du management*, 2005, pp.49-94

La figure précédente offre une représentation simplifiée du bilan des cliniques privées et du calcul du ratio d'autonomie financière (R5). La lecture du bilan financier classe les postes du passif du bilan selon leur exigibilité croissante à partir du haut de bilan et distingue les capitaux permanents des dettes à moins d'un an. **Conformément aux retraitements préconisés du bilan financier, les provisions pour risques et charges ont été ajoutées aux dettes à plus d'un an, parce qu'elle représentent des dettes probables des cliniques privées.** En revanche, ne disposant pas des annexes des états financiers, la distinction entre les provisions pour risques et charges à court terme et celles à long terme n'a pu être prise en compte dans ces travaux.

De nouveaux traitements statistiques ont été élaborés en recourant à ces cinq indicateurs de performance financière des cliniques privées. L'analyse suivante présente les résultats de ces statistiques et le score final utilisé dans cette recherche.

2.2. La détermination statistique du score : la modélisation retenue

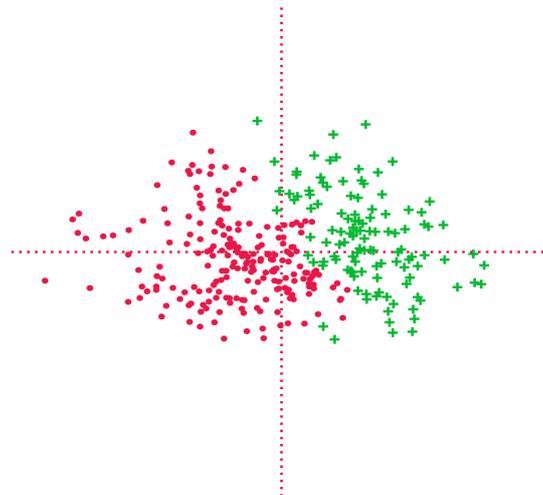
L'identification par les statistiques des cliniques privées performantes nécessite un travail en plusieurs étapes. Le premier temps de l'analyse est celui du choix des ratios financiers qui a été discuté dans le paragraphe précédent. La deuxième étape est celle de la mise en œuvre de traitements statistiques pour parvenir à un classement satisfaisant des cliniques privées. Selon nous, un classement est considéré satisfaisant s'il est cohérent avec les hypothèses que nous avons émises sur l'interprétation des ratios financiers le composant. Ce paragraphe est dédié à la présentation des analyses statistiques, les limites de ce score étant discutées par la suite.

2.2.1. L'identification de deux groupes de cliniques réalisée au moyen d'une classification hiérarchique ascendante (CAH)

La classification hiérarchique ascendante est une méthode statistique qui permet de calculer les distances entre des éléments indépendants et regroupe parmi l'ensemble de ces éléments les deux points (dans ces travaux, les deux établissements) les plus proches du point de vue de leurs résultats financiers. Ce processus est réalisé selon un mode itératif par le logiciel statistique jusqu'à parvenir à la constitution de grands groupes. **La méthode a pour objectif de dégager des groupes significatifs de cliniques privées sur la base des ratios financiers intégrés dans ce traitement.** L'analyste est confronté au choix de laisser le logiciel statistique définir seul le nombre de groupes optimal ou d'intervenir dans le traitement statistique en choisissant le nombre de groupes. Afin de faciliter les analyses statistiques menées ultérieurement dans ces travaux, nous avons opté pour une classification en deux groupes qui nous permet d'opposer un groupe à l'autre : le premier comprend des cliniques en situation financière favorable, le deuxième rassemble celles dont la situation financière est défavorable.

Les résultats de la classification hiérarchique ascendante ont été confirmés visuellement par une analyse en composante principale (ACP) à deux axes. Le graphe de l'ACP vérifie la séparation entre les deux groupes définis par la CAH. A l'issue du traitement statistique, nous constatons que la CAH discrimine de façon satisfaisante les groupes qui apparaissent bien distinctement dans le graphique de l'ACP.

Graphe 13 - ACP réalisée sur la base de la CAH à deux groupes



L'avantage de la CAH réside dans le fait que l'analyste n'a pas à donner du sens aux axes et les groupes sont définis par la méthode statistique. Si seule une ACP avait été menée, nous aurions dû procéder à l'analyse du contenu des axes et à la définition des groupes. La CAH facilite l'interprétation des données financières. Les indicateurs retenus dans le modèle expliquent 60 % de la variance des résultats financiers des cliniques privées, ce qui signifie qu'il existe d'autres critères déterminants du niveau de performance financière des cliniques privées non pris en compte dans cette recherche.

Les caractéristiques des deux groupes sont analysées dans le paragraphe suivant.

2.2.2. Un score de performance financière déterminé au moyen d'une analyse en composante principale (ACP)

Quelles sont les caractéristiques de chacun des groupes déterminés statistiquement ? Pour faciliter l'interprétation des groupes, nous avons eu recours à deux modélisations statistiques, celle de la régression logistique et celle de l'analyse en composante principale. La régression logistique est une technique d'analyse multivariée qui a pour objectif, dans nos travaux, de mettre en évidence les variables qui expliquent au mieux les variations entre les groupes de chacun des modèles. Ce type d'analyse permet de prédire l'appartenance des cliniques à l'un ou l'autre de deux groupes définis précédemment grâce à la classification hiérarchique ascendante. La réalisation de l'ACP présentée dans le paragraphe précédent permet également de déterminer une équation distinguant les caractéristiques des deux groupes. Cette méthode est celle qui permet, selon nous, d'aboutir au meilleur classement des cliniques privées, les coefficients de l'équation confirmant les hypothèses formulées précédemment dans l'interprétation de ces ratios.

L'interprétation de deux fonctions déterminées statistiquement pour discriminer les cliniques privées est introduite dans les paragraphes suivants.

2.2.2.1. Un premier classement non satisfaisant déterminé à partir d'une régression logistique

La régression logistique est effectuée en utilisant comme variables explicatives les facteurs qui ont servi à déterminer les groupes. L'interprétation de la régression logistique est facilitée par la présence de seulement deux groupes. En effet, la variable à expliquer est une variable booléenne c'est-à-dire codée de façon binaire (1 = appartient au groupe n°1 ou 0 = n'appartient pas).

L'équation de la régression logistique obtenue permet de définir la probabilité d'appartenance d'une clinique à l'un des deux groupes sur la base de l'analyse :

- du signe des coefficients dans l'équation de la régression,
- de l'importance de chacun des coefficients,
- de la comparaison entre les groupes

Notons que l'équation obtenue dans le cadre de la régression logistique ne conserve, en définitive, que les indicateurs statistiquement significatifs. Les indicateurs n'apparaissant pas dans l'équation n'expliquent peu ou pas la probabilité d'appartenance à l'un des groupes.

La fonction suivante détermine les caractéristiques du groupe 1. Celles du deuxième groupe sont définies par opposition à celles du groupe 1.

$$f_{(g1)} = -3,65R2 - 0,9R3 + 1,5R4 + 0,45R5$$

L'équation montre que les ratios R2, le taux de marge nette et R4, la part de charges de personnel dans la valeur ajoutée sont ceux qui différencient le plus fortement les deux groupes entre eux, puis viennent R3, le ratio de rentabilité financière, et, dans une moindre mesure R5. Le ratio R1 mesurant le taux de rentabilité économique des cliniques privées n'apparaît pas dans l'équation, ce qui indique que sa présence n'apporte pas d'information complémentaire pour différencier les deux groupes.

Tableau 54 - Régression logistique sur les groupes définis à partir des ratios d'exploitation : interprétation des signes des coefficients sur les établissements du groupe 1

| N° | Indicateurs | Formules |
|----|--------------------------------------|--|
| R2 | Taux de marge nette | Le coefficient négatif indique que plus le ratio est élevé, moins un établissement a de chance de se classer dans le groupe 1. |
| R3 | Rentabilité financière | Le coefficient positif indique que plus la valeur du ratio est élevée, plus l'établissement aura de chance de se classer dans le groupe 1. |
| R4 | Valeur ajoutée revenant au personnel | Le coefficient positif qui indique plus la valeur du ratio est fort, plus l'établissement aura de chance de se classer dans le groupe 1. |
| R5 | Autonomie financière | Un coefficient négatif indique que plus le ratio est important, plus un établissement a de chance de se classer dans le groupe 1. |

Les cliniques qui appartiennent au groupe 1 ont donc plus de chance de constater un faible taux de marge, une rentabilité financière élevée, une part élevée des charges de personnel dans la valeur ajoutée et une autonomie financière élevée. Par opposition, les cliniques du groupe 2, ont au contraire, plus de chance de connaître un taux de marge et une rentabilité financière faible, des charges de personnel faibles par rapport à aux autres cliniques de l'échantillon.

Cette partition des groupes n'est, selon nous, pas satisfaisante. Le tableau suivant présentant les résultats de ce classement confirme nos premières observations réalisées sur la base du contenu des groupes.

Tableau 55 - Un classement non satisfaisant élaboré sur la base de la classification hiérarchique ascendante

| Rang | Score | R1 (rés. d'exploit - frais financiers)/total actif | R2 (rés. d'exploit - frais financiers)/CA | R3 Résultat courant avant impôt / capitaux propres | R4 Charges de personnel / valeur ajoutée | R5 Capitaux propres / capitaux permanents |
|------|--------------|--|---|--|--|---|
| 1 | -112,3666534 | -0,138763532 | -0,054310035 | -0,040786814 | 0,949169636 | -226,1577911 |
| 2 | -21,11212921 | 0,13916342 | 0,068796575 | 23,94668007 | 0,791175544 | 0,597684801 |
| 3 | -10,07239532 | 0,078693226 | 0,033709511 | 11,5470705 | 0,806976705 | 0,083309114 |
| 4 | -6,672988892 | -0,296649814 | -0,12504901 | -0,1195485 | 0,920482337 | -15,40701008 |
| 5 | -5,599253654 | -0,041798599 | -0,015923552 | -0,04680372 | 0,887702048 | -12,28829002 |
| 6 | -5,117198467 | -0,198424116 | -0,064645857 | -0,272081345 | 0,994808376 | -12,19733143 |
| 7 | -3,412546158 | 0,031168057 | 0,010656817 | -0,190403119 | 0,775387228 | -7,864344597 |
| 8 | -2,8980546 | -0,32330367 | -0,109178714 | -0,089396559 | 1,021682501 | -7,786627769 |
| 9 | -2,544446707 | -0,504206955 | -0,212623104 | 0,678227782 | 1,81329 | -9,696404457 |
| 10 | -2,009011507 | -0,061652508 | -0,009307505 | 0,69519496 | 0,942358851 | -3,777906656 |
| 11 | -1,844821453 | 0,02892011 | 0,015574272 | 2,590037346 | 0,793274581 | 0,294399321 |
| 12 | -1,758300662 | 0,02714514 | 0,011966264 | 2,331496954 | 0,872697353 | -0,104053773 |
| 13 | -1,615533948 | -0,055586237 | 0,024894549 | -0,365399241 | 0,903384268 | -4,976390362 |
| 14 | -1,523333073 | 0,090143502 | 0,047698889 | 1,281149149 | 0,775896251 | -1,163522124 |
| 15 | -1,334388375 | 0,083376318 | 0,03052704 | -0,985946596 | 0,807016253 | -5,024596691 |
| 16 | -1,306240559 | -1,281685287 | -0,405774802 | -2,875029564 | 2,634960175 | -13,42522812 |
| 17 | -1,253703475 | -0,295861006 | -0,094771624 | -0,403058618 | 0,842419386 | -4,776641846 |
| 18 | -1,241420031 | -0,285825849 | -0,13313821 | -0,309358418 | 1,106636524 | -5,13154459 |
| 19 | -1,24125421 | 0,009200762 | 0,00654351 | 1,338040113 | 0,844462395 | -0,870076656 |
| 20 | -1,039265394 | 0,28172937 | 0,220974207 | 0,801544666 | 0,550614774 | 0,448844045 |
| 21 | -1,027905583 | 0,344513029 | 0,194789737 | 0,973111272 | 0,62074095 | 0,516492128 |
| 22 | -0,933818638 | -0,053745579 | -0,014050044 | -0,834123671 | 0,910086036 | -4,383116245 |
| 23 | -0,908937454 | 0,564364076 | 0,271369398 | 0,701906323 | 0,487684816 | 0,966005147 |
| 24 | -0,899133563 | -0,133304775 | -0,037561364 | -0,435281187 | 0,963258743 | -3,822986126 |

Ce classement est marqué par une immixtion totale des cliniques privées non performantes parmi les établissements en situation financière favorable. Nombreuses sont les cliniques privées apparaissant dans les premières du classement sur le score élaboré à l'aide de la régression logistique enregistrant des pertes et une rentabilité financière négative liée à une insuffisance de capitaux propres qui peut certainement s'expliquer par des pertes cumulées au fil des années.

Une nouvelle approche statistique a été testée. Elle nous a permis d'obtenir un autre classement satisfaisant des résultats financiers des cliniques privées.

2.2.2.2. La méthode statistique retenue dans le classement des cliniques : l'analyse en composante principale (ACP)

La méthode statistique finalement retenue pour établir le score de performance financière des cliniques est celle de l'ACP. L'équation de l'ACP permettant de différencier les deux groupes de cliniques privées est la suivante :

$$F_{(g1)} = 0,53R1 + 0,53R2 + 0,53R3 - 0,45R4 + 0,12R5$$

| N° | Indicateurs | Interprétation des signes des coefficients |
|----|--------------------------------------|--|
| R1 | Rentabilité économique | Le coefficient positif indique que plus la valeur du ratio est élevée, plus l'établissement aura de chance de se classer dans le groupe 1. |
| R2 | Taux de marge nette | Le coefficient positif indique que plus la valeur du ratio est élevée, plus l'établissement aura de chance de se classer dans le groupe 1. |
| R3 | Rentabilité financière | Le coefficient positif indique que plus la valeur du ratio est élevée, plus l'établissement aura de chance de se classer dans le groupe 1. |
| R4 | Valeur ajoutée revenant au personnel | Un coefficient négatif indique que plus le ratio est élevé, plus un établissement a de chance de se classer dans le groupe 1. |
| R5 | Autonomie financière | Le coefficient positif indique que plus la valeur du ratio est élevée, plus l'établissement aura de chance de se classer dans le groupe 1. |

Les hypothèses émises sur chacun des indicateurs financiers sélectionnés sont vérifiées. Les ratios les plus significatifs pour discriminer les cliniques sont, au regard des coefficients de l'équation, les deux ratios de rentabilité et le taux de marge nette des cliniques, suivi du ratio de poids des charges de personnel dans la valeur ajoutée. Le ratio d'autonomie financière moins élevé tient, quant à lui, un rôle à la marge dans la formule statistique discriminant les cliniques privées.

L'équation montre que les cliniques privées ayant le plus de probabilité d'appartenir au groupe 1 sont celles dont les ratios de rentabilité économique, de marge nette et de rentabilité financière sont élevés et celles dont le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée est faible. Par ailleurs, les établissements se classant dans ce groupe ont une probabilité plus forte d'observer une autonomie financière élevée. Par opposition, les cliniques du groupe 2 ont, quant à elles, tendance à observer des ratios de rentabilité et une profitabilité peu élevée et un poids des charges de personnel dans la valeur ajoutée élevé. Les établissements dont l'autonomie financière est faible ont également davantage de chance de se classer dans ce groupe.

Le classement des 463 établissements réalisé montre une réelle progression dans les résultats financiers des cliniques privées. Les résultats de l'équation du score de performance financière déterminé à partir de l'ACP s'échelonnent, pour chacune des cliniques, entre +0,62 pour la clinique la plus performante à - 2,92 pour l'établissement qui connaît la situation financière la plus défavorable.

Les classements des cliniques privées du premier et du dernier décile de notre échantillon de 463 cliniques privées sont présentés dans les tableaux des pages suivantes.

Titre 2 ■ Étude empirique ■

Chapitre 3 ■ La formulation d'un score de performance financière des cliniques privées ■

Tableau 1 - Extrait du classement des cliniques privées sur le score financier (période 2004-2006) :
les établissements du premier décile

| Rang | Score de performance | raison sociale | CP | ville | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 |
|------|----------------------|--|-------|---------------------|--------|-------|--------|-------|---------|
| 1 | 0,62157798 | CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE DU LOUVRE | 75001 | PARIS | 56,4% | 27,1% | 70,2% | 48,8% | 96,6% |
| 2 | 0,5187887 | CLINIQUE SOURDILLE | 44046 | NANTES | 45,5% | 21,5% | 67,0% | 50,0% | 98,8% |
| 3 | 0,49748576 | CLINIQUE MEDICO-CHIRURG. LES FONTAINES | 77007 | MELUN | 34,5% | 19,5% | 97,3% | 62,1% | 51,6% |
| 4 | 0,42756101 | CENTRE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE | 1280 | PREVESSIN MOENS | 35,7% | 19,3% | 65,0% | 47,4% | 64,7% |
| 5 | 0,42227113 | CLINIQUE CHIRURGICALE DU TROCADERO | 75116 | PARIS | 30,9% | 16,3% | 86,9% | 59,4% | 48,0% |
| 6 | 0,42170113 | CLINIQUE "SAINT-GATIEN" | 37042 | TOURS | 28,2% | 22,1% | 80,2% | 55,1% | 44,9% |
| 7 | 0,41327643 | POLYCLINIQUE DE SAVOIE | 74105 | ANNEMASSE | 25,5% | 11,3% | 95,8% | 64,1% | 70,6% |
| 8 | 0,36873692 | CLINIQUE CHIRURGICALE DAUTANCOURT | 75017 | PARIS | 37,3% | 14,8% | 60,3% | 57,7% | 95,5% |
| 9 | 0,34915859 | CLINIQUE DU DOCTEUR CAVE | 82000 | MONTAUBAN | 32,7% | 23,6% | 55,0% | 51,4% | 49,6% |
| 10 | 0,32746992 | INSTITUT HOSPITALIER JACQUES CARTIER | 91300 | MASSY | 22,0% | 9,0% | 90,9% | 73,3% | 84,4% |
| 11 | 0,32521814 | CLINIQUE NOTRE DAME | 57100 | THONVILLE | 30,4% | 14,9% | 72,4% | 64,5% | 58,9% |
| 12 | 0,28685528 | CLINIQUE SAINT- AUGUSTIN | 33074 | BORDEAUX | 32,2% | 21,2% | 40,6% | 53,0% | 81,6% |
| 13 | 0,27243149 | CLINIQUE ST VINCENT | 25004 | BESANCON | 15,3% | 4,9% | 103,0% | 77,8% | 45,6% |
| 14 | 0,27127412 | POLYCLINIQUE MAJORELLE | 54100 | NANCY | 37,2% | 19,0% | 40,3% | 61,2% | 94,7% |
| 15 | 0,27029541 | CLINIQUE VIGNOLI | 13300 | SALON DE PROVENCE | 23,0% | 9,5% | 81,9% | 69,9% | 48,3% |
| 16 | 0,24865739 | CLINIQUE FONTAINE LES DIJON | 21121 | FONTAINE LES DIJON | 29,7% | 14,3% | 58,3% | 68,5% | 79,8% |
| 17 | 0,227037 | CLINIQUE AMBROISE PARE | 54100 | NANCY | 30,8% | 18,8% | 42,0% | 60,7% | 72,7% |
| 18 | 0,20811369 | CENTRE HOSPITALIER PRIVE ST MARTIN | 14050 | CAEN | 26,8% | 11,6% | 52,4% | 68,1% | 95,1% |
| 19 | 0,20585054 | POLYCLINIQUE DE LISIEUX | 14100 | LISIEUX | 12,6% | 9,5% | 84,1% | 68,4% | 16,8% |
| 20 | 0,20519543 | CLINIQUE DU COURS DILLON | 31300 | TOULOUSE | 9,0% | 4,8% | 128,1% | 77,6% | -116,4% |
| 21 | 0,2032313 | CLINIQUE DES ESSARTS GRAND COURONNE | 76530 | GRAND COURONNE | 29,8% | 18,9% | 38,7% | 61,0% | 71,3% |
| 22 | 0,19275384 | CMCO D' EVRY / CLINIQUE MOUSSEAU | 91035 | EVRY | 24,4% | 13,7% | 51,9% | 65,0% | 67,7% |
| 23 | 0,18800987 | CLINIQUE CHIRURGICALE DU LIBOURNAIS | 33500 | LIBOURNE | 13,9% | 8,6% | 71,4% | 62,9% | 32,8% |
| 24 | 0,17727941 | HOPITAL PRIVE CLAUDE GALLIEN | 91480 | QUINCY SOUS SENART | 24,7% | 9,5% | 50,0% | 66,8% | 90,7% |
| 25 | 0,1708257 | HÔPITAL PRIVÉ PAUL D'EGINE | 94500 | CHAMPIGNY SUR MARNE | 21,4% | 13,4% | 54,4% | 65,1% | 49,8% |
| 26 | 0,16765334 | CLINIQUE BERGOUIGNAN | 27025 | EVREUX | 0,9% | 0,7% | 133,8% | 84,4% | -87,0% |
| 27 | 0,16249683 | CLINIQUE CHIRURGICALE OPHTALMOLOGIQUE | 59490 | SOMAIN | 21,2% | 20,9% | 20,5% | 47,0% | 84,7% |
| 28 | 0,15770486 | CLINIQUE LOUIS PASTEUR | 54271 | ESSEY LES NANCY | 24,7% | 14,4% | 45,0% | 66,1% | 67,7% |
| 29 | 0,15205762 | CLINIQUE SAINT-MARTIN | 33608 | PESSAC | 23,1% | 14,9% | 41,8% | 64,2% | 74,0% |
| 30 | 0,14364529 | POLYCLIN BORDEAUX-NORD AQUITAINE | 33077 | BORDEAUX | 16,9% | 5,2% | 62,2% | 67,3% | 58,9% |
| 31 | 0,12759805 | CLINIQUE JEANNE D'ARC | 13637 | ARLES | 17,2% | 8,7% | 64,9% | 80,4% | 75,6% |
| 32 | 0,12603444 | POLYCLINIQUE DES BLEUETS | 51100 | REIMS | 22,4% | 12,4% | 32,1% | 59,1% | 86,6% |
| 33 | 0,12086656 | NOUVELLE CLINIQUE "SAINT FRANCOIS" | 28300 | MAINVILLIERS | 14,1% | 4,5% | 67,5% | 80,0% | 90,2% |
| 34 | 0,11176053 | CLINIQUE SAINT-JOSEPH | 16021 | ANGOULEME | 20,4% | 13,6% | 39,2% | 68,5% | 88,3% |
| 35 | 0,10546444 | CLINIQUE LA MONTAGNE | 92400 | COURBEVOIE | 22,2% | 10,0% | 41,6% | 69,9% | 85,6% |
| 36 | 0,10298131 | CLINIQUE JOUVENET | 75016 | PARIS | 21,6% | 7,6% | 45,8% | 72,3% | 89,2% |
| 37 | 0,09592907 | CLINIQUE D'ARCACHON | 33120 | ARCACHON | 12,9% | 3,8% | 58,2% | 77,0% | 105,9% |
| 38 | 0,09549206 | CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE THIERS | 33100 | BORDEAUX | 11,7% | 14,5% | 19,6% | 40,1% | 66,5% |
| 39 | 0,08905427 | POLYCLINIQUE DE VILLENEUVE D'ASCQ | 59491 | VILLENEUVE D ASCQ | 19,7% | 8,1% | 53,6% | 72,2% | 43,3% |
| 40 | 0,08573931 | CL. CHIRURGICALE DES GRAINETIERES | 18206 | ST AMAND MONTROND | 11,0% | 7,5% | 65,6% | 72,5% | 27,8% |
| 41 | 0,07930317 | CLINIQUE DE LA CIOTAT | 13600 | LA CIOTAT | -10,3% | -5,9% | -69,7% | 79,4% | 46,9% |
| 42 | 0,07426561 | CLINIQUE DE LA PLAINE | 63100 | CLERMONT FERRAND | 21,1% | 13,0% | 30,8% | 63,5% | 67,1% |
| 43 | 0,07147953 | CLINIQUE GENERALE DE MARTIGUES | 13691 | MARTIGUES | 2,9% | 1,2% | 90,5% | 80,3% | -0,1% |
| 44 | 0,0688206 | CLINIQUE DU SOUFFLE LA VALLONIE | 34700 | LODEVE | 18,7% | 6,8% | 51,0% | 79,8% | 85,4% |
| 45 | 0,0674742 | CENTRE MEDICO CHIRURGICAL DE PARLY II | 78150 | LE CHESNAY | 15,8% | 14,5% | 16,6% | 52,5% | 95,8% |
| 46 | 0,06663747 | CLINIQUE DE L'ESSONNE / hôpital privé d'evry | 91024 | EVRY | 12,6% | 13,9% | 35,4% | 61,9% | 66,9% |

R1 = (rés. d'exploit - frais financiers)/total actif ; R2 = (résultat d'exploitation - frais financiers)/CA ; R3 = résultat courant avant impôt / capitaux propres ; R4 = charges de personnel / valeur ajoutée ; R5 = capitaux propres / capitaux permanents

Section 1 ■ L'élaboration du score de performance financière et les résultats obtenus ■

Tableau 56 - Extrait du classement des cliniques privées sur le score financier (période 2004-2006) :
les établissements du dernier décile

| rang | score de performance | raison sociale | CP | ville | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 |
|------|----------------------|---------------------------------------|-------|----------------------|--------|--------|---------|--------|----------|
| 463 | -2,92618942 | HOPITAL EUROPEEN LA ROSERAIE | 93308 | AUBERVILLIERS | -19,4% | -7,3% | -446,9% | 96,2% | -77,0% |
| 462 | -2,78900504 | CLINIQUE CAPIO FONTVERT AVIGNON NORD | 84700 | SORGUES | -5,6% | -3,2% | -463,8% | 87,9% | 13,6% |
| 461 | -2,7249763 | CLINIQUE DE LA MIOTTE | 90002 | BELFORT | -17,0% | -8,7% | -394,1% | 119,3% | -29,7% |
| 460 | -2,57381439 | CLINIQUE ELYSEE MONTAIGNE | 75008 | PARIS | -50,4% | -21,3% | -67,8% | 181,3% | -969,6% |
| 459 | -2,4809382 | CLINIQUE HERBERT | 73100 | AIX LES BAINS | -20,0% | -4,9% | -329,8% | 93,4% | -240,2% |
| 458 | -2,27156591 | CLINIQUE GENERALE DE SAVOIE | 73000 | CHAMBERY | -29,7% | -12,5% | -12,0% | 92,0% | -1540,7% |
| 457 | -2,21369386 | POLYCLINIQUE DU DOCTEUR JEAN PRIOLLET | 51038 | CHALONS EN CHAMPAGNE | -4,7% | -2,8% | -340,3% | 88,1% | -34,1% |
| 456 | -2,21002531 | CLINIQUE JEANNE D'ARC | 75013 | PARIS | -16,4% | -14,2% | -305,1% | 104,4% | -9,1% |
| 455 | -2,20653868 | CLINIQUE ARC-EN-CIEL-PUJOS | 17300 | ROCHEFORT | -92,2% | -31,2% | -116,8% | 172,3% | -144,2% |
| 454 | -2,02149558 | POLYCLINIQUE PORTES DU JURA | 25205 | MONTBELIARD | -16,4% | -8,5% | -267,6% | 105,2% | -33,0% |
| 453 | -1,98471296 | CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHENOVE | 21300 | CHENOVE | -19,8% | -6,5% | -27,2% | 99,5% | -1219,7% |
| 452 | -1,95311856 | HOPITAL CLINIQUE DE REVIN | 08500 | REVIN | -22,9% | -55,1% | -164,5% | 140,9% | -36,0% |
| 451 | -1,86843693 | POLYCLINIQUE SAINT JOSEPH | 60300 | SENLIS | -13,8% | -4,7% | -252,2% | 88,0% | -74,5% |
| 450 | -1,83788311 | CLINIQUE LAMARTINE | 74200 | THONON LES BAINS | -34,9% | -11,0% | -210,6% | 99,2% | -59,5% |
| 449 | -1,72494292 | CLINIQUE MERLIN VERT COTEAU | 13375 | MARSEILLE | -4,2% | -1,6% | -4,7% | 88,8% | -1228,8% |
| 448 | -1,71963727 | CLINIQUE CCN - PORTE DE PARIS | 93200 | ST DENIS | -59,6% | -34,8% | -27,4% | 133,0% | -446,1% |
| 447 | -1,55044353 | CLINIQUE SAINT-PIERRE | 34701 | LODEVE CEDEX | -32,3% | -10,9% | -8,9% | 102,2% | -778,7% |
| 446 | -1,44940567 | CLINIQUE OBS CHIR GYN COTTEEL | 59650 | VILLENEUVE D ASCQ | 2,1% | 1,1% | -214,4% | 88,3% | 48,4% |
| 445 | -1,4306339 | CLINIQUE NOUVELLE DU FOREZ | 42600 | MONTBRISON | -28,6% | -13,3% | -30,9% | 110,7% | -513,2% |
| 444 | -1,37039435 | CLINIQUE OLCOMENDY | 64403 | OLORON STE MARIE | -71,2% | -15,6% | -30,9% | 108,5% | -239,3% |
| 443 | -1,35441291 | CLINIQUE "SAINT ANTOINE" | 20200 | BASTIA | -15,2% | -8,2% | -151,2% | 96,4% | 0,5% |
| 442 | -1,34431434 | CLINIQUE ST-CHARLES ROUSSILLON | 38150 | ROUSSILLON | -5,4% | -1,4% | -83,4% | 91,0% | -438,3% |
| 441 | -1,3419894 | POLYCLINIQUE STE MARGUERITE AUXERRE | 89000 | AUXERRE | 8,3% | 3,1% | -98,6% | 80,7% | -502,5% |
| 440 | -1,32333434 | CLINIQUE DU HAUT CANTAL | 15400 | RIOM ES MONTAGNES | -60,5% | -12,1% | -49,8% | 105,5% | -183,8% |
| 439 | -1,29938769 | CLINIQUE MAUSSINS-NALLET | 75019 | PARIS | -20,2% | -12,0% | -139,7% | 92,6% | 23,4% |
| 438 | -1,2957195 | HOPITAL PRIVE DE MARNE CHANTEREINE | 77177 | BROU SUR CHANTEREINE | -29,6% | -9,5% | -40,3% | 84,2% | -477,7% |
| 437 | -1,24841714 | CLINIQUE MED CHIR AMBROISE PARE | 62660 | BEUVRY | 3,1% | 1,1% | -19,0% | 77,5% | -786,4% |
| 436 | -1,24016142 | HOPITAL PRIVE CLAIRVAL | 13009 | MARSEILLE | -8,5% | -5,3% | -122,0% | 94,6% | -88,4% |
| 435 | -1,22439623 | CLINIQUE SAINTE-ISABELLE | 92200 | NEUILLY SUR SEINE | -13,4% | -7,8% | -74,7% | 90,6% | -291,7% |
| 434 | -1,22368419 | POLYCLINIQUE SAINT-LUC | 29411 | LANDERNEAU | -27,2% | -6,5% | -107,0% | 107,0% | 14,9% |
| 433 | -1,20169914 | CLINIQUE RHONE DURANCE | 84082 | AVIGNON | -14,4% | -11,2% | -98,6% | 100,2% | -79,7% |
| 432 | -1,19132054 | CENTRE CHIRURGICAL MARCADET | 75018 | PARIS | -33,4% | -9,6% | -66,9% | 98,5% | -149,2% |
| 431 | -1,17227113 | CLINIQUE DE DOMONT | 95330 | DOMONT | -5,6% | -2,5% | -36,5% | 90,3% | -497,6% |
| 430 | -1,16927207 | CLINIQUE SAINT JEAN LANGUEDOC | 31077 | TOULOUSE | -5,3% | -3,4% | -131,6% | 94,0% | 1,7% |
| 429 | -1,16700161 | POLYCLINIQUE MARZET | 64000 | PAU | -13,3% | -3,8% | -43,5% | 96,3% | -382,3% |
| 428 | -1,16023076 | CLINIQUE MAGDELAINE | 47200 | MARMANDE | -51,5% | -12,0% | -36,1% | 108,7% | -119,0% |
| 427 | -1,15122473 | CLINICA JOURDAN | 06150 | CANNES LA BOCCA | -22,5% | -14,8% | -72,4% | 100,6% | -99,6% |
| 426 | -1,14234436 | CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DU MANTOIS | 78200 | MANTES LA JOLIE | -26,9% | -16,7% | -47,3% | 108,1% | -147,4% |
| 425 | -1,1138202 | CLINIQUE DES NORIETS | 94408 | VITRY SUR SEINE | -9,5% | -5,0% | -92,3% | 96,0% | -99,3% |
| 424 | -1,10927546 | CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE | 49400 | SAUMUR | -4,3% | -1,6% | -127,6% | 98,5% | 50,9% |
| 423 | -1,05157995 | CLINIQUE DE L'ESPERANCE | 74300 | CLUSES | -8,8% | -7,5% | -62,7% | 130,2% | -5,1% |
| 422 | -1,04594624 | CLINIQUE DU DOCTEUR LHOSTE | 08000 | VILLERS SEMEUSE | -9,2% | -10,0% | -115,3% | 81,9% | 36,3% |
| 421 | -1,03624368 | CLINIQUE DE LA PORTE ST-CLOUD | 92100 | BOULOGNE BILLANCOURT | 4,3% | 1,4% | -153,9% | 70,3% | 56,2% |
| 420 | -1,01997042 | CLINIQUE SAINT-ROCH VILLARS | 59220 | DENAIN | -8,3% | -16,9% | -44,1% | 140,2% | 27,9% |
| 419 | -1,01594985 | CLINIQUE OCEANE | 56000 | VANNES | -1,3% | -0,5% | -107,2% | 91,6% | -12,9% |
| 418 | -0,91689068 | CLINIQUE DU BIEN-NAITRE | 75012 | PARIS | -0,6% | -0,2% | -74,0% | 91,9% | -83,7% |

R1 = (rés. d'exploit - frais financiers)/total actif ; R2 = (résultat d'exploitation - frais financiers)/CA ; R3 = résultat courant avant impôt / capitaux propres ; R4 = charges de personnel / valeur ajoutée ; R5 = capitaux propres / capitaux permanents

2.2.3. Les limites du score de performance financière

Notre score de performance financière des cliniques privées présente des forces et faiblesses communes avec les scores de défaillance des entreprises diffusés par la Banque de France et ceux présentés dans la base de données Diane/Coface (AFDCC et Conan&Holder).

Il permet, comme les scores de défaillance des entreprises :

- une appréciation synthétique de la situation et des résultats des cliniques privées,
- d'apprécier de façon objective et quantifiable la performance financière des cliniques privées.

En revanche, il ne permet pas de prédire l'avenir des établissements, ni de comprendre quels sont les déterminants de leur performance. Sa construction ne tient pas compte des opportunités de croissance des entreprises. De plus, il présente un caractère réducteur lié à l'agrégation des ratios en une seule fonction déterminée statistiquement¹¹⁶⁵. De même que les analystes financiers de la Banque de France, soulignons également les difficultés que nous avons rencontrées dans la sélection des ratios à inclure dans le score.

Parmi les faiblesses propres à ce score de performance des cliniques privées, soulignons notre absence de certitude quant à la pertinence du choix d'une moyenne sur trois ans des résultats financiers des cliniques privées pour le calculer. Ce score ne permet pas de rendre compte de la performance à long terme des établissements de santé privés. Nous avons envisagé d'établir une moyenne des résultats financiers des cliniques privées sur une plus longue période de temps (cinq ans). Cependant ces calculs se sont révélés complexes car les données financières de nombreuses cliniques privées ne sont pas disponibles sur cinq années successives dans la base de données Diane/Coface.

À la différence des scores de défaillance des entreprises, nous ne pouvons pas assurer la reproductibilité du score performance financière. En effet, la technique mobilisée pour l'établir est lourde et des tests statistiques de reproductibilité n'ont pas été réalisés, notamment parce qu'ils nécessitent un retraitement lourd des données financières. **Pour nous assurer de la validité de notre score dans la détection des cliniques privées performantes et non performantes, nous avons, dans un premier temps mené une analyse succincte des résultats 2007 à 2009 des cinquante premières cliniques de notre classement.** Seuls les résultats financiers de 39 cliniques étaient disponibles dans la base de données Diane/Coface au moment de l'extraction de ces données. Les résultats de cette étude suggèrent qu'une large majorité des cliniques performantes sur la période 2004-2006, le sont également sur la période 2007-2009, malgré une baisse générale de leurs résultats. Notons sur ce point que le taux de marge nette moyen (résultat courant après impôt / chiffre d'affaires) des 39 cliniques privées évolue à la baisse sur la période 2007-2009 en perdant plus de 4 % par rapport à la période 2004-2006 (11,6 % sur la période 2004-2006 et 7,3 % sur la période 2007-2009). Il suit la tendance générale à la baisse constatée sur l'ensemble du secteur MCO dont l'évolution a été présentée précédemment dans ces travaux¹¹⁶⁶. Seuls 4 des 39 établissements dont nous étudions les comptes ont constaté une hausse de leur taux de marge nette sur la période 2007-2009. Une large majorité des cliniques continuent à observer des résultats très satisfaisants notamment au regard de leur taux de marge nette. Par ailleurs, 6 des 39 établissements (près de 15 %) connaissent au moins une année de perte sur les trois années étudiées. Pour un établissement, cette situation financière défavorable semble davantage relever d'un « incident » dans la vie de l'établissement, cette dernière retrouvant son niveau de performance l'année suivante. Il est probable que les autres s'inscrivent dans une situation défavorable durable, leur

¹¹⁶⁵ Sur les limites des scores de défaillance des entreprises, voir LEBRATY J. et TELLER R., *Ingénierie du diagnostic global d'entreprise*, Éditions Liaisons, p. 41

¹¹⁶⁶ Cf. Titre 2, Chapitre 1, Section 1, p. 202 et s.

situation s'étant dégradée d'années en années avant de devenir négative sur les deux dernières années étudiées (2008 et 2009).

Nous n'avons pas réalisé d'analyse des résultats financiers des cliniques privées du dernier décile de notre classement en raison de l'absence de nombreuses liasses fiscales. Cependant nous avons recensé un certain nombre d'informations sur l'évolution de ces établissements depuis 2006. Nombre d'établissements ont été fusionnés à d'autres cliniques. D'autres ont été placés en procédure de redressement judiciaire puis ont été rachetés par un groupe ou ont fermé leurs portes. Le tableau suivant recense certaines de ces opérations.

Tableau 57 - Faits marquants dans l'évolution des cliniques privées classées dans le dernier décile sur le score de performance financière

| Raison sociale | Département et ville | Rang sur score de performance financière | Faits marquants dans l'évolution des établissements depuis 2006 |
|-------------------------|---------------------------|--|---|
| Clinique la Miotte | 25 Montbéliard | 461 | Fusion avec la clinique Laennec (La Mutualité Française) et regroupement sur un même site (le site de la clinique la Miotte) en 2009. |
| Clinique Herbert | 73 Aix les Bains | 459 | Fusion de la clinique Herbert du groupe Générale de Santé avec la clinique Générale de Savoie de Chambéry appartenant au même groupe (458 ^{ème} rang du score de performance financière). |
| Clinique Arc-en-ciel | 17 Rochefort | 455 | Rachat de l'établissement en décembre 2008 par le groupe Kapa Santé. |
| Clinique Portes du Jura | 25 Montbéliard | 454 | Suite à une mise en redressement judiciaire, l'établissement a été racheté par le groupe Kapa Santé en 2008. |
| Clinique Chenove | 21 Chenove | 453 | Fusion de la clinique privée avec deux autres établissements de la région dijonnaise (cliniques Sainte Marthe et Fontaine-Les-Dijon) appartenant également au groupe Générale de Santé et reconstruction prévue sur un site unique (Hôpital Privé Dijon Bourgogne). |
| Clinique Saint Joseph | 60 Senlis | 451 | Vente de l'établissement par le groupe Générale de Santé aux actionnaires de la clinique du Valois et constitution d'un GCS avec deux autres établissements privés à but non lucratif. |
| Clinique Lamartine | 74 Thonon les Bains | 450 | Rachat en décembre 2006 par le groupe Général de Santé. Fusion avec la polyclinique de Savoie et regroupement des deux établissements sur un même site (Hôpital Savoie Nord) prévu pour 2012. |
| Clinique Saint Pierre | 34 Lodève | 447 | Fermeture de l'établissement appartenant au groupe OC Santé en 2008. |
| Clinique Cotteel | 59 Villeneuve d'Ascq | 446 | Fusion et regroupement de cet établissement appartenant au groupe Générale de Santé avec la clinique du Parc située à Croix appartenant au même groupe. |
| Clinique Olcomendy | 64 Oloron Sainte Marie | 444 | Dépôt de Bilan en 2008 et rachat par le groupe Kapa Santé. |
| Clinique Les Pins | 26 Montélimar | 417 | Rachat en mars 2006 de la clinique par le groupe Général de Santé. La fusion et le regroupement de l'établissement sur le site de la clinique Kennedy de Montélimar ont été réalisés. |
| Clinique Magdeleine | 47 Marmandes | 428 | L'établissement a déménagé sur le site de l'hôpital de Marmandes. |
| Clinique de l'Espérance | 74 Cluses | 423 | La clinique a été placée en redressement judiciaire durant l'été 2011. |
| Clinique Bien Naître | 75 Paris | 415 | Suite à son rachat par le groupe Noalys en 2008, la clinique a fermé ses portes en octobre 2010. |

Synthèse de la première section

La mise au point d'un score de performance financière a nécessité un travail fastidieux.

Le choix de ratios financiers composant le score de performance financière a représenté l'une des principales difficultés dans l'élaboration de ce score. Un premier panel d'indicateurs composé d'un nombre important de ratios financiers (dix-sept) a été sélectionné conformément à la méthodologie des scores de défaillance des entreprises. Suite au calcul de ces ratios qui intègrent les résultats financiers des cliniques privées sur une moyenne de trois ans (2004 à 2006), nous avons réalisé certains retraitements sur les données financières de manière à ce que les ratios reflètent correctement la situation des établissements qu'ils sont censés refléter. Les *outliers* statistiques ont été également éliminés temporairement de la base de données afin qu'ils n'influencent pas de manière trop forte les modèles statistiques.

Après l'échec d'une série de tests statistiques menés sur cette première série d'indicateurs, nous avons décidé de sélectionner une autre batterie de ratios financiers centrée autour de l'analyse des résultats et de la rentabilité des cliniques privées, un ratio d'autonomie financière complétant ces indicateurs. Nous avons procédé aux mêmes retraitements des données financières sur ces nouveaux ratios et avons également éliminé les *outliers* statistiques de la construction des modèles. De nouveaux tests statistiques nous ont permis de définir un score de performance qui reclasse, selon nous, de façon satisfaisante les résultats financiers des cliniques privées de court séjour.

Nous avons vu que ce score de performance financière est soumis à certaines limites qui sont parfois communes à celles relevées dans la littérature au sujet des scores de défaillance des entreprises. Ainsi, notre score de performance financière des cliniques privées, s'il présente l'intérêt de pouvoir apprécier de façon synthétique le niveau de performance financière des cliniques privées, ne permet pas de prédire l'avenir des établissements, ni de comprendre quels sont les déterminants de leur performance financière.

Ce score que nous avons construit comporte d'autres limites qui lui sont en revanche spécifiques. Deux éléments nous ont semblé essentiels à souligner : il ne permet pas d'évaluer la performance à long terme des cliniques privées et nous ne pouvons pas garantir sa reproductibilité. L'étude succincte proposée sur les résultats financiers 2007-2009 des cliniques privées de trente neuf établissements classés parmi le premier décile a montré que le taux de marge nette moyen de ces cliniques privées suit la tendance générale à la baisse constatée sur le secteur MCO. Six des trente neuf établissements ont connu au moins une année de perte. Un regard sur l'évolution de la situation des cliniques les moins performantes montre que depuis 2006 plusieurs d'entre elles ont été placées en redressement judiciaire, puis, selon les cas, rachetées ou fermées. D'autres ont été fusionnées à d'autres établissements ou ont engagé des collaborations avec des établissements d'autres secteurs (public et privé à but non lucratif).

Section 2. L'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées : résultats statistiques et regards croisés des dirigeants

L'étude statistique proposée est, à notre connaissance, la première du genre réalisée en France sur le secteur des cliniques privées. Pour déterminer l'existence de prédicteurs de la performance, comme nous l'avons déjà mentionné dans notre chapitre introduisant le design de la recherche, nous faisons usage d'une des méthodes statistiques explicatives, celle de la régression linéaire multiple qui nous apparaît la plus adaptée au regard des données sur les cliniques privées dont nous disposons : des variables dépendantes numériques continues (les variables financières à expliquer) et des variables indépendantes continues et catégorielles (les variables explicatives). Cette méthode nous « permet d'étudier la liaison entre une variable dépendante Y et un ensemble de variables indépendantes X_1, \dots, X_k »¹¹⁶⁷. La fonction suivante est testée pour expliquer la variation du score de performance financière des cliniques privées :

SCOREPERF = f(GROUPE, CAPATOT, LOURDEUR, URGENCES, HTPsejours, HTPlitsplaces, GHM80, QUALITE, CERTIFV1, INDPERF, TO, SEJ, CA_litplace, CAparETPTOT, HSOIGNANTS, HADMIN, PROJET, BLOCOP, IMPLICPRAT)

La même fonction est testée sur les cinq indicateurs financiers composant le score de performance financière. Le tableau de la page suivante recense les variables dépendantes (VD) et indépendantes (VI) du modèle et précise leur propriété et leur source.

Les résultats de l'étude statistique sont confrontés à ceux des études américaines et aux regards croisés des six dirigeants de cliniques privées interrogés. Nous allons voir dans quelle mesure le point de vue des dirigeants diffère des résultats statistiques. Cette enquête auprès des directeurs a permis de mettre en lumière des exemples de combinaisons de facteurs ayant conduit à la performance ou à la non performance de ces établissements. L'analyse proposée dans cette section ne retrace pas avec précision les combinaisons de facteurs conduisant à la performance ou à la non performance des établissements. Cependant un résumé de la situation de chacun des établissements dont nous avons rencontré les dirigeants est proposé dans l'Annexe 2 de cette thèse.

Compte tenu de la taille très restreinte de l'échantillon qui constitue une des limites de la recherche entreprise, les résultats de ces entretiens doivent évidemment être appréciés avec la plus grande prudence. Cette « qualitatifisation » des résultats statistiques contribue à expliquer plus en détail les faits observés statistiquement et à mieux comprendre les impératifs de gestion qui y sont associés.

Une première sous-section, *Les analyses univariées et bivariées : les premiers enseignements de la base de données*, est dédiée à la description des variables du modèle. Cet exercice nous permet de vérifier la cohérence des données de notre échantillon.

La deuxième sous-section, *Les résultats des analyses multivariées : convergences et divergences avec le discours des dirigeants de cliniques privées*, présente les résultats des analyses de régression multiple réalisées sur chacun des indicateurs financiers.

¹¹⁶⁷ TENENHAUS M. (2007), *Statistique, Méthodes pour décrire, expliquer et prévoir*, Dunod, p. 99

La troisième sous-section, *Discussion autour des modèles les plus intégrés de performance financière des cliniques privées*, teste la validité des modèles les plus intégrés réalisés sur chacun des indicateurs financiers et discute les limites des résultats de cette étude empirique.

Section 2 ■ L'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées : résultats statistiques et regards croisés des dirigeants ■

Tableau 58 - Les variables : définitions, propriétés, type et sources des données

| Id | Variables | Définitions et propriétés | Type variables | Source ¹¹⁶⁸ |
|--|--|--|----------------|--|
| Variables dépendantes | | | | |
| VD | Score de performance financière (SCOREPERF) | $F_{(g1)} = 0,53R1 + 0,53R2 + 0,53R3 - 0,45R4 + 0,12R5$ | continue | DIANE / COFACE |
| VD | Rentabilité économique (R1) | résultat d'exploitation après frais financiers / total actif | continue | DIANE / COFACE |
| VD | Taux de marge nette (R2) | résultat d'exploitation après frais financiers / chiffre d'affaires | continue | DIANE / COFACE |
| VD | Rentabilité financière (R3) | résultat courant après impôt / capitaux propres | continue | DIANE / COFACE |
| VD | Valeur ajoutée revenant au personnel (R4) | salaires et charges sociales / VA | continue | DIANE / COFACE |
| VD | Autonomie financière (R5) | capitaux propres / ressources durables | continue | DIANE / COFACE |
| Effet « structure » | | | | |
| VI1 | Groupe (GROUPE) | 1 = l'établissement appartient à l'une des quatre chaînes nationales de cliniques privées de court séjour ; 0 = autres | catégorielle | base groupe reconstituée par nos soins |
| VI2 | Lits et places (CAPATOT) | 1 = cliniques privées de grande taille et de petite taille ; 0 = cliniques privées de taille moyenne | catégorielle | site internet Platines |
| Effet « activité » | | | | |
| VI3 | Lourdeur (LOURDEUR) | poids moyen des séjours MCO / nombre de séjours MCO | continue | PMSI |
| VI4 | Urgences (URGENCES) | 1 = l'établissement dispose d'un service d'urgences ; 0 = autres | catégorielle | site internet Platines |
| VI5-1 | HTPsejours | nombre de journées en hospitalisation de jour MCO / le nombre total de journées MCO | continue | PMSI via site internet Platines |
| VI5-2 | HTPlitsplaces | nombre de lits d'hospitalisation partielle MCO / nombre de lits et places total MCO | continue | site internet Platines |
| VI6 | Spécialisation (GHM80) | Nombre d'OAP représentant plus de 80 % des produits d'un établissement | continue | PMSI |
| Effet « management » | | | | |
| <u>Qualité des soins</u> | | | | |
| VI7-1 | Qualité (QUALITE) | indicateur composite de qualité et de sécurité des soins | continue | ministère de la Santé |
| VI7-2 | Certification V1 (CERTIFV1) | score sur résultats de la certification V1 | continue | HAS (résultats de la certification V2) |
| <u>Gestion des lits</u> | | | | |
| VI8-1 | Indice de performance (INDPERF) | DMS / DMS attendue | continue | site internet Platines |
| VI8-2 | taux d'occupation (CO) | (Nombre de journées d'hospitalisation complète / 365) / nombre de lits d'hospitalisation complète | continue | SAE |
| VI8-3 | Séjours /lit et place (SEJ) | séjours / nombre de lits et places | continue | PMSI via site internet Platines |
| VI8-4 | CA par lits et places (CA_litplace) | Chiffre d'affaires / nombre de lits et places | continue | DIANE/COFACE et site internet Platines |
| <u>Gestion du personnel</u> | | | | |
| VI9-1 | Masse salariale (CAparETPTOT) | chiffre d'affaires par ETP | continue | DIANE/COFACE et SAE |
| VI9-2 | Heures de travail moyen par séjour des soignants (HSOIGNANTS) | (ETP soignants * 1607) / nombre de séjours | continue | SAE et PMSI |
| VI9-3 | Heures de travail moyen par séjour des administratifs (HADMIN) | (ETP administratifs * 1607) / nombre de séjours | continue | SAE et PMSI |
| <u>Autres variables d'efficience organisationnelle</u> | | | | |
| VI10 | Projet (PROJET) | 1 = absence de remarque des experts-visiteurs ; 0 = autre | catégorielle | HAS (résultats de la certification V1) |
| VI11 | Bloc opératoire (BLOPOP) | 1 = absence de remarques des experts-visiteurs ; 0 = autre | catégorielle | HAS (résultats de la certification V1) |
| VI12 | Implication praticiens (IMPLICPRAT) | 1 = les experts-visiteurs n'ont émis aucune recommandation, réserve ou réserve majeure ; 0 = autre | catégorielle | HAS (résultats de la certification V1) |

¹¹⁶⁸ Cf. Titre 1, Chapitre 3, Section 2, p.155 et s.

1. Les analyses univariées et bivariées : les premiers enseignements de la base de données

L'analyse univariée des variables financières à expliquer et des variables explicatives constitue une première étape préalable nécessaire aux analyses de régression linéaire. En effet, elle poursuit un double objectif : vérifier que les conditions d'utilisation de la régression linéaire sont bien respectées et découvrir les caractéristiques des variables étudiées en examinant la distribution des modalités de réponse pour une variable.

Dans le cadre de cette première prise de connaissance avec notre base de données, nous présentons les prémisses à respecter dans l'utilisation de la méthode statistique de la régression linéaire. Les retraitements réalisés sur les données pour respecter ces différents critères de validité sont précisés. La suite des développements est dédiée à l'analyse des distributions des variables indépendantes. Outre son objectif méthodologique consistant à repérer les variables aberrantes et à les retraiter, elle permet d'éclairer certaines spécificités du secteur hospitalier privé, malgré une absence d'exhaustivité totale de notre base de données qui compte, rappelons-le, près de 75 % des cliniques privées MCO en fonctionnement au cours de l'année 2006.

Le paragraphe suivant est dédié à la présentation des résultats de l'analyse bivariée. Les coefficients de corrélation de Pearson qui sont la plus couramment étudiés dans les analyses de régression linéaire sont présentés. Le but de cette analyse est d'identifier d'éventuels problèmes de multicolinéarité entre les variables indépendantes du modèle et afin d'offrir un premier regard sur la nature des invariants de la performance financière des cliniques privées de court séjour de notre échantillon.

1.1. Les variables financières à expliquer : les retraitements effectués et la présentation des données

Comme pour toute méthode d'analyse statistique, pour mener une régression linéaire, le chercheur doit s'assurer, au préalable, que les conditions d'utilisation de cette technique sont réunies. Nous procédons à la vérification de ces conditions d'utilisation avant de décrire les variables de notre échantillon.

1.1.1. Des retraitements des données financières nécessaires à la validation des prémisses des analyses de régression linéaire

Une première condition pour pouvoir recourir à la technique de la régression linéaire multiple porte sur la taille minimale de l'échantillon. Dans ces travaux de thèse, cette prémisses est respectée. **Notre base de données compte bien davantage d'observations que le minimum exigé s'élevant à cinquante observations par variable explicative**¹¹⁶⁹ (cf. tableau des statistiques descriptives des variables de l'échantillon de la page 338). De plus, tel que le recommandent les ouvrages d'introduction aux méthodes statistiques, nous nous sommes assurée que la valeur de chaque variable dépendante vient d'une observation distincte.

Une deuxième condition porte sur la constance de la variance des termes d'erreur. Les erreurs ou résidus représentent les écarts à la ligne de prévision ou droite de régression¹¹⁷⁰. La non

¹¹⁶⁹ HAIR J.F., ANDERSON R.E., TATHAM R.L., *et al.* (1995), *Multivariate Data Analysis*, Prentice-Hall, 4^{ème} édition, cité par JOLIBERT A. et JOURDAN P. (2006), *Marketing Research*, Dunod, p. 266

¹¹⁷⁰ DANCEY C.P. et REIDY J. (2007), *Statistiques sans maths pour psychologues*, Editions De Boeck Universités, 659 p.

constance de la variance des termes d'erreur fausse la variance des coefficients de la régression et du coefficient de corrélation R, deux indicateurs de la qualité de la régression présentés dans la suite de ce chapitre. Elle fausse également les tests de signification statistique de ces mêmes coefficients. Afin de vérifier l'absence de ce que l'on nomme l'homoscédasticité des termes d'erreur, il est nécessaire de procéder à leur observation et de vérifier qu'ils n'ont pas une forte variance. La variation des variances des termes d'erreur ne doit pas osciller au-delà de l'intervalle $(-3,+3)$ ¹¹⁷¹. Afin de vérifier cette condition, nous avons procédé à des calculs de régression simple pour chaque combinaison de variables dépendantes et de variables indépendantes. **Les résultats de ces régressions simples ont montré que cette condition n'est pas respectée avec notre échantillon initial.** En effet, aucune des régressions simples menées entre les variables financières et les variables indépendantes n'apportent de résultats satisfaisants, c'est-à-dire compris dans l'intervalle $(-3,+3)$. **Pour que cette prémisse d'homoscédasticité des termes d'erreur soit respectée, nous choisissons, dans ces travaux de thèse, de présenter un modèle neutralisé, c'est-à-dire un modèle dont les valeurs extrêmes observées sur chaque variable financière ont été éliminées.** Les statisticiens considèrent que ces valeurs sont incohérentes par rapport au modèle général et que, de ce fait, elles pourraient faire l'objet d'une analyse spécifique. Une telle analyse n'est pas proposée dans cette recherche.

Ainsi, un certain nombre d'observations ont été supprimées pour chacune des variables financières :

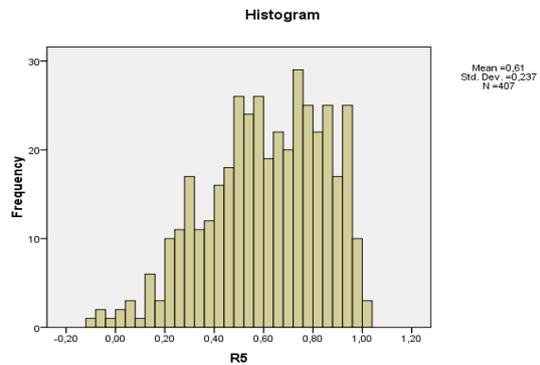
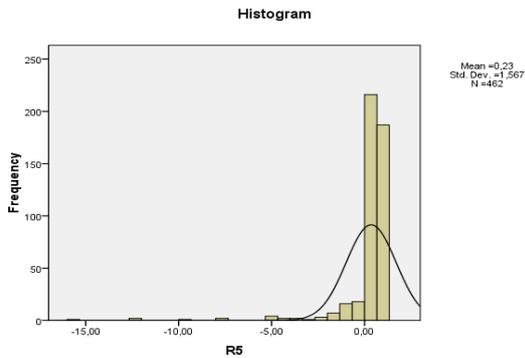
- **Le score de performance financière (SCOREPERF) : 51 observations ont été supprimées de la base de données.** Nous avons principalement éliminé des observations qui correspondent à des cliniques privées en difficulté financière (les dernières cliniques du classement sur le score de performance financière).
- **Le ratio de rentabilité économique (R1) : 33 observations, soit 7 % des cliniques privées de notre échantillon initial, ont été supprimées de la base de données.** Ces cas correspondent à des cliniques privées dont le ratio de rentabilité économique est faible.
- **Le ratio de profitabilité (R2) :** les données des cliniques privées sur le ratio de profitabilité sont moins soumises à des variations extrêmes. **26 observations, soit près de 6 % des cliniques privées de notre échantillon, ont été supprimées** correspondant à des cas de cliniques privées dont le ratio de profitabilité est faible.
- **Le ratio de rentabilité financière (R3) :** ce ratio peut prendre des valeurs extrêmes très éloignées de la moyenne de l'échantillon. Un nombre élevé d'observations, **56 cliniques privées, soit 12 % des observations de notre échantillon, ont été supprimées de la base de données initiale**, les cas supprimés correspondant à des cliniques privées dont le ratio de rentabilité est fortement dégradé.
- **Le ratio de masse salariale (R4) :** de même que le ratio de profitabilité, ce ratio est moins sujet à de fortes variations. **23 observations, soit 5 % des 463 cliniques privées composant notre échantillon, ont été supprimées de la base de données** correspondant à des cas de cliniques privées qui constatent un ratio élevé, c'est-à-dire des cliniques privées pour lesquelles la valeur ajoutée, soit la richesse produite par l'entreprise, couvre à peine, ou ne couvre pas, lorsque le taux dépasse 100 %, le montant de leurs charges de personnel.
- **Le ratio d'autonomie financière (R5) :** de même que le ratio de rentabilité financière, ce ratio, peut prendre des valeurs extrêmes élevées, un ratio négatif signalant une absence d'autonomie financière. **55 observations, soit 12 % des 463 cliniques privées de la base, ont été supprimées.** Elles correspondent à des cas de cliniques privées qui ne disposent d'aucune autonomie financière.

¹¹⁷¹ EVRARD Y., PRAS B. et ROUX E. (2009), *Market, Fondements et méthodes de recherche en marketing*, Dunod, 4^{ème} édition, p. 517

Après retraitement, la courbe de distribution des données financières des cliniques privées est plus homogène, la moyenne des cliniques privées sur chaque ratio et celle du score de performance financière s'élève et l'écart type diminue, comme l'illustre les graphes de la page suivante, réalisés sur le ratio d'autonomie financière avant et après retraitement.

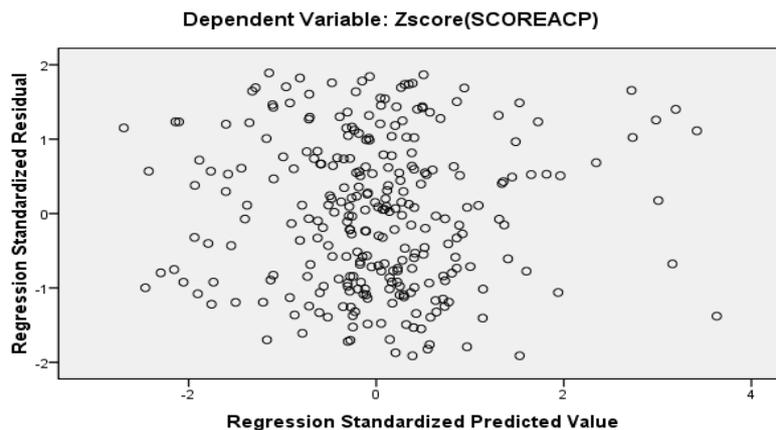
Graph 14 - Graphe de dispersion du ratio d'autonomie financière (R5) avant retraitement des valeurs extrêmes

Graph 15 - Graphe de dispersion du ratio d'autonomie financière (R5) après retraitement des valeurs extrêmes



La constance de la variable des erreurs ou homoscedasticité peut également être vérifiée à partir de l'examen des graphes des erreurs statistiques. **Le graphique de dispersion des erreurs en fonction des valeurs prédites a été tracé pour chaque variable explicative et nous a permis de vérifier, après retraitement, la constance des termes d'erreurs. Les points des graphiques sont bien répartis autour de 0 ce qui indique que cette prémisses est bien respectée. Pour la seconde, nous voulons éviter que l'agglomération de points suive une courbe. Cette prémisses est également respectée pour l'ensemble des régressions linéaires menées entre variables dépendantes et variables indépendantes.** Le graphe, ci-dessous, est extrait des résultats d'une régression linéaire menée entre les variables LOURDEUR et SCOREPERF. Il illustre que la règle est bien respectée.

Graph 16 - Graphique de dispersion des résidus standardisés sur la variable LOURDEUR



Par ailleurs, l'usage de la méthode de régression linéaire requiert que les termes erreurs soient normalement distribués. En effet, l'absence de normalité des termes d'erreur rend inopérants les tests statistiques effectués pour valider les résultats d'une régression. La normalité des termes d'erreur peut être vérifiée en construisant un histogramme de leur distribution. Une autre méthode consiste à représenter les points dont les coordonnées en abscisse représentent les résidus observés et les coordonnées en ordonnées les valeurs correspondantes d'une distribution normale. Si les données sont normalement distribuées, les points doivent se

**Section 2 ■ L'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées :
résultats statistiques et regards croisés des dirigeants ■**

trouver sur une ligne droite diagonale. Les diagrammes des termes d'erreur (non présentés ici) issus de chaque régression réalisée entre les variables indépendantes et les variables financières dépendantes montrent que les distributions des résidus prédits sont presque confondues avec celles des résidus observés.

Le tableau suivant présente les statistiques descriptives de l'ensemble des variables dépendantes et indépendantes testées dans les régressions linéaires.

Tableau 59 - Analyse descriptive des données de l'échantillon¹¹⁷²

| Variables | N | Min. | Max. | Somme | Moyenne | Médiane | Ecart-type | Skewness | | Kutosis | |
|--------------------------------|-----|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|------------|----------|------------|---------|------------|
| | | | | | | | | coef. | Std. error | coef. | Std. error |
| Variables dépendantes | | | | | | | | | | | |
| SCOREPERF | 411 | -0,93 | 0,43 | - | -0,2234 | -0,2132 | 0,24861 | -0,329 | 0,120 | 0,722 | 0,240 |
| R1 | 429 | -0,200 | 0,300 | - | 0,047 | 0,041 | 0,08542 | -0,039 | 0,118 | 0,423 | 0,235 |
| R2 | 436 | -0,13 | 0,19 | - | 0,0283 | 0,0230 | 0,05474 | -0,084 | 0,117 | 0,316 | 0,233 |
| R3 | 406 | -0,53 | 0,72 | - | 0,1188 | 0,1205 | -0,22915 | -0,111 | 0,121 | 0,883 | 0,242 |
| R4 | 443 | 0,51 | 1,08 | - | 0,7972 | 0,7990 | 0,10015 | 0,021 | 0,116 | 0,126 | 0,231 |
| R5 | 407 | -0,09 | 1,00 | - | 0,6103 | 0,6260 | 0,23695 | -0,451 | 0,121 | -0,419 | 0,241 |
| Variables indépendantes | | | | | | | | | | | |
| GROUPE | 463 | 0 | 1 | 92,00 | - | - | - | - | - | - | - |
| CAPATOT | 461 | 0 | 1 | 307,00 | - | - | - | - | - | - | - |
| LOURDEUR | 451 | 425,32 | 3682,10 | - | 1745,44 | 1718,41 | 485,33 | 0,582 | 0,115 | 2,060 | 0,230 |
| URGENCES | 463 | 0 | 1 | 116,00 | - | - | - | - | - | - | - |
| HTPsejours | 457 | 0,00 | 1,00 | - | 0,4987 | 0,5022 | 0,15240 | -0,410 | 0,114 | 2,913 | 0,228 |
| HTPlitsplaces | 456 | 0,00 | 1,00 | - | 0,1593 | 0,1300 | 0,16030 | 3,932 | 0,114 | 17,503 | 0,228 |
| GHM80 | 453 | 1,00 | 120,00 | - | 47,34 | 48,00 | 24,52602 | 0,040 | 0,115 | -0,412 | 0,229 |
| QUALITE | 460 | 12,61 | 97,20 | - | 62,4051 | 61,7750 | 13,12083 | 0,025 | 0,114 | 0,509 | 0,227 |
| CERTIFV1 | 455 | 1 | 178 | - | 11,9780 | 5,00000 | 0,114 | 4,181 | 0,228 | 21,710 | 0,228 |
| CERTIFV2 | 455 | 0 | 1 | 433,00 | - | - | - | - | - | - | - |
| INDPERF | 450 | 0,40 | 1,40 | - | 0,8996 | 0,9000 | 0,10803 | 0,073 | 0,115 | 2,622 | 0,230 |
| CA_litplace | 458 | 24695,40 | 420046,42 | - | 122986,83 | 114599,54 | 48060,46 | 1,982 | 0,115 | 7,333 | 0,229 |
| CO | 425 | 19,58 | 120,35 | - | 67,5224 | 67,9400 | 15,05509 | -0,138 | 0,118 | 0,716 | .236 |
| SEJ | 448 | 11,93 | 349,26 | - | 97,5136 | 93,4741 | 38,30283 | 2,085 | 0,115 | 9,197 | 0,230 |
| PROJET | 463 | 0 | 1 | 424,00 | - | - | - | - | - | - | - |
| BLOPOP | 463 | 0 | 1 | 428,00 | - | - | - | - | - | - | - |
| IMPLICPRAT | 463 | 0 | 1 | 427,00 | - | - | - | - | - | - | - |
| CAparETPTOT | 433 | 14 318,94 | 196422,45 | - | 89046,29 | 85577,35 | 24934,24 | 1,042 | 0,117 | 2,993 | 0,234 |
| HSOIGNANT | 366 | 1,69 | 64,20 | - | 16,2138 | 14,9950 | 7,54656 | 2,581 | 0,128 | 12,136 | 0,254 |
| HADMIN | 381 | 0,20 | 28,90 | - | 4,4719 | 3,4117 | 3,92482 | 2,627 | 0,125 | 8,787 | 0,249 |
| N valide | 308 | | | | | | | | | | |

¹¹⁷² Ibid., p.505 et s.

L'encart suivant rappelle les principaux éléments de définition et d'interprétation des indicateurs de l'analyse statistique descriptive.

Encart 26 - Les statistiques descriptives : un rappel théorique

Dans le cas d'une variable métrique, la tendance centrale est la moyenne. La dispersion va être reflétée par plusieurs indicateurs, la variance et l'écart type étant les plus connues.

La variance est la mesure de dispersion la plus utilisée. Elle est basée sur la distance au carré entre la valeur d'un cas et la moyenne d'un échantillon. Pour y arriver, on soustrait la valeur d'un cas et on met au carré le résultat. On réalise la même opération pour toutes les observations. La variance est la somme de toutes les distances au carré divisé par le nombre de cas.

Il faut noter que, dans la variance, les observations ont un poids implicite proportionnel au carré de leur écart par rapport à la moyenne : plus une observation est marginale, plus elle contribue à la variance.

Il est possible d'obtenir un résultat dans la même échelle que la mesure originale. Il suffit de prendre la racine carré de la variance. On obtient alors l'écart type qui indique si la moyenne représente bien les données.

Si l'écart type est petit, les différentes observations sont situées près de la moyenne. Dans le cas contraire, les observations s'éloignent de la moyenne. Un écart type de 0 signifie que toutes les observations ont la même valeur.

Le *skewness*, ou coefficient de symétrie, indique si les observations sont réparties également autour de la moyenne (le coefficient est alors nul) ou si elles sont plutôt concentrées vers les valeurs les plus faibles (coefficient positif) ou vers les valeurs les plus élevées (coefficient négatif).

Le *kurtosis*, ou indice d'aplatissement de la distribution, indique si le pic de la courbe est prononcé. Comparativement à une distribution normale, un indice positif élevé indique que la distribution a un pic prononcé, tandis qu'un indice négatif indique un aplatissement prononcé. Plus la valeur tend vers 0, plus la distribution tend vers la normalité.

Le nombre de N valides s'élève à 308 établissements, soit près de 67 % des 463 cliniques privées de la base de données. Ceci signifie, qu'après retraitements, nous disposons des données complètes (des valeurs pour chacune des variables à expliquer et de celles explicatives) de 308 établissements. Plusieurs éléments expliquent l'absence de données sur certaines variables :

- les retraitements réalisés sur les données financières nous ont conduit à supprimer les données d'un certain nombre de cliniques privées (cf. *supra*),
- certaines données composant les variables explicatives de performance financière n'étaient pas disponibles au moment de la construction de notre base de données sur les cliniques privées.
- le choix d'utiliser le nombre de séjours des établissements pour pondérer le nombre d'heures d'ETP soignant et le nombre d'heures d'ETP de travail administratif a représenté une autre contrainte : la base de données de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) proposant des données sur l'établissement total, y compris pour ceux ayant une activité SSR ou de PSY, nous avons supprimé les établissements qui interviennent à la fois sur les disciplines MCO et sur celles du SSR ou de la PSY sur ces deux variables.

En premier lieu, nous procédons à une analyse descriptive succincte des variables dépendantes. Par la suite, nous complétons cette analyse descriptive par l'étude de la dispersion des variables indépendantes.

1.1.2. Les variables dépendantes : les résultats financiers des cliniques privées après retraitement des valeurs extrêmes

L'analyse descriptive proposée des ratios financiers des cliniques privées de notre échantillon ne reflète pas la réalité de la situation financière des cliniques privées françaises de court

séjour, les variables ayant été retraitées, ce qui explique notre choix d'une présentation succincte de ces variables.

Les coefficients de symétrie (*skewness*) et d'aplatissements proches de 0 indiquent que les distributions observées sur ces ratios financiers après retraitement suivent une loi normale. Après retraitement, le score de performance financière (SCOREPERF) varie entre -0,93 et 0,43. Étant peu parlant sous cette forme, nous n'approfondissons pas davantage l'analyse descriptive de cette variable.

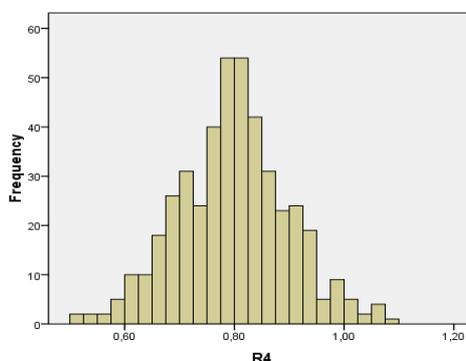
La plus faible valeur observée sur le ratio de rentabilité économique (R1) est de -20 % qui s'explique par un résultat d'exploitation négatif. Le taux de rentabilité économique maximal des cliniques privées de notre échantillon est de 30 %, la médiane se situant à 4,1 %.

La variable du taux de marge net (R2) compte, pour sa part, 436 observations. La valeur la plus faible de l'échantillon est de -13 %, celle la plus haute s'élève à 19 %. La médiane de l'échantillon se situe à 2,3 %.

La variable du taux de rentabilité financière (R3) observait, avant retraitement des valeurs extrêmes élevées. La valeur du taux de rentabilité financière minimal s'élevait à - 464 %. Ces données illustrent que certaines cliniques de notre échantillon se trouvent en situation de forte insuffisance de capitaux propres et/ou enregistrent un résultat courant après impôt négatif. Le taux maximal de rentabilité financière était quant à lui de 134 %. Ce taux élevé suggère que cet établissement a enregistré un résultat courant après impôt positif supérieur au montant de ses capitaux propres. La faiblesse de ses capitaux propres par rapport au résultat courant après impôt dégagé sur la période a pu, par exemple, s'expliquer par des pertes enregistrées l'année (ou les années) qui a (ont) précédé la période étudiée (2004-2006). Après retraitement des valeurs extrêmes, la variable du taux de rentabilité financière compte 406 observations. Le taux le plus faible observé s'élève à -53 %. Ainsi, même après retraitement, notre échantillon intègre encore les résultats de cliniques privées en difficulté financière.

Après retraitement, le taux minimum observé sur cette variable est de 51 %, la médiane des cliniques privées de notre échantillon étant, quant à elle, proche de 80 %. Rappelons que l'intérim n'est pas pris en compte dans ce ratio de masse salariale, faute de pouvoir distinguer ces charges dans les comptes de résultat des cliniques privées. La valeur maximale observée sur ce ratio est de 108 %, ce qui signifie que la richesse créée par cette clinique privée est insuffisante pour assurer le financement de ses charges de personnel.

Graph 17 - Distribution des cliniques privées sur le ratio charges de personnel / valeur ajoutée (R4)



Enfin, le ratio R5 mesurant la part des capitaux propres dans les capitaux permanents des cliniques privées compte 407 observations après retraitement. La valeur minimale observée sur l'échantillon est de -9 %, un ratio négatif signalant qu'une clinique privée est en insuffisance de fonds propres, cette situation étant probablement le résultat de l'enregistrement de pertes sur

une ou plusieurs années qui figurent dans le compte de report à nouveau des établissements. Ces pertes ont certainement fait fondre le montant des capitaux propres de ces établissements au point qu'ils sont devenus négatifs. La valeur maximale du ratio est de 100 %, un tel ratio soulignant l'absence d'endettement à long terme d'un établissement.

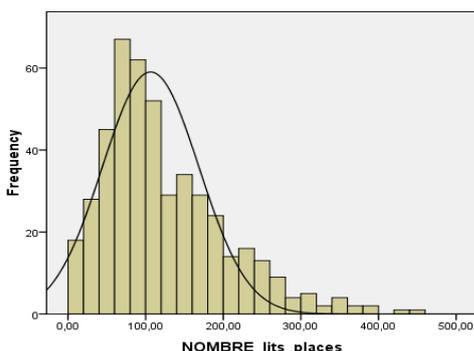
1.1.3. Les analyses de distribution des variables indépendantes : un éclairage des spécificités du secteur hospitalier privé

Les variables indépendantes de la base de données n'ont pas été retraitées. Leur analyse est donc plus à même de rendre compte des réalités du secteur. Pour autant, elle n'intègre pas la totalité des cliniques de France métropolitaine, un état de fait que nous expliquons principalement par l'absence de disponibilité des données relatives à certaines cliniques privées. Le taux de présence fluctue en fonction des sources des variables, la base de données de la SAE établie sur la base du déclaratif des établissements étant celle la moins bien renseignée. **Les coefficients d'aplatissement (*Kurtosis*) et de symétrie (*skewness*) des distributions des variables étudiées montrent que ces dernières ne suivent pas toujours une loi normale. Cependant, dans la conduite d'une analyse de régression linéaire, ceci n'est pas problématique car les variables explicatives n'ont pas besoin de suivre une distribution normale**¹¹⁷³.

En 2006, 92 cliniques privées, soit 20 % des effectifs de notre échantillon, appartenaient à l'un des quatre grands groupes nationaux de cliniques privées de court séjour présents sur le secteur en 2006 : les groupes Générale de Santé, Capiro, Médi-Partenaires et Vitalia. Cet effectif serait certainement plus élevé si nous avions étudié le nombre d'établissements et non le nombre d'entités juridiques de cliniques privées.

Les capacités en lits et places de chaque clinique privée ont été, dans nos travaux, divisées en trois classes d'effectifs égaux afin de déterminer un groupe de petits établissements, un groupe rassemblant des cliniques privées de taille moyenne et un groupe de grandes cliniques privées. Le graphe, présenté ci-dessous, présente la distribution des cliniques privées en fonction de leurs capacités en lits et places.

Graph 18 - Distribution des lits et places des cliniques privées



La variable catégorielle définie compte 307 cliniques privées de petite et de grande taille (notées 1) et 153 cliniques privées de taille moyenne (notées 0).

Les trois catégories définies présentent les caractéristiques suivantes :

- Les établissements de petite taille : 154 cliniques privées entrent dans cette catégorie. Elles comptent entre 2 et 77 lits et places
- Les établissements de taille moyenne : 153 cliniques privées sont classées dans cette catégorie. Elles comptent entre 78 et 142 lits et places
- Les établissements de grande taille : 153 cliniques privées sont classées dans cette catégorie. Elles comptent entre 143 et 459 lits et places. L'étendue de cette classe est donc plus forte que celle des deux autres.

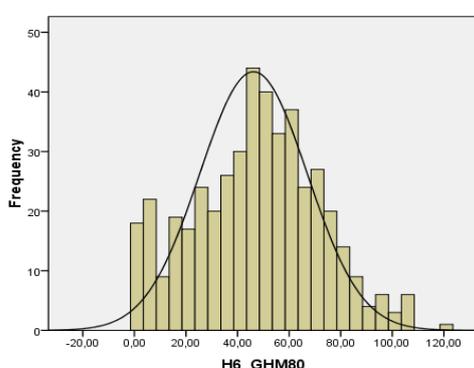
Les cliniques de notre échantillon compte en moyenne 123 lits et places. Un regard plus précis sur les effectifs montre que 48 % des cliniques privées observent des capacités inférieures à

¹¹⁷³ DANCEY C.P. et REIDY J. (2007), *Statistiques sans maths pour psychologues*, Editions De Boeck Universités, p. 449

100 lits et places. 73 d'entre elles, soit 15,8 %, comptent plus de 200 lits et places, 17 comptent plus de 300 lits et places, 2 d'entre elles observant une capacité supérieure à 400 lits.

Les statistiques descriptives sur les données d'activité des cliniques privées sont riches d'enseignements. Dans un premier temps, notons la prégnance du mode de prise en charge en hospitalisation partielle. 54 % des cliniques privées de notre échantillon réalisent 50 % et plus de leurs séjours en hospitalisation partielle. 80 % des cliniques privées observent un taux compris entre 40 % et 70 %. Seuls 11 établissements de notre échantillon réalisent plus de 80 % de leur activité à temps partiel. 17 établissements comptent 50 % et plus de leur capacité en hospitalisation partielle, 85 % des observations de l'échantillon en comptent entre 5 % et 25 %. Notons que 116 cliniques privées disposent d'un service d'urgences en 2006 (25,1 %). Le poids médian des patients pris en charge par l'ensemble des cliniques de l'échantillon est de 1718,11 euros par séjour avec un indice minimum de lourdeur des cas observé de 425,32 euros par séjour et un maximum de 3682,10 euros par séjour.

Graphe 19 - Nombre de GHM composant 80 % du casemix des cliniques privées de court séjour



45 entités juridiques, soit 9,9 % des cliniques privées de notre échantillon ont une activité spécialisée dans une à dix lignes de produits, dix d'entre eux n'en comptant qu'une seule. La médiane de l'échantillon se situe à 48 lignes de produits, l'établissement le plus diversifié comptant 120 lignes de produits composant 80 % de son activité. Seuls 9 établissements (2 % des effectifs) enregistrent 100 lignes de produits et plus.

L'analyse descriptive des indicateurs de mesure de la qualité des soins montre qu'à la fin de l'année 2006, seules 26 cliniques privées de notre échantillon avaient passé la certification V2. 72 % des cliniques privées de notre échantillon se sont vues attribuer par les experts visiteurs de la HAS un maximum 11 recommandations lors de la certification V1. Le score médian des cliniques privées de notre échantillon est de 4 recommandations (un score CERTIFV1 de 5, la note de 1 étant attribuée aux établissements ayant été certifiés sans recommandation, ni réserve ou réserve majeure). Par ailleurs, le score médian de qualité diffusé par le ministère de la Santé est de 61,77 (il est théoriquement compris entre 0 et 100).

L'indice de performance moyen mesurant la DMS de l'établissement par rapport à sa DMS théorique s'élève à 0,9. Ceci indique que les établissements de santé de notre échantillon observent, en moyenne, une durée moyenne de séjour plus courte que celle qu'ils devraient observer en théorie (indice = 1). Les valeurs des cliniques privées sur cet indicateur sont peu dispersées. Elles sont comprises entre 0,40 et 1,80 avec une forte concentration entre 0,80 et 1,00.

Le taux d'occupation médian des lits d'hospitalisation complète est de 67,94 % avec un minimum observé de 19,48 % et un maximum de 120,35 %. Un taux d'occupation proche de 20 % peut s'expliquer soit par une faible occupation des lits, soit par le fait que l'établissement utilise ses lits d'hospitalisation complète pour prendre en charge des patients relevant d'une prise en charge à temps partiel, le taux d'occupation représentant, dans ce cas de figure, un artefact. Enfin, il se peut que cette donnée soit erronée du fait d'une erreur de calcul de la part de l'établissement ayant transmis ses données, la base SAE, rappelons-le, étant établie sur la base du déclaratif. Un taux supérieur à 100 % signifie qu'un établissement dispose de davantage

de lits installés que de lits autorisés. Seules les données de 425 cliniques privées sont disponibles pour cette variable, les résultats des 37 autres n'étant pas renseignés dans cette base. Le chiffre d'affaires par lit et place est, quant à lui, très variable selon les établissements : le minimum observé est de 24 695,40 euros, un établissement observant un maximum de 420 046,42 euros de chiffre d'affaires par lit et place, la médiane étant de 114 599,54 euros. La médiane du nombre de séjours par lit et place de court séjour s'élève à 97,51, ce qui signifie que les cliniques privées de court séjour accueillent un nombre médian de patients par an et par lit proche de 97.

Les variables de mesure du volume de masse salariale et de productivité du personnel des cliniques privées de court séjour montre un chiffre d'affaires médian par ETP de 102 801,00 euros, et un nombre d'heure médian d'ETP soignants par séjour de 15 heures d'ETP et de 4 heures s'agissant des ETP de travail administratif par séjour.

Enfin, les trois variables d'efficacité du management calculées à partir des remarques des experts visiteurs de la HAS sur la certification V1 des établissements montrent que 424 établissements (91,7 %) n'ont reçu aucune recommandation, réserve ou réserve majeure de la part des experts visiteurs de la HAS portant sur la rédaction ou à la mise en œuvre de leur projet d'établissement. 428 établissements (92,6 %) ont été certifiés sans recommandation, réserve ou réserve majeure portant sur l'efficacité de leur bloc opératoire et 427 cliniques privées (92,4 %) ont été certifiées sans recommandation, réserve et réserve majeure portant sur le manque d'implication des praticiens dans la vie des établissements.

1.2. L'analyse bivariée : un apport d'indices sur la nature des déterminants de la performance financière des cliniques privées

Le paragraphe qui suit a pour objet de présenter les analyses bivariées menées sur l'ensemble des variables du modèle. Ce type d'analyse consiste à étudier les relations entre deux variables. Une analyse des coefficients de corrélations Pearson est proposée, cette méthode demeurant, de nos jours, la plus connue et la plus employée¹¹⁷⁴. L'objectif de cette analyse est double. Dans un premier temps, elle permet de détecter d'éventuels problèmes de multicollinéarité entre les variables dépendantes qui risqueraient de diminuer les effets observés sur ces variables dans les analyses de régression multiple. On obtient les résultats les plus précis lorsque les variables sont non corrélées entre elles. De plus, elle permet d'observer les corrélations entre les variables dépendantes et les variables indépendantes incluses dans les modèles statistiques afin de révéler de potentiels prédicteurs de performance financière, ceux dont la corrélation avec les variables dépendantes sont fortes. L'analyse des corrélations représente un moyen de vérifier l'hypothèse de linéarité des relations entre les variables dépendantes et chacune des variables indépendantes.

Les corrélations entre les variables continues du modèle ont été calculées à partir des scores Z calculés pour chaque variable du modèle, **celui-ci permettant d'étudier des données rétrécies et centrées qui autorisent les comparaisons entre variables numériques. Toutes les analyses menées dans la suite des développements sont réalisées sur des valeurs transformées, dites standardisées.**

¹¹⁷⁴ EVRARD Y., PRAS B. et ROUX E. (2009), *Market, Fondements et méthodes de recherche en marketing*, Dunod, 4^{ème} édition, p. 364

Section 2 ■ L'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées : résultats statistiques et regards croisés des dirigeants ■

Encart 27 - Les scores « Z »

L'écart type permet d'estimer avec beaucoup plus de précision que la moyenne la position de la valeur par rapport aux autres valeurs, c'est-à-dire de positionner la valeur à l'intérieur de la distribution de l'échantillon. Il est possible de déterminer la position relative de chaque observation en calculant ce qui s'appelle le score standardisé ou score Z. Le calcul du score Z est simplement la valeur de l'observation moins la moyenne divisé par l'écart type.

Score Z = (valeur – moyenne) / écart type

Le score standardisé permet de savoir à combien d'écart type une observation se situe de la moyenne. Il montre si l'observation se situe au-dessus (+) ou en dessous de la moyenne (-) et à quelle distance en écart-type se situe l'observation de la moyenne. Dans le cas spécifique d'une distribution transformée en scores Z, la moyenne devient toujours égale à 0 et si une observation est égale à la moyenne, son pendant en score Z sera de 0 et si une observation est égale à un écart type au dessus de la moyenne, son score Z sera de 1.

La matrice des corrélations observées entre les variables indépendantes (VI), présentée dans le tableau suivant, n'indique pas la présence de difficultés majeures à venir dans les analyses de régression multiple lié à des problèmes de multicollinéarité entre les variables explicatives qui seront testées. D'un point de vue méthodologique, l'analyse de la matrice des corrélations ne nous amène pas à éliminer de variables, le seuil de 70 %¹¹⁷⁵ qui implique habituellement un choix de variables dans les analyses de régression multiple n'étant pas atteint.

Tableau 60 - Matrice des corrélations entre les variables explicatives

| | VI1 | VI2 | VI3 | VI4 | VI5-1 | VI5-2 | VI6 | VI7-1 | VI7-2 | VI8-1 | VI8-2 | VI8-3 | VI8-4 | VI9-1 | VI9-2 | VI9-3 | VI10 | VI11 | VI12 | |
|-------|--------------|-----|--------|------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|-------|
| VI1 | GROUPE | 1 | .185** | .026 | .149** | .012 | -.007 | .009 | .046 | .003 | -.070 | -.097* | .021 | -.023 | .077 | -.072 | -.021 | .051 | -.046 | -.042 |
| VI2 | CAPATOT | | 1 | .052 | .458** | -.049 | .012 | .215** | .114* | -.029 | .023 | .197** | -.130** | -.081 | .006 | .004 | .262** | .068 | -.070 | -.059 |
| VI3 | LOURDEUR | | | 1 | .036 | -.293** | -.419** | .440** | -.052 | -.031 | .024 | -.044 | -.165** | -.105* | -.182** | .053 | .024 | .054 | -.002 | .040 |
| VI4 | URGENCES | | | | 1 | -.038 | -.007 | .250** | .037 | .018 | -.045 | .232** | .013 | .041 | .007 | -.021 | .089 | .028 | -.085 | -.061 |
| VI5-1 | HTPsejurs | | | | | 1 | .268** | -.074 | .119* | -.020 | -.050 | -.288** | .568** | -.042 | .114* | -.198** | -.167** | -.024 | -.024 | -.070 |
| VI5-2 | HTPitsplaces | | | | | | 1 | -.287** | .146** | -.054 | -.108* | .048 | .168** | .111* | .196** | -.024 | .102* | .023 | .001 | .026 |
| VI6 | GHM80 | | | | | | | 1 | .003 | -.032 | .047 | .016 | -.033 | -.119* | -.131** | .036 | -.299** | .046 | -.012 | -.050 |
| VI7-1 | QUALITE | | | | | | | | 1 | -.175** | -.103* | .003 | .242** | .150** | .192** | -.121* | .064 | .078 | .010 | .020 |
| VI7-2 | CERTIFV1 | | | | | | | | | 1 | .071 | -.104* | -.066 | -.127** | -.106* | -.052 | -.043 | -.125** | -.095* | -.090 |
| VI8-1 | INDPERF | | | | | | | | | | 1 | -.106* | -.284** | -.190** | -.128** | .021 | -.084 | .014 | -.032 | .045 |
| VI8-2 | CO | | | | | | | | | | | 1 | .056 | .166** | .048 | .058 | .153** | .098* | .038 | .101* |
| VI8-3 | SEJ | | | | | | | | | | | | 1 | .202** | .277** | -.261** | -.197** | .060 | -.054 | .044 |
| VI8-4 | CA_itplace | | | | | | | | | | | | | 1 | .547** | -.137** | .084 | .018 | -.013 | -.051 |
| VI9-1 | CAparETPTOT | | | | | | | | | | | | | | 1 | -.110* | .078 | .100* | -.058 | -.033 |
| VI9-2 | HSOIGNANTS | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .003 | .017 | -.004 | .039 |
| VI9-3 | HADMIN | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .030 | .073 | .012 |
| VI10 | PROJET | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .066 | .063 |
| VI11 | BLOCOF | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | -.018 |
| VI12 | IMPLICPRAT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |

*: p < 0.05
 **: p < 0.01

Les corrélations entre les variables indépendantes du modèle statistique et celles dépendantes (le score de performance financière et les ratios le composant) apportent un certain nombre d'indices préliminaires sur la nature des prédicteurs de la performance financière des cliniques privées. En effet, plus les corrélations entre les

¹¹⁷⁵ JOLIBERT A. et JOURDAN P. (2006), *Marketing Research*, Dunod, 599 p.

variables dépendantes et indépendantes sont fortes, plus les chances sont élevées que les variables explicatives aient un effet significatif sur les variables à expliquer des modèles de régression multiple.

Tableau 61 - Les corrélations entre les variables à expliquer et les variables explicatives

| | SCOREP ERF | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 |
|-------------------------|---------------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Variables | r | r | r | r | r | r |
| <i>Effet structure</i> | | | | | | |
| GROUPE | .075 | .062 | .022 | .087 | -.059 | .033 |
| CAPATOT | .119* | .107* | .089 | -.028 | -.137** | .089 |
| <i>Effet activité</i> | | | | | | |
| LOURDEUR | -.105* | -.056 | -.076 | -.066 | .093 | -.020 |
| URGENCES | .027 | .112* | .084 | .070 | -.012 | .032 |
| HTPsejours | .048 | -.025 | .024 | .050 | .032 | .000 |
| HTPlitsplaces | .105* | .032 | .100* | .125* | -.109* | .019 |
| GHM80 | -.133** | -.058 | -.079 | -.113* | -.144** | -.089 |
| <i>Effet management</i> | | | | | | |
| QUALITE | .135** | .138** | .098* | .134* | -.135** | .122* |
| CERTIFV1 | -.131** | -.189** | -.155** | -.095 | .150** | -.089 |
| CERTIFV2 | .007 | -.006 | .000 | .044 | -.033 | -.079 |
| INDPERF | -.125* | -.137** | -.166** | -.107* | .219** | -.033 |
| CO | .068 | .083 | .181** | .152** | -.061 | .028 |
| SEJ | .226** | .171** | .195** | .203** | -.159** | .117* |
| CA_litplace | .280** | .293** | .292** | .220** | -.253** | -.085 |
| CAparETPTOT | .340** | .338** | .319** | .319** | -.364** | .052 |
| HSoignants | -.291** | -.152** | -.209** | -.222** | .224** | -.063 |
| HADMIN | .012 | .107* | .072 | .038 | -.067 | .112* |
| PROJET | .123** | .170** | .182** | .085 | -.150** | .103* |
| BLOCOP | -.006 | -.030 | -.003 | -.010 | .041 | .011 |
| IMPLICPRAT | .002 | -.004 | -.013 | .009 | .004 | .002 |

*. Statistiquement significatif au seuil 5 %

** . Statistiquement significatif au seuil 1 %

Le tableau des corrélations montre que les indicateurs financiers ne dépendent pas significativement des variables GROUPE, CERTIFV2, BLOCOP et IMPLICPRAT. En revanche, **il semble que plusieurs variables puissent expliquer la performance financière des cliniques privées. Parmi celles dont l'impact est certainement fort, on compte de nombreuses variables mesurant l'efficacité du management des cliniques privées :**

- **Deux des trois indicateurs de gestion des ressources humaines des cliniques privées, le chiffre d'affaires par ETP et le nombre d'heures de soignants par séjour, sont significativement corrélées au seuil 1 % avec le score de performance financière et avec l'ensemble de ses composantes, hormis avec le ratio d'autonomie financière.** La variable du nombre d'heures d'ETP de travail administratif par séjour est peu corrélée aux données financières. Seuls les ratios de rentabilité économique et d'autonomie financière sont corrélés significativement au risque 5 % avec cette variable.
- **Les variables de mesure du volume d'activité sont fortement corrélées aux données financières :** l'indice de performance (DMS/DMS attendue) est corrélé significativement au seuil 1 % au score de performance et aux ratios de rentabilité économique (R1), de profitabilité (R2) et de masse salariale (R4) et, au seuil 5 %, avec le ratio de rentabilité financière (R3). La matrice de corrélation montre également que **plus le taux d'occupation d'un établissement est fort, plus il a de chance d'être performant sur les ratios de profitabilité (r.181**) et de rentabilité financière R3 (r.152**).** Les corrélations observées entre les variables du nombre de séjours par lit et place (SEJ) et celle du chiffre d'affaires par lit et place (CA_litplace) et chaque indicateur financier sont, quant à elles, significatives au seuil 1 %, sauf pour le ratio d'autonomie financière (R5) dont la corrélation est significative au seuil 5 %.

- **La qualité des soins** : le score agrégé de qualité des soins diffusé par le ministère de la Santé (QUALITE) et le score établi sur les résultats de la certification V1 (CERTIFV1) sont corrélés significativement au seuil 1 % avec le score de performance financière (respectivement, $r.135^{**}$ et $r.131^{**}$). Les corrélations observées entre la variable QUALITE et les autres ratios financiers sont toutes au moins significatives pour $p < 0,05$. Le score réalisé sur les résultats de la certification V1 est également corrélé significativement au seuil 1 % à l'ensemble des ratios financiers, hormis avec les ratios de rentabilité financière (R3) et d'autonomie financière (R5).
- **la variable dichotomique de présence d'un projet stratégique défini clairement et mis en œuvre est corrélée significativement au risque 1 % avec le score de performance financière ($r.172^{**}$) et avec les ratios R1, R2, R4 et R5.**

Les variables caractérisant le type d'activité des établissements de santé étant plus faiblement corrélées aux indicateurs financiers, nous nous attendons à ce qu'elles constituent de moindres prédicteurs de la performance financière des cliniques privées. **Parmi ces variables, HTPlitsplaces et GHM80 sont les deux variables qui apparaissent les plus significatives pour expliquer la performance financière des cliniques privées. La variable URGENCES est certainement à même d'expliquer le ratio de rentabilité économique. Enfin, notons que les variables indépendantes sur lesquelles nous avons émis des hypothèses de recherche semblent peu prédire le ratio R5 qui n'est corrélé significativement qu'à quatre variables au seuil de 5 % : GHM80, QUALITÉ, HADMIN et PROJET.**

Cependant les impacts des variables indépendantes peuvent être mieux compris en fixant les variables explicatives dans des analyses de régression multivariée dont les résultats sont présentés et discutés dans la sous-section suivante. Cette analyse permet de comprendre quels sont les facteurs qui ont l'impact le plus fort sur le score de performance financière et sur les ratios qui le composent.

2. Les résultats des analyses multivariées : convergences et divergences avec le discours des dirigeants de cliniques privées

Six modèles de régressions multiples les plus intégrés (un modèle par indicateur financier) sont proposés à la suite de la présentation des résultats de l'introduction progressive (par bloc) de variables contrôlées dans ces travaux par le chercheur. L'objectif est de déterminer des modèles qui ne présentent que les variables les plus significatives pour expliquer les résultats financiers des cliniques privées. **Ainsi, les derniers modèles proposés intègrent les variables qui expliquent le maximum de variance du score de performance financière et des ratios financiers le composant (R1 à R5). Cette méthode dont nous faisons usage est couramment appelée méthode de régression linéaire hiérarchique ascendante.** Nous débutons cette analyse avec celles des variables caractérisant l'effet « management », celles-ci, au regard de l'analyse bivariée des coefficients de Pearson ayant semblé représenter les meilleurs prédicteurs de performance financière.

Habituellement les analyses de régression multiple nécessitent un choix de variables, dites variables « de contrôle », dont l'utilisateur est certain qu'elles représentent de bons prédicteurs de la variable dépendante étudiée. Notre étude étant la première du genre menée dans le contexte français, il ne nous semble pas pertinent de définir des variables de contrôle *a priori*, l'objet de nos travaux étant justement de vérifier l'existence de déterminants de la performance financière des cliniques privées. Ainsi, nous testons les effets de l'introduction de chaque variable ou d'un groupe de variables au gré de l'avancement de l'analyse avec les indicateurs les plus significatifs ressortant des analyses précédentes.

Les résultats des statistiques sont explicités et commentés à l'aide des réponses apportées par les six directeurs de cliniques privées interrogés dans le cadre de notre étude qualitative. Nous allons voir dans quelle mesure ils confirment les résultats des statistiques. Nous utilisons certaines des explications qu'ils ont apportées sur la performance de leurs établissements pour commenter les résultats des statistiques. Nous comparons également nos résultats à ceux des études des chercheurs américains. Cependant ces comparaisons ne sont pas toujours évidentes du fait des différences observées dans les choix de sélection de variables et des différences de contexte.

2.1. *L'effet « management » : un impact statistique fort et significatif sur la performance financière des cliniques privées reconnu par les dirigeants*

Les analyses bivariées précédentes ont montré que les variables financières sont assez fortement liées aux variables de mesure de l'effet management et, plus particulièrement, aux indicateurs de masse salariale et de productivité du personnel des établissements de santé. Les régressions multivariées réalisées avec ces indicateurs sont présentées dans un premier temps puisque ce sont celles qui semblent les plus à même de prédire la performance financière des cliniques privées. Par la suite, nous testons le pouvoir explicatif des indicateurs du volume d'activité, de la qualité des soins, et enfin, des trois variables construites à partir des résultats de la certification V1 des cliniques privées.

2.1.1. Les variables de mesure d'efficacité de la gestion des ressources humaines : une convergence des résultats statistiques et du discours des dirigeants

Les résultats des régressions multiples réalisées sur les indicateurs d'efficacité de gestion du personnel des cliniques privées montrent des effets non dus au hasard de deux des trois variables étudiées sur le score de performance financière et les ratios R1 à R4. Ces résultats confirment ceux de l'analyse bivariée. Ainsi, plus le chiffre d'affaires par ETP total d'une clinique privée est élevé, plus elle a de chance d'observer un score de performance, des ratios de rentabilité économique et financière et un ratio de profitabilité élevés.

La variable du nombre d'heures d'ETP soignants par séjour a également un fort impact sur ces mêmes variables financières. Les coefficients de régression linéaire sont d'une moindre importance que ceux observés sur la variable du chiffre d'affaires par ETP. Conformément aux résultats attendus, les signes négatifs des coefficients suggèrent que moins les cliniques comptent un nombre d'heures d'ETP soignants par séjour élevé, plus la probabilité est forte qu'elles observent un score de performance financière, des ratios de rentabilités économique et financière ainsi qu'une profitabilité élevée. Le coefficient positif sur R4 montre que plus une clinique privée observe un nombre d'heures d'ETP soignants par séjour faible, plus le ratio de personnel a de chance d'être faible.

En revanche, les deux variables du chiffre d'affaires par ETP et du nombre d'heures d'ETP soignants par séjour ne représentent pas des prédicteurs significatifs du ratio d'autonomie financière des cliniques privées (R5). R5 est mieux prédit par la variable du nombre d'heures de travail administratif par séjour (HADMIN). Ce résultat est à interpréter avec précaution car le modèle est significatif pour $p < 0,1$, ce qui signifie qu'il existe une chance sur dix pour que ce résultat soit le fruit du hasard. Par ailleurs, hormis le ratio R5, la variable mesurant le nombre d'heures de travail administratif par séjour (HADMIN) n'est pas à même de prédire les indicateurs de performance financière des cliniques privées.

Ces résultats valident l'hypothèse générale selon laquelle une masse salariale faible et une productivité élevée du personnel soignant ont un impact favorable sur le score de performance financière et les ratios R1 à R4. Le ratio d'autonomie financière est, quant à lui, mieux prédit par le nombre d'heures d'ETP administratifs par séjour.

Tableau 62 - ETAPE 1 : tests de régression linéaire multiple menés sur les indicateurs de masse salariale

| Variables dépendantes | SCOREPERF | | | R1 | | | R2 | | | R3 | | | R4 | | | R5 | | |
|-----------------------|---------------|--------|-------|---------------|--------|-------|---------------|--------|-------|---------------|--------|-------|---------------|--------|-------|---------------|--------|-------|
| | Coeff. | T | Sig. |
| (constante) | 0,006 | 0,127 | 0,899 | 0,024 | 0,482 | 0,630 | 0,012 | 0,242 | 0,809 | -0,002 | 0,042 | 0,966 | -0,396 | -0,002 | 0,999 | 0,041 | 0,788 | 0,431 |
| CAPAREPTOT | 0,331 | 6,663 | 0,000 | 0,350 | 6,737 | 0,000 | 0,338 | 6,398 | 0,000 | 0,312 | 5,902 | 0,000 | -0,396 | -7,977 | 0,000 | 0,077 | 1,491 | 0,137 |
| HSOIGNANTS | -0,260 | -5,327 | 0,000 | -0,138 | -2,684 | 0,008 | -0,191 | -3,725 | 0,000 | -0,184 | -3,615 | 0,000 | 0,227 | 4,440 | 0,000 | -0,065 | -1,195 | 0,233 |
| HADMIN | -0,026 | -0,541 | 0,589 | 0,063 | 1,286 | 0,200 | 0,032 | 0,625 | 0,532 | 0,030 | 0,589 | 0,557 | -0,007 | -0,147 | 0,883 | 0,088 | 1,757 | 0,080 |
| R ² ajusté | 0,207 | | | 0,148 | | | 0,147 | | | 0,141 | | | 0,205 | | | 0,015 | | |
| F | 27,012 | | | 16,231 | | | 20,325 | | | 17,933 | | | 30,005 | | | 2,544 | | |
| Max VIF | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,056) | | |
| Df | 1,017 | | | 1,014 | | | 1,018 | | | 1,013 | | | 1,015 | | | 1,014 | | |
| | 313 | | | 322 | | | 336 | | | 309 | | | 338 | | | 314 | | |

Nos résultats confirment, dans une certaine mesure, ceux des chercheurs américains. Comme nous l'avons souligné dans la partie introductive de cette sous-section, nous prenons des précautions quant à l'interprétation de ces résultats avec ceux des chercheurs américains. Nous estimons que les résultats de notre étude vont plutôt dans le sens de ceux publiés par Vogel, Langland-Orban et Gapenski¹¹⁷⁶, ces derniers ayant montré qu'un nombre d'ETP élevé ajusté au *casemix* a un impact négatif sur les ratios financiers des établissements de santé. En revanche, nos résultats réfutent ceux obtenus par Younis et Forgione¹¹⁷⁷ qui trouvent que le nombre d'ETP pour 100 admissions ajusté au *casemix* de l'établissement n'a pas d'impact significatif sur la rentabilité et ceux de Mc Cue, Mark et Harless¹¹⁷⁸ qui ne constatent pas d'effet significatif d'une baisse du nombre de personnel infirmier sur la rentabilité économique des établissements de santé.

Les résultats des entretiens organisés avec les directeurs de cliniques privées valident pleinement les analyses statistiques. Cinq des six directeurs valident l'hypothèse générale selon laquelle la performance financière est influencée par le volume de la masse salariale et la productivité du personnel, le sujet n'ayant pas été abordé avec l'un d'eux. Les cliniques sont des entreprises de main d'œuvre, ce qui explique le fort impact du contrôle du volume de la masse salariale sur la performance financière des établissements. Le directeur de la clinique des Champs précise que les difficultés financières de son établissement s'expliquent encore actuellement, outre l'insuffisance de son volume d'activité, par le niveau important de la masse salariale employée par l'établissement. La clinique la Naissance a, quant à elle, été contrainte de fermer ses portes, entre autres, à cause d'une masse salariale trop élevée par rapport à son volume d'activité. En effet, les dirigeants du groupe Vigueur ayant racheté l'établissement en 2008 ont été dans l'impossibilité d'agir sur ces charges l'année de la reprise, en raison des dépôts de plaintes massives de la part des salariés contre le groupe (28 plaintes au Prud'hommes, soit un tiers des effectifs de l'établissement).

Outre le volume de la masse salariale et la productivité du personnel, **les dirigeants ont signalé la présence d'autres facteurs attachés à la gestion des ressources humaines des établissements ayant un impact sur la santé financière de leurs établissements. Ils citent l'impact du salaire moyen, un facteur non testé statistiquement dans nos travaux**, mais dont l'impact a, par exemple, été montré par le chercheur américain Alan Sear¹¹⁷⁹ à partir de la variable du salaire journalier par patient. Le directeur de la clinique du Centre précise que, parmi d'autres facteurs, dont un territoire de santé peu attractif pour les professionnels, le bas niveau des salaires explique actuellement ses difficultés à recruter du personnel soignant et à le fidéliser. Il note, « *Le personnel est parfois introuvable. La concurrence de l'hôpital public neuf n'améliore pas la situation des cliniques privées de la région* ». Le directeur de la clinique de l'Océan a opté, quant à lui, pour une solution que nous pourrions qualifier de « proactive » pour éviter ces difficultés de recrutement. Une politique de revalorisations salariales est à l'œuvre depuis huit ans. Les hausses de salaires des employés des cliniques privées du groupe Dynamic se sont élevées à +2 % en 2010 et +3 % en 2009. Le directeur souhaite, de cette façon, attirer les meilleurs professionnels et fidéliser son personnel. Il souligne « *Les mieux payés vont rester* ». Pour lui, la dégradation volontaire des comptes d'exploitation des cliniques privées du groupe Dynamic consécutive à ces revalorisations représente « *une protection de l'entreprise elle-même contre les appétits des investisseurs* ». De plus, **les dirigeants ont souligné la présence d'effets de seuil sur les charges de personnel liée à la présence de normes de personnel**

¹¹⁷⁶ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 18 : n°2, pp. 15-26

¹¹⁷⁷ YOUNIS M.Z. et FORGIONE D.A. (2005), "Using return on equity and total profit margin to evaluate hospital performance in the U.S.: a piecewise regression analysis", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°3, pp. 82-88

¹¹⁷⁸ MC CUE M.J., MARK B.A. et HARLESS D. (2003), "Nurse Staffing, Quality and Financial Performance", *Ibid.*, vol. 29 : n°4, pp. 56-76

¹¹⁷⁹ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16 : n°2, pp. 31-37

réglementant l'activité des cliniques privées de court séjour. Cette réglementation est une source de coût importante pour les établissements. Le directeur de la clinique du Centre illustre ce fait en donnant l'exemple de l'un des praticiens exerçant à la clinique privée Chandiot qu'il dirige également. Ce chirurgien opère le vendredi après-midi, ce qui implique la présence des équipements nécessaires à la prise en charge de ces patients le samedi et le dimanche. « *Qu'il y ait trois patients dans le service ou quinze, le coût est le même. L'établissement doit assurer la présence d'IDE et les repas du dimanche. (...) La structure est différente chaque semaine, ce qui nécessite une souplesse dans la composition des équipes.* » **Les effets de seuil varient en fonction des disciplines de soins considérées.** Le directeur de la clinique de l'Océan précise, par exemple, que son chiffre d'affaires médical se compose, pour partie, d'activités peu consommatrices de personnel comme l'imagerie médicale, la chimiothérapie, la dialyse, les services d'urgences, ou encore la médecine nucléaire, ce qui explique, selon lui, au moins pour partie, le faible ratio de charges de personnel de son établissement.

2.1.2. Le volume d'activité : des variables dont la significativité statistique varie en fonction des variables financières considérées et un fort effet confirmé par les dirigeants

L'analyse des coefficients de Pearson a montré la présence de corrélations significatives au seuil 1 % entre certaines variables de mesure du volume d'activité des cliniques privées et les indicateurs financiers. Les régressions linéaires confirment l'existence d'impact de ces variables sur les indicateurs de performance financière lorsque ces dernières sont contrôlées par les effets des variables de mesure de gestion du personnel, dont l'impact significatif a été montré précédemment. Seules les variables CAPARETPTOT et HSOIGNANT sont intégrées dans les nouveaux modèles testés sur les indicateurs SCOREPERF et R1 à R4, la variable HADMIN n'exerçant aucun effet significatif sur ces variables financières. De ce fait, elle est exclue des analyses qui vont suivre. En revanche, cette variable est la seule retenue conservée dans l'étape suivante de la construction du modèle proposé sur le ratio d'autonomie financière (R5).

L'analyse des coefficients de Pearson a montré que les variables de mesure du volume d'activité des cliniques privées sont, pour certaines, corrélées entre elles, mais elles le sont à un seuil inférieur au seuil critique de 70 %. Le calcul du *Variance Inflation Factor* (VIF) dans chacun des modèles de régression linéaire nous permet de nous assurer qu'il n'existe pas de problème de multicolinéarité. Le VIF maximal, noté « max VIF », sont largement en-dessous de 10, cette valeur du VIF indiquant un problème de multicolinéarité entre les variables indépendantes.

Les résultats de la régression linéaire montrent que seule la variable de mesure du nombre de séjours par lit et place (SEJ) a un impact significatif sur le score de performance financière, ceci signifiant qu'un nombre élevé de séjours par lit et place exerce une influence positive sur le score de performance financière. Le taux de profitabilité (R2) et le taux de rentabilité financière (R3) peuvent également être prédits par cette variable. Le taux d'occupation (CO) représente un prédicteur significatif de trois variables financières, les ratios de rentabilité économique (R1), de profitabilité (R2) et de rentabilité financière (R3). Le signe positif des coefficients de régression indique que plus le taux d'occupation d'une clinique privée est fort, plus la probabilité est forte qu'il observe de bonnes performances sur ces trois ratios.

Ces résultats confirment ceux d'un rapport du *Government Accountability Office* (GAO)¹¹⁸⁰, l'organisme d'audit, d'évaluation et d'investigation du Congrès des Etats-Unis, ayant montré que le taux d'occupation est fortement lié aux fermetures d'hôpitaux. Nous confirmons également

¹¹⁸⁰ UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE (GAO) (1991), "Rural Hospitals, Federal Efforts Should Target Areas Where Closures Would Threaten Access to Care", *Report to Congressional Requesters*, 88 p.

les résultats de l'étude publiée par Younis, Forgione, Khan et Barkoulas¹¹⁸¹, ces chercheurs montrant qu'un taux d'occupation déclinant a un effet adverse sur les coûts moyens, la rentabilité et la liquidité.

De même, les directeurs de cliniques privées interrogés ont confirmé directement, en précisant spécifiquement l'existence de cet impact, ou indirectement, via les récits de performance de leur établissement, l'hypothèse de recherche selon laquelle le volume d'activité d'un établissement représente un déterminant essentiel de la performance financière des cliniques privées. A titre illustratif, la clinique la Naissance a fermé ses portes en octobre 2010 faute d'une insuffisance de volume d'activité nécessaire à la couverture des charges engagées dans son fonctionnement. La clinique des Champs demeure actuellement dans une situation financière fragile pour la même raison. A l'opposé, les trois autres cliniques performantes financièrement en 2006, ne connaissent actuellement pas de difficulté financière majeure grâce, en partie, aux gros volumes d'activité qu'elles génèrent. En effet, comme le souligne le directeur de la clinique la Montagne, une clinique ne peut être rentable que si elle génère en premier lieu du chiffre d'affaires. Un autre rapporte que « *Les cliniques rentables sont celles qui ont un taux de remplissage correct. La productivité des praticiens et celle des équipes sont des points clés de performance des établissements* ».

L'importance de ce facteur s'illustre dans le suivi quotidien par l'ensemble des directeurs interrogés des variables de mesure l'influençant. Parmi les indicateurs majeurs cités par les directeurs que nous avons rencontrés, on compte notamment le chiffre d'affaires par praticien. Un autre indicateur original, cité par deux directeurs, qui leur permet d'avoir une idée de leur activité au jour le jour est celui du remplissage du parking de l'établissement. Une étude publiée par la Drees¹¹⁸² rapporte sur ce sujet, qu'en 2007, 80 % des cliniques et hôpitaux privés utilisent des tableaux de bords ou de *reporting* pour le pilotage ou la planification de l'activité, nombre d'entre eux ayant mis en place un outil de suivi en temps réel de l'occupation des lits.

Les entretiens réalisés montrent également que plusieurs facteurs non testés statistiquement influencent à leur tour les indicateurs du volume d'activité des cliniques privées et, par répercussion, certainement leur performance financière. Parmi ces facteurs, on compte **la renommée de l'établissement et de ses praticiens**. Plusieurs directeurs ont rappelé que la renommée des établissements dépend, en outre, des tarifs demandés aux patients par les praticiens. Des dépassements d'honoraires élevés peuvent nuire à la réputation des établissements en provoquant une fuite de la clientèle. Le problème est que les directeurs ne maîtrisent pas cette variable puisqu'il n'existe pas d'intérêt commun entre les établissements et les praticiens sur ce point. L'un des directeurs souligne que les pratiques abusives de certains praticiens en matière de dépassements d'honoraires sont « *celles qui marquent les esprits* ». Par ailleurs, **l'adresse de la clinique privée représente une autre variable qui influence fortement le volume d'activité des cliniques privées**. Le directeur de la clinique de l'Océan souligne qu'« *Un établissement doit avoir de bons praticiens qui accueillent et soignent correctement. Cependant, pour cela, il faut une adresse (...) La première valeur d'un établissement est son adresse* ». **Deux déterminants majeurs de performance, identifiés par les chercheurs américains, en dépendent : le degré de concurrence et les caractéristiques de la demande d'un établissement.**

¹¹⁸¹ YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., *et al.* (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Research in Healthcare Management*, vol. 8 : n°1, pp. 95-102

¹¹⁸² CORDIER M. (2008), "Hôpitaux et cliniques en mouvement", *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.

Le directeur de la clinique des Champs explique, par exemple, que l'insuffisance du volume d'activité de son établissement trouve son principal fondement dans la pénurie de personnel médical liée au manque d'attractivité du bassin de population sur lequel est située la clinique. Il souligne, « *habituellement, les entreprises disparaissent par manque d'activité, ici on a l'activité mais pas les hommes pour la faire* ». **L'adresse détermine également les caractéristiques de l'environnement démographique auxquelles les cliniques privées doivent s'adapter.** Comme le note l'un des dirigeants interrogés : « **la clinique n'a pas le choix de ses clients** ». Le directeur de la clinique des Champs relate que les caractéristiques de la population accueillie par son établissement expliquent, par exemple, le faible attrait des patients pour les chambres particulières, la population accueillie, marquée par un passé industriel dans l'industrie chimique, période durant laquelle les syndicats offraient de nombreux services aux ouvriers et facilitaient notamment l'accès aux soins de la population, n'étant pas prête à payer pour ce type de prestation. Ce faible attrait est accentué par la vétusté actuelle des locaux de la clinique. **A ces explications citées par les directeurs de cliniques privées, il nous semble important d'ajouter l'impact possible du niveau de précarité des patients accueillis par les établissements,** représentant un sujet majeur d'étude aux Etats-Unis, comme nous avons eu l'occasion de le constater, et qui, au regard de la littérature professionnelle sur les cliniques privées, semble influencer négativement leur performance financière par de multiples effets, dont une synthèse est proposée dans l'encart suivant.

Encart 28 - L'impact de la prise en charge de patients précaires dans la gestion des cliniques privées

« *La précarité est une réalité à laquelle se trouve confrontée aussi l'hospitalisation privée.* » rapportent Buronfosse, Noel et Benhamou¹¹⁸³. **Le recours aux soins des patients précaires conduit à des surcoûts qui portent sur les activités médicales et soignantes mais aussi sur les fonctions support.** En effet, la précarité est associée à des situations d'incompréhension linguistique, d'illettrisme et de faible niveau d'éducation qui nécessitent un accompagnement des patients mobilisant beaucoup de temps médical et soignant. Ceci représente un problème important et, plus spécifiquement, pour les pathologies pour lesquelles l'éducation thérapeutique du patient (dialyse, diabète, etc.) occupe un rôle majeur dans le processus de prise en charge. La non-compliance aux consignes de préparation et de suivi est également synonyme de surcoût. Elle conduit à de fréquentes annulations d'interventions chirurgicales, à la désorganisation du bloc opératoire et à l'allongement des durées de séjour lorsque les praticiens jugent que les consignes post-opératoires et/ou les traitements médicamenteux ne seront pas respectés au domicile. L'isolement des personnes et les mauvaises conditions d'habitation modifient également l'organisation de la prise en charge. Ces facteurs sociaux contre-indiquent les prises en charge en ambulatoire et complexifient l'organisation d'une hospitalisation à domicile ou d'une autre structure de support à domicile. L'agressivité verbale et physique engendre également un coût supplémentaire lié au renforcement des équipes d'agents de sécurité ainsi que la dégradation des locaux et du matériel. Les services d'accueil des urgences et de prise en charge psychiatrique sont plus particulièrement exposés¹¹⁸⁴. Enfin, le recrutement de personnel soignant est rendu plus difficile.

La dernière variable de mesure « du remplissage des lits », non discutée jusqu'alors, est celle mesurant la DMS par rapport à la DMS théorique des établissements (INDPERF). Cette variable a un impact significatif sur le ratio financier mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des cliniques privées (R4). Son coefficient positif suggère qu'un établissement dont la DMS est plus courte que sa DMS théorique calculée a plus de chance de constater un ratio de charges de personnel faible.

Nos résultats confirment ceux obtenus par certains chercheurs américains. Pour Alan Sear¹¹⁸⁵, la DMS constitue, avec le salaire moyen par patient et par jour, le deuxième indicateur le plus

¹¹⁸³ BURONFOSSE A., NOEL E. et BENHAMOU S. (2008), "Patients précaires: l'hospitalisation privée relève le défi", *Les cahiers hospitaliers*, n°246, pp. 18-20

¹¹⁸⁴ LE LAN R., BATES D., BAUER P., *et al.* (2007), "Conditions de travail et relations avec le public dans les établissements de santé en 2003", in *Dossiers solidarité et santé*, Direction des études de la Recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Les conditions de travail dans les établissements de santé, Paris, pp. 7-21

¹¹⁸⁵ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16 : n°2, pp. 31-37

significatif pour expliquer la performance financière des établissements de santé de court séjour américains. Kim, Stoskopf et al.¹¹⁸⁶ trouvent un également un effet positif de la DMS sur le revenu par patient, de même que Cody, Friss et Hawkinson¹¹⁸⁷, ou encore, Vogel, Langland-Orban et Gapenski¹¹⁸⁸.

Les entretiens réalisés avec les directeurs de cliniques privées confirment également l'existence de l'impact de cette variable sur les résultats financiers des cliniques privées. Deux directeurs soulignent que, depuis la mise en place de la tarification à l'activité, la durée moyenne de séjour représente une nouvelle contrainte pour les établissements. L'un des directeurs rapporte qu'elle ne doit être « *ni trop longue, ni trop élevée, nous devons veiller plus particulièrement à ce qu'elle ne soit pas trop longue* ». Un autre souligne « *Il faut mettre les malades dehors !* », celui-ci rappelant que, de nos jours, la sortie des patients de la filière de court séjour est facilitée par le développement des structures de prises en charge aval.

2.1.3. La qualité des soins : un impact statistique avéré sur la performance financière des cliniques privées non validé à l'unanimité par les dirigeants

Suite à l'analyse statistique de l'impact des variables de mesure de la gestion des ressources humaines des cliniques privées et de leur volume d'activité, nous testons l'impact des variables de mesure de la qualité des soins. Les modèles de régression linéaire, présentés à la page suivante, testent l'existence de l'impact des résultats des cliniques privées sur le score agrégé de qualité des soins diffusé par le ministère de la Santé (QUALITE) et d'un score, établi par nos soins à partir des résultats de la certification V1 des établissements de santé (CERTIFV1). Enfin, une troisième variable est testée, celle-ci mesurant si les établissements précurseurs du point de vue du passage de la certification V2 sont plus performants que les autres. L'impact des indicateurs de qualité des soins est contrôlé par les effets des autres variables significatives identifiées dans les modèles de régression multiples précédents.

Conformément aux résultats de la matrice de corrélation, les modèles de régression proposés sur chacune des variables financières montrent que le passage de la certification V2 des établissements n'a pas d'impact sur les variables financières de mesure de performance. En revanche, les résultats significatifs au seuil 1 % obtenus sur la variable CERTIFV1 sur une majorité des ratios financiers indiquent que les résultats des cliniques privées sur la certification permettent de prédire leur performance financière. Nous montrons que plus le score obtenu par une clinique privée est élevé, c'est-à-dire, plus les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé ont émis de recommandations, de réserves et de réserves majeures suite à leur première visite relative à la certification V1, moins il est probable qu'elle constate un score de performance financière, une rentabilité économique et une profitabilité élevés ainsi qu'un ratio de charges de personnel faible. Cette variable a un impact moindre sur le ratio d'autonomie financière des cliniques privées (R5).

La matrice des corrélations a montré que la variable QUALITE est liée significativement au seuil 1 % à trois des six indicateurs financiers (le score de performance, le ratio de rentabilité économique et le ratio de charges de personnel). Les modèles de régression multiple montrent, quant à eux que cette variable n'a pas d'impact significatif sur ces variables financières lorsqu'elle est considérée dans un modèle multiple et donc lorsqu'elle est contrôlée par les effets d'autres variables. **En revanche, elle représente un prédicteur significatif des ratios**

¹¹⁸⁶ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration on hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

¹¹⁸⁷ CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87

¹¹⁸⁸ VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Ibid.*, vol. 18 : n°2, pp. 15-26

de rentabilité financière (R3) et d'autonomie financière (R5). Le coefficient de régression faible observé sur le ratio de rentabilité financière et son seuil de significativité proche de 10 % montre que ce résultat est à interpréter avec précaution. En effet, il existe une chance sur dix pour que l'effet déterminé soit seulement dû au hasard.

Ces résultats nous conduisent à réfuter l'hypothèse selon laquelle la variable du score agrégé de qualité a un impact significatif sur le score de performance financière, sur la rentabilité économique et sur la profitabilité des cliniques privées et à confirmer l'hypothèse selon laquelle cette variable a un impact sur les ratios de rentabilité financière (R3) et d'autonomie financière (R5).

Les résultats de notre étude sont difficilement comparables avec ceux des études américaines étudiant les liens entre la qualité et la performance financière, les chercheurs étudiant peu la qualité des soins par les résultats des établissements sur les diverses démarches d'amélioration de la qualité, ces derniers privilégiant l'étude d'autres indicateurs comme le taux de complications et le taux de mortalité. Seule l'étude d'Alexander, Griffith et Weiner¹¹⁸⁹ publiée en 2006 étudie le lien entre la mise en œuvre des démarches d'amélioration de la qualité et la performance financière des établissements. Les résultats de cette étude montrent que l'expérience des établissements en la matière est déterminante : plus la mise en œuvre des démarches est ancienne, plus les *cash flow* sont élevés et le coût par admission est faible. L'effet testé dans nos travaux ne nous permet pas de parvenir à de tels résultats, notre analyse étant de type statique.

Soulignons que le lien constaté entre la qualité des soins et la performance financière doit être interprété avec précaution : la qualité des soins permet bien de prédire la performance financière des cliniques privées, mais notre étude ne montre pas l'origine de ce lien, les régressions linéaires ne permettent de tirer aucune conclusion de type causale, celles-ci montrant uniquement que les variables ne sont pas indépendantes¹¹⁹⁰. Les établissements performants financièrement parviennent-ils plus facilement à de hauts niveaux de qualité des soins en raison des montants d'investissement plus importants qu'ils peuvent consacrer à ce type de dépenses? Deux études américaines laissent penser que c'est effectivement le cas. L'étude de Cleverley et Harvey¹¹⁹¹ montre qu'un faible niveau de qualité des soins ne s'explique pas par une insuffisance de demande, mais par un manque d'investissement matériel et humain. Alexander, Weiner, Shortell et Baker¹¹⁹² rapportent que les stratégies d'amélioration de la qualité doivent être entreprises dans les organisations disposant des ressources nécessaires pour assurer le succès des efforts financiers réalisés.

¹¹⁸⁹ GRIFFITH J.R., ALEXANDER J.A. et JELINEK R.C. (2002), "Measuring Comparative Hospital Performance", *Journal of Health Care Management*, vol. 47 : n°1, pp. 42-57

¹¹⁹⁰ DANCEY C.P. et REIDY J. (2007), *Statistiques sans maths pour psychologues*, Editions De Boeck Universités, p. 189

¹¹⁹¹ CLEVERLEY W.O. et R.K. HARVEY (1992), "Is there a link between hospital profit and quality?", *Health Care Financial Management*, vol. 46 : n°9, pp. 50-45

¹¹⁹² ALEXANDER J.A., WEINER B.J., SHORTELL S.M., *et al.* (2007), "Does Quality Improvement Implementation Affect Quality of Care?", *Hospital Topics*, pp. 3-12

Tableau 64 - ETAPE 3 : tests de régression linéaire multiple réalisés sur les variables de mesure de la qualité des soins

| Variables dépendantes | SCOREPERF | | | R1 | | | R2 | | | R3 | | | R4 | | | R5 | | | |
|-----------------------|-----------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|-------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|--|
| | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | T | Sig. | Coeff. | T | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | |
| (constante) | -0,024 | -0,467 | 0,641 | 0,029 | 0,546 | 0,586 | -0,011 | -0,211 | 0,833 | -0,022 | 0,387 | 0,699 | 0,021 | 0,410 | 0,682 | 0,018 | 0,346 | 0,730 | |
| CAPAREPTOT | 0,269 | 4,848 | 0,000 | 0,252 | 3,611 | 0,000 | 0,270 | 4,71 | 0,000 | 0,297 | 4,956 | 0,000 | -0,364 | -6,816 | 0,000 | | | | |
| HISOIGNANTS | -0,236 | -4,277 | 0,000 | -0,133 | -2,255 | 0,025 | -0,162 | -2,822 | 0,005 | -0,173 | -2,9 | 0,004 | 0,226 | 3,94 | 0,000 | | | | |
| HADMIN | | | | | | | | | | | | | | | | 0,088 | 1,826 | 0,069 | |
| ZINDPERF | | | | | | | | | | | | | 0,199 | 2,204 | 0,028 | | | | |
| CO | | | | 0,130 | 2,139 | 0,033 | 0,238 | 4,384 | 0,000 | 0,133 | 2,21 | 0,028 | | | | | | | |
| SEJ | | | | 0,102 | 1,885 | 0,060 | 0,143 | 2,378 | 0,018 | | | | | | | | | | |
| CA_litplace | | | | 0,143 | 1,926 | 0,055 | | | | | | | | | | | | | |
| QUALITE | 0,040 | 1,751 | 0,453 | 0,056 | 1,037 | 0,301 | 0,036 | 0,658 | 0,511 | 0,099 | 1,737 | 0,083 | -0,050 | -0,995 | 0,320 | 0,123 | 2,411 | 0,016 | |
| CERTIFV1 | -0,115 | -2,159 | 0,032 | -0,147 | -3,033 | 0,003 | -0,105 | -2,066 | 0,040 | -0,072 | 1,252 | 0,211 | 0,108 | 2,291 | 0,023 | -0,087 | 1,728 | 0,085 | |
| CERTIFV2 | 0,162 | 0,713 | 0,476 | -0,079 | -0,328 | 0,743 | -0,095 | -0,392 | 0,696 | 0,117 | 0,460 | 0,646 | -0,112 | -0,491 | 0,624 | -0,042 | -0,185 | 0,853 | |
| R ² ajusté | 0,209 | | | 0,205 | | | 0,211 | | | 0,162 | | | 0,234 | | | 0,019 | | | |
| F | 14,316 | | | 12,119 | | | 12,969 | | | 10,386 | | | 17,77 | | | 3,622 | | | |
| Max VIF | 1,225 | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,007) | | | |
| Df | 302 | | | 1,736 | | | 1,161 | | | 1,105 | | | 1,109 | | | 1,034 | | | |
| | | | | 301 | | | 334 | | | 291 | | | 329 | | | 338 | | | |

Les entretiens avec les dirigeants ne nous ont pas apporté de réponse complémentaire sur ce point, leur point de vue étant partagé sur l'existence d'un lien entre ces deux types de variables. Deux dirigeants estiment qu'il n'existe pas de lien entre la performance financière et les variables de mesure de résultats des établissements aux diverses démarches d'amélioration de la qualité des soins. L'un d'eux rapporte, par exemple, que les dirigeants ont la possibilité de falsifier les résultats de leurs établissements sur les critères de mesure définis par les autorités de tutelle. Deux autres directeurs se prononcent en faveur d'un impact positif. L'ancien dirigeant de la clinique la Naissance estime que la qualité des soins a un impact sur la performance financière des cliniques privées car la non qualité en a un et parce que son coût est plus élevé que celui de la qualité. Il souligne également que la qualité rassure les praticiens et les patients. Le directeur de la clinique de l'Océan précise, quant à lui, que la qualité des soins n'est pas le premier critère de choix des patients, mais qu'« offrir des soins de qualité aux patients est au-dessus de tout autre facteur de performance. Un établissement doit avoir de bons praticiens qui accueillent et soignent correctement. »

2.1.4. Le projet d'établissement : une convergence entre impact statistique et discours des dirigeants

Rappelons que pour montrer statistiquement l'existence d'un impact du projet d'établissement sur les résultats financiers des cliniques privées, une variable de mesure de l'efficacité dans la rédaction et la mise en œuvre du projet d'établissement a été définie à partir des résultats de la certification V1 des établissements. L'impact de cette variable sur les résultats financiers des cliniques privées a été contrôlé par celui des autres variables significatives du modèle testé dans les analyses de régression linéaire précédentes.

Les résultats obtenus sur les régressions multiples confirment les résultats de l'analyse bivariée. La présence d'un projet d'établissement clairement défini et mis en œuvre a un impact sur quatre des six indicateurs financiers : la rentabilité économique, la profitabilité, le ratio charges de personnel et le ratio d'autonomie financière. L'impact de la variable PROJET est significatif au seuil de 5 % pour les ratios de profitabilité (R2) et de charges de personnel, ceci impliquant qu'il existe moins d'une chance sur vingt que ce résultat soient dus au hasard, et au seuil 10 % pour les ratios de rentabilité économique (R1) et le ratio d'autonomie financière (R5). Il existe donc 1 chance sur dix pour ces deux résultats soient dus au hasard. Le signe positif des coefficients de régression sur R1, R2 et R5 montre que les établissements qui n'ont pas eu de remarque de la part des experts visiteurs de la HAS sur la rédaction et la mise en œuvre de leur projet d'établissement au cours de leur première visite de certification V1 ont plus de chance d'observer des ratios de rentabilité économique et de profitabilité élevés et de disposer d'une autonomie financière plus forte que les autres établissements.

Nos résultats confirment les résultats de l'étude américaine de Kim, Stoskopf, Glover et Park¹¹⁹³, ces chercheurs ayant montré que la variable de la simple présence d'un projet stratégique a un impact sur la profitabilité. Rappelons que cette équipe de chercheur est, à notre connaissance, la seule à tester une variable mesurant l'impact de l'existence d'un projet stratégique. Ceci s'explique certainement par la difficulté à collecter ce type de données.

¹¹⁹³ KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration on hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84

Tableau 65 - ETAPE 4 : tests de régression linéaire multiple sur la variable PROJET

| Variables dépendantes | SCOREPERF | | | R1 | | | R2 | | | R3 | | | R4 | | | R5 | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|-------|-------|-------|--|--|
| | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | T | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | | | | | |
| (constante) | -0,019 | -0,376 | 0,707 | 0,026 | 0,511 | 0,610 | -0,018 | -0,351 | 0,726 | -0,012 | 0,213 | 0,832 | 0,021 | -0,433 | 0,665 | 0,021 | 0,411 | 0,682 | | | | | |
| CAPAREPTOT | 0,271 | 4,918 | 0,000 | 0,244 | 3,512 | 0,001 | 0,268 | 4,712 | 0,000 | 0,301 | 5,066 | 0,000 | -0,360 | -6,85 | 0,000 | -0,360 | -6,85 | 0,000 | | | | | |
| HISOIGNANTS | -0,239 | -4,355 | 0,000 | -0,141 | -2,422 | 0,016 | -0,168 | -2,954 | 0,003 | -0,163 | -2,75 | 0,006 | 0,235 | 4,166 | 0,000 | 0,235 | 4,166 | 0,000 | | | | | |
| HADMIN | | | | | | | | | | | | | 0,090 | 1,882 | 0,061 | 0,090 | 1,882 | 0,061 | | | | | |
| ZINDPERF | | | | | | | | | | | | | 0,243 | 2,704 | 0,007 | 0,243 | 2,704 | 0,007 | | | | | |
| CO | | | | 0,118 | 1,943 | 0,053 | 0,223 | 4,13 | 0,000 | 0,130 | 2,219 | 0,027 | | | | | | | | | | | |
| SEJ | | | | 0,106 | 2,005 | 0,046 | 0,143 | 2,43 | 0,016 | | | | | | | | | | | | | | |
| CA_litplace | | | | 0,162 | 2,206 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUALITE | | | | | | | | | | 0,105 | 1,855 | 0,065 | 0,105 | 2,276 | 0,023 | 0,127 | 2,557 | 0,011 | | | | | |
| CERTIFV1 | | | | -0,117 | -2,233 | 0,026 | -0,146 | -3,054 | 0,002 | -0,098 | -1,984 | 0,048 | | | | | | | | | | | |
| CERTIFV2 | | | | 0,084 | 1,455 | 0,147 | 0,103 | 1,906 | 0,058 | 0,111 | 2,024 | 0,044 | 0,009 | 0,156 | 0,877 | -0,131 | -2,468 | 0,014 | 0,095 | 1,917 | 0,056 | | |
| PROJET | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R ² ajusté | 0,215 | | | 0,215 | | | 0,223 | | | 0,157 | | | 0,248 | | | 0,035 | | | | | | | |
| F | 17,499 | | | 14,717 | | | 15,942 | | | 11,948 | | | 22,672 | | | 5,082 | | | | | | | |
| Sig. test F | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,002) | | | | | | | |
| Max VIF | 1,186 | | | 1,729 | | | 1,132 | | | 1,102 | | | 1,090 | | | 1,007 | | | | | | | |
| Df | 302 | | | 301 | | | 313 | | | 295 | | | 329 | | | 342 | | | | | | | |

Ces résultats statistiques sont pleinement validés par les dirigeants de cliniques privées interrogés qui reconnaissent l'impact fort du projet sur la performance financière des établissements. Les trois directeurs qui se sont exprimés sur ce point le place comme l'un des premiers déterminants de la performance financière des cliniques privées. L'ancien dirigeant de la clinique la Naissance rapporte, sur ce point, qu'il est nécessaire pour un directeur d'établissement d'avoir une vision à cinq ans, voire à dix ans : « Cette vision permet de tracer une ligne, de réfléchir à son propre changement. Il faut être l'affût de nouveaux changements et il faut créer, sinon on meurt. » **De plus, l'une des dimensions du projet d'établissement semble retenir davantage l'attention des directeurs, celle du projet médical.** Un autre est d'avis qu' « il faut amener les praticiens vers le projet médical. Si la modélisation est bonne, les praticiens suivent et d'autres qui souhaitent faire carrière arrivent. » Il rappelle encore que les praticiens sont une ressource clé pour les établissements de santé : « Il n'existe pas de projet médical sans médecin ». L'un d'eux précise encore que, de nos jours, la rédaction du projet médical doit impérativement tenir compte de la démographie des praticiens exerçant dans les établissements.

Une analyse des écarts entre le projet d'établissement écrit, la qualité de sa rédaction et sa réalisation tel que l'on mené les experts-visiteurs de la HAS sur la certification V1 confirment, de même que la littérature américaine et les entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées que les projets qui ne revêtent qu'un « caractère incantatoire », selon les termes employés par Brechet et Desreumaux¹¹⁹⁴, c'est-à-dire ceux qui sont mal définis ou insuffisamment mis en œuvre sont le signe d'une moindre performance financière des cliniques privées.

2.1.5. L'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire : une absence d'impact statistique non validée par les dirigeants de cliniques privées

Nous avons émis l'hypothèse que l'efficacité organisationnelle du bloc opératoire des cliniques privées MCO a un impact sur leurs résultats financiers. Afin de vérifier statistiquement cet impact, nous avons créé une variable de mesure d'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire (BLOCOP) qui se fonde sur les recommandations, réserves et réserves majeures formulées par les experts visiteurs de la HAS. **Les résultats des modèles de régression multiple réalisés sur cette variable confirment ceux de l'analyse bivariée. Les relations entre cette variable et les différents indicateurs financiers ne sont pas statistiquement confirmées.** Étant donné son absence d'impact sur les indicateurs financiers, les modèles de régression linéaire intégrant la variable BLOCOP (ETAPE 5 des régressions hiérarchiques) ne sont pas présentés dans ces travaux.

Ce résultat nous semble surprenant dans la mesure où, comme nous l'avons noté lors de la formulation de notre hypothèse de recherche, le bloc opératoire représente un centre de coût et de recette essentiel des établissements de santé à optimiser dans le cadre d'un financement à l'activité. **Trois dirigeants d'établissements avec lesquels nous avons abordé ce sujet valident, en revanche, l'hypothèse selon laquelle l'efficacité organisationnelle du bloc opératoire influence la performance financière des établissements.** Comme le note le directeur de la clinique du Centre, « Une clinique privée performante doit jouir d'une bonne renommée, doit avoir des facilités à recruter des praticiens et doit organiser la performance de son bloc opératoire ».

¹¹⁹⁴ BRECHET J.-P. et DESREUMAUX A. (2006), "Le projet dans l'action collective", in *L'encyclopédie des Ressources humaines*, Vuibert, 2^{ème} Edition, 19 p.

2.1.6. L'implication des praticiens : un conflit entre des résultats statistiques non significatifs et le discours des dirigeants

La variable mesurant l'implication des praticiens dans la vie des différentes commissions ou instances obligatoires pour les cliniques privées n'apporte pas davantage d'information aux modèles de régression multiple de performance financière des cliniques privées (ETAPE 6 des régressions hiérarchiques non présentée dans ces travaux).

Les entretiens avec les directeurs nous permettent de conclure à la non pertinence de cette variable. Deux directeurs nous ont confié que la participation des praticiens dans les diverses commissions obligatoires est difficile à obtenir et que ce sont toujours les mêmes praticiens qui interviennent dans ces différentes commissions, un état de fait qui, par ailleurs, est mentionné par Christian Le Dorze, dans un entretien récent publié dans un quotidien de la presse spécialisée¹¹⁹⁵. **Ainsi, les cliniques privées se différencient certainement peu sur ce point. Il semble que d'autres critères de mesure de l'implication des praticiens dans le fonctionnement des établissements soient plus pertinents à étudier.**

L'exemple de la clinique la Naissance montre que d'autres mesures, comme par exemple, un baromètre de confiance, pourraient certainement avoir un impact sur les résultats financiers des cliniques privées. En effet, suite au rachat de l'établissement, l'absence de relation de confiance entre la direction et les praticiens y exerçant a expliqué la chute du volume d'activité de la clinique, le nombre d'accouchements étant passé de 1 300 à 900 entre 2008 et 2009. Les praticiens n'avaient pas signé de contrat d'exclusivité avec l'établissement. En raison d'un climat social défavorable qui a eu un effet « domino » sur les praticiens, ces derniers ont entrepris d'accoucher leurs parturientes dans des établissements parisiens voisins. **L'impact négatif pour les établissements du nomadisme des praticiens libéraux a également été souligné.** Pour illustrer son propos, le directeur de la clinique du Centre rapporte l'exemple de l'équipe d'urologues de la ville dans laquelle est implanté l'établissement. Cette équipe d'urologues a mis, et cela durant plusieurs années, chaque clinique privée de la ville en grande difficulté financière, l'équipe changeant d'établissement, en moyenne, tous les deux ans. Un autre dirigeant souligne cependant que l'exclusivité des praticiens est à double tranchant. Elle peut présenter un avantage certain, mais une rupture de ce type de contrat à l'initiative de l'établissement peut lui coûter près d'une fois et demi le chiffre d'affaires annuel du praticien. **Enfin, les récits des dirigeants de cliniques montrent qu'une implication des praticiens dans la gouvernance des cliniques privées est souhaitable, mais dans une certaine mesure.** Ils confirment sur ce point les résultats statistiques de l'étude de Mark, Evans, Shur et Guterman¹¹⁹⁶. **Selon les directeurs, leur implication est nécessaire, mais les directeurs d'établissements doivent absolument conserver le contrôle de l'établissement en faisant prévaloir l'intérêt du groupe sur celui des individus.** Un directeur a recours à la métaphore suivante pour exprimer cette idée : les praticiens et la direction font partis d'un même navire et qu'afin de préserver la pérennité de son établissement, il préférerait renvoyer un praticien que de « couler le navire ». Le directeur de la clinique de l'Océan souligne, quant à lui, que le moteur réel commun entre les praticiens et la clinique est celui de l'intérêt : « *Je ne me fais pas d'illusion sur la générosité des praticiens (...) Leur souhait est de travailler dans de bonnes conditions, avoir une activité importante et de gagner de l'argent. De leur côté, les cliniques veulent travailler beaucoup, bien, et gagner de l'argent. Sur ces points, praticiens et cliniques se trouvent sur la même longueur d'onde.* »

¹¹⁹⁵ Article Hospimédia du 21 avril 2011

¹¹⁹⁶ MARK T.L., EVANS W.N., SCHUR C.L., *et al.* (1998), "Hospital-Physician Arrangements and Hospital Financial Performance", *Medical Care*, vol. 36 : n°1, pp. 67-78

Les modélisations statistiques présentées jusqu'ici nous conduisent à conclure à l'existence d'un effet « *management* » sur la performance financière des cliniques privées. **Au regard des coefficients de régression linéaire, standardisés dans nos travaux, parmi les nombreuses variables de mesure d'efficacité du management, celles relatives à la gestion des ressources humaines ont un impact particulièrement fort et significatif sur les variables de mesure de la performance financière des cliniques privées, de même que le volume d'activité et la présence d'un projet stratégique bien défini et mis en œuvre, des facteurs dont l'impact est également reconnu par les dirigeants de cliniques privées.** Les développements suivants présentent les résultats des statistiques et des entretiens réalisés avec les dirigeants sur les variables de mesure de l'effet « activité ».

2.2. *L'effet « activité » : un impact statistique plus faible sur les indicateurs financiers et un effet discuté par les directeurs de cliniques privées*

Quel est l'impact statistique du type d'activité réalisé par les cliniques privées sur leur performance financière ? L'analyse bivariée a montré des corrélations moindres entre les variables d'activité et les indicateurs de performance financière des cliniques privées. **Les résultats de régressions multivariées confirment, au regard des coefficients de régression linéaire, que ces variables représentent des prédicteurs moins significatifs des indicateurs financiers de performance des cliniques privées.** Les résultats des entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées nous permettent de prolonger la réflexion sur les hypothèses de recherche formulées dans le cadre de cet effet.

Les impacts d'une forte activité à temps partiel, de la présence d'un service d'urgences, de la lourdeur des cas pris en charge et de la spécialisation des activités sont discutés dans les paragraphes suivants.

2.2.1. *Le constat d'un impact statistique opposé au sens prédit d'un fort développement de l'activité ambulatoire : les explications des dirigeants de cliniques privées*

L'analyse bivariée des coefficients de corrélation de Pearson a montré que la variable HTPlitplace, mesurant la part des lits et places d'hospitalisation partiel par rapport à la capacité total de chaque établissement, est corrélée positivement au score de performance financière des cliniques privées. En définitive, en contrôlant cette variable par d'autres effets, son impact n'apparaît pas significatif. En revanche, la variable HTPsejours, mesurant la part de séjours réalisés en hospitalisation partielle, non corrélée significativement au score de performance financière, présente, étonnamment un impact très significatif négatif (au seuil 1 %) sur cette variable. Rappelons que, dans cette recherche, ce ratio a été sélectionné pour tester cette même hypothèse selon laquelle le développement de l'activité ambulatoire a un impact positif sur la performance financière des cliniques privées. **Cette variable mesurant la part des séjours en hospitalisation partielle par rapport au nombre de séjours total MCO offre donc un résultat inattendu.** En effet, le signe négatif du coefficient de régression linéaire, signifiant que plus un établissement a une activité de prise en charge à temps partiel forte, moins il a de chance d'être performant, nous conduit à infirmer l'hypothèse générale selon laquelle une activité importante réalisée à temps partiel a un impact positif sur le score de performance financière des cliniques privées. L'impact négatif de cette variable indépendante se vérifie également sur le ratio de rentabilité (R2). Néanmoins, le seuil de significativité observé (10 %) sur ce ratio et son coefficient de régression linéaire sont plus faibles.

Les résultats que nous obtenons sur ces deux variables du score de performance financière et du ratio de rentabilité confirment ceux obtenus par les chercheurs

américains Harrison et Montalvo¹¹⁹⁷ ayant étudié les établissements de Californie. Ils ont montré que ceux classés dans le premier quartile de leur échantillon, c'est-à-dire, ceux financièrement les plus performants, ont une proportion plus élevée de patients pris en charge en hospitalisation à temps complet. Selon ces chercheurs, les prises en charge en hospitalisation à temps complet sont plus rémunératrices que les prises en charge en ambulatoire.

Les directeurs d'établissements interrogés présentent des explications similaires au sujet des cliniques privées françaises. L'impact négatif du volume de séjours pris en charge en hospitalisation partielle semble pouvoir s'expliquer, du moins dans la discipline de chirurgie, le sujet du développement de l'hospitalisation partielle dans les deux autres disciplines majeures de soins de court séjour n'ayant pas été abordé par les directeurs d'établissements, par la présence de seuils de rentabilité relativement élevés. L'ancien dirigeant de la clinique la Naissance, actuel directeur de deux centres de chirurgie ambulatoire, note que la présence de **GHS plus faibles nécessite de mettre en œuvre une organisation efficiente et de réaliser un volume d'activité important. Nos résultats statistiques semble ainsi suggérer que les cliniques privées qui ont une forte part de séjours pris en charge en hospitalisation partielle n'enregistrent peut-être pas le volume d'activité nécessaire pour atteindre le seuil de rentabilité et/ou que l'organisation de leurs services n'est pas suffisamment efficiente.** Selon lui, la chirurgie ambulatoire, peut indéniablement être rentable car elle nécessite des coûts de fonctionnement moindres que l'hospitalisation à temps complet. A titre illustratif, il rapporte que la masse salariale employée dans les deux centres qu'il dirige est, en moyenne, moins importante que dans une clinique privée traditionnelle car il est possible, dans ce type de centre, de mettre en place une organisation efficiente qui consiste à optimiser un circuit, à l'origine déjà plus court que celui de l'hospitalisation traditionnelle. Les fonctions transversales sont, par exemple, réalisées par les mêmes personnes. Ainsi, le personnel employé à l'accueil de l'établissement est également en charge de la facturation des patients. Le service d'hébergement est assuré par les infirmières qui sont également chargées du nettoyage du bloc opératoire et du brancardage des patients suite à leur réveil en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). Les patients se rendent seuls (à pied) au bloc opératoire. Il souligne encore que ce mode de prise en charge implique, en amont, une sélection sévère des patients éligibles à ce type de prise en charge¹¹⁹⁸.

2.2.2. La présence d'un service d'urgences : un prédicteur majeur du ratio de rentabilité économique et des dirigeants partagés sur son impact

La présence d'un service d'urgences a-t-elle un impact sur la performance financière des cliniques privées ? Les résultats statistiques obtenus sur la variable dichotomique de présence d'un service d'urgences confortent ceux de la matrice de corrélation. **Cette variable a un impact significatif positif sur le ratio de rentabilité économique (R1) des cliniques privées. Le signe positif du coefficient de régression suggère qu'un établissement qui dispose d'un tel service a une probabilité plus forte d'observer un ratio de rentabilité économique fort.** Les coefficients de régression linéaire obtenus sur les autres ratios financiers et le score de performance financière ne sont pas significatifs.

Cette variable n'est, à notre connaissance, pas étudiée dans les articles que nous avons consulté étudiant les facteurs de performance financière des établissements de santé américains. Il nous semble surprenant que les chercheurs ne s'intéressent pas à l'impact des prises en charge non programmées sur leurs résultats financiers.

¹¹⁹⁷ HARRISON M.G. et MONTALVO C. (2002), "The Financial Health Of California Hospitals : A Looming Crisis", *Health Affairs*, vol. 21 : n°1, pp. 118-126

¹¹⁹⁸ Sur 4500 actes réalisés en 2010 dans l'un des centres, il rapporte que cinq patients ont été transférés dans un autre établissement et qu'aucun des patients pris en charge sur le premier semestre 2011 n'a été transféré dans un autre établissement pour cause de complications.

En revanche, l'impact de ces services sur les résultats financiers des établissements a été discuté par les directeurs d'établissements interrogés. **Leur point de vue est partagé : ils reconnaissent unanimement que la présence d'un service d'urgences a un impact sur le recrutement des patients, mais ne s'accordent pas sur son impact sur le résultat net des établissements.** La clinique du Centre n'a pas de service d'urgences, néanmoins son directeur souligne l'impact positif de la présence de ce type de service ou d'une structure de prise en charge assimilée sur le recrutement des patients. Il souligne que, de nos jours, les occasions sont rares de pouvoir ouvrir ce type de services et rapporte que le groupe Énergie contourne actuellement la législation en ouvrant des services d'accueil et soins (SAS), qui sont, à ce jour, non soumis à autorisation préalable d'ouverture par les ARS. Les SAS ne représentent pas de véritables services d'urgences, mais prennent davantage la forme d'une alternative à SOS médecin. Il cite l'exemple de celui ouvert, en 2010, au CMC Tronquières d'Aurillac qui, par l'intermédiaire du filtre des trois médecins urgentistes, reçoit 20 % à 30 % des patients accueillis par ce centre. Le directeur de la clinique de l'Océan conforte cet avis et suggère qu'« *Une clinique importante qui veut exister doit avoir un service d'urgences. Un service d'urgences rend service à la population.* ». Selon lui, ce service constitue une source de recrutement majeur pour son établissement. A titre illustratif, le jour de notre entretien, 237 patients étaient accueillis par l'établissement en hospitalisation complète, 15 d'entre eux étant entrés par les urgences soit un taux de recrutement pour ce jour là de 6,3 %, le taux de recrutement moyen étant proche de 5 %. De plus, il rapporte que les services d'urgences représentent **un apport considérable en terme de permanence des soins. Le service est rendu aux propres patients de la clinique puisqu'il permet d'assurer la continuité des soins des patients qui sortent de l'établissement.** L'ancien dirigeant de la clinique la Naissance confirme ce propos lorsqu'il note « *la présence d'un service d'urgences a un impact énorme. Il permet à une clinique privée d'être reconnue comme un établissement pouvant accueillir tout le monde. Qui dit urgences dit vraie continuité des soins* ». **Cependant l'impact sur les résultats financiers des cliniques est moins évident, l'avis des directeurs étant partagé sur ce point.** Le directeur de la clinique La Montagne estime, par exemple, que la présence d'un service d'urgences a un faible impact sur le résultat net de son établissement. Le directeur de la clinique des Champs note, quant à lui, l'impact négatif sur les comptes des établissements. Il souligne que la présence d'un service d'urgences engendre des modifications du programme opératoire dont ils soulignent le surcoût pour son établissement. Au contraire, pour le directeur de la clinique de l'Océan, « *L'activité d'urgences est essentielle. Il ne fait aucun doute qu'elle est bénéficiaire et rentable pour l'établissement. La T2A a rendu ces services rentables* ». Dynamic a même réinvesti et agrandi le service. La hausse d'activité y est régulière.

Tableau 66 - ETAPE 7 : tests de régression iénaire multiple réalisés sur les indicateurs de l'effet "activité"

| Variables dépendantes | SCOREPERF | | | R1 | | | R2 | | | R3 | | | R4 | | | R5 | | | |
|-------------------------|-----------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|--|
| | Coef. | T | Sig. | Coef. | t | Sig. | Coef. | t | Sig. | Coef. | t | Sig. | Coef. | t | Sig. | Coef. | t | Sig. | |
| Variables indépendantes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (constante) | -0,074 | 1,191 | 0,235 | -0,041 | -0,663 | 0,508 | -0,071 | -1,150 | 0,251 | -0,032 | -0,464 | 0,643 | 0,044 | -0,760 | 0,448 | 0,042 | 0,692 | 0,490 | |
| CAPERPTOT | 0,238 | 4,201 | 0,000 | 0,244 | 3,485 | 0,001 | 0,249 | 4,306 | 0,000 | 0,288 | 4,706 | 0,000 | -0,343 | -6,42 | 0,000 | | | | |
| HSOIGNANTS | -0,246 | -4,316 | 0,000 | -0,145 | -2,387 | 0,018 | -0,175 | -3,039 | 0,003 | -0,159 | -2,517 | 0,012 | 0,249 | 4,217 | 0,000 | | | | |
| HADMIN | | | | | | | | | | | | | | | | 0,052 | 0,909 | 0,364 | |
| ZINDPERF | | | | | | | | | | | | | 0,255 | 2,764 | 0,006 | | | | |
| CO | | | | 0,056 | 0,808 | 0,420 | 0,150 | 2,270 | 0,024 | 0,119 | 1,742 | 0,083 | | | | | | | |
| SEJ | 0,206 | 3,206 | 0,001 | | | | 0,220 | 2,918 | 0,004 | | | | | | | | | | |
| CA_Itplace | | | | 0,155 | 2,105 | 0,036 | | | | 0,108 | 1,781 | 0,076 | 0,130 | 2,528 | 0,012 | 0,151 | 2,887 | 0,004 | |
| QUALITE | | | | | | | -0,196 | -3,672 | 0,000 | -0,136 | -2,442 | 0,015 | | | | | | | |
| CERTIFV1 | -0,161 | -2,657 | 0,008 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CERTIFV2 | | | | 0,100 | 1,817 | 0,070 | 0,109 | 1,993 | 0,047 | | | | -0,133 | -2,41 | 0,016 | 0,103 | 2,073 | 0,039 | |
| PROJET | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMPLICPRAT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BLOCOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOURDEUR | 0,006 | -0,095 | 0,924 | -0,041 | -0,604 | 0,546 | -0,025 | -0,372 | 0,710 | 0,023 | 0,313 | 0,754 | -0,001 | -0,016 | 0,987 | 0,002 | 0,031 | 0,975 | |
| URGENCES | 0,135 | 1,135 | 0,257 | 0,256 | 2,069 | 0,039 | 0,147 | 1,173 | 0,242 | 0,061 | 0,452 | 0,652 | -0,056 | -0,487 | 0,627 | -0,066 | -0,550 | 0,582 | |
| HTPsejours | -0,201 | -2,681 | 0,008 | -0,078 | -1,120 | 0,264 | -0,158 | -1,754 | 0,080 | -0,025 | -0,330 | 0,742 | -0,091 | -1,478 | 0,140 | -0,039 | -0,665 | 0,507 | |
| HTPItplaces | 0,067 | 1,165 | 0,245 | -0,007 | -0,113 | 0,910 | 0,052 | 0,842 | 0,401 | 0,095 | 1,358 | 0,176 | -0,080 | -1,345 | 0,180 | -0,041 | -0,738 | 0,461 | |
| GHM80 | -0,058 | -0,983 | 0,378 | -0,043 | -0,657 | 0,512 | -0,032 | -0,486 | 0,627 | -0,087 | -1,216 | 0,225 | 0,092 | 1,451 | 0,148 | -0,135 | -2,035 | 0,043 | |
| R ² ajusté | 0,225 | | | 0,228 | | | 0,234 | | | 0,158 | | | 0,260 | | | 0,042 | | | |
| F | 10,367 | | | 8,713 | | | 9,348 | | | 6,918 | | | 12,156 | | | 2,797 | | | |
| Sig. test F | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,001) | | | |
| max VIF | 1,704 | | | 1,739 | | | 2,227 | | | 1,351 | | | 1,385 | | | 1,513 | | | |
| DF | 290 | | | 288 | | | 301 | | | 283 | | | 317 | | | 329 | | | |

2.2.3. La prise en charge de cas lourds et la spécialisation des activités : un conflit
entre les résultats statistiques et le discours des directeurs

Dans ce paragraphe, nous présentons les résultats statistiques obtenus sur la variable de mesure de la lourdeur des cas pris en charge et sur l'indice de spécialisation des cliniques privées.

Les résultats des corrélations ont montré la présence d'un lien significatif très faible entre la variable du score de performance financière et l'indice de lourdeur des cas pris en charge. **Les régressions multiples réalisées sur la variable *LOURDEUR* confirment que cette variable n'est pas un prédicteur significatif du score de performance financière des cliniques privées ni des autres ratios financiers. Son effet ne résiste pas dans le modèle statistique lorsque que son effet est contrôlé par d'autres variables aux impacts significatifs.**

Les résultats statistiques montrent, qu'à la différence des résultats de l'analyse des coefficients de corrélation de Pearson, la variable *GHM80*, mesurant le niveau de spécialisation des cliniques privées, n'a pas d'impact significatif sur leur score de performance financière, sur les deux ratios de rentabilité et sur leur profitabilité. **En revanche, son impact est significatif au seuil 5 % sur le ratio d'autonomie financière (R5) et sur le ratio mesurant la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée (R4) des cliniques privées.** Le signe négatif du coefficient de régression linéaire sur le ratio d'autonomie financière montre que les cliniques privées les plus spécialisées ont tendance à être financièrement autonome. **En revanche, le signe positif du coefficient de régression observé sur R4 montre que les établissements les plus diversifiés ont tendance à observer un montant de charges de personnel par rapport à leur valeur ajoutée plus fort que les établissements spécialisés.**

Les résultats obtenus sur la variable *LOURDEUR* confortent ceux de certains chercheurs américains. En effet, malgré l'usage répandu de la variable du *Medicare casemix index*, mesurant le niveau de sévérité des patients pris en charge, un indicateur calculé de la même façon que notre indice de lourdeur des cas pris en charge, quelques chercheurs américains, comme Sear¹¹⁹⁹ ou encore Philipps¹²⁰⁰, ayant commenté les résultats qu'ils ont obtenus sur cette variable, présentent son absence d'impact sur les différents indicateurs de performance financière des établissements qu'ils étudient. Selon ces mêmes auteurs, elle ne constitue pas davantage un prédicteur des différences de performance financière observées entre établissements de secteurs d'activité différents. Dans de futures recherches menées sur le thème de la performance financière des cliniques privées, il nous semblerait plus pertinent d'utiliser cet indice comme variable d'ajustement d'un autre indicateur comme la durée moyenne de séjour ou le nombre de séjours, une utilisation qui est couramment faite de cette variable par les chercheurs américains car, prise isolément, son impact n'est pas significatif. **Malgré une méthodologie de recueil des données très différentes de celle employée dans notre étude, les résultats obtenus sur l'indice de spécialisation des établissements valident ceux d'une étude américaine publiée par Eastaugh¹²⁰¹.** Ce chercheur, à partir d'une enquête par questionnaire à laquelle 193 directeurs d'établissements ont répondu, montre que les établissements adoptant une stratégie ciblée sur la recherche de productivité et se spécialisant dans des lignes de services limités sont ceux qui ont observé le déclin le plus faible

¹¹⁹⁹ SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16 : n°2, pp. 31-37

¹²⁰⁰ PHILIPPS J.F. (1999), "Do Managerial Efficiency and Social Responsibility Drive Long-Term Financial Performance of Not-for-Profit Hospitals before Acquisitions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 25: n°4

¹²⁰¹ EASTAUGH S.R. (1992), "Hospital Strategy and Financial Performance", *Health Care Management Review*, vol.17 : n°3, pp. 19-31

de leur rentabilité à la fin des années 1980 suite à la mise en place du *Prospective Payment System* (PPS). **En revanche, nos résultats ne valident pas ceux de l'étude conduite par Shoemaker et Schuhmann**¹²⁰² qui montrent qu'il n'existe pas de différence significative de rentabilité liée au degré de spécialisation des établissements.

Les directeurs de cliniques privées ne valident pas pleinement ces deux hypothèses de recherche, une autre variable, celle du volume d'activité nécessitant d'être prise en compte dans cette analyse. Au cours des entretiens, les directeurs ont souvent mis en lien les deux facteurs du volume et du type d'activité. De ce fait, nous concluons au sujet des résultats statistiques de notre étude que le type d'activité et les volumes de prise en charge doivent être analysés comme un seul et même facteur. Pour illustrer ces effets de seuils, rappelons les propos de cet ancien dirigeant de la clinique privée la Naissance qui montre, par ailleurs, qu'une stratégie de spécialisation n'est pas toujours souhaitable. Il relate que la spécialisation de cet établissement de 28 lits sur la seule activité d'obstétrique a constitué un handicap important. Pour survivre, deux options étaient envisageables : augmenter les capacités en lits d'obstétrique ou diversifier l'établissement dans d'autres domaines reliés. C'est cette deuxième solution qui a été retenue par les dirigeants du groupe Vigueur dont les dossiers de demande d'autorisations en gynécologie n'ont pas été acceptés par l'ARS. **Il nous semble qu'au regard des réponses apportées par les directeurs, les seuils de rentabilité de certaines activités semblent plus faciles à atteindre que dans d'autres. La présence de certaines disciplines plus rémunératrices que d'autres peut expliquer les résultats statistiques que nous obtenons sur l'indice de spécialisation.** A titre illustratif, le directeur de la clinique du Centre précise que son établissement est spécialisé en chirurgie viscérale, la réalisation de cette activité lourde étant bien rémunérée car productrice de gros GHS. Cette activité contribue, de nos jours à équilibrer les comptes de la clinique de même que sa spécialisation en gastro-entérologie, une activité qui, comme la chirurgie ophtalmique, nécessite de gros volumes d'activité pour être rentable. Ne se faisant pas d'illusion sur les tarifs, il rapporte que « *Les cliniques n'ont pas le choix : elles doivent augmenter leur volume d'activité* ». Il donne l'exemple de la clinique Chandiot qui, chaque année, est contrainte d'augmenter son volume d'activité pour compenser les 250 000 euros de perte structurelle annuelle de chiffre d'affaires liée à la baisse des tarifs sur l'ophtalmologie.

Le directeur de la clinique des Champs note, pour sa part, l'impact négatif d'une forte activité de chirurgie digestive, cette spécialité, selon lui peu rémunératrice représente l'une des activités principales de son établissement. Il rapporte que, de plus, elle engendre des bouleversements réguliers des programmes opératoires, cette spécialité donnant lieu à des complications fréquentes chez les patients opérés. **Cependant un consensus se dégage de la part des directeurs sur la nécessité actuelle de ne pas abandonner des pans d'activité jugés actuellement non rentables, la tarification à l'activité évoluant constamment, conserver un portefeuille d'activité le plus diversifié possible représente, de nos jours, une nécessité.** Ainsi, l'un d'entre eux rapporte : « *Les tarifs étant administrés, ce ne serait pas un bon choix pour un établissement de sélectionner ses activités. Les recettes doivent être optimisées globalement, de même que les dépenses. Lorsqu'une activité génère peu de recettes, il est tout même nécessaire de mettre en œuvre le projet. Un bon directeur ne doit pas faire le lien* ». Pour un autre, **une hyperspécialisation sur un type d'activité comme l'ophtalmologie représente, de nos jours, une erreur stratégique, le système actuel rendant le marché difficilement prédictible.** L'ancien dirigeant de la clinique la Naissance rapporte qu'il recherche également à diversifier ses activités dans un domaine spécialisé, celui de la prise en charge en ambulatoire sur les pathologies traceuses définies par le ministère de la Santé. **De plus, trois directeurs rappellent également que les cliniques ont pour mission de répondre aux besoins de**

¹²⁰² SHOEMAKER P. et SCHUHMAN T.M. (3 mai 2005), *Financial Performance of Specialty Hospitals versus General Hospitals*, Cost Report Data Resources, LLC, 19 p. ; Le *Cost Report Data Resources* est le premier fournisseur d'information en ligne de données d'informations financières extraites des rapports de coûts *Medicare* réalisés à la demande des CMS.

santé de la population et, par conséquent, de réaliser tous types d'actes. Comme le note l'un d'eux, « *Les cliniques privées ne refusent jamais de réaliser une activité, même si elle n'est pas rentable. Les cliniques privées ont pour rôle de réaliser tous types d'actes, mais elles ont aussi pour rôle de négocier avec l'Assurance Maladie et de veiller à ce que les tarifs soient le plus proches possibles des coûts réels.* »

Cette opposition entre le discours des directeurs et les résultats statistiques obtenus sur l'indice de spécialisation pourrait, selon nous, peut-être s'expliquer par le conflit de temps opposant la période étudiée dans notre étude statistique et celle récente au cours de laquelle nous avons mené ces entretiens, cinq années les séparant. Les facteurs « spécialisation des cliniques privées » et « lourdeur des cas pris en charge » présentent un impact reconnu par les directeurs. Cependant ils privilégient une stratégie de diversification, optant ainsi pour une solution qu'ils jugent plus prudente.

Les hypothèses de recherche formulées dans le cadre de l'effet « activité » ne sont pas pleinement validées par les résultats de cette recherche et nécessitent, de ce fait, des études complémentaires. Le paragraphe suivant présente les effets des variables de mesure de la « structure » des cliniques privées, qui représentent, de même que l'effet « activité », au regard des analyses bivariées de moindres prédicteurs du score de performance financière et des ratios le composant.

2.3. Les variables de l'effet « structure » : une convergence partielle entre résultats statistiques et discours des dirigeants

Deux indicateurs ont été définis pour valider l'hypothèse d'un effet « structure » sur la performance financière des cliniques privées. Le premier d'entre eux s'intéresse à déterminer la présence d'un impact de l'appartenance des cliniques à l'une des quatre grandes chaînes de cliniques privées, le second tend à montrer la présence d'un effet taille des établissements. Peu d'indicateurs financiers sont influencés par ces deux variables de mesure de la structure des cliniques et hôpitaux privés. Les directeurs d'établissements valident l'hypothèse forte d'appartenance à un groupe et modèrent l'impact du critère de taille mesurée en valeur absolue, ces derniers s'intéressant davantage à la taille critique des établissements, une valeur relative. Les résultats de l'étude statistique et les réponses apportées par les directeurs d'établissements sur ces sujets sont présentés dans les paragraphes suivants.

2.3.1. L'appartenance à un groupe : une hypothèse validée statistiquement sur le ratio d'autonomie financière et un impact confirmé par les directeurs

La variable d'appartenance à l'un des quatre grands groupes nationaux de cliniques privées représente un prédicteur significatif au risque 5 % du ratio d'autonomie financière des cliniques privées, ce qui signifie que les cliniques qui appartiennent à l'un des quatre grands groupes nationaux de cliniques privées ont une probabilité plus forte d'être autonome financièrement.

Nos résultats valident dans une certaine mesure ceux de Mc Cue, Thompson et Dodd-McCue¹²⁰³ montrant, pour leur part, que l'appartenance à un système a un impact sur les ratios de liquidité.

¹²⁰³ MC CUE M.J., THOMPSON J.M. et DODD-MC CUE D. (2001), "Association of Market, Mission, Operational and Financial Factors with Hospitals Level of Cash and Security Investments", *Inquiry*, vol. 37, pp. 411-422

Cependant **les entretiens avec les directeurs montrent que l'appartenance à un groupe a également un impact sur les comptes d'exploitation des cliniques privées.** L'effet « groupe » est un sujet qui a été abordé par cinq des six directeurs d'établissements, ce qui peut s'expliquer par le fait que ces cinq établissements sont tous détenus par des groupes de cliniques privées de taille plus ou moins importante.

Au regard des cinq dirigeants, l'appartenance à un groupe apparaît comme un déterminant fort de la performance financière des cliniques privées. L'un des directeurs de cliniques privées rapporte que l'appartenance à un groupe permet à son établissement de bénéficier d'un support financier, notamment en matière d'investissement. Le groupe en question finance les investissements des cliniques privées qui en sont membres. Une ligne d'investissement est demandée chaque année par le directeur de la clinique, la décision finale d'octroi de financement appartenant aux dirigeants du groupe. A titre illustratif, le directeur n'a reçu que 50 % des montants qu'il avait demandés pour cette année 2011, en raison de lourds investissements relatifs à l'informatisation des cliniques privées entrepris par le groupe qui n'ont pas permis au directeur de percevoir l'intégralité des financements demandés. **Quatre des directeurs ont souligné la présence d'avantages de coût, l'appartenance à un groupe favorisant notamment l'obtention de tarifs compétitifs sur le montant des achats.** Le directeur de la clinique du Centre souligne que l'appartenance à un groupe facilite l'obtention de prix attractifs, les négociations avec les fournisseurs étant menées au niveau du groupe, ses dirigeants imposant, par ailleurs, leurs choix aux établissements sur certains produits. Parmi les achats, le coût des dispositifs médicaux implantables représente un enjeu particulièrement fort pour les cliniques privées, sa gestion étant complexe parce qu'elle associe les praticiens.

Les synergies résultant des possibilités de mutualisation de certaines fonctions entre les établissements d'un même groupe, notamment de celles logistiques, un fait déjà rapporté dans ces travaux dans le chapitre introductif sur le secteur hospitalier privé a été rappelé par ces mêmes directeurs. Ils soulignent que **la mutualisation de nombreuses fonctions n'est possible que si les établissements sont proches géographiquement.** A titre illustratif, le directeur de l'Océan rapporte qu' en 2008, le groupe a procédé à la création d'une filiale commune entre les différents établissements du groupe, sous la forme d'un GIE, destinée à internaliser l'activité de restauration qui était, auparavant, sous-traitée par l'entreprise Sodexo. Cette filiale réalise le même travail que l'ancien sous-traitant. Précisons que les coûts liés au fonctionnement de cette filiale figurent dans les consommations du groupe et non pas directement dans celles de la clinique. Cette internalisation a permis de réaliser une économie de 0,8 % du taux de marge nette du groupe Dynamic, principalement liée à la reprise de la marge de Sodexo et à la récupération de TVA (les repas sont facturés hors TVA). Relevons que ce directeur est à contre-courant de la tendance inverse à l'externalisation des prestations observées dans le secteur. Le groupe a également prévu d'investir prochainement dans la logistique en organisant la centralisation de la gestion des stocks entre les différents établissements du groupe. Ce projet de plateforme logistique devrait conduire à une économie d'1 % du montant total des charges du groupe. Les bénéfices suivants sont attendus :

- une diminution des stocks, en conséquence, les valeurs immobilisées au bilan seront moins élevées,
- une meilleure gestion de la péremption qui représente un coût caché des cliniques privées,
- des prix d'achats plus faibles liés au gain financier réalisé sur les frais de livraison. Des livraisons internes au groupe seront réalisées pour assurer la distribution des fournitures. Le total de ces économies est estimé à 7 % par le directeur.

Outre les facteurs favorisant les économies de coût, certains directeurs de cliniques privées ont mentionné la présence d'avantages liés au reporting financiers et d'activité des établissements qui favorisent leur bonne gestion, et, en définitive, certainement,

selon nous, leur performance financière. Ainsi, le directeur de la clinique des Champs rapporte, par exemple, les possibilités offertes aux directeurs de pouvoir comparer la situation de l'établissement qu'il dirige dans différents domaines (en matière d'activité, de coûts, *etc.*) avec celle des autres établissements du groupe. Un autre exemple est donné par le directeur de la clinique du Centre. Le groupe Énergie auquel appartient la clinique fixe des objectifs aux directeurs d'établissements. Un *reporting* auprès du groupe est réalisé à un rythme mensuel, voire pour certaines données à un rythme plus fréquent, le contrôle des résultats des établissements s'étant accru depuis une période récente, en raison d'une pression croissante des banques qui rend, cependant, selon lui, la mission des directeurs d'établissements de plus en plus complexe. Par exemple, un *reporting* est réalisé actuellement tous les dix jours sur L'EBITDAR¹²⁰⁴.

Les directeurs d'établissements ont des objectifs sur son montant et sa valeur relative par rapport au chiffre d'affaires. Il est fixé chaque année au mois de novembre et est figé pour les mois de l'année suivante. De plus, un suivi quotidien de l'activité médicale est mis en œuvre. L'activité complète est estimée mois par mois par le directeur, ses objectifs d'activité étant communiqués au groupe. Les recettes annexes de la clinique font également l'objet d'un *reporting*, de même que le montant des achats qui ne doivent pas représenter plus de 15 % du chiffre d'affaires de l'établissement et les frais de personnel, contrôlé tous les dix jours, qui ne doivent pas dépasser plus de 55 % des dépenses de l'établissement, les frais de sous-traitance étant inclus dans ces ratios¹²⁰⁵.

Les résultats des statistiques ne nous ont pas permis de valider ces faits rapportés par les dirigeants, l'absence de significativité statistique de la variable « groupe » sur les ratios de profitabilité et de rentabilité montrant que les cliniques privées appartenant à l'une des quatre majors du secteur en 2006 se différencient peu des cliniques privées indépendantes sur ces éléments. Les cliniques indépendantes et celles appartenant à des petits groupes mettent certainement en œuvre des pratiques qui leurs permettent d'être aussi efficaces que celles appartenant à de grands groupes. De ce fait, nous estimons que notre variable pourrait être affinée. Il pourrait être intéressant d'en tester une autre, celle de l'appartenance à un groupe, quelque soit la taille du groupe car dans nos travaux, seules ont été prises en compte les cliniques privées appartenant à l'un des quatre grands groupes nationaux présents sur le secteur en 2006. Par ailleurs, nous avons tenu compte dans la construction de cette variable des établissements acquis au cours de l'année 2006. Peut-être aurions-nous dû inclure seulement les établissements acquis depuis plusieurs années par ces grands groupes nationaux et, de ce fait, rejeter l'hypothèse de sélection.

¹²⁰⁴ EBITDAR : cet indicateur anglo-saxon correspond à un excédent brut d'exploitation avant loyers.

¹²⁰⁵ Les ratios de charges de personnel et de volumes des achats sont deux ratios pouvant se compenser l'un par l'autre.

Tableau 67 - ÉTAPE 8 : tests de régression linéaire multiple réalisés sur les variables de mesure de l'effet « structure » des cliniques privées de court séjour

| Variables dépendantes | SCOREPERF | | | | | | R1 | | R2 | | R3 | | R4 | | R5 | | | | |
|-------------------------|----------------|--------|-------|----------------|--------|-------|----------------|--------|-------|----------------|-------|-------|----------------|--------|-------|----------------|--------|-------|--|
| | Coeff. | T | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | Coeff. | t | Sig. | |
| Variables indépendantes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (constante) | -0,108 | -1,218 | 0,224 | -0,082 | -0,525 | 0,500 | -0,079 | -0,869 | 0,460 | -0,106 | 1,088 | 0,278 | 0,032 | -0,574 | 0,566 | -0,027 | 0,485 | 0,628 | |
| CAPAREPTOT | 0,241 | 4,317 | 0,000 | 0,213 | 3,361 | 0,001 | 0,251 | 4,355 | 0,000 | 0,283 | 4,702 | 0,000 | -0,328 | -6,174 | 0,000 | | | | |
| HISOIGNANTS | -0,256 | -4,633 | 0,000 | -0,135 | -2,674 | 0,008 | -0,177 | -3,071 | 0,002 | -0,159 | -2,67 | 0,008 | 0,237 | 4,136 | 0,000 | | | | |
| HADMIN | | | | | | | | | | | | | 0,234 | 2,603 | 0,010 | 0,066 | 1,302 | 0,194 | |
| ZINDPERF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CO | | | | | | | 0,184 | 2,937 | 0,004 | 0,122 | 2,046 | 0,042 | | | | | | | |
| SEJ | 0,204 | 3,161 | 0,002 | | | | 0,204 | 2,699 | 0,007 | | | | | | | | | | |
| CA_litplace | | | | 0,198 | 2,819 | 0,005 | | | | | | | | | | | | | |
| QUALITE | | | | | | | | | | 0,101 | 1,784 | 0,081 | | | | 0,131 | 2,647 | 0,009 | |
| CERTIFV1 | -0,125 | -2,385 | 0,018 | -0,160 | -3,409 | 0,001 | -0,100 | -1,993 | 0,047 | | | | 0,123 | 2,421 | 0,016 | | | | |
| CERTIFV2 | | | | | | | | | | 0,117 | 2,116 | 0,035 | | | | -0,146 | -2,682 | 0,008 | |
| PROJET | | | | 0,111 | 2,132 | 0,034 | | | | | | | | | | 0,097 | 1,983 | 0,048 | |
| IMPLICPRAT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BLOCOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOURDEUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| URGENCES | | | | 0,197 | 1,715 | 0,087 | | | | | | | | | | | | | |
| HTPsejours | -0,185 | -2,49 | 0,013 | | | | -0,114 | -1,293 | 0,197 | | | | | | | | | | |
| HTPlitsplaces | | | | | | | | | | 0,109 | 1,749 | 0,081 | | | | | | | |
| GHM80 | | | | | | | | | | | | | 0,121 | 2,245 | 0,025 | -0,121 | -2,202 | 0,028 | |
| GRUPE | 0,069 | 0,623 | 0,534 | 0,099 | 0,762 | 0,446 | 0,100 | 0,799 | 0,425 | -0,012 | 0,084 | 0,933 | -0,061 | -0,511 | 0,610 | 0,261 | 2,033 | 0,043 | |
| CAPATOT | 0,176 | 1,397 | 0,163 | 0,075 | 0,701 | 0,484 | 0,054 | 0,479 | 0,63 | 0,153 | 1,298 | 0,195 | -0,104 | -2,114 | 0,035 | -0,039 | -0,761 | 0,447 | |
| R ² ajusté | 0,227 | | | 0,216 | | | 0,222 | | | 0,165 | | | 0,265 | | | 0,057 | | | |
| F | 13,651 | | | 11,901 | | | 10,902 | | | 9,239 | | | 15,51 | | | 4,384 | | | |
| (Sig.) | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | (0,000) | | | |
| Max VIF | 1,762 | | | 1,644 | | | 2,128 | | | 1,134 | | | 1,126 | | | 1,130 | | | |
| Df. | 301 | | | 316 | | | 312 | | | 292 | | | 322 | | | 335 | | | |

2.3.2. La taille des cliniques privées : un impact statistique significatif sur le ratio de charges de personnel et reconnaissance par les dirigeants de l'impact d'une taille « critique » des établissements

Les résultats de l'analyse bivariée montre que la variable catégorielle mesurant l'influence de la taille des établissements est corrélée significativement au seuil 1 % avec le ratio de charges de personnel (R4) et au seuil 5 % avec le score de performance financière et le ratio de rentabilité économique (R1). **Les résultats des régressions multiples montrent que la taille représente bien un prédicteur significatif du ratio de charges de personnel, mais pas du score de performance ni du ratio de rentabilité économique des cliniques privées.** Le signe négatif du coefficient de corrélation suggère que les établissements de petite taille et de grande taille ont une probabilité plus forte d'observer un ratio de charges de personnel plus faible. Ce résultat est conforme aux résultats de l'équipe des chercheurs du Graphos publiée dans la thèse de doctorat de David Piovesan¹²⁰⁶. En revanche, notre variable intégrant simultanément les petits et les grands établissements, nos résultats sont difficilement comparables à ceux obtenus par les chercheurs américains. Kim, Glover, Stoskopf et Boyd¹²⁰⁷ montrent que plus la taille des établissements augmente, plus la profitabilité croît jusqu'à un seuil de près de 230 lits. Ils soulignent, dans leur étude, que de nombreux chercheurs estiment que le nombre de lits est fortement reliée à la quantité d'*output* produits par un établissement et que cette variable peut donc être considérée comme un indicateur d'économie d'échelle. **Nos résultats montrent que les établissements de petite taille, au même titre que les établissements de grande taille, ont également des chances d'observer un ratio de personnel plus faible que les établissements de taille moyenne.**

Afin de vérifier l'impact d'une taille importante et donc de mettre en exergue l'existence d'économies d'échelle, une étude complémentaire a été menée : une variable dichotomique séparant les établissements de plus de 200 lits et places des autres établissements a été testée en l'intégrant dans chacun des modèles à la place de la variable CAPATOT. Sur ce point, notons qu'en 2006, peu de cliniques privées de notre échantillon étaient d'une taille supérieure à 200 voire à 250 lits et places, taille critique estimée dans la littérature hospitalière américaine et dans la littérature professionnelle française : seules 15 % d'entre elles (73 entités juridiques de notre base de données) comptent plus de 200 lits et places. **Les résultats de l'introduction de cette variable supplémentaire dans les modèles de régression multiple les plus intégrés ne sont pas significatifs.** Être un établissement de plus de 200 lits et places ne présente pas d'impact significatif sur le score de performance financière et ses indicateurs composites. Pour approfondir cette étude, nous pourrions, à l'image des travaux des chercheurs américains, tester l'impact de la variable CAPATOT avec une ou plusieurs autres variables dépendantes de mesure de coût, comme par exemple le ratio du total des dépenses opérationnelles par rapport au nombre d'entrées ou au nombre de séjours fréquemment étudiés par les chercheurs américains. En théorie, ces indicateurs devraient être ceux qui devraient le plus directement subir un effet « taille ».

¹²⁰⁶ PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 515 p.

¹²⁰⁷ KIM Y.K., GLOVER S.G., STOSKOPF S.H., *et al.* (2002), "The relationship between bed size and profitability in south carolina hospitals", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 29 : n°2, pp. 53-63

Tableau 68 - Les modèles les plus intégrés du score de performance financière des cliniques privées de court séjour et de ses composantes (ratios R1 à R5)

| Variables indépendantes | SCOREPERF | | R1 | | R2 | | R3 | | R4 | | R5 | |
|-------------------------|-----------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|
| | Coeff. | Test t. Sig. | Coeff. | Test t. Sig. | Coeff. | Test t. Sig. | Coeff. | Test t. Sig. | Coeff. | Test t. Sig. | Coeff. | Test t. Sig. |
| (Constante) | -0,027 | -0,527 0,599 | -0,023 | -0,403 0,687 | -0,018 | -0,351 0,726 | -0,008 | -0,145 0,885 | 0,019 | 0,381 0,703 | -0,026 | -0,470 0,639 |
| CAPAREPTOT | 0,253 | 4,59 0,000 | 0,220 | 3,500 0,001 | 0,268 | 4,712 0,000 | 0,291 | 4,885 0,000 | -0,329 | -6,214 0,000 | | |
| HOSIGNANTS | -0,261 | -4,735 0,000 | -0,139 | -2,761 0,006 | -0,168 | -2,954 0,003 | -0,159 | -2,691 0,008 | 0,239 | 4,173 0,000 | | |
| HADMIN | | | | | | | | | | | | |
| INDPERF | | | | | | | | | 0,238 | 2,659 0,008 | | |
| CO | 0,200 | 3,164 0,002 | | | 0,223 | 4,13 0,000 | 0,130 | 2,222 0,027 | | | | |
| SEJ | | | | | 0,143 | 2,43 0,016 | | | | | | |
| CA_litplace | | | 0,197 | 2,854 0,005 | | | | | | | | |
| QUALITE | | | | | | | 0,100 | 1,768 0,078 | | | 0,113 | 2,414 0,016 |
| CERTIFV1 | -0,123 | -2,365 0,019 | -0,161 | -3,466 0,001 | -0,098 | -1,934 0,048 | | | 0,122 | 2,400 0,017 | | |
| CERTIFV2 | | | | | | | | | | | | |
| PROJET | | | 0,108 | 2,086 0,038 | 0,111 | 2,024 0,044 | | | 0,148 | -2,714 0,007 | 0,106 | 2,284 0,023 |
| IMPLICPRAT | | | | | | | | | | | | |
| BLOCOP | | | | | | | | | | | | |
| LOURDEUR | | | | | | | | | | | | |
| URGENCES | | | 0,226 | 2,034 0,043 | | | | | | | | |
| HTPsejours | -0,185 | -2,579 0,010 | | | | | 0,107 | 1,724 0,086 | | | -0,120 | -2,628 0,009 |
| HTPlitsplaces | | | | | | | | | 0,122 | 2,26 0,024 | 0,193 | 1,640 0,102 |
| GHM80 | | | | | | | | | | | | |
| GRUPE | | | | | | | | | | | | |
| CAPATOT | | | | | | | | | -0,106 | 2,174 0,030 | | |
| R2 non ajusté | 0,239 | | 0,233 | | 0,238 | | 0,180 | | 0,283 | | 0,051 | |
| R2 ajusté | 0,226 | | 0,218 | | 0,223 | | 0,166 | | 0,267 | | 0,042 | |
| F | 18,57 | | 15,725 | | 15,942 | | 12,611 | | 17,73 | | 5,372 | |
| Sig. test F | (0,000) | | (0,000) | | (0,000) | | (0,000) | | (0,000) | | (0,000) | |
| Max VIF | 1,696 | | 1,602 | | 1,132 | | 1,110 | | 1,123 | | 1,120 | |
| Df | 301 | | 316 | | 313 | | 292 | | 322 | | 335 | |

Les directeurs de cliniques privées ne valident pas pleinement cette hypothèse de recherche. L'un d'entre eux souligne « *les exigences des tutelles imposent la nécessité pour les cliniques de mettre en œuvre de plus en plus de moyens de tous types (humains, financiers, techniques etc). Les cliniques de taille moyenne ne peuvent pas s'en sortir seules. Elles ne peuvent pas se financer d'où la nécessité des regroupements* » et valide ainsi notre hypothèse de recherche. Cependant les autres directeurs évoquent plus volontiers l'importance de la masse critique des établissements, un sujet qui a été largement abordé dans notre chapitre introductif au secteur des cliniques privées françaises. Les directeurs rappellent que l'effet de masse critique peut être recherché au niveau de l'établissement ou au niveau du groupe. Comme le note le directeur de la clinique de l'Océan, « *Le groupe doit être suffisamment grand pour pouvoir financer ses projets quelque soit leur nature* ». La recherche de taille critique justifie également, comme nous l'avons vu, les nombreux regroupements d'établissements. Les cinq directeurs que nous avons rencontrés ont tous déjà fusionné leur établissement ou sont sur le point de fusionner avec d'autres établissements afin, entre autre, d'atteindre un volume d'activité suffisant pour assurer la pérennité de leur activité.

Ainsi la taille, en valeur absolue, représente un indicateur imprécis de la performance financière des cliniques privées. Un établissement qu'il soit de grande taille ou de petite taille n'a que peu d'importance s'il ne génère pas un volume d'activité suffisant pour être performant sur son territoire de santé, comme l'a également montré l'exemple de la clinique la Naissance.

Le tableau de la page suivante présente les modèles les plus intégrés de performance financière. Nous discutons leur validité dans le paragraphe suivant.

3. Discussion autour des modèles les plus intégrés de performance financière des cliniques privées

Nous avons identifié statistiquement et au travers des regards croisés des dirigeants de cliniques privées les principaux déterminants de la performance financière des cliniques privées. **L'objet de cette dernière section est de discuter la portée générale de ces résultats et de présenter les principales limites de l'étude entreprise.** Une analyse générale des conditions de validité théorique et pratique des modèles les plus intégrés de performance financière des cliniques privées est proposée, ces derniers étant présentés à la page suivante. Cette analyse révèle la principale limite de l'étude proposée. En effet, nous allons constater le pouvoir explicatif modéré des prédicteurs de performance financière testés statistiquement et recensons les autres invariants de la performance financière des cliniques privées identifiés par les dirigeants de cliniques privées et non cités jusqu'alors dans ces travaux. Enfin, nous recensons les autres limites de l'étude statistique.

3.1. Des conditions de validité théoriques et pratiques des modèles révélant une limite importante : des variables explicatives aux impacts modérés

La portée générale des modèles de performance financière établis peut être mesurée à l'aune de leurs significativités statistiques théorique et pratique dont l'évaluation est proposée dans le premier et le deuxième paragraphe. La significativité pratique modérée de ces modèles suggère l'existence de nombreuses autres variables explicatives de performance financière des cliniques privées. Les entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées nous ont permis d'identifier d'autres déterminants jugés majeurs par les directeurs non discutés jusqu'alors qui sont recensés dans le dernier paragraphe.

3.1.1. Une significativité statistique théorique satisfaisante des modèles de performance financière les plus intégrés

Les coefficients de régression inclus dans les modèles les plus intégrés sont tous significatifs. Toutes les variables dont l'impact est marginal sur la variable dépendante considérée ont été éliminées à chaque étape des régressions hiérarchiques. La significativité statistique des régressions est vérifiée à l'aide de l'analyse des sources de variations de la variable à expliquer. Lorsque l'hypothèse nulle est validée, aucune variable explicative n'exerce d'influence sur la variable à expliquer. Un regard sur la valeur F obtenue pour chacun des modèles indique qu'on peut rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle les combinaisons de variables proposées n'expliquent pas mieux les indicateurs de performance financière que des modèles sans prédicteur. **Les valeurs des F de chacun des modèles sont significatives pour $p < 0,001$, ce qui indique que l'on a moins de 0,1 % de probabilité de commettre une erreur en affirmant que les modèles contribuent à mieux prédire les indicateurs de performance financière qu'un modèle sans prédicteur.**

De plus, le calcul des VIF (*variance inflation factors*) pour chacune des variables du modèle nous a permis de nous assurer qu'il n'existe pas de problèmes de multicollinéarité susceptibles d'affecter les résultats. Aucune variable ne présente un VIF excédant 10, les VIF maximums observés sur chacun des modèles ont une valeur éloignée de ce seuil. En effet, ils sont tous compris entre 1,10 et 1,70.

La présence d'*outliers* statistiques, c'est-à-dire la présence d'observations non conformes au modèle de régression, a été de nouveau contrôlée. Le diagnostic proposé par le logiciel SPSS montre au maximum la présence d'un seul *outlier* pour chacun des modèles.

Soulignons également que les résultats que nous obtenons lorsque l'entrée et la sélection des variables sont contrôlées par nos soins sont similaires à ceux résultant d'une régression hiérarchique descendante automatique réalisée sur le logiciel SPSS. Cette méthode consiste à entrer toutes les variables explicatives d'une seule traite, le logiciel à partir d'une commande automatique éliminant les variables les moins significatives du modèle l'une après l'autre.

3.1.2. La significativité pratique des régressions : un pouvoir explicatif global modéré des modèles de performance financière les plus intégrés

La significativité pratique d'un modèle statistique peut se mesurer à l'aune de son pouvoir explicatif. Le coefficient de détermination R^2 indique le pourcentage de variation de la variable (y) expliqué par la régression ou plus exactement l'ensemble des variables explicatives introduites dans la régression. Le R^2 ajusté permet de comparer les pouvoirs explicatifs des différents modèles.

Le R^2 ajusté du modèle le plus intégré établi sur le score de performance financière explique 22,6 % du score de performance financière avec seulement cinq variables, ce qui signifie qu'il reste 77,4 % de variance non expliquée. Notons que le modèle réalisé sur les 463 cliniques privées de l'échantillon donne un R^2 ajusté plus faible, les variables expliquant 18,8 % du score. **Ceux des ratios de rentabilité économique (R1), de profitabilité (R2) et celui du ratio charges de personnel / valeur ajoutée (R4) sont également proches de 25 %, le ratio de charges de personnel étant le mieux expliqué par les variables indépendantes (R^2 ajusté = 26,4 %).**

Le pouvoir explicatif des modèles établis à partir des informations disponibles sur les cliniques privées diffusées au niveau national est proche des résultats obtenus par diverses équipes de chercheurs américains dans des études transversales de profitabilité des établissements de santé (« *cross-sectional studies* »). Younis et Forgione ou encore Schneider, Ohsfeldt et Morrisey trouvent des R^2 ajustés proches de 20 %¹²⁰⁸. Schneider et al. relèvent dans leur étude que les modèles réalisés sur la profitabilité des établissements ont souvent un niveau de variance important non expliqué car **il est, selon eux, difficile de « capturer » les variables organisationnelles et de marché** caractérisant les établissements de santé de court séjour¹²⁰⁹.

Par ailleurs, notons qu'uniquement 4,2 % de la variance des résultats financiers des cliniques privées sur le ratio d'autonomie financière est expliqué par les variables indépendantes du modèle. La variance des cliniques privées sur ce ratio résulte certainement de nombreux autres facteurs. Par exemple, ce ratio pourrait certainement subir l'impact d'une variable mesurant la présence de réalisation de bénéfices. La réalisation ou non d'investissements présents et passés et le choix de leur mode de financement (ressources financières internes ou externes) pourraient également certainement influencer ce ratio, de même que la part des dividendes distribués ou encore de la part des bénéfices mis en réserves, *etc.* **Ce résultat nous conduit à la conclusion que les variables sélectionnées dans cette recherche sont plus à même de prédire les indicateurs de résultat et de rentabilité des cliniques privées.**

Les variables qui ont le pouvoir explicatif le plus fort sont incontestablement les variables de l'effet « management » comme l'illustre le tableau suivant présentant le R^2 ajusté de chacun des trois effets testés dans ces travaux pour chacune des variables financières dépendantes.

Tableau 69 - R^2 ajustés des trois effets testés sur chaque variable dépendante des modèles les plus intégrés de performance financière

| R^2 ajustés | SCORE-PERF | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Effet « management » | 21,6 % | 21,1 % | 23,8 % | 16,0 % | 24,9 % | 2,3 % |
| Effet « activité » | 1,0 % | 0,7 % | 0,0 % | 0,6 % | 0,9 % | 1,5 % |
| Effet « structure » | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | 0,9 % | 0,4 % |
| R^2 ajusté total | 22,6 % | 21,8 % | 23,8 % | 16,6 % | 26,7 % | 4,2 % |

Les effets « activité » et « structure » n'ont qu'un effet à la marge sur le score de performance financière et les ratios le composant.

Des tests statistiques complémentaires ont été conduits pour approfondir les résultats de l'effet « activité » des cliniques privées.

Le résultat significatif opposé à l'hypothèse initiale formulée sur l'importance de l'activité ambulatoire mesurée en nombre de séjours nous interrogeant, des tests de nouvelles variables ont été conduits. Les incitations financières au développement de l'hospitalisation partielle concernant principalement la chirurgie, nous avons choisi de tester **l'impact du ratio mesurant la part des séjours de chirurgie ambulatoire sur la part des séjours total de chirurgie.** L'étude entreprise a été menée sur les seuls établissements pratiquant une activité de chirurgie. L'impact de cette variable a été contrôlé par celui des autres variables dont l'impact significatif a été montré dans les analyses précédentes. **Ce nouvel**

¹²⁰⁸ YOUNIS M.Z. et FORGIONE D.A. (2005), "Using return on equity and total profit margin to evaluate hospital performance in the U.S.: a piecewise regression analysis", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°3, pp. 82-88 et SCHNEIDER J.E., OHSFELDT R.L., MORRISEY M.A., *et al.* (2007), "Effects of Specialty Hospitals on the Financial Performance of General Hospitals, 1997-2004", *Inquiry - Excellus Health Plan*, vol. 44 : n°3, pp. 321-334

¹²⁰⁹ SCHNEIDER J.E., OHSFELDT R.L., MORRISEY M.A., *et al.* (2007), "Effects of Specialty Hospitals on the Financial Performance of General Hospitals, 1997-2004", *Inquiry - Excellus Health Plan*, vol. 44 : n°3, pp. 321-334

indicateur ne permet pas de prédire les ratios financiers de mesure de performance. Par ailleurs, nous avons entrepris de tester l'impact du taux de prise en charge en ambulatoire sur les neuf pathologies traceuses, indicateurs diffusés sur le site internet Platines, pour vérifier si l'importance du développement de l'activité ambulatoire, mesurée à un niveau encore plus fin, celui de la pathologie a un impact sur les ratios financiers. Nous trouvons des résultats non significatifs. **Un taux élevé de prise en charge chirurgicale sur chaque pathologie traceuse n'explique pas la performance financière des cliniques privées.**

Nous avons également recherché si des spécialités reconnues comme rémunératrices en 2006 présentent un impact sur la performance financière des cliniques privées. Les impacts de la présence d'un service de dialyse et la réalisation d'opérations de la cataracte sur les variables dépendantes de notre modèle ont été testés. **Nous avons eu l'occasion d'observer que les établissements qui ont une activité de dialyse observent une rentabilité supérieure à celle des autres catégories d'établissements. Nous avons souhaité vérifier statistiquement si la présence d'un service de dialyse représente un prédicteur de la performance financière des cliniques privées.** Une nouvelle variable dichotomique, nommée DIALYSE, a été testée (1 = présence d'un service de dialyse, 0 = absence d'un service de dialyse au sein de l'établissement). Les statistiques descriptives montrent que seules 43 cliniques privées de notre base de données disposent d'un service de dialyse (9,3 %). L'intégration de cette nouvelle variable aux modèles les plus intégrés sur chacun des indicateurs financiers montre un effet positif de la variable DIALYSE sur le ratio de rentabilité économique (R1) au seuil 5 % ($B=0,452$ $t=2,545$ $p=0,011$), et sur le ratio de rentabilité financière (R3) au risque 10 % ($B=0,336$ $T=1,654$ $p=0,99$). **Les pouvoirs publics ayant entrepris ces dernières années de baisser les tarifs des opérations de la cataracte, nous avons souhaité vérifier l'existence d'un effet réel de la pratique de cette discipline sur les résultats financiers des cliniques privées.** Une variable dichotomique, nommée CATARACTE, a été construite à partir des données Platines. Les opérations de la cataracte faisant partie des neuf pathologies traceuses de chirurgie ambulatoire recensées sur le site internet Platines pour l'année 2006, nous avons pu reconstituer une variable dichotomique de présence ou pas d'une activité de chirurgie de la cataracte au sein des établissements. 354 cliniques privées sur 463 pratiquent cette activité (76,6 %). Les résultats des régressions linéaires montrent un effet de la réalisation de cette activité sur les résultats financiers des cliniques privées. En effet, un impact significatif au seuil 5 % est recensé sur le score de performance financière ($B=0,333$ $t=2,463$ $p=0,014$). Le taux de rentabilité subit également un effet positif au seuil 10 % de cette variable. **Notons que ces deux nouvelles variables augmentent peu le pouvoir explicatif du modèle mesuré par le R^2 ajusté, tout au plus de 1 % à 2 % chacune ce qui confirme à nouveau l'impact modéré sur la performance financière des cliniques privées du type d'activité qu'elles réalisent.**

3.1.3. Les autres déterminants majeurs de la performance financière identifiés par les dirigeants de cliniques privées

Le paragraphe précédent a montré qu'il reste plus de 70 % de la variance du score de performance financière et de celle des quatre des indicateurs le composant non expliquée. Les directeurs de cliniques privées ont identifié trois autres déterminants de la performance financière des cliniques privées qui n'ont pas été discutés dans la section précédente. Il s'agit de l'impact du coût du loyer immobilier, de celui du montant des prestations annexes perçues par les cliniques privées, et enfin, de celui des investissements mobiliers et immobiliers. Les propos des directeurs sont rapportés dans les développements suivants.

3.1.3.1. Le loyer versé par les cliniques privées à la SCI

Toutes les cliniques privées dont nous avons rencontré les dirigeants versent un loyer à une société civile immobilière (SCI)¹²¹⁰. **Nombre d'entre eux soulignent que le coût du loyer joue indéniablement sur le niveau de performance financière des cliniques privées.** A titre illustratif, le directeur de la clinique du Centre rapporte que le loyer versé par la société d'exploitation à la SCI propriétaire des murs de la clinique détenue, non par le groupe Énergie, mais par les salariés de la clinique, a connu ces dernières années une forte hausse, celui-ci représentant actuellement près de 10 % du chiffre d'affaires de la clinique, **la valeur plafond de référence du secteur se situant à 8 % du chiffre d'affaires.** La clinique des Champs connaît une situation opposée : son loyer actuellement bas, celui-ci représentant près de 5 % du chiffre d'affaires ne pénalise pas davantage la situation financière de l'établissement. Son directeur relate que les associés de la SCI, les enfants et petits enfants des praticiens fondateurs de la clinique sont peu intéressés par cette activité et que, de ce fait, ils n'investissent pas dans la réhabilitation des locaux. De nos jours, ils sont dans l'impossibilité d'élever le montant du loyer car les locaux ne sont pas aux normes (la clinique a d'ailleurs reçu un avis défavorable de la commission des sapeurs pompiers de la ville).

3.1.3.2. Les revenus des prestations annexes : un impact reconnu de la politique hôtelière sur la performance financière des cliniques privées

Cinq des six directeurs que nous avons rencontrés rapportent que le résultat des cliniques n'est pas généré par l'activité de soins, mais par les produits des prestations annexes. Ils soulignent que le revenu de ces prestations contribue à l'équilibre de leurs comptes. Ces revenus leurs permettent éventuellement de dégager des marges. « *Les prestations annexes d'une clinique sont capitales. Elles représentent souvent presque l'équivalent de la marge d'un établissement* », comme le rapporte l'un des directeurs. Le directeur de la clinique de l'Océan, pour sa part, nous a précisé qu'il ne soutient pas cette idée répandue, ce discours cachant, selon lui, une honte de réaliser des bénéfices sur les activités de soins. Parmi l'ensemble des prestations intégrées dans la ligne des autres produits du compte de résultat des cliniques privées, deux ont été citées par les directeurs comme pouvant contribuer significativement au résultat d'un établissement :

- Le chiffre d'affaires hôtelier et notamment la vente de chambres particulières qui peut représenter entre 2 % et 15 % du chiffre d'affaires d'un établissement. Le directeur de la clinique des Champs relate, par exemple, que ce facteur joue en défaveur de la performance financière de son établissement. La clinique génère peu de recettes issues des prestations annexes, notamment de celles issues de sa source principale, la vente de chambres particulières. L'établissement compte une vingtaine de chambres particulières sur un total de 50 chambres, celles-ci étant vendues à 50 euros la nuit. Les caractéristiques de la population accueillie et la vétusté des locaux expliquent leur absence de succès auprès des patients. Le directeur de la clinique du Centre souligne que le revenu des prestations hôtelières représente une variable essentielle d'ajustement des résultats financiers des cliniques privées du groupe Énergie. Ainsi, lorsque les recettes d'un établissement sont insuffisantes, le groupe, d'autorité, procède

¹²¹⁰ Comme nous l'avons vu en introduction générale de ces travaux de thèse, dans le but de réduire leurs impôts, il n'est pas rare que l'exploitation commerciale d'une clinique privée repose sur une combinaison entre plusieurs sociétés. La multiplication de ces sociétés résulte d'une séparation entre la propriété, la gestion de l'établissement et l'exercice médical des professionnels de santé. La société d'exploitation de la clinique est le plus souvent locataire d'un immeuble spécifique détenu généralement par une société civile immobilière (SCI). Ses actionnaires peuvent être des médecins ou leurs descendants, ou encore des investisseurs d'autres secteurs d'activité. La SCI reçoit des loyers comme un investisseur de surface commerciale et hôtelière.

à une hausse des tarifs de ces prestations¹²¹¹. C'est ainsi que la clinique du Centre a récemment vu le montant de ses chambres particulières augmenter, alors que, comme le souligne ce directeur, aucune amélioration des prestations n'a été mise en œuvre. Il craint l'absence d'attractivité de ces chambres, la clinique subissant, de plus, la concurrence directe de l'hôpital public neuf dont les tarifs hôtelier sont plus faibles. De même que deux autres directeurs, il souligne la nécessité que le prix demandé pour les chambres particulières corresponde à un service réel, les critères à respecter par les cliniques privées étant proches de ceux observés dans le secteur hôtelier traditionnel.

- Le montant des redevances versées par les praticiens aux établissements représentant en moyenne 5 % du chiffre d'affaires des cliniques privées est un autre facteur qui a été cité par les dirigeants. Le directeur de la clinique des Champs craint qu'à l'avenir, en raison des conditions d'entrée imposées par la jeune génération de praticiens, ce facteur devienne réellement problématique pour les établissements. Ils soulignent « *Les praticiens font actuellement pression, lors de leur recrutement, pour ne pas payer de redevance et les propositions de recrutement réalisées par les cliniques privées via le salariat des praticiens sont parfois conclues à des salaires très élevés. Alors que dans les années 1980, les praticiens payaient pour pratiquer dans l'établissement de leur choix, de nos jours, la relation s'inverse. La difficulté à négocier des contrats qui soient favorables aux établissements ne sera pas sans conséquence sur le résultat d'exploitation des cliniques.* ». Par ailleurs, il nous semble important de rappeler les propos du directeur de la clinique la Montagne qui note l'existence de coûts cachés importants supportés par les établissements relatifs à certains services qui leurs sont rendus, ceux-ci pouvant influencer les résultats financiers des établissements.

3.1.3.3. Des investissements dans les murs et dans les nouvelles technologies sources de déséquilibres financiers épisodiques et parfois durables

L'investissement est périodiquement source de déséquilibres financiers pour les cliniques privées. Deux catégories d'investissements ont été cités par les directeurs de cliniques privées : l'investissement dans les murs et les investissements réalisés dans le matériel médical. L'investissement dans les murs des cliniques privées est un facteur dont l'impact financier a été souligné par deux directeurs. Le directeur de la clinique de l'Océan et l'ancien dirigeant de la clinique la Naissance rappellent que **l'impact de ces investissements est notamment visible dans les états financiers consolidés des groupes de cliniques**. A titre illustratif, les investissements « *dans le béton* » du groupe de cliniques privées Dynamic sont supportés par la SCI du groupe. Celle-ci est actuellement fortement endettée en raison d'investissements récents réalisés sur les sites de Lormont (cinquante millions d'euros), d'Arcachon (trente millions d'euros) et de Bel Air (vingt millions d'euros). Le directeur rappelle que l'endettement constitue son principal levier de croissance. La marge nette (résultat net / chiffre d'affaires) du groupe était de 0,5 % en 2010, l'EBITDAR à 12,5 %, l'écart entre ces deux agrégats financiers s'expliquant, en grande partie, par des frais financiers importants. Selon le directeur, ces résultats ne sont pas inquiétant dans la mesure où il vise un objectif de taux de marge légèrement au-dessus de zéro. L'ancien dirigeant de la clinique la Naissance souligne que le groupe Vigueur connaît, de nos jours, des difficultés financières qui se sont notamment illustrées par la perte consolidée du groupe constatée sur l'année 2010, cette dernière s'étant élevée à plus de 7 millions d'euros. Le groupe explique ses difficultés financières notamment par le retard pris sur ses projets immobiliers. L'ouverture du nouvel Hôpital de l'Est Lyonnais au cours de l'année 2009 a, par exemple, été reculée de 5 mois. A cette opération s'est ajouté le

¹²¹¹ Le directeur de la clinique du Centre rapporte également que depuis peu, les établissements du groupe ont mis en place un forfait, dit « administratif », facturé six euros pour les frais de dossiers administratifs aux patients dont les mutuelles prennent en charge ce type de frais.

retard de la vente des murs d'une autre clinique lyonnaise reconstruite sur un nouveau site regroupant deux autres maternités du groupe et par l'échec de la reprise de la clinique du Bien-Être dont la liquidation a eu un coût de 2 millions d'euros.

La deuxième catégorie d'investissements évoquée par les directeurs de cliniques privées est celle de l'investissement dans le matériel de haute technologie. Certains directeurs d'établissements considèrent que, dans un contexte d'évolution du progrès technique, l'investissement dans du matériel médical performant représente un facteur qui peut favoriser le volume d'activité des établissements parce que ces investissements contribuent à attirer les praticiens et les patients. En effet, les patients souhaitent bénéficier de l'efficacité des traitements de nouvelle génération et les praticiens, quant à eux, désirent recourir aux techniques médicales de pointe. Cependant plusieurs directeurs soulignent **la difficulté à rentabiliser ces investissements qui produisent, selon eux, davantage d'effets sur l'image de marque de la clinique et le confort des praticiens.** A la différence des établissements publics, les cliniques privées supportent le coût de leurs investissements matériels, desquels elles sont, en théorie, supposées percevoir en retour des flux de ressources. Cependant les activités MCO nécessitent des investissements en capital coûteux, qui peuvent parfois engendrer à la suite de l'investissement initial des frais de fonctionnement importants que les établissements de santé privés peuvent avoir des difficultés à assumer, voire qu'ils ne peuvent pas assumer sans l'aide des tutelles. Le directeur de la clinique la Montagne cite l'exemple du coût lié à l'investissement dans un robot Da Vinci. Selon lui, les tarifs des GHS ne permettent pas à une clinique d'être rentable sur les opérations pratiquées avec ce robot en raison des coûts importants liés à l'utilisation et à l'entretien du robot. **Les tarifs des GHS ne sont pas établis en fonction des techniques opératoires utilisées.** S'agissant de l'exemple du robot Da Vinci, il rapporte que pour chaque opération, le matériel requis à son fonctionnement (les protections notamment) coûtent 2 750 euros hors taxe, l'investissement initial étant estimé à plus de deux millions d'euros. Le GHS d'urologie s'élève, quant à lui, à 3 800 euros. Dans ce coût, il faut tenir compte du temps opératoire du chirurgien qui est multiplié par 1,5 lorsqu'il utilise le robot. A ce temps, il faut ajouter celui de la formation des praticiens. L'investissement dans ce matériel, pour être rentable, doit faire l'objet d'une forte activité. Dès lors, la mutualisation du matériel entre plusieurs établissements représente une solution pour rentabiliser au mieux ces équipements.

Le pouvoir explicatif modéré des variables explicatives testées sur les indicateurs de performance financière n'est pas la seule limite à cette étude. Les autres sont présentées dans le paragraphe suivant.

3.2. Les autres limites de l'étude empirique

Certains des choix méthodologiques que nous avons réalisés dans le cadre de cette étude empirique nous interrogent. Ces limites ouvrent de nouvelles perspectives de recherche.

En premier lieu, les résultats financiers des cliniques ont été lissés sur trois années et les effets testés portent uniquement sur les données 2006 des cliniques privées. Peut-être aurait-il été plus pertinent d'étudier uniquement les résultats financiers 2006 des cliniques privées en calculant un score de performance financière sur cette seule année. Ainsi, les résultats présentés dans cette recherche peuvent se révéler légèrement différents de ceux que nous aurions obtenus en optant pour le choix d'analyser seulement les données financières 2006 des cliniques privées.

Par ailleurs, la réalisation d'une étude statique (une seule année d'étude) ne nous permet pas de contrôler la persistance dans le temps des effets constatés. De plus, notre

étude est peut-être soumise à un effet « histoire », les résultats financiers des cliniques privées portant sur les années 2004 à 2006, une période marquée par le passage à la T2A. Cet effet est peut-être couplé à un effet de « maturation », de nombreuses cliniques privées ayant certainement fortement évolué depuis cette période. De nouveaux tests avec des données plus récentes sont à entreprendre pour vérifier la persistance des effets constatés dans le temps. Il serait judicieux de tester à nouveau les variables définies dans le cadre de l'effet « activité » en raison des nombreux bouleversements intervenus dans la tarification des cliniques privées depuis 2006. **Les autres effets, tels que le volume d'activité, la présence d'un projet stratégique bien défini et mis en œuvre, ou encore la gestion des ressources humaines sont, selon nous, plus pérennes dans le temps.**

Certaines hypothèses de recherche n'ont pas été validées statistiquement, mais l'ont été par les directeurs d'établissements, ce qui nous a conduit, lors de la présentation des résultats des analyses multivariées, à remettre en cause la pertinence de certaines variables. Nous avons déjà discuté la pertinence de notre variable GROUPE et ouvert la possibilité de définir une variable d'appartenance d'une clinique privée à un groupe quelque soit la dimension de celui-ci. De nouvelles recherches pourraient être entreprises sur l'implication des praticiens et l'efficacité des blocs opératoires. Tester l'impact statistique de nouvelles variables impliquera certainement de travailler sur des échantillons de plus petite taille. Pour montrer statistiquement l'impact de l'implication des praticiens dans la vie des établissements, il pourrait être intéressant de tester de nouvelles variables qui pourraient, par exemple, être construites *via* une enquête de satisfaction auprès des praticiens. Afin de vérifier l'impact du fonctionnement du bloc opératoire sur la performance financière des établissements, une étude complémentaire qui mobiliserait les résultats de l'ANAP sur le *benchmarking* des blocs opératoires pourrait être envisagée. Une telle étude nous permettrait de tester l'impact de certaines variables qui semblent être des indicateurs clés du fonctionnement du bloc opératoire comme son taux d'occupation, ou d'autres indicateurs de mesure d'efficacité de la programmation des patients pris en charge, comme par exemple, le taux d'annulation des opérations sur un temps donné. Cependant l'accessibilité de ces données pose question, celles-ci n'étant pas diffusées auprès du grand public. Par ailleurs, pour compléter les résultats mis en exergue sur la variable de présence d'un service d'urgences, il pourrait être intéressant de tester l'impact de nouvelles variables sur les résultats financiers des cliniques comme l'impact du taux de réhospitalisation suite au passage dans un service d'urgences ou de réaliser une étude plus fine dédiée au sujet de l'impact financier des services d'urgences dans les cliniques privées. Notons que celle-ci nécessiterait de mener une réflexion approfondie sur le design de recherche à adopter.

Nous pensons qu'une recherche réalisée au niveau d'un grand groupe de cliniques privées serait certainement riche d'enseignements, les groupes disposant de nombreuses données sur leurs établissements qui ne sont pas accessibles au grand public. Elle nous permettrait de tester l'impact des facteurs reconnus par les dirigeants comme ayant un pouvoir explicatif sur la performance des cliniques privées qui n'ont pas été testés dans ces travaux, comme par exemple, le taux moyen de redevance versé par les praticiens des établissements ou encore le coût des loyers des établissements.

Des tests de variables caractérisant l'environnement externe des établissements pourraient également être entrepris. Comme nous l'avons vu, une telle étude nécessiterait d'avoir recours aux données de l'Insee et des indicateurs d'intensité de la concurrence des établissements de santé à calculer, par exemple, en ayant recours aux données du PMSI.

En nous conformant aux études américaines sur la performance financière des hôpitaux dans la formulation de nos hypothèses de recherche, nous n'avons pas formulé d'hypothèses de recherche testant les effets cumulés de plusieurs facteurs, ce qui constitue, selon nous, l'une des principales limites de cette étude. Les entretiens réalisés

avec les dirigeants ont montré l'intérêt de tester des hypothèses de ce type. Pour prolonger cette recherche, des études testant les effets cumulés du volume et du type d'activité des cliniques privées nous sembleraient particulièrement intéressantes à entreprendre. De plus, nous sommes d'avis que l'impact financier du type d'activité réalisé par les cliniques nécessite des analyses plus fines que celle proposée dans ces travaux. **Des études par pathologie, mobilisant un autre design de recherche restant à définir sont à envisager.** A titre illustratif, le discours des dirigeants a montré que le volume d'activité et l'organisation des prises en charge à temps partiel représentent des déterminants importants de la rentabilité des cliniques privées. Pour prolonger cette recherche, nous pourrions tester l'effet cumulé de la réalisation d'une activité à temps partiel et du volume de séjours des établissements sur cette activité. Nous pourrions également envisager d'autres types d'études portant sur les seuils de rentabilité. Des recherches pourraient aussi être entreprises sur l'organisation de ces prises en charge afin, par exemple, de mettre en lumière les bonnes pratiques concourant à la rentabilité de ces services.

Une interrogation demeure sur le lien de cause à effet entre les résultats financiers des cliniques privées et leurs résultats sur les diverses démarches d'amélioration de la qualité des soins. Des recherches complémentaires sont à mener sur ce point, les entretiens réalisés avec les directeurs de cliniques privées ne nous ayant pas apporté de réponse complémentaire. Un autre design de recherche est à imaginer pour montrer la relation de cause à effet entre la qualité des soins et les résultats financiers des cliniques privées.

Enfin, l'étude qui a été menée porte sur l'ensemble des établissements de court séjour de France métropolitaine. Des différences majeures les caractérisent. Elles n'ont pas été discutées dans ces travaux. Des études comparant deux échantillons de cliniques privées aux caractéristiques différentes pourraient certainement contribuer à mieux comprendre ces établissements. A titre illustratif, nous pourrions entreprendre une étude comparant les centres ambulatoires aux cliniques privées traditionnelles, ou encore les cliniques privées sous LBO aux cliniques privées indépendantes, *etc.*

Synthèse de la deuxième section

L'analyse univariée a eu pour objectif de vérifier que les prémisses des régressions linéaires sont bien respectées. Les premières analyses réalisées sur les indicateurs financiers ont consisté à éliminer de notre base de données les *outliers* statistiques. Les statistiques descriptives réalisées sur les variables indépendantes ont apporté des enseignements pléthores sur le secteur hospitalier de court séjour, malgré l'absence d'exhaustivité totale de notre base de données. L'analyse de la matrice des coefficients de corrélation de Pearson (analyse bivariée) conduite dans une visée méthodologique nous a, quant à elle, permis de nous assurer qu'il n'existait pas de problème de multicollinéarité entre les variables dépendantes du modèle et de procéder à l'identification des liens majeurs observés entre les variables à expliquer et les variables explicatives révélant, ainsi, de potentiels prédicteurs de performance financière.

Les résultats des statistiques et des entretiens réalisés avec les directeurs ont mis en évidence l'existence de déterminants majeurs de performance financière des cliniques privées. Certaines variables étudiées dans le cadre de l'effet « management » présentent un impact fort sur le score de performance financière et ses composantes. Trois hypothèses sont validées à la fois par les statistiques et par les directeurs de cliniques privées.

- **Le volume de la masse salariale et la productivité du personnel soignant employé par les cliniques privées** sont deux variables influençant significativement, de manière importante et dans le sens prédit les indicateurs financiers de performance financière. Au regard des coefficients de régression, ces deux facteurs sont ceux qui influencent le plus fortement la performance financière des cliniques privées. Les directeurs ont confirmé leurs impacts.
- **Les variables de mesure du volume d'activité** influencent significativement, de manière importante,

et dans le sens prédit, les résultats financiers des cliniques privées. Chaque variable financière peut-être prédite par au moins l'une de ces variables. Cet impact est également reconnu par les directeurs d'établissements.

- **La maîtrise du futur de l'organisation, mesurée via l'existence et la mise en œuvre du projet d'établissement**, représente un autre déterminant de la performance financière des cliniques privées dont l'impact est confirmé par les directeurs. Seul le score de performance financière ne peut pas être prédit significativement par cette variable.

Les résultats obtenus sur les autres variables de l'effet « management », via l'enquête statistique et celle menée auprès des directeurs de cliniques privées, sont plus conflictuels. L'impact de la qualité des soins, mesurée par les résultats des établissements sur les différentes démarches d'amélioration de la qualité des soins, sur les résultats financiers a été montré statistiquement mais n'est pas reconnu par l'ensemble des directeurs d'établissements, deux d'entre eux ayant rappelé que les résultats des établissements sur certains de ces indicateurs peuvent être manipulés facilement. Une interrogation demeure sur le lien de causalité unissant ces deux types de variables. **L'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire et l'implication des praticiens** sont deux autres facteurs de performance financière cités par les directeurs de cliniques privées que les modélisations statistiques n'ont, en revanche, pas permis de confirmer.

Les tests statistiques réalisés pour mesurer un effet « activité » sont riches d'enseignements. Ils ont montré que ces variables, prises isolément, n'ont qu'un très faible impact sur la performance financière des établissements. Par ailleurs, les directeurs de cliniques privées ont des avis partagés sur certaines des hypothèses que nous avons formulées.

- **L'indice de spécialisation des cliniques privées** influence modérément, mais significativement deux des cinq ratios composant le score de performance financière : la part des charges de personnel dans la valeur ajoutée des établissements et le ratio d'autonomie financière. De plus, nous avons montré statistiquement l'absence d'impact significatif du **ponds moyen des séjours pris en charge par les cliniques privées**. Les directeurs d'établissements reconnaissent également la présence d'activités plus rentables que d'autres, mais ils précisent que, dans le contexte actuel, la recherche d'une spécialisation pourrait représenter une erreur stratégique importante, en raison du manque de visibilité des dirigeants sur les tarifs.
- **La variable de mesure de présence d'un service d'urgences présente, quant à elle, un faible impact positif sur le ratio de rentabilité économique des cliniques privées**. Les directeurs ne sont pas unanimes à reconnaître l'existence d'un impact positif de la présence d'un service d'urgences sur le résultat net dégagé par les cliniques privées. Cependant ils sont unanimes à reconnaître que la présence d'un tel service a un impact positif sur le volume d'activité des cliniques privées.
- Les modèles de régression linéaire montrent que **l'indicateur du nombre de séjours réalisés en hospitalisation à temps partiel par rapport au nombre de séjours total d'un établissement** a un impact négatif sur le score de performance financière. Les entretiens réalisés avec les directeurs d'établissements ont montré au travers l'exemple de la chirurgie ambulatoire qu'elle ne peut être rentable qu'à la condition d'être organisée de manière efficiente, le volume d'activité devant également être important.

Les variables testées dans le cadre de l'effet « structure » montrent que l'appartenance à un groupe représente un prédicteur du ratio d'autonomie financière, ce qui peut être expliqué par les nombreux avantages liés à l'appartenance à un groupe cités par les dirigeants de cliniques privées. L'hypothèse selon laquelle être un établissement de petite taille ou de grande taille augmente la probabilité pour un établissement d'observer une bonne performance financière est vérifiée statistiquement sur le ratio de charges de personnel / valeur ajoutée des cliniques privées. Son impact faible pour expliquer la variance de ce ratio a cependant été mis en lumière. Les entretiens réalisés avec les dirigeants ont montré qu'il est nécessaire de s'intéresser à la notion de taille critique des établissements.

Les tests de validité des modèles les plus intégrés de performance financière ont prouvé que les modèles élaborés sont tous significatifs. Les variables testées dans cette recherche permettent de prédire près d'un quart des indicateurs financiers, hormis le modèle établi sur le ratio d'autonomie financière, seuls 5 % de la

Section 2 ■ L'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées : résultats statistiques et regards croisés des dirigeants ■

variance de ce ratio s'expliquant par les variables testées. Ces résultats sont dans la lignée de ceux obtenus par les chercheurs américains sur le ratio de profitabilité. Les entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées nous ont permis de recenser d'autres déterminants qu'ils jugent importants, comme l'adresse, la part du loyer immobilier versé, la part des revenus issus des prestations annexes, l'importance des investissements mobiliers et immobiliers, etc. L'importance de leur pouvoir explicatif statistique reste à montrer statistiquement.

Parmi les limites importantes de cette étude, nous avons noté que la réalisation d'une étude statique (une seule année d'étude) ne nous permet pas de contrôler la persistance des effets constatés dans le temps. Les effets constatés dans le cadre de l'effet « activité » nous semblent plus à même d'avoir évolué ces dernières années du fait des modifications tarifaires que ceux constatés dans le cadre de l'effet « management ».

Les limites de cette étude nous ont conduites à définir un nouveau programme de recherche. Parmi les diverses suggestions d'études proposées, il nous semble pertinent d'entreprendre des études testant les effets cumulés de plusieurs facteurs de performance. De futures recherches devront, selon nous, s'attacher à montrer notamment l'effet cumulé du volume d'activité et du type d'activité sur la performance financière des cliniques privées.

Conclusion du troisième chapitre

Ce chapitre a eu pour objet d'identifier quels sont les déterminants de la performance financière des cliniques privées.

Suite à de nombreux traitements statistiques, un score de performance financière a été élaboré à partir de cinq ratios financiers dont le choix a principalement été guidé par l'expérience. Ce score est essentiellement centré sur l'analyse des résultats et de la rentabilité des cliniques privées, les ratios financiers le composant représentant des mesures de la sanction de l'efficacité globale des cliniques privées. Le score établi a eu deux usages dans cette recherche :

- établir un classement des cliniques privées de notre échantillon qui discrimine, selon nous, de manière satisfaisante les cliniques privées sur la période étudiée afin de sélectionner des établissements à contacter dans le cadre de notre enquête par entretiens,
- utiliser ce score comme variable dépendante dans notre étude statistique, déterminer l'existence d'impacts significatifs des indicateurs sélectionnés dans le cadre de la formulation de nos hypothèses de recherche et évaluer l'importance de leur pouvoir explicatif.

La principale limite de ce score est qu'il ne permet pas de juger la performance financière des cliniques privées sur un horizon de long terme (cinq ans et plus). Une étude succincte réalisée sur trente neuf des 46 cliniques privées du premier décile de notre échantillon a montré que l'indicateur du taux de marge moyen a diminué sur la période 2007-2009 par rapport aux résultats 2004-2006 exploités dans le cadre de l'élaboration du score de performance financière. Six d'entre elles (15 %) ont enregistré au moins une année de perte sur la période 2007-2009. Du fait d'un recul insuffisant, nous ne pouvons pas affirmer si ces années de pertes représentent un « incident » dans la vie de ces établissements ou si s'ils s'inscrivent durablement dans une situation financière défavorable. A partir des informations dont nous disposons sur les cliniques privées du dernier décile de notre classement, nous avons constaté qu'un certain nombre d'établissements ont été fusionnés avec d'autres, tandis que d'autres ont été rachetées avant ou suite au lancement d'une procédure de redressement judiciaire, plusieurs d'entre eux ayant également fermé leurs portes.

Selon nous, une étude additionnelle longitudinale pourrait être entreprise afin de vérifier si les établissements bien classés le demeurent et si les mauvais constatent une amélioration ou une détérioration de leurs résultats financiers, à l'image de l'étude publiée en 2006 par Bazzoli, Lindrooth, Clement et Chukmaitov¹²¹². Pour cela, nous pourrions élaborer un nouveau score de performance financière des cliniques privées sur une période de temps ultérieure et comparer les résultats du classement établi dans ces travaux à ceux du nouveau score en étudiant la composition de chaque quartile et/ou de chaque décile des deux échantillons. Dans un deuxième temps, il pourrait être intéressant d'étudier les changements majeurs intervenus dans la vie de établissements, notamment les fermetures et les fusions d'établissements puis de mener une étude sur les facteurs qui conduisent les cliniques privées à rester durablement performantes ou non performantes par rapport aux autres cliniques privées de court séjour. Une telle étude nous permettrait, de plus, de nous assurer de la reproductibilité du score qui n'a pas été testée dans nos travaux.

Nous avons vérifié dans ce chapitre que la performance financière individuelle des cliniques privées est statistiquement sensible à de nombreuses variables, plus particulièrement aux variables définies dans le cadre de l'effet « management ». Les analyses de régression linéaire montrent que certaines de ces variables sont davantage à même de prédire le score de performance financière et les ratios financiers qui le composent. Nous avons montré que les indicateurs calculés à partir des données sur les cliniques privées diffusées sur une base nationale expliquent près d'un quart de la variation du score de performance et des ratios financiers qui le composent.

Parmi les variables étudiées dans le cadre de l'effet « management », certaines présentent un impact fort sur le score de performance financière et ses composantes qui est également reconnu par les directeurs d'établissements :

- le volume de la masse salariale et la productivité du personnel soignant employé par les cliniques privées qui représentent des prédicteurs d'un nombre important de variables financières (cinq sur six),

¹²¹² BAZZOLI G.J., LINDROOTH R.C., CLEMENT J.P., *et al.* (2006), "Did the Strong get Stronger and the Weak Get Weaker? Examining Changes in Hospital Financial Conditions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 33 : n°2, pp. 55-69

- les variables de mesure du volume d'activité, celui-ci étant lui-même influencé par un certain nombre de variables, notamment par les caractéristiques de l'environnement externe des établissements : la demande et le degré de concurrence des établissements,
- la variable de mesure de présence d'un projet stratégique bien défini et mis en œuvre qui influence également cinq des six variables financières étudiées, seul le score de performance financière ne pouvant être prédit significativement par cette variable.

Les résultats obtenus sur les autres variables de l'effet « management », *via* l'enquête statistique et celle menée auprès des directeurs de cliniques privées sont plus conflictuels. En effet, l'impact de la qualité des soins mesurée par les résultats des établissements sur les différentes démarches d'amélioration de la qualité a été montré statistiquement, mais n'est pas reconnu par l'ensemble des directeurs d'établissements. Une interrogation demeure sur le sens de la relation observée entre la qualité des soins et la performance financière. Des recherches complémentaires sont à mener sur ce point. L'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire et l'implication des praticiens sont deux autres facteurs de performance financière cités par les directeurs de cliniques privées que les modélisations statistiques n'ont pas permis de confirmer. Ceci nous a amené à remettre en cause la pertinence de ces critères de mesure.

Les variables testées dans le cadre de l'effet « structure » ont montré que l'appartenance à un groupe représente un prédicteur du ratio d'autonomie financière, ce qui peut être expliqué par les nombreux avantages liés à l'appartenance à un groupe cités par les dirigeants de cliniques privées. Cependant, selon nous, d'autres variables sont à définir pour tester cet impact, notamment une variable qui intègre l'ensemble des cliniques privées appartenant à un groupe quelque soit sa dimension. L'hypothèse selon laquelle être un établissement de petite taille ou de grande taille augmente la probabilité pour un établissement d'observer une bonne performance financière des établissements a été vérifiée statistiquement sur le ratio de charges de personnel / valeur ajoutée des cliniques privées. Cependant c'est la notion de taille critique des établissements qui semble déterminante, plus que la taille mesurée en valeur absolue, au regard du discours des directeurs de cliniques privées.

Nous avons recensé l'existence d'autres déterminants de la performance financière des cliniques privées dont la significativité et le pouvoir explicatif n'ont pas pu être montrés statistiquement faute de données disponibles sur une échelle nationale pour les mesurer. L'impact de ces facteurs cités par les dirigeants reste à prouver statistiquement. Ils concernent la maîtrise des consommations envers les tiers, l'importance des recettes annexes et les investissements dans les murs et/ou dans le matériel médical.

Les variables testées dans le cadre de l'effet « activité » dont les impacts sont sensibles aux évolutions de la tarification des cliniques privées représentent des déterminants mineurs de la performance financière. Les hypothèses de recherche que nous avons formulées dans le cadre de cet effet n'ont pas été pleinement validées par les directeurs d'établissements interrogés. Selon nous, les tests sur cet effet nécessitent d'être approfondis. A titre illustratif, les récits de performance des dirigeants montrent qu'un effet « activité » doit s'accompagner d'un effet « volume ». De nouvelles recherches testant les effets cumulés de variables de mesure du volume et du type d'activité des cliniques privées sur leur performance financière sont à entreprendre. D'autres mobilisant un tout autre design de recherche sur les seuils de rentabilité des activités réalisées par les cliniques privées pourraient être intéressantes à conduire. Pour vérifier de nouveau l'impact de la présence d'un service d'urgences sur les résultats des établissements, il pourrait être intéressant de tester l'impact de nouvelles variables sur les résultats financiers des cliniques privées, comme par exemple, celle du taux de réhospitalisation suite au passage dans un service d'urgences.

En définitive, les résultats ont montré l'existence de déterminants de la performance financière des cliniques privées dont la persistance des effets dans le temps demeure à tester statistiquement.

Conclusion du deuxième titre

L'étude empirique proposée dans ce titre a montré que la performance financière des cliniques privées est déterminée à la fois par des éléments relevant de la contingence du secteur et par d'autres facteurs spécifiques au management des cliniques privées.

Nous avons vu que la performance financière des cliniques privées est fortement influencée par les décisions des pouvoirs publics qui interviennent de manière importante dans la régulation du secteur en contrôlant à la fois le développement de leurs activités et leurs tarifs. Si le mode de tarification des établissements introduit en 2005 dans les cliniques privées, la T2A, a influencé favorablement les résultats des cliniques privées durant les premières années de sa mise en place, cette embellie des résultats financiers n'a été que de courte durée, les pouvoirs publics ayant rapidement endigué la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées de court séjour qui était en hausse depuis 2002, et cela, en recourant au levier tarifaire.

Outre l'impact direct des décisions des pouvoirs publics sur la performance financière des cliniques privées via le système de régulation des tarifs, l'interventionnisme de l'Etat façonne les conditions de base du marché et la structure du secteur hospitalier privé qui attire depuis quelques années les capital-investisseurs. En effet, par leur manque de marge de manœuvre sur leurs tarifs et leurs volumes d'activité, les cliniques privées attisent les convoitises des investisseurs, ces derniers se rapprochant des entreprises qui souhaitent grandir mais ne disposent pas des ressources nécessaires pour assurer leur croissance. La régulation des tarifs présente plusieurs avantages qui incitent les capital-investisseurs à placer les fonds qu'ils gèrent dans ce secteur, comme par exemple, celui de permettre aux cliniques privées de dégager des liquidités importantes grâce à des délais de paiement courts des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) au regard de ceux qui leurs sont imposés par leurs fournisseurs, ce facteur favorisant le remboursement des dettes contractées par les capital-investisseurs lors du rachat des établissements. Par ailleurs, le secteur hospitalier privé se caractérise par une croissance pérenne et soutenue des volumes d'activité, notamment du fait du vieillissement de la population favorisant un flux de ressources stables. Ce secteur offre également un potentiel de valorisation des investissements important du fait de sa fragmentation. La planification de l'offre de soins par les autorités de tutelle hausse, quant à elle, le niveau des barrières à l'entrée du secteur déjà importantes en raison d'un coût d'entrée élevé. La pénétration du marché par les capital-investisseurs inquiète fortement l'ensemble des acteurs du secteur qui craignent sa déstabilisation. Cependant, de nos jours, peu de conclusions peuvent être tirées sur les conséquences de leur entrée dans le capital des cliniques privées. La littérature professionnelle soulève davantage de problématiques qu'elle n'apporte de réponses. Les études entreprises par les chercheurs publiées dans la littérature financière gestionnaire montrent, quant à elles, une grande hétérogénéité dans les impacts observés qui dépendent de la nature des capital-investisseurs et de la hauteur de leurs engagements financiers ainsi que du contexte dans lequel ces opérations sont étudiées.

Nous avons également constaté la présence d'un effet d'impact important de la régulation du secteur sur le comportement général adopté par les cliniques privées. En effet, dans un domaine où l'encadrement du marché est fort, les cliniques privées mettent en œuvre des opérations de rapprochement avec d'autres entreprises du secteur hospitalier. Ces rapprochements prennent deux formes : les alliances coopératives et les fusions-acquisitions. La difficulté à obtenir des autorisations d'activité et les pénuries de moyens humain et/ou financier sont les principaux facteurs qui expliquent le choix des dirigeants de cliniques privées d'opter pour ces solutions de développement. Ces opérations,

qu'elles résultent des incitations des autorités de tutelle ou qu'elles soient impulsées par les dirigeants eux-mêmes, permettent aux établissements de mutualiser les plateaux techniques, de développer des plateformes administratives et logistiques, ou encore de créer des filières de recrutement des praticiens. Par ailleurs, elles permettent des échanges de bonnes pratiques en matière médicale. Nous avons constaté dans ce titre que, depuis une période récente, les rapprochements entre cliniques privées et hôpitaux publics sont de plus en plus fréquents. Pour autant, ces opérations prennent rarement la forme d'une fusion-acquisition, les acteurs privilégiant les modes de coopération leur permettant de sauvegarder leur indépendance capitaliste. Ceci explique également l'absence de succès du dernier mode de coopération introduit par la loi HPST auprès des dirigeants de cliniques privées, celui du GCS établissement de santé qui pourrait conduire les cliniques privées à perdre certaines de leurs autorisations.

L'étude statistique et les entretiens réalisés auprès des dirigeants de cliniques privées ont montré, quant à eux, que la performance financière des cliniques privées s'explique également par des facteurs individuels propres à chaque établissement qui expliquent les variations intra-sectorielles des ratios de performance financière des cliniques privées. Parmi les facteurs testés dans cette recherche, il apparaît que ceux caractérisant le management des cliniques privées, c'est-à-dire ceux sur lesquels les dirigeants de cliniques privées peuvent agir, ont un impact significatif fort. Nous avons notamment montré la présence de trois déterminants majeurs de la performance financière des cliniques privées à partir des résultats des statistiques et de ceux des entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées : le volume d'activité des établissements, le volume de la masse salariale et la productivité du personnel soignant ainsi que la définition et la mise en œuvre du projet d'établissement, notamment du projet médical qui constitue l'un des volets du projet global. Les résultats obtenus sur les autres variables de l'effet « management » sont plus conflictuels. Selon nous, ces déterminants revêtent certainement un statut d'« invariants » de la performance financière des cliniques privées, ce statut restant cependant à prouver dans une étude de type longitudinale qui aurait pour objet de vérifier la persistance de ces effets dans le temps. Les effets constatés dans le cadre de l'analyse de l'effet « activité » semblent moins pérennes dans le temps au regard du discours des dirigeants et nous avons montré qu'ils ont un faible pouvoir explicatif sur les indicateurs financiers testés dans cette recherche, de même que les deux variables testées dans le cadre de l'effet « structure ».

Le faible pouvoir explicatif global des modèles de performance constitue, selon nous, l'une des principales limites de l'étude empirique proposée. Des limites de cette recherche jaillissent cependant de nouvelles perspectives de recherche. Un certain nombre de propositions d'études a été réalisé. Dans la lignée de cette recherche, nous avons vu notamment que des études de type longitudinales ou comparatives, voire des études cumulant ces deux caractéristiques pourraient être entreprises.

Conclusion générale

*« Un voyage de mille lieues commence toujours par
un premier pas »*

Gustave le Bon

Existe-il des déterminants à la performance financière des cliniques privées ? Au terme de cette recherche, nous pouvons répondre à cette question par l'affirmative, certains facteurs de performance financière revêtant certainement davantage un statut d'invariant qui demeure à prouver dans de futures études.

La recherche qui a été menée a eu pour visée majeure de mieux appréhender le phénomène de performance des établissements de santé. Le caractère protéiforme du concept de performance a nécessité d'en délimiter le périmètre. Suite à une revue de littérature sur le thème de la performance en santé, nous avons émis l'hypothèse que la performance des établissements de santé résulte d'un faisceau présomptif de preuves qui permet d'affirmer qu'un établissement de santé remplit de façon efficiente les missions qui sont les siennes. L'objet de cette recherche a été d'identifier quels sont les déterminants de la performance des établissements de santé. Nous avons ciblé cette thèse sur les cliniques privées de court séjour afin de contribuer à la connaissance d'un objet de recherche mal connu des sciences de gestion et notamment des travaux académiques réalisés sur le champ hospitalier. À la différence des autres catégories d'établissements de santé (hôpitaux publics, associations, *etc.*), les cliniques privées à but lucratif sont des sociétés du secteur marchand. En ce sens, elles ont, outre leur vocation à soigner des patients, une vocation économique qui est inscrite à l'article 1832 du code civil. Le deuxième objectif majeur d'une clinique privée étant de réaliser des profits, au moins afin d'assurer la pérennité de son activité, nous avons choisi de mesurer la performance des établissements de santé privés commerciaux en des termes financiers. Ceci nous a permis de juger de la réalisation, ou non, des enjeux économiques et financiers de ces établissements qui ont été mesurés en termes de résultat, de rentabilité et de financement.

- **De nombreux enseignements sur la nature des facteurs ayant un impact sur la performance financière des entreprises ont été mis en lumière dans plusieurs revues de littérature.**

Afin d'identifier quels sont les déterminants de la performance financière des cliniques privées, une première revue de littérature a été proposée retraçant les apports des économistes industriels et des stratèges sur la performance des entreprises. Les économistes industriels, dont les recherches ont abouti à la formulation du paradigme Structure-Comportement-Performance (SCP), nous ont enseigné la nécessité de prendre en compte les caractéristiques du secteur pour expliquer le niveau de performance des firmes évoluant dans ce secteur. Les auteurs en stratégie d'entreprise, dont la préoccupation première est de comprendre et d'analyser les différences de performance entre firmes, et non plus celle de la performance d'un secteur d'activité, ont, quant à eux, mis en lumière l'existence de deux déterminants majeurs de la performance financière : les positions concurrentielles et les ressources internes des entreprises, facteurs auxquels nous pouvons ajouter l'« erreur organisationnelle » si l'on se réfère aux travaux d'Arrègle et Powell¹²¹³. Les travaux des chercheurs ne nous ont pas apporté d'informations précises sur les caractéristiques distinctives de la performance financière des entreprises et d'autant moins sur celles des cliniques privées. Les déterminants de la performance n'étant pas recensés précisément dans cette littérature gestionnaire généraliste, l'étude d'une autre littérature, celle portant sur les déterminants de la performance financière des établissements de santé américains a été menée. Les nombreuses recherches publiées, depuis la fin des années 1960, sur les établissements de santé américains ont montré que les indicateurs financiers de performance peuvent être prédits par de nombreuses variables de mesure d'efficacité du management opérationnel et stratégique des établissements, par des variables caractérisant la structure des établissements ainsi que par d'autres caractérisant leur environnement externe.

¹²¹³ ARREGLE J.-L. et POWELL T.C. (2009), "Pour une approche plus équilibrée de la performance des firmes", *Revue française de gestion*, vol. 6 : n°196, pp. 147-165

- **Si les chercheurs américains sont nombreux à avoir étudié les facteurs influençant la performance financière des établissements de santé, la recherche qui a été proposée dans cette thèse est la première du genre publiée en France. Son design de recherche est largement inspiré des études publiées aux Etats-Unis.**

De même que les chercheurs américains, dans une logique de type hypothético-déductive, nous avons décidé de recourir aux méthodes statistiques explicatives pour identifier quels sont les déterminants de la performance financière des 463 cliniques privées de court séjour de France Métropolitaine composant notre échantillon. Pour pouvoir conduire une telle étude, un long processus de collecte des informations diffusées à un niveau national sur les établissements de court séjour a été entamé. Nous avons eu recours à la technique statistique de la régression linéaire pour identifier quels sont les déterminants de la performance financière des cliniques privées. Les résultats d'entretiens réalisés auprès de directeurs de cliniques privées de court séjour sont venus compléter les résultats des statistiques. Cette étude complémentaire a contribué à différencier le design de cette recherche par rapport à celui traditionnel adopté par les chercheurs américains, ces derniers publiant exclusivement des résultats d'évaluations statistiques.

- **Dans cette thèse, nous avons retracé les principales évolutions du secteur depuis les années 2000. La forte régulation du secteur hospitalier privé par les pouvoirs publics a été décrite ainsi que ses principaux effets d'impact sur la performance financière, la structure et le comportement des cliniques privées.**

Afin de tenir compte du contexte dans lequel évoluent les cliniques privées françaises dans le choix et la formulation de nos hypothèses de recherche, les spécificités du secteur hospitalier privé ont été étudiées au prisme du tryptique structure-comportement-performance. Nous avons constaté que les cliniques privées évoluent dans un univers contingent. Deux contraintes majeures leurs sont imposées par les autorités de tutelle et bride leur développement : elles n'ont pas le choix de leurs tarifs et leurs activités de soins sont soumises à autorisation des Agences Régionales de Santé (ARS). Au cours de cette étude, nous avons également observé que les évolutions du monde capitaliste n'ont pas laissé en reste le secteur hospitalier privé commercial, ce dernier étant soumis à une financiarisation croissante de ses activités. Dans cette thèse, ce phénomène a été analysé comme l'un des effets d'impact majeur de la régulation du secteur. En effet, le secteur hospitalier privé à but lucratif présente de nombreux atouts dont les capital-investisseurs souhaitent tirer bénéfice. Ces atouts résultent des décisions prises par les différents gouvernements s'étant succédés depuis le début des années 1970 qui ont façonné le secteur. Le potentiel de consolidation, la demande stable et soutenue des soins de santé, les fortes barrières à l'entrée ou encore les départs fréquents en retraite des praticiens représentent les principales caractéristiques du secteur valorisées par les capital-investisseurs. De nos jours, l'impact de l'entrée de ces acteurs dans le capital des cliniques privées est peu connu. La pénétration du marché par les capital-investisseurs contribue au phénomène de concentration des cliniques privées qui représente un autre effet d'impact majeur de la régulation des établissements de santé privés. Face à l'instabilité du secteur et à ses mutations récentes, les dirigeants du secteur hospitalier privé sont nombreux à emprunter la voie du rapprochement d'entreprises qui répond à la fois à la nécessité de poursuivre une stratégie de hausse des volumes d'activité et à la nécessité de partager des moyens humains, techniques et financiers pour réaliser des gains d'efficience.

- **Si la régulation du secteur privé par les pouvoirs publics représente un facteur contingent de la performance financière des cliniques privées, nous avons vu que la performance financière de ces établissements dépend également de déterminants organisationnels sur lesquels les dirigeants peuvent agir.**

Un score de performance financière des cliniques privées qui est centré sur des ratios de mesure de résultats et de rentabilité a été élaboré. Ce score ainsi que les ratios financiers le composant ont été utilisés comme variables à expliquer dans les statistiques multivariées. Nos résultats ont montré l'importance de l'effet « management » pour expliquer la performance financière des cliniques privées. L'existence de trois déterminants majeurs a été mise en lumière à la fois par les statistiques et par les entretiens auprès des directeurs d'établissements interrogés. Il s'agit des variables de mesure du volume et de la productivité de la masse salariale employée par les cliniques privées, du volume d'activité de ces établissements et de la présence d'un projet d'établissement bien défini et dont la mise en œuvre est effective. Nous avons également vu que la performance financière est associée positivement à la qualité des soins. Les statistiques montrent qu'une clinique privée qui obtient des résultats satisfaisants sur les différentes démarches d'amélioration de la qualité a une probabilité plus forte d'être performante financièrement. Cependant nos travaux n'ont pas permis de lever l'incertitude sur le sens du lien de causalité entre un haut niveau de qualité des soins et la performance financière des établissements. Par ailleurs, l'étude statistique a montré que les variables mesurant l'efficacité organisationnelle du bloc opératoire et l'importance de l'implication des praticiens dans les différentes instances des établissements ne contribuent pas à expliquer les résultats financiers des cliniques privées, des facteurs qui, en revanche, ont été cités par les directeurs d'établissements comme ayant un impact sur la performance financière des établissements.

Les variables testées dans le cadre de l'effet « activité » ont un impact beaucoup plus faible que celui constaté dans le cadre de l'effet « management ». Nos résultats mettent en exergue qu'une forte spécialisation de l'activité des cliniques privées a un impact positif significatif sur deux des six indicateurs de performance financière qui ont été testés dans cette recherche. En revanche, nous avons vu qu'une stratégie ciblée sur la prise en charge de cas lourds n'a pas d'impact significatif sur les résultats financiers des cliniques privées. Les dirigeants interrogés sont d'avis, qu'effectivement, certaines activités de soins sont plus rémunératrices que d'autres. Ils ont souligné les risques attachés à une stratégie de spécialisation des activités face à l'absence de visibilité sur l'évolution des tarifs des prestations médicales. Par ailleurs, les résultats de notre étude ont montré que la présence d'un service d'urgences a un impact positif sur la rentabilité économique des cliniques privées. L'impact de la détention d'autorisation pour cette activité sur les résultats financiers des cliniques privées n'a pas été reconnu par l'ensemble des directeurs interrogés, ces derniers reconnaissant, en revanche, unanimement son impact sur le volume d'affaires et la notoriété des établissements. Enfin, les résultats des analyses de régression réalisées ne nous ont pas permis de valider l'hypothèse selon laquelle un volume important de prise en charge à temps partiel a un impact positif sur la performance financière. Les résultats des statistiques sont conflictuels et demandent des recherches complémentaires.

Enfin, nous avons montré le faible impact statistique de l'effet « structure ». Les facteurs d'appartenance à un grand groupe national de cliniques privées et de taille expliquent peu les résultats financiers des cliniques privées. Les directeurs de cliniques privées ont souligné, pour leur part, les nombreux avantages liés au fait d'appartenir à un groupe de cliniques privées notamment lorsque les établissements sont proches géographiquement.

A l'image des études de rentabilité des établissements de santé publiées aux Etats-Unis, l'ensemble des variables indépendantes testées dans cette recherche prédisent moins d'un tiers des ratios financiers. Ceci suggère la présence de nombreuses autres variables non testées dans cette recherche pour expliquer la performance financière des cliniques privées.

▪ **L'étude conduite souffre de biais d'analyse qu'il convient de souligner.**

L'une des principales limites de notre étude est à rechercher dans la construction de notre score de performance financière. Il ne permet pas de juger la performance financière des cliniques

privées sur un horizon de long terme (cinq ans et plus). La pertinence d'un lissage des données financières des cliniques privées sur trois années pose également question. Nous avons cependant observé que cette méthode est la plus fréquemment employée par les chercheurs américains.

De plus, les analyses de régression linéaire qui ont été présentées ont été réalisées avec des données sur les cliniques privées portant sur une période de changement majeur avec l'introduction, en 2005, d'une nouvelle tarification à l'activité, qui, depuis, évolue chaque année. Ainsi, nous ne pouvons pas certifier la stabilité des résultats obtenus dans cette étude, notamment sur les variables de mesure de l'effet « activité » en raison des revalorisations tarifaires intervenues ces dernières années faisant varier les revenus d'activité des cliniques privées. La reproduction de cette étude avec des données plus récentes pourrait montrer des résultats différents, l'effet « activité » étant particulièrement sensible aux évolutions tarifaires. Selon nous, les effets constatés sur les variables de mesure de l'effet « management » sont certainement plus pérennes dans le temps. Leur statut d'invariant demeure à montrer dans de futures recherches.

Enfin, le choix des variables explicatives testées a été limité par les données diffusées auprès du grand public par le ministère de la Santé. De nombreuses dimensions de la performance financière restent inexplorées. Les entretiens réalisés avec les dirigeants de cliniques privées ont dévoilé la présence d'autres déterminants de la performance financière des cliniques privées. Les redevances versées par les praticiens à la clinique, celle versée par une clinique privée au groupe auquel elle appartient (*management fees*), le loyer versé par la clinique à la société civile immobilière qui détient ses murs, les frais de sous-traitance, la politique hôtelière et la politique d'investissements sont autant de déterminants de la performance financière des cliniques privées qu'il conviendrait d'étudier.

- **En dépit de ces limites, les résultats de cette recherche ont apporté, d'un point de vue théorique, quelques pièces au puzzle de la performance financière des établissements de santé privés commerciaux de France métropolitaine. D'un point de vue pratique, elle a dévoilé la présence de leviers majeurs de la gestion des cliniques privées.**

L'étude conduite a permis de mieux appréhender le phénomène de performance financière, les spécificités du secteur hospitalier privé et la nature organisationnelle des cliniques privées commerciales. Elle apporte des connaissances de base sur la nature des déterminants de la performance financière des cliniques privées françaises.

- **L'étude qui a été menée dans cette thèse a ouvert de nouvelles perspectives de recherche sur la nature des déterminants de la performance financière des cliniques privées.**

S'agissant de l'effet « activité », de nouvelles recherches devront évaluer l'impact simultané de plusieurs facteurs sur la performance financière des cliniques privées, notamment les effets cumulés du volume d'activité et du type d'activité sur les résultats financiers des cliniques privées à partir des données du PMSI. D'autres études mobilisant un design de recherche différent pourraient être entreprises sur le thème des seuils de rentabilité des activités médicales. De nouvelles recherches devront également approfondir l'impact du développement des prises en charge à temps partiel sur l'organisation et les résultats financiers des cliniques privées. A titre illustratif, une étude comparative ciblée sur les coûts de fonctionnement des centres ambulatoires et des cliniques privées de court séjour traditionnelles pourrait être intéressante à mener.

L'analyse de l'**effet « management »** a, quant à elle, aboutit à des résultats conflictuels entre les résultats statistiques et le discours des dirigeants sur les variables de mesure de la qualité des soins, sur celle mesurant l'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire et sur celle évaluant le niveau d'implication des praticiens dans la vie des différentes instances que les établissements sont dans l'obligation de faire vivre. De nouvelles variables de mesure pourraient être testées pour mesurer l'impact de ces facteurs. Par ailleurs, le thème du lien qui unit la qualité des soins au niveau de performance financière des cliniques privées nécessite une étude plus précise sur le sujet. Nous pourrions envisager un tout autre design de recherche que celui proposé dans cette thèse pour établir le sens de la relation entre ces deux items.

Enfin, l'analyse proposée sur l'**effet « structure »** pourrait être complétée par une étude portant sur les différences entre les cliniques privées indépendantes et les cliniques privées appartenant à un groupe : les avantages de l'appartenance à un groupe ayant été montrés dans cette thèse, nous pourrions tenter d'évaluer dans une nouvelle étude comment les cliniques privées indépendantes parviennent à le rester.

- **D'autres pistes de recherche sur les déterminants de la performance financière des cliniques privées sont à explorer.**

L'environnement externe des établissements de santé privés pourrait faire l'objet de nouvelles recherches. Celles-ci pourraient combiner les données du PMSI et celles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Le degré de concurrence ou encore les caractéristiques de la demande sont autant de facteurs dont les impacts sur les résultats financiers des établissements de santé ont été montrés par les chercheurs américains. Des tests statistiques pourraient être conduits sur les autres facteurs de performance cités par les directeurs (et non testés dans cette recherche) dans des études menées à plus petite échelle, par exemple, à l'échelon d'un groupe de cliniques privées.

Une autre piste de recherche pourrait consister à explorer la voie des études comparatives et longitudinales. A l'image de nombreuses études anglo-saxonnes, nous pourrions, par exemple, dans une perspective plus large, comparer les facteurs influençant la performance des établissements de santé publics à ceux influençant les établissements du secteur privé commercial en formulant des hypothèses de recherche adaptées. Nous pourrions aussi tenter de reproduire l'étude proposée dans cette thèse aux entreprises d'autres secteurs d'activité tel que le secteur des soins de suite et de réadaptation ou encore celui de la psychiatrie. Enfin, nous sommes d'avis que les établissements sociaux et médico-sociaux pourraient également constituer un autre champ d'analyse. Cependant la réalisation de ce type d'étude nécessitera de trouver d'autres sources d'informations que celles que nous avons utilisées dans cette recherche.

- **Au regard du nombre d'études qui pourraient être conduites, nous sommes d'avis que les travaux qui ont été proposés dans le cadre de cette thèse ne représentent, en définitive, qu'une première étape dans la recherche des déterminants de la performance financière des cliniques privées de court séjour, et plus largement, des déterminants de la performance des établissements de santé et des entreprises quel que soit leur secteur d'activité.**

À l'instar de Valvona et Sloan¹²¹⁴ qui concluaient, dans une étude publiée aux Etats-Unis il y a plus de vingt ans et de même type que celle qui a été réalisée dans cette thèse, « ***much remains to be learn*** », nous considérons, qu'en France, la recherche sur les déterminants de la performance financière des cliniques privées de court séjour est à poursuivre.

¹²¹⁴ VALVONA J. et SLOAN F.A. (1988), "Hospital Profitability and Capital Structure: A Comparative Analysis", *Health Services Research*, vol. 23 : n°3, pp. 344-357

Bibliographie

- 1 - ABALLEA P., BRAS P.-L. et SEYDOUX S. (janvier 2006), *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public/privé*, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), n°2006-009, 100 p.
- 2 - ACH Y.A. et DANIEL C. (2004), *Finance d'entreprise, Du diagnostic à la création de valeur*, Hachette, 256 p.
- 3 - AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ANAP) (2010), *La loi HPST à l'hôpital, Les clés pour comprendre*, 162 p.
- 4 - AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE PICARDIE A. (2005), *Établissements de santé privés sous contrat avec l'ARH : évaluation des contrats d'objectifs et de moyens*, 4 p.
- 5 - ALBOUY M. (2003), *Décisions financières et création de valeur*, *Economica*, 468 p.
- 6 - ALBOUY M. (2009), "Concilier finance et management", *Revue française de gestion*, n°198-199, pp. 17-27
- 7 - ALBOUY M. et BONNET C. (2008), *OPA, OPE et LBO*, *Economica*, 342 p.
- 8 - ALCOUFFE A. (1991), "Histoire des faits industriels et histoire de l'économie industrielle", in *Traité d'économie industrielle*, Paris: *Economica*, pp. 2-12
- 9 - ALEXANDER J.A. et LEE S.-Y.D. (2006), "Does Governance Matter? Board Configuration and Performance in Not-for-Profit Hospitals", *The Milbanck Quarterly*, vol. 84 : n°4, pp.733-758
- 10 - ALEXANDER J.A., WEINER B.J. et GRIFFITH J. (2006), "Quality Improvement and Hospital Financial Performance", *Journal of Organizational Studies*, vol. 27, pp. 1003-1029
- 11 - ALEXANDER J.A., WEINER B.J., SHORTELL S.M., *et al.* (2007), "Does Quality Improvement Implementation Affect Quality of Care?", *Hospital Topics*, pp. 3-12
- 12 - ALTMAN E. (1968), "Financial Ratios, Discriminant Analysis and the Prediction of Corporate Bancruptcy", *The Journal of Finance*, pp. 589-609
- 13 - AMANS P. et RASCOL-BOUTARD S. (2008), "La performance entre construit social et indicateur simplifié", *Finance, Contrôle, Stratégie*, vol. 11, pp. 45-63
- 14 - AMBLARD M. (2008), "La mesure comptable de la performance financière, évolution des normes, stabilité des principes", *La comptabilité, le contrôle et l'audit entre changement et stabilité*, 29^{ème} Congrès AFC, Cergy Pontoise, 21 p.
- 15 - AMESS K. et WRIGHT M. (2007), "The Wage and Employment Effects of Leveraged Buyouts in the UK", *Int. J. of the Economics of Business*, Vol. 14 : n°2, pp. 179-195
- 16 - ANSOFF I. (1965), *Corporate Strategy : An Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion*, McGraw-Hill, 241 p.
- 17 - ANSOFF I. (1976), *From Strategic Planning to Strategic Management*, John Wiley & Sons Inc., 266 p.
- 18 - APPERE G., ROSENFELT F., LAFONT B., *et al.* (2009), "Les LBO, outils de réparation du capitalisme ?", *Le Journal de l'École de Paris*, n°79, pp. 17-23
- 19 - APPOLIS B. (2005), *Autorisations sanitaires et hospitalisation privée: contribution à l'étude des autorisations administratives dans leurs rapports avec les personnes privées*, Thèse de doctorat en Droit, sous la direction de François Violla, Université Montpellier I, 540 p.
- 20 - ARENA R. (1991a), "Approches théoriques et économie industrielle", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M., *Traité d'économie industrielle*, Paris : *Economica*, pp. 96-123
- 21 - ARENA R. (1991b), "Structures industrielles et concentration économique: la naissance de l'économie industrielle à Harvard", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M., *Traité d'économie industrielle*, Paris : *Economica*, pp. 15-21

- 22 - ARENA R. (1991c), "Structures industrielles et concentration économique: les antécédents historicistes et institutionnalistes de l'économie industrielle", in BENZONI L. ARENA R., DE BANDT J. et ROMANI P.-M., *Traité d'économie industrielle*, Paris : Economica, pp. 22-55
- 23 - ARGILE A. (2008), "Les transformations du *private equity*", *Revue d'Économie Financière*, vol. 93, pp. 13-18
- 24 - ARNAUD A., LEHERICEY H. et TASSERY M. (2011), *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 92p.
- 25 - ARNAULT S., EVAIN F., KRANKLADER E., *et al.* (2010), "L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, Paris, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, 8 p.
- 26 - ARNAULT S., EVAIN F., FIZZALA A., *et al.* (2009), "L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.
- 27 - ARNAULT S., FIZZALA A., LEROUX I., *et al.* (2006), "L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités, 8 p.
- 28 - ARREGLE J.-L. et POWELL T.C. (2009), "Pour une approche plus équilibrée de la performance des firmes", *Revue française de gestion*, vol. 6 : n°196, pp. 147-165
- 29 - ARROW K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care ", *American Economic Review*, vol. 53, pp. 941-973
- 30 - ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS A.-H. (2008), "Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière", *Rencontres du management*, 21 février 2008, *Gestions hospitalières*, cahier n° 216, p. 585-593
- 31 - ATAMER T. et CALORI R. (2003), *Diagnostic et décisions stratégiques*, Dunod, 502 p.
- 32 - AUDE J. (2008), "L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006", *Études et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 4 p.
- 33 - AVENIER M.-J. (2008), "Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique", in GOTTELAND D. GAVARD-PERRET M.-L., HAON C., JOLIBERT A., *Méthodologie de la recherche, Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris : Pearson Education, pp. 5-45
- 34 - BACHIMONT J. et LETOURMY A. (2002), "L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière : quels enjeux pour les usagers?", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 104-115
- 35 - BAIN J.S. (1956), *Barriers to new competition*, Harvard University Press
- 36 - BALASSE A. (2003), "Regard sur trente ans d'économie industrielle", *Reflets et Perspectives*, XLII, n°4, pp. 115-125
- 37 - BANCEL F. (2004), "Les dirigeants et l'actionnariat des grandes entreprises ", *Revue française de gestion*, n°151, pp. 51-58
- 38 - BANCEL F. (2009), "Efficacité et légitimité du modèle LBO, Le conflit actionnaire-stakeholder revisité", *Revue française de gestion*, n°198-199, pp. 241-257

- 39 - BARBE-DANDON O., DIDELOT L. et SIEGWART J.-L. (2007), *Comptabilité approfondie, Manuel et applications*, Nathan, 773p.
- 40 - BARDOS M. (1995), "Détection précoce des défaillances d'entreprise à partir des documents comptables", *Bulletin de la Banque de France*, supplément "Etudes", 3ème trimestre, pp. 55-71
- 41 - BARDOS M. (2008), "Scoring sur données d'entreprises : instrument de diagnostic individuel et outil d'analyse de portefeuille d'une clientèle", *Modulad*, n°38, pp. 159-177
- 42 - BARNAY T. et BEJEAN S. (2009), "Le marché de la santé: efficacité, équité et gouvernance", *Revue économique*, vol. 60 : n°2, pp. 233-237
- 43 - BARNEY J. (1991), "Firm resources and sustained competitive advantage", *Journal of management*, vol. 17 : n°1, pp. 99-120
- 44 - BATAILLE R. (2009), "Relations médecins/établissements: les avancées de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires", *Regards, Les Dossiers de la FHP*, n°2, pp. 36-37
- 45 - BATSCH L. (2000), *Le diagnostic financier*, Economica, 112 p.
- 46 - BATTINI P. (2006), *Financer son entreprise de la création à la transmission par le capital investissement*, Laurent du Mesnil Éditeur, Maxima, 294 p.
- 47 - BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004a), "Mesure de la performance dans le domaine de la santé", *Solidarité et Santé*, n°3, pp. 47-57
- 48 - BAUBEAU D. et PEREIRA C. (2004b), *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*, 10ème Colloque de Comptabilité Nationale, Paris, 22 janvier, 16 p.
- 49 - BAZZOLI G., CHAN B. et SHORTELL S.M. (1999), "Interorganizational Strategies in the Health care Industry : Effects on Financial Performance", *Academy of Management Proceedings*, 6 p.
- 50 - BAZZOLI G., DYNAN L. et BURNS L.R. (1999), "Capitated contracting of integrated health provider organizations", *Inquiry*, vol. 36 : n°4, pp. 426-444
- 51 - BAZZOLI G.J., LINDROOTH R.C., CLEMENT J.P., *et al.* (2006), "Did the Strong get Stronger and the Weak Get Weaker? Examining Changes in Hospital Financial Conditions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 33 : n°2, pp. 55-69
- 52 - BEAVER W. (1967), "Financial Ratios as Predictors of Failures", *Journal of accounting research*, vol. 5, pp. 71-111
- 53 - BENSON J.K. (1975), "The interorganizational Network as a Political Economy", *Administrative Science Quarterly*, vol. 20, pp. 229-249
- 54 - BENZONI L. (1991), "Approches de la concurrence en économie industrielle", in *Traité d'économie industrielle*, Paris : Economica, pp. 396-410
- 55 - BERARD A. (2002), *Une évaluation économique et financière des établissements de santé privés de 1996 à 1999*, Mémoire de DEA Département de Santé Publique, d'Epidémiologie et d'Economie de la Santé, Université de Toulouse, 64 p.
- 56 - BERGOGNE A. (2002), "Table ronde : performance des établissements de santé et régulation des systèmes de santé", *Revue générale de droit médical*, n° spécial, pp. 365-388
- 57 - BERGSTRÖM C., GRUBB M. et JONSSON S. (2007), "The Operating Impact of Buyouts in Sweden : A Study of Value Creation", *The Journal of Private Equity*, pp. 22-39
- 58 - BERLAND Y. (2006), *Mission « Démographie médicale hospitalière »*, Rapport à la demande du ministère de la Santé et des Solidarités, 200 p.
- 59 - BERLE A. et MEANS G. (1956), *The modern corporation and private property*, Mac Millan
- 60 - BERNARD J. et TORRE A. (1991), "Études empiriques - L'énigme du chaînon manquant, ou l'absence des stratégies dans les vérifications empiriques du paradigme S.C.P.", *Revue d'économie industrielle*, vol. 57 : 3ème trimestre, pp. 93-105
- 61 - BERNARDY J.-L. et LEGOUPIL H. (2005), *Capital Investissement, Le guide des investisseurs institutionnels*, Association Française des Investisseurs en Capital (AFIC), 41 p.
- 62 - BERTEL-VENEZIA Y. (2008), "Innovation et technologie, un levier de performance pour les établissements hospitaliers", *Hospitalis*, GIE Club des Quinze Santé, n°4, p. 2

- 63 - BINOIS M. et FRIBOURG J. (2008), "L'accueil des urgences dans les établissements de santé privés", *Les cahiers hospitaliers*, n° 246, pp. 22-23
- 64 - BITAR-BEAUFILS D. et YAHIA O. (2010), "Contrôles externes T2A ou l'inlassable suspicion de fraude (2nde partie)", *Finances Hospitalières*, n°39, pp. 16-23
- 65 - BLACKSTONE E.A. et FUHR J.P. (2007), "Specialty Hospitals: The Economics and Policy Issues They Pose", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 34 : n°2, pp. 1-9
- 66 - BOISSONADE D. *Comparaison des différents critères de taille des entreprises*, Banque de France, Eurosysteme, 37 p.
- 67 - BONNET C. (2005), "La confiance entre capital-investisseurs et dirigeants : conséquences comportementales et influence sur la performance financière", *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 8 : n°2, pp. 99-132
- 68 - BOUFFIES J. (2005), "Quel avenir pour la chirurgie publique?", *Revue Hospitalière de France*, n°506, pp. 44-54
- 69 - BOUNEKKAR A. et LAMURE M. (2004), "Indicateurs de performances dans les établissements hospitaliers", *Journal d'économie médicale*, vol. 22 : n°7-8, pp. 393-402
- 70 - BOURGUIGNON A. (2009), "Performance et contrôle de gestion", in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de gestion et Audit*, Paris : Economica, 2ème édition, pp. 1121-1131
- 71 - BOUTHEVILLAIN C. et HERVÉ K. (2006), "Analysis of international health-related expenditure: lessons for France", *Bulletin de la Banque de France*, n°154, pp. 57-59
- 72 - BOUTINET J.-P. (2005), *Anthropologie du projet*, Puf, 403 p.
- 73 - BOWMAN E.H. et HELFAT C.E. (2001), "Does corporate strategy matter?", *Strategic Management Journal*, vol. 12 : n°1, pp. 1-14
- 74 - BOYER L. et EQUILBEY N. (2003), *Organisation, Théories Applications*, Éditions d'Organisations, 464 p.
- 75 - BRABET J. (2002), "La main visible des investisseurs institutionnels", *Revue Française de Gestion*, n°141, pp. 203-224
- 76 - BRANDENBURGER A.M. et NALEBUFF B.J. (1995), "The Right Game : Use Game Theory to Shape Strategy", *Harvard Business Review*, vol. 73 : n°4, pp. 55-71
- 77 - BRECHET J.-P. et DESREUMAUX A. (2006), "Le projet dans l'action collective", in *L'encyclopédie des Ressources humaines: Vuibert*, 2ème Edition, 19 p.
- 78 - BRITTON L.C., CLARK A.R. et BALL D.F. (1992), "Modify or Extend ? The application of the Structure Conduct Performance Approach to Service Industries", *The Service Industries Journal*, vol. 12 : n°1, pp. 34-43
- 79 - BUFFET M. et CLARCK D. (2009), *Warren Buffet et l'interprétation des états financiers, La recherche de sociétés durablement profitables*, Maxima, Laurent Du Mesnil Editeur, 228 p.
- 80 - BULVELOU M. et GASCOIN X. (2010), "Accompagner les établissements: du côté de la recherche de performance", *La revue de l'ARHIF*, n°13, pp. 14-15
- 81 - BURLAUD A., DAVASSE H. et PARRUITTE M. (2010), *DCG 9 Introduction à la comptabilité, Comptabilité financière*, Sup'Foucher, 4ème édition, 527 p.
- 82 - BURNS L.R., GIMM G. et NICHOLSON S. (2005), "The Financial Performance of Integrated Health Organization", *Journal Of Health Care Management*, vol. 50 : n°3, pp.191-211
- 83 - BURONFOSSE A., NOEL E. et BENHAMOU S. (2008), "Patients précaires : l'hospitalisation privée relève le défi", *Les cahiers hospitaliers*, n°246, pp. 18-20
- 84 - CABY J. et HIRIGOYEN G. (2005), *Création de valeur et gouvernance de l'entreprise*, Economica, 200 p.
- 85 - CAPGRAS J.-B. (2009), *Le programme de médicalisation des systèmes d'information (1982-2009), Anamorphose et métamorphoses d'un dispositif de gestion*, Thèse de Doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Graphos, Université Jean Moulin Lyon 3, 427 p.
- 86 - CAREY K., BURGESS J.F. et YOUNG G.J. (2009), "Specialty Hospitals and Uncompensated Care in General Hospitals", *Journal of Health Care Finance*, vol. 36 : n°1, pp. 61-69
- 87 - CARLTON D.W. (2004), "Why Barriers to Entry Are Barriers to Understanding", *American Economic Review*, vol. 94 : n°2, pp. 466-470

- 88 - CARLTON D.W. et PERLOFF J. M. (2008), *Économie industrielle*, De Boeck, 1085 p.
- 89 - CARRASCO V., COLDEFYM., DEROIN C., *et al.* (2005), "L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, 8 p.
- 90 - CASPAR B. et ENSELME G. (2004), *Manuel de comptabilité approfondie et révision*, LexisNexis, Litec, 7^{ème} édition, 623 p.
- 91 - CASTA J.-F et ZERBIB J.-P. (1979), "Prévoir la défaillance des entreprises ? ", *Revue Française de Comptabilité*, pp. 506-527
- 92 - CAVES R.E. (1967), *American Industry : Structure, Conduct, Performance*, Prentice-Hall
- 93 - CAVES R.E. et PORTER M.E. (1977), "From entry barriers to mobility barriers: conjectural decisions and contrived deterrence to new competition", *Quarterly Journal of Economics*, pp. 241-261
- 94 - CEDDAHA F. (2005), *Fusions Acquisitions, Évaluation Négociation Structuration*, 334 p.
- 95 - CHADWICK C., HUNTER L.W. et WALSTON S.L. (2004), "Effects of Downsizing Practices on the Performance of Hospitals ", *Strategic Management Journal*, vol. 25 : n°5, pp. 405-427
- 96 - CHAMBARETAUD S. et HARTMANN L. (2004), "Économie de la santé: avancées théoriques et opérationnelles", *Revue de l'OFCE*, n°91, pp. 237-266
- 97 - CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., PICOT-TOUCHÉ J., *et al.* (2005), *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 149 p.
- 98 - CHANG C.F. et TUCKMAN H.P. (1988), "The Profits of not for Profit Hospital", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 13 : n°3, pp. 547-564
- 99 - CHAPELLE K. (2008), *Économie industrielle*, Vuibert, 269 p.
- 100 - CHARREAUX G. "Le point sur... La mesure de performance des entreprises", 7 p.
- 101 - CHARREAUX G. (1991), "Structure de propriété, relation d'agence et performance financière", *Revue Économique*, pp. 521-552
- 102 - CHEVALIER J.-M. (2000), *L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, Montchrestien, Paris, 300p.
- 103 - CHOUAID C., HEJBLUM G., GUIDET B., *et al.* (2006), "De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins", *Rev Mal Respir*, n°23, pp. 87-98
- 104 - CIMASI J.R., SHARAMITARO A.P., HAYNES L.A., *et al.* (2008), "Market Impact of Specialty Hospitals : A study of the Profitability of General Short-Term Acute Care Hospitals Post Market Entry of Specialty Hospitals", *Journal of Health Care Finance*, vol. 35 : n°2, pp. 1-53
- 105 - CIMASI J.R., SHARAMITARO A.P., HAYNES L.A. ET SEILER R.L. (hiver 2008), "Market Impact of Specialty Hospitals : A study of the Profitability of General Short-Term Acute Care Hospitals Post Market Entry of Specialty Hospitals", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 35 : n°2, pp. 1-53
- 106 - CLAVERANNE J.-P. (2004), "Public-privé : concurrence, complémentarité ou coopération?", *Regards de la FHP*, n°22, pp. 27-28
- 107 - CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2001), "Les restructurations hospitalières privées : entre innovations et réseaux. Regard sur sept années d'analyses financières des cliniques privées", *Colloque de l'Association Latine de l'Analyse des Systèmes de Santé*, Lyon, GRAPHOS, 23 p.
- 108 - CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2003), "Les restructurations des cliniques privées: radioscopie d'un secteur en mutation", *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3, pp. 55-78
- 109 - CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2004), *Rapport final : étude Enveloppe de la clinique*, Étude pour la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de la santé, de la famille et des handicapés, Graphos Université Jean Moulin Lyon 3, 124 p.

- 110 - CLAVERANNE J.-P. et PIOVESAN D. (2003), "La clinique, un objet de gestion non identifié", *Revue Française de Gestion*, n°146, pp. 143-153
- 111 - CLAVERANNE J.-P., PIOVESAN D. et PASCAL C. (2004), "Les restructurations des cliniques privées : adaptations, évolutions et métamorphoses", *Regards de la FHP*, n°23, pp. 36-39
- 112 - CLAVERANNE J.P., PIOVESAN D. et PASCAL C. (2005), "Une nouvelle chrysalide : le médecin entrepreneur ?", in *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*: Les presses de l'université de Montréal, pp. 123-140
- 113 - CLEMENT J.P. et MC CUE M.J. (1996), "The Performance of Hospital Corporation Of America and HealthTrust Hospitals After Leveraged Buyout", *Medical Care*, vol. 34 : n°7, pp. 672-685
- 114 - CLEMENT J.P., MC CUE M.J., LUKE R.D., *et al.* (1997), "Strategic Hospital Alliances : Impact on Financial Performance", *Health Affairs*, vol. 16 : n°6, pp. 193-203
- 115 - CLEVERLEY W.O. et R.K. H. (1992), "Is there a link between hospital profit and quality?", *Health Care Financial Management*, vol. 46 : n°9, pp. 50-45
- 116 - COASE R. (1937), "The Nature of the Firm", *Economica*, vol. 4, pp. 386-406
- 117 - CODY M., FRISS L. et CHEBARO-HAWKINSON Z. (1995), "Predicting Hospital Profitability in Short-Term General Community Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 20 : n°3, pp. 77-87
- 118 - COHEN E. (2006), *Analyse Financière*, Economica, 575 p.
- 119 - COHEN E. (2009), "Analyse financière et comptabilité", in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de gestion et Audit*, Paris : Economica, 2^{ème} édition, pp. 17-28
- 120 - COHEN E. et PEREZ R. (1999), "Vingt ans d'analyse financière en France", *Comptabilité, Contrôle, Audit*, Les vingt ans de l'AFC, numéro spécial, pp. 61-76
- 121 - COHU S. et LEQUET-SLAMA D. (2007), "Le système d'assurance santé aux Etats-Unis, Un système fragmenté et concurrentiel", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.
- 122 - COLASSE B. (2007), *Les fondements de la comptabilité*, La Découverte, collection Repères, 121 p.
- 123 - COLASSE B. (2008), *L'analyse financière de l'entreprise*, La Découverte, collection Repères, 122 p.
- 124 - COM-RUELLE L., ZEYNEP O. et RENAUD T. (2008), "Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé: enseignements de la littérature", *Institut de recherche et décomentation en économie de la santé (IRDES)*, n°1734, 59 p.
- 125 - COMBES-THUÉLIN E. (2009), "Comptabilité et risque de crédit", in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de Gestion et Audit*, Paris : Economica, 2^{ème} édition, pp. 413-423
- 126 - CONTANDRIOPOULOS A.-P. (2008), "La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance", *Santé Publique*, vol. 20 : n°2, pp. 191-199
- 127 - CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. (1996), "L'hôpital en mutation", in *L'hôpital stratège*, Paris: John Libbey Eurotext, p. 8
- 128 - CONTANDRIOPOULOS A.P., LE PEN C., BELAND F., *et al.* (2007), "Le privé concilie mieux que le public performance économique et qualité : Tables rondes sur les idées reçues", *Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-Québécois*, Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité (O.F.Q.S.S.), pp. 43-57
- 129 - COPELAND T., KOLLER T. et MURRIN J. (2002), *La stratégie de la valeur. L'évaluation d'entreprise en pratique*, Éditions d'Organisation, 594 p.
- 130 - CORDIER M. (2008), "Hôpitaux et cliniques en mouvement", *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.

- 131 - CORDIER M. (2009), "Enquête « Changements organisationnels et informatisation » dans le secteur de la santé « COI-H »", *Document de travail*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat, Ministère de la Santé, et des Sports, 182 p.
- 132 - COULOMB A. (2007), "Médecine libérale et hospitalisation privée, Le modèle de gouvernance hospitalière en question", *Hospitalis*, n°3, p. 4
- 133 - COULOMB A. (2008), "Comité d'évaluation de la tarification à l'activité", *Document de travail*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité, Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, 101 p.
- 134 - COULOMB A. (2009), "Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A", *Document de travail*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la santé et des sports, Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique et de la réforme de l'état, 94 p.
- 135 - COUR DES COMPTES (2008), "Chapitre VIII Les restructurations hospitalières", *La sécurité sociale*, pp. 260-300
- 136 - COUR DES COMPTES (2009), "Chapitre VII La mise en oeuvre de la T2A: bilan à mi-parcours", *La sécurité sociale*, pp. 171-212
- 137 - COUR DES COMPTES (2010), "La situation financière des hôpitaux publics", *La Sécurité Sociale* pp. 261-292
- 138 - COYNE J., THOMAS R.M., SHORT R., *et al.* (2009), "Hospital Cost and Efficiency: Do Hospital Size and Ownership Really Matter?", *Journal of Healthcare Management*, vol. 54 : n°3, pp. 163-176
- 139 - CTC CONSEIL (2007), "L'Observatoire Économique des Cliniques Privées Françaises", *L'Observatoire National des Coûts*, La synthèse, Exercice 2005-2006, 24 p.
- 140 - CUEILLE S. (2002), "L'engagement des hôpitaux publics français dans des stratégies d'alliance : construction et test d'un modèle d'analyse", *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 5 : n°2, pp. 5-31
- 141 - CYERT R.M. et MARCH J.G. (1963), *A behavioural theory of the firm*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall
- 142 - DAFT R. (1983), *Organization theory and design*, New York : West
- 143 - DANCEY C.P. et REIDY J. (2007), *Statistiques sans maths pour psychologues*, Editions De Boeck Universités, 659 p.
- 144 - DANET L. (2003), *Les problèmes actuels des cliniques privées*, Thèse de doctorat en droit dirigée par Jean-Pierre Dupras, Université Montesquieu-Bordeaux IV, p. 13
- 145 - DARSA J. (2002), *Gestion financière et business plan*, Lavoisier, 200 p.
- 146 - DAVIDOVICI-NORA M. (2000), "Entrée, sortie, contestabilité", in *Montchrestien, L'économie industrielle des stratégies d'entreprise*, Paris, pp. 143-172
- 147 - DE CHAMBINE S., GASQUET I., DELOUVRIER M., *et al.* (2008), "Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière, Rencontres du management, Assistance publique -Hôpitaux de Paris (AP-HP)", *Gestions hospitalières*, cahier n°216, 21 février 2008, pp. 585-593
- 148 - DE KERVASDOUE J. (2004), *L'Hôpital*, Puf, Que sais-je ?, p. 9
- 149 - DE POUVOURVILLE G. (2006), "Public/privé L'impossible convergence? Conditions d'une concurrence loyale", *Revue Hospitalière de France*, n°508, pp. 12-15
- 150 - DE POUVOURVILLE G. (2009), "La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés: mission impossible?", *Regards croisés sur l'économie*, n°5, pp. 181-190
- 151 - DÉCISION SANTÉ (2009), "Privé lucratif, à quand les beaux jours ?", n°251, dossier spécial, pp. 10-15

- 152 - DELORME C.D., KLEIN P.G. , KAMERSCHEN D.R., *et al.* (2002), "Structure, conduct and performance: a simultaneous equation approach", *Applied Economics*, n°35, pp. 13-20
- 153 - DEMSETZ H. (1982), "Barriers To Entry", *American Economic Review*, vol. 72 : n°1, pp. 47-57
- 154 - DEMSETZ H. (1997), "The Firm in Economic Theory: A Quiet Revolution", *American Economic Review*, vol. 87 : n°2, pp. 426-429
- 155 - DENGLOS G. (2003), *La création de valeur, Modèle, mesure, diagnostic*, Dunod, 237 p.
- 156 - DENGLOS G. (2007), "Création de valeur et gouvernance de l'entreprise : les exigences de l'actionnaire s'opposent-elles à l'intérêt social ?", *La Revue des Sciences de Gestion, Direction et Gestion*, n°224-225, p. 109
- 157 - DESBRIERES P. (2002), "Les actionnaires salariés", *Revue française de gestion*, vol. 5 : n°141, pp. 255-281
- 158 - DESBRIERES P. et SCHATT A. (2002a), "L'incidence des LBO sur la politique d'investissement et la gestion opérationnelle des firmes acquises : le cas français", *Finance, Contrôle, Stratégie*, vol. 5 : n°4, pp. 79-106
- 159 - DESBRIERES P. et SCHATT A. (2002b), "The Impacts of LBOs on the Performance of Acquired Firms : The French Case", *Journal of Business Finance & Accounting*, vol. 29 : n°5 et 6, pp. 695-729
- 160 - DIETSCH M. (1992), "Quel modèle de concurrence dans l'industrie bancaire?", *Revue économique*, vol. 43 : n°2, pp. 229-260
- 161 - DIETSCH M. (2006), "Dans une économie mondialisée, la nationalité des entreprises a-t-elle encore un sens ?", *Revue internationale et stratégique*, n°62, pp. 53-64
- 162 - DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS) (2007), *Diagnostic flash hospitalier, Bases de comparaison*, 113 p.
- 163 - DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), (2009), "La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé. Revue de littérature et des sites internet", *Série Etudes et Recherches, Document de travail*, Compaqh-Inserm, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, n°88, 71 p.
- 164 - DOMERGUE J. et GUIDICELLI H. (2003), *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crise et les propositions*, Rapport rédigé à l'intention de Jean-François Mattéi, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 53 p.
- 165 - DONABEDIAN A. (1980), *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Health administration press, 163 p.
- 166 - DOUGLAS T.J. et RYMAN J.A. (2003), "Understanding Competitive Advantage in the General Hospital Industry : Evaluating Strategic Competencies", *Strategic Management Journal*, n°24, pp. 333-347
- 167 - DRANOVE D. (1987), "Rate-Setting by diagnosis related groups and hospital specialization", *RAND journal of Economics*, vol. 18 : n°3, pp. 417-527
- 168 - DRANOVE D., SHANLEY M. et SIMON C. (1992), "Is Hospital Competition Wasteful?", *RAND journal of Economics*, vol. 23 : n°2, pp. 247-262
- 169 - DRANOVE D., SHANLEY M. et WHITE W.D. (1993), "Price and Concentration in Hospital Markets: the Switch from Patient-Driven to Payer Driven Competition", *Journal of Law and Economics*, vol. 36, pp. 179-204
- 170 - DUHAMEL G. (2002), *Le système de santé et d'assurance maladie américain. Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire.*, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), rapport n°2002-073, 71p.
- 171 - DURAND-ZALEWSKI I. (2006), "Trois questions à ... Isabelle Durand Zalewski", *Hospitalis*, n°1, p. 4
- 172 - DUROUSSET J.-L. (2009), "Ouverture de la journée thématique "Urgences"", *Regards de la FHP*, n°62, p. 10

- 173 - DUROUSSET J.-L. (2010), *Le privé peut-il guérir l'hôpital ?*, Maison d'édition et de débats, 220 p.
- 174 - EASTAUGH S.R. (1992), "Hospital Strategy and Financial Performance", *Health Care Management Review*, vol. 17 : n°3, pp. 19-31
- 175 - EASTERWOOD J.C., SETH A. et SINGER R.F. (1989), "The Impact of Leveraged Buyouts on Strategic Direction", *California Management Review*, vol. 32 : n°1, pp. 30-45
- 176 - ENGEL F. (2005), "Chirurgie en cliniques privées : une spécialisation toujours plus fine", *Décisions Santé*, n°219, p. 10
- 177 - ENGEL F., CAUTERMAN M. et TAJAHMADY A. (2008), "Développer la chirurgie ambulatoire : les limites des politiques incitatives", *Gérer et Comprendre*, n°94, pp. 14-24
- 178 - EPSTEIN A., EWY W. et SCOTT R. (1991), "Trends in Length of Stay and Rates of Readmission in Massachusetts: Implications for Monitoring Quality of Care", *Inquiry*, vol. 28 : n°1, pp. 19-28
- 179 - ESCOJIDO P. (2009), "Indicateurs, simplifier le respect des contraintes tutélaires", *Gestions hospitalières*, n°487, pp. 349-353
- 180 - EVIN C. et VINCENT G. (2007), "L'heure, Quel avenir pour l'hôpital public", *Revue Hospitalière de France*, n°514, pp. 20-76
- 181 - EVRARD Y., PRAS B. et ROUX E. (2009), *Market, Fondements et méthodes de recherche en marketing*, Dunod, 4^{ème} édition, 704 p.
- 182 - FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) (2010), *Rapport d'activité 2009, Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé*, 149 p.
- 183 - FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP) et GROUPE MONTAIGNE (2011), "Cliniques et hôpitaux privés au coeur du système de santé", *Rapport sectoriel*, Édition 2011, 211 p.
- 184 - FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE (FHF) (2009), "Des tarifs uniques public-privé : l'accès aux soins en danger", *Dossier de Presse, mardi 7 juillet 2009*, 11 p.
- 185 - FENINA A., LE GARREC M.-A. et KOUBI M. (2010), "Les comptes nationaux de la santé en 2009", *Etudes et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat, 6 p.
- 186 - FERNANDEZ A.-S. et LE ROY F. (2010), "Pourquoi coopérer avec un concurrent? Une approche par la RBV", *Revue française de gestion*, n°204, pp. 155-169
- 187 - FORGIONE D.A., SCHIFF A.D. et CRUMBLY D.L. (1996), "Assessing Hospital Performance : an Inventory of Financial and Nonfinancial Metrics. ", *International Association of Management Journal, Forum on Research in Healthcare Financial Management*, Vol. 8 : n°2, pp. 65-83
- 188 - FORGUES B. et LOOTVOET E. (2006), "Avantage concurrentiel durable, Imitation et ambiguïté causale", *Revue française de gestion*, n°165, pp. 197-209
- 189 - FRACHON G. et ROMANET Y. (1985), *Finance d'entreprise, Comprendre et maîtriser l'évolution financière de l'entreprise*, CLET, 246 p.
- 190 - FREIDSON E. (1984), *La Profession médicale*, Payot
- 191 - FRIEDMAN B. et SHORTELL S.M. (1990), "The Financial Performance of Selected Investor-Owned and Not-For-Profit System Hospitals Before and After Medicare Prospective Payment", *Health Services Research*, vol. 23 : n°2, pp. 237-267
- 192 - GARRETTE B. et DUSSAUGE P. (1995), *Les stratégies d'alliance*, Editions d'Organisation
- 193 - GAUZENTE C. (2000), "Mesurer la performance des entreprises en l'absence d'indicateurs objectifs : quelle validité? Analyse de la pertinence de certains indicateurs", *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 3 : n°2, pp. 145-165
- 194 - GIE CLUB DES QUINZE SANTE (2007), "Médecine libérale et hospitalisation privée, le modèle de la gouvernance hospitalière en question", *Hospitalis*, n°3, 8 p.
- 195 - GINN G.O. et LEE R.P. (2006), "Community orientation, strategic flexibility, and financial performance in hospitals", *Journal of Health Care Management*, vol. 51 : n°6, pp. 111-121

- 196 - GOES J.B. et ZHAN C. (1995), "The Effects of Hospital-Physician Integration Strategies on Hospital Financial Performance", *Health Services Research*, vol. 30 : n°4, pp. 507-530
- 197 - GOTTSCHAL G O. et PHALIPPOU L. (2008), "les vrais-faux rendements du capital-investissement ", *Les Echos, L'Art du Management*, jeudi 22 mai, pp. 10-11
- 198 - GOUTARD N. (2007), "LBO : le management par la tyrannie du cash ", *Le journal de l'école de Paris*, n°66, pp. 15-21
- 199 - GRANDGUILLOT B. et GRANDGUILLOT F. (2007), *Introduction à la comptabilité*, Gualino éditeur, 585 p.
- 200 - GRANGUILLOT B. et GRANGUILLOT F. (2008), *Analyse financière*, Gualino éditeur, 187 p.
- 201 - GREETHER E.T. (1970), "Industrial organization: retrospect and prospect", *American Economic Review*, vol. 60 : n°2, pp. 83-89
- 202 - GRIFFITH J.R., ALEXANDER J.A. et JELINEK R.C. (2002), "Measuring Comparative Hospital Performance", *Journal of Health Care Management*, vol. 47 : n°1, pp. 42-57
- 203 - GRIGNON M. (2008), "Les cadres d'analyse de la performance des systèmes de santé : forces et limites", *Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp. 163-169
- 204 - GUISSSET A.-L., SICOTTE C., LECLERQ O., et al. (2002), "Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux," *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20 : n°2, pp. 67-104
- 205 - HAIR J.F., ANDERSON R.E., TATHAM R.L., et al. (1995), *Multivariate Data Analysis*, Prentice-Hall, 4ème édition
- 206 - HALLIGON J. (2007), "L'avenir de la médecine libérale en établissement", *Les établissements hospitaliers de demain, Colloque du 9 février 2007*, GIE Club des Quinze-santé, p.7
- 207 - HANSEN G.S. et WERNERFELT B. (1989), "Determinants of firm performance : the relative importance of economic and organizational factors", *Strategic Management Journal*, vol. 10 : pp. 399-411
- 208 - HARRISON M.G. et MONTALVO C. (2002), "The Financial Health Of California Hospitals : A Looming Crisis", *Health Affairs*, vol. 21 : n°1, pp. 118-126
- 209 - HARTLEY K., WHITE R. et CHAUDY D. (1997), "Government and industry performance : a comparative study", *Applied Economics*, vol. 29 : pp. 1227-1237
- 210 - HAURY B. et LOMBARDO P. (2007), "PLATINES, un site d'information sur les établissements de santé en France", *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités, 8 p.
- 211 - HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2006), *Avis sur la tarification à l'activité (T2A) et la convergence tarifaire des établissements de santé (MCO)*, 8 p.
- 212 - HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (2005), *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, 40 p.
- 213 - HAWAWINI G., SUBRAMANIAN V. et VERDIN P. (2003), "Is Performance Driven by Industry - Or Firm - Specific factors? A New Look at the Evidence", *Strategic Management Journal*, vol. 24, pp. 1-16
- 214 - HEALY D., CROMWELL J. ET THOMAS F. (Hiver 2007-2008), "Repricing Specialty Hospital Outpatient Services Using Ambulatory Surgery Center Prices", *Health Care Financing Review*, vol. 29 : n°2, pp. 81-90
- 215 - HEINRICH L. et VALÉRIAN F. (1991), *La santé marchande : cliniques commerciales et commerce des cliniques*, ENSP, 147 p.
- 216 - HENRIET D., *Paiements prospectifs, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison, Fondements théoriques et références bibliographiques*, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), pp. 1-8
- 217 - HERZLINGER R.E. et KRASKER S. (1987), "Who Profits From Nonprofits ?", *Harvard Business Review*, pp. 93-105
- 218 - HIRTZLIN I. (2006), *Économie de la Santé*, Edition Archetype Librairie, 307 p.

- 219 - HOARAU C. (2008), *Analyse et évaluation financière des entreprises et des groupes*, Vuibert, 387 p.
- 220 - HOARAU C. et TELLER R. (2001), *Création de valeur et management de l'entreprise*, Vuibert, 217 p.
- 221 - HOSKISSON R.E., HITT M.A., WAN W.P., *et al.* (1999), "Theory and Research in strategic management : Swings of the pendulum", *Journal of Management*, vol. 25 : n°3, pp. 417-456
- 222 - HUTIN H. (2010), *Toute la finance*, Eyrolles, 4^{ème} édition, 1156 p.
- 223 - JACQUEMIN A.-P. (1972), "Market structure and the firm's market power", *Journal of Industrial Economics*, vol. 20 : n°2, pp. 122-134
- 224 - JACQUILLAT B. (2006), *Les 100 mots de la Finance*, Puf, Que sais-je?, 127 p.
- 225 - JAULENT P. et QUARÈS M.-A. (2004), *Les leviers de la performance*, *Études pratiques*, Editions Riscus, 195 p.
- 226 - JENSEN M.C (1989), "Eclipse of the Public Corporation", *Harvard Business Review*, vol. 67 : n° 5, pp. 61-74
- 227 - JOHNSON G., SCHOLES K., WHITTINGTON R., *et al.* (2008), *Stratégique*, Pearson Education, 8^{ème} édition, 720 p.
- 228 - JOLIBERT A. et JOURDAN P. (2006), *Marketing Research*, Dunod, 599 p.
- 229 - JOLLY D. (2001), *Alliances interentreprises, Entre concurrence et coopération*, Vuibert, 163 p.
- 230 - JOUNIN N. et WOLFF L. (2007), "Les relations hiérarchiques en établissements de santé", in *dossiers solidarité et santé*, Direction des études, de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Les conditions de travail dans les établissements de santé, pp. 18-36
- 231 - JULIEN P.-A. et MARCHESNAY M. (1997), *Économie et stratégie industrielle*, *Économica*, 112 p.
- 232 - KAPLAN R.S. et NORTON D.P. (1999), "Le tableau de bord prospectif : un système de pilotage de la performance ", in *Les systèmes de mesure de la performance*, Harvard Business Review, pp. 155-178
- 233 - KAPLAN S.N. et SCHOAR A. (2005), "Private Equity Performance : Returns, Persistence and Capital Flows", *The Journal of Finance*, vol. LX : n°4, pp. 1791-1822
- 234 - KAPLAN S.N. et STRÖMBERG P. (2009), "Leveraged Buyouts and Private Equity", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 23 : n°1, pp. 121-146
- 235 - KASSIRER J.-P. (1996), "Mergers and Acquisitions - Who benefits? Who loses?", *The New England Journal of Medicine*, vol. 11 : n°334, pp. 722-723
- 236 - KERLEAU M., LE VAILLANT M. et OR Z. (2005), "La diversification de l'activité de court séjour des établissements de santé : l'éclairage par l'indicateur d'entropie", *Dossiers solidarité et santé*, n°2, pp. 49-60
- 237 - KIM T.H., MC CUE M.J. et THOMPSON J.M. (2009), "The Relationship of Financial and Mission Factors to the Level of Uncompensated Care Provided in California Hospitals", *Journal Of Health Care Management*, vol. 54 : n°6, pp. 383-402
- 238 - KIM Y.K., GLOVER S.G., STOSKOPF S.H., *et al.* (2002), "The relationship between bed size and profitability in south carolina hospitals", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 29 : n°2, pp. 53-63
- 239 - KIM Y.K., STOSKOPF S.H., GLOVER S.G., *et al.* (2004), "The influence of hospital integration in hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°1, pp. 73-84
- 240 - LACOSTE D., LAVIGNE S. et RIGAMONTI E. (2009), "Les investisseurs institutionnels influencent-ils les stratégies ?", *Revue française de gestion*, n°197, pp. 35-48
- 241 - LAJONCHERE J.-P. (2003), "Performance en réanimation médicale : le point de vue du directeur d'hôpital", *Elsevier*, n°12, pp. 72-74
- 242 - LANTZ J.-S. (2004), *Valorisation stratégique et financière*, Maxima, pp. 159-190
- 243 - LARCHER G. (2007), *Etat des lieux réalisés par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher*, Rapport intermédiaire à la

- demande du Président de la République, du Premier ministre et de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 14 p.
- 244 - LARCHER G. (2008), *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par M. Gérard Larcher*, à la demande du Président de la République, du Premier ministre et de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 102 p.
- 245 - LARUE-CHARLUS S. (2001), *Le rôle des CME en hospitalisation privée*, Code de réflexion de la Fhiep, Paris, 20 novembre
- 246 - LEBRATY J. et TELLER R., *Ingénierie du diagnostic global d'entreprise*, Éditions Liaisons, 165 p.
- 247 - LE DORZE C. (2007), "La vision d'un groupe", *La place des médecins libéraux dans les établissements de santé*, Acte du Colloque du 12 Septembre 2007, GIE, Club des Quinze Santé, p. 4
- 248 - LE DORZE C. (2008), "Investissement privé et secteur d'hospitalisation en France : l'analyse de Vitalia", *Colloque « Investissements privés et offre de soins »*, Université Paris-Descartes, Société Française des Économistes de la Santé (SFES)
- 249 - LE FAOU A.-L. (2003), *Les systèmes de santé en question*, Ellipses, 223 p.
- 250 - LE GALL R. et QUENEAU P. (2007), "Comment évaluer la performance d'un service de réanimation d'adultes? une expérience de 30 ans. Discussion", *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 191 : n°4-5, pp. 869-877
- 251 - LE LAN R., BATES D., BAUER P., *et al.* (2007), "Conditions de travail et relations avec le public dans les établissements de santé en 2003", in *Dossiers solidarité et santé*, Les conditions de travail dans les établissements de santé, Direction des études, de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Paris, pp. 7-21
- 252 - LE POGAM M.-A., LUANGSAY-CATELIN C. et NOTEBAERT J.-F. (2009), "La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent", *Revue management & avenir*, vol. 5 : n°25, pp. 116-134
- 253 - LE ROY F. (2003), "Rivaliser et coopérer avec ses concurrents: le cas de la stratégie collective "agglomérées"", *Revue française de gestion*, n°143, pp. 145-157
- 254 - LEE S.-Y.D. et ALEXANDER J.A. (1999), "Consequences of Organizational Change in U.S. Hospitals", *Medical Care Research and Review*, vol. 56 : n°3, pp. 227-276
- 255 - LELOGEAS L. (2003), "Un score sur variables qualitatives pour la détection précoce des défaillances d'entreprises", *Bulletin de la Banque de France*, n°114
- 256 - LELOGEAS L. (2004), *Le rôle des variables qualitatives dans la détection précoce du risque de défaillance*, 25 p.
- 257 - LEROUX A. et POL V. (1989), *Les cliniques en observation*, Ed. Développement et Relations Commerciales, 181 p.
- 258 - LETEURTRE H. et MALLÉA P. (2005), *Performance et Gouvernance hospitalières*, Berger-Levrault, 255 p.
- 259 - LORINO P. (2003), *Méthodes et pratiques de la performance*, Éditions d'Organisation, 3^{ème} édition, 521 p.
- 260 - LOMBARDO P. (2008), "La spécialisation des établissements de santé en 2006", *Études et Résultats*, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, 8 p.
- 261 - LOMBRIL P., MORET L., NAIDITCH M., *et al.* (2004), "Performances du système hospitalier", in *Traité de santé publique*, Paris: Flammarion, pp. 37-44
- 262 - LOMBRIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., *et al.* (2001), "Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers", in *Dossiers Solidarité et Santé*: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), n°2
- 263 - LORENZI J.-H. et TRAINAR P. (2008), "Les nouveaux acteurs de la finance ", *Regards croisés sur l'économie*, n°3, pp. 20-28
- 264 - MAGAKIAN J.-L. et PAYAUD M.-A. (2007), *100 fiches pour comprendre la stratégie d'entreprise*, Bréal, pp. 32-43

- 265 - MAHIEU A. et RAFFY-PIHAN N. (1998), "La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspective", *Questions d'économie de la santé*, n°2, 4 p.
- 266 - MALLOT J. (2010), *Rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital*, Assemblée Nationale, n°2556, 506 p.
- 267 - MARK T.L., EVANS W.N., SCHUR C.L., *et al.* (1998), "Hospital-Physician Arrangements and Hospital Financial Performance", *Medical Care*, vol. 36 : n°1, pp. 67-78
- 268 - MARMUSE C. (1997), "Performance", in SIMON Y. et JOFFRE P., *Encyclopédie de Gestion*, 2^{ème} édition, Paris: Economica, pp. 2195-2208
- 269 - MARSHALL A. (1890), *Principles of Economics*, Gordon and Breach, trad. française, Paris : Giard et Brière (1971)
- 270 - MARTINET A.-C. (1990), *Épistémologie et Sciences de Gestion*, Economica
- 271 - MARTINET A.-C. et REYNAUD E. (2001), "Shareholders, stakeholders et stratégie ", *Revue française de gestion*, p. 14
- 272 - MARTORY B. (2001), "La valeur ajoutée sociale : principe et évaluation", in CASTA J.-F. et COLASSE B., *Juste Valeur, Enjeux techniques et politiques*, Paris : Economica, 336 p.
- 273 - MAYRHOFER U. (2007), "Les rapprochements d'entreprises : perspectives théoriques et managériales", *Revue management & avenir*, n°14, pp. 81-99
- 274 - MC CUE M.J. et DIANA M.L. (2007), "Assessing Performance of Freestanding Hospitals", *Journal of Healthcare Management*, vol. 52 : n°5, pp. 299-308
- 275 - MC CUE M.J., MARK B.A. et HARDLESS D. (2003), "Nurse Staffing, Quality and Financial Performance", *Journal of Health Care Finance*, vol. 29 : n°4, pp. 56-76
- 276 - MC CUE M.J., THOMPSON J.M. et DODD-MC CUE D. (2001), "Association of Market, Mission, Operationnal and Financial Factors with Hospitals Level of Cash and Security Investments", *Inquiry*, vol. 37 : pp. 411-422
- 277 - MC GAHAN A.M. et PORTER M.E. (1997), "How Much Does Industry Matter, Really?", *Strategic Management Journal*, vol. 18 : pp. 15-30
- 278 - MC GAHAN A.M. et PORTER M.E. (2005), "Research Notes And Commentaries. Comment On Industry, Corporate And Business-Segment Effects And Business Performance: A Non-Parametric Approach By Ruefli And Wiggins", *Strategic Management Journal*, vol. 26, pp. 873-880
- 279 - MC WILLIAMS A. et SMART D.L. (1993), "Efficiency v. Structure-Conduct-Performance: Implications for Strategy Research and Practice", *Journal of Management*, vol. 19 : n°1, pp. 63-78
- 280 - MCKAY N.L. et DEILY M.E. (2008), "Cost Inefficiency and Hospital Health. Outcomes.", *Health Economics*, vol. 17 : n°7, pp. 833-848
- 281 - MEIER O. (2007), *Gestion du changement*, Dunod, 500 p.
- 282 - MENACHEMI N., BURKHARDT J., SHEWCHUK R., *et al.* (2006), "Hospital Information Technology and Positive Financial Performance : A different Approach to Finding ROI", *Journal of Healthcare Management*, vol. 51 : n°1
- 283 - MILES R.E. et SNOW C.C. (1978), *Organizational Strategy, Structure and Progress*, McGraw-Hill
- 284 - MILON A. (2008), *Rapport d'information fait au nom de commission des Affaires sociales sur l'avenir de la chirurgie en France*, Paris, Sénat, Commission des Affaires sociales, 50 p.
- 285 - MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS (2009), *Annexe 8 Activité non programmée (cahier des charges) du rapport 2009 au Parlement sur la convergence tarifaire (Loi 2003 1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifié Titre II Art 33)*, Ministère de la Santé et des Sports, pp. 55-58
- 286 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2009), *Rapport 2009 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*, 56 p.
- 287 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2010a), *Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire*, 59 p.

- 288 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2010b), *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*, 56 p.
- 289 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (2010c), *Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé*, 86 p.
- 290 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS (juin 2010), *Note semestrielle de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée*, 36 p.
- 291 - MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (2011), *Manuel des groupes homogènes de malades*, 482 p.
- 292 - MINVIELLE E. (2003), "De l'usage des concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière", *Revue française de gestion*, n°146, pp. 167-189
- 293 - MINVIELLE E. (2005), *Classement des hôpitaux : jusqu'où?*, pp. 34-38
- 294 - MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS (A.P.) (2004), "La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière?", *Revue française de gestion*, n°150, pp. 29-53
- 295 - MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER (MEAH) (2007), *Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et les cliniques "D'un exercice institutionnel à une démarche entrepreneuriale"*, Rapport final, 35 p.
- 296 - MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER (MEAH) et ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (AFCA) (2007), *Le "bréviaire" de la chirurgie ambulatoire, l'ambulatoire en 20 questions*, 9 p.
- 297 - MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER (MEAH) (2008), *La gestion des lits dans les hôpitaux et les cliniques*, Rapport final, 128 p.
- 298 - MOATI P. (1999), "Méthodologie d'analyse des secteurs", in *Approches évolutionnistes de la firme et de l'industrie*, Paris : L'Harmattan, pp. 279-302
- 299 - MOORE K., ET CODDINGTON D. (juillet 2005), "Specialty hospital rise could add to full-service hospital woes", *Health Care Financial Management*, pp. 84-91
- 300 - MORAND M. (2004), "La redevance versée dans le cadre de l'hospitalisation privée", *Droit, déontologie et soin*, vol. 4 : n°11, pp. 57-79
- 301 - MORVAN M. (1991), *Fondements d'économie industrielle*, Economica, 639 p.
- 302 - NELSON R.R. et WINTER S.G. (1982), *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Harvard University Press
- 303 - NISAND G., BIRON N., PENAUD M., et al. (2006), "Impacts de la programmation des activités sur leur coût de prise en charge", *Revue Hospitalière de France*, n°508, pp. 26-28
- 304 - OLIVIER P. (2010), "Evolution de la campagne tarifaire 2009 et perspectives d'évolution", *Regards, Les Dossiers de la FHP*, n°4, pp. 29-37
- 305 - OLMSTED TEIBERG E., PORTER M.E. et BROWN G.B. (2000), "Making Competition in Health Care Work", *Harvard Business Review*, vol. 72 : n°4, pp. 131-141
- 306 - OR Z. (2009), "Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé", in *Traité d'Économie de la Santé*, Paris : Les Presses de Sciences Po, pp. 75-83
- 307 - OR Z. et RENAUD T. (2009), "Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A): Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères", *Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES)*, 25 p.
- 308 - OR Z., RENAUD T. et COM-RUELLE L. (2009), "Les écarts de coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexion sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France", *Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)*, 32 p.
- 309 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2010), *Rapport sur la santé dans le monde*, 22 p.
- 310 - ORMANIDHI O. et STRINGA O. (2008), "Porter's Model of Generic Competitive Strategies", *Business Economics*, Juillet 2008, pp. 55-64
- 311 - ORTIZ J.-P. (2006), *Évolution des redevances avec les nouveaux modes de rémunérations en hospitalisation privée*, URML Ile-de-France

- 312 - OZCAN Y.A. et MC CUE M.J. (1996), "Development of a Financial Performance Index for Hospitals : DEA Approach", *Journal of the Operational Research Society*, n°47, pp. 18-26
- 313 - PARSONS T. (1951), *The social system*, Free Press, 575 p.
- 314 - PAUCHER P. (1999), *Initiation à la gestion financière de l'entreprise*, Presses Universitaires de Grenoble (PUG), 150 p.
- 315 - PAUL C. et ROLLAND J.-M. (30 mars 2011), *Rapport d'information déposé en application de l'article 145-7, alinéa 1, du Règlement par la Commission des Affaires Sociales sur la mise en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, 201 p.
- 316 - PELLET K. (2000), *Structuration et restructuration des cliniques privées à caractère commercial, Un état de l'art entre contingences environnementales et contingences médicales*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Faculté de Droit, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) Université Jean Moulin Lyon 3, 337 p.
- 317 - PENROSE E.G. (1959), *The theory of the growth of the firm*, Wiley
- 318 - PEPIN M. et MOISDON J.-C. (2010), "Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Evaluation qualitative auprès de huit établissements.", *Dossiers solidarité et santé*, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat, 120 p.
- 319 - PEPIN M. et TONNEAU D. (2006), "Les trajectoires des établissements privés sanitaires et sociaux", *Série Études*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 82 p.
- 320 - PERRET V. et SÉVILLE M. (2003), "Fondements épistémologiques de la recherche", in THIETARD R., *Méthode de recherche en Management*, Paris: Dunod, pp. 13-33
- 321 - PERVAIZ A., ELSHAFIE E. et JARJOURA D. (2008), "The Effect of Ownership Structure on Performance of Hospitals", *Academy of Accounting and Financial Studies Journal*, vol. 12 : n°3, pp. 37-51
- 322 - PFEFFER J. et SALANCIK G. R. (1978), *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*, Harper and Row
- 323 - PHILIPPS J.F. (1999), "Do Managerial Efficiency and Social Responsibility Drive Long-Term Financial Performance of Not-for-Profit Hospitals before Acquisitions", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 25 : n°4
- 324 - PHILIPPS J.F. (2003), "The dilemma of valuing not-for-profit hospitals - Is the free cash flow the answer?", *Journal of Accounting and Public Policy*, vol. 22 : n°4, pp. 347-374
- 325 - PIAGET J. (1967), *Logique et connaissance scientifique*, Gallimard, p. 7
- 326 - PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphoses?*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 515 p.
- 327 - PIZZINI M.J. (2006), "The relation between cost-system design, managers evaluation of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 31 : pp. 179-210
- 328 - PLANÈS B. (2001), "Détection précoce du risque de défaillance dans le secteur Hôtels-Restaurants, score BDFHR", *Cahiers Études et Recherches de l'Observatoire des Entreprises*, 44 p. (hors annexes)
- 329 - PLANTE C. (2009), "The Differentiation Between For-Profit and Not For-Profit Hospitals : Another Look", *Research in Healthcare Financial Management*, vol. 12 : n°1, pp. 7-17
- 330 - PLIHON D. et PONSSARD J.-P. (2002), *La montée en puissance des fonds d'investissement : quels enjeux pour les entreprises ?*, Les Etudes de la Documentation Française, 176 p.
- 331 - PODEUR A. (2008), "La chirurgie à la croisée des chemins", *Regards de la FHP*, n°57, pp. 6-9

- 332 - PODEUR A. (2007), "A la recherche d'un équilibre stratégique entre besoins croissants et ressource finie", *Regards de la FHP*, n°52, pp. 30-42
- 333 - PONS N. et BERCHE V. (2009), *Arnaque, la manuel anti-fraude*, CRNS Editions, 286 p.
- 334 - PONSSARD J.-P. (1988), *Stratégie d'entreprise et économie industrielle*, Mc Graw-Hill, 137 p.
- 335 - POPPER K. (1959), *The Logic of Scientific Discovery*, Hutchinson
- 336 - POPPER K. (1982), *La logique de la découverte scientifique*, Payot
- 337 - PORTER M.E. (1979), "The Structure Within Industries and Companies Performance", *The Review of Economic and Statistics*, vol. 61 : n°2, pp. 214-228
- 338 - PORTER M.E. (1981), "The contribution of industrial organization to strategic management", *Academy of Management Review*, n°6, pp. 609-620
- 339 - PORTER M.E. (2003), *L'avantage concurrentiel*, Dunod, 647 p.
- 340 - PORTER M.E. et OLMSTED-TEISBERG E. (2004), "Redefining Competition in Health Care", *Harvard Business Review*, pp. 65-71
- 341 - PRAS B. (1981), "Approche qualitative ou quantitative", *Economies et Société, Revue Sciences de Gestion*, n°2, pp. 175-178.
- 342 - PRICE J.L. (1972), "The Study of Organizational Effectiveness", *The Sociological Quarterly*, n°13, pp.3-15.
- 343 - PRICEWATERHOUSECOOPERS (PWC) (2006), *HealthCast 2020: créer un futur durable*, 17 p.
- 344 - PRICEWATERHOUSE COOPERS (PWC) et ASSOCIATION FRANCAISE DES INVESTISSEURS EN CAPITAL (AFIC) (2002), *Comment les fonds d'investissements apprécient-ils le positionnement stratégique et commercial des entreprises ?*, 19 p.
- 345 - QUILLIEC C. (2009), "L'expérience de l'hôpital privé d'Antony (HPA)", *Regards de la FHP*, Journée Thématique "Urgences", n°62, p. 30-31
- 346 - QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (1995), *Manuel de recherche en science sociale*, Dunod, 2^{ème} édition, 287 p.
- 347 - RAINELLI M. (1993), *Économie industrielle*, Mémentos Dalloz, 2^{ème} édition, 137 p.
- 348 - ROUSSET R. (2001), *Direction d'établissement et actionnariat médical*, Mémoire de DESS, IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3, 62 p.
- 349 - ROVINSKY M. (2002), "Physician Input : A Critical Strategic-Planning Tool ", *Healthcare Financial Management*, pp. 36-38
- 350 - RUEFLI T.W. et WIGGINS R.R. (2003), "Industry, Corporate and Segment Effects and Business Performance : a Non-Parametric Approach", *Strategic Management Journal*, vol. 24, pp. 861-879
- 351 - RUMELT R.P. (1991), "How Much Does Industry Matter?", *Strategic Management Journal*, vol. 12, pp.167-185
- 352 - RUMELT R.P., SCHENDEL D. et TEECE D.J. (1991), "Strategic Management and Economics", *Strategic Management Journal*, vol. 12, pp. 5-29
- 353 - SAHGRON J. (2003), "Le résultat comptable : conception par les normalisateurs et perception par les analystes financiers ", *Comptabilité, Contrôle, Audit*, pp. 81-108
- 354 - SAUNDERS M., LEWIS P. et THORNHILL A. (2009), *Research methods for business students*, Prentice-Hall, 614 p.
- 355 - SAVALL H. et ZARDET V. (2004), *Recherche en Sciences de Gestion: Approche Qualimétrique, Observer l'objet complexe*, Economica, 432 p.
- 356 - SCHMALENSEE R. (1985), "Do markets differ much?", *American Economic Review*, vol. 75 : n°3, pp. 341-351
- 357 - SCHMALENSEE R. (1988), "Industrial economics: an overview", *The Economic Journal*, n°98, pp. 643-681
- 358 - SCHNEIDER J.E., OHSFELDT R.L., MORRISEY M.A., *et al.* (2007), "Effects of Specialty Hospitals on the Financial Performance of General Hospitals, 1997-2004", *Inquiry - Excellus Health Plan*, vol. 44 : n°3, pp. 321-334

- 359 - SCHNEIDER J.E., OHSFELDT R.L. ET BENTON J (novembre 2007), *The Effects of Physician-Owned Specialty Hospitals: A critical Review of the Evidence*, Health Economics Consulting Group LLC, 36 p.
- 360 - SCHUMANN T. (2008), "Hospital Financial Performance - Trends to Watch", *Health Financial Management*, pp. 59-66
- 361 - SEAR A.S. (1991), "Comparison of Efficiency and Profitability of Investor-Owned Multihospital Systems With Not-For-Profit Hospitals", vol. 16 : n°2, pp. 31-37
- 362 - SEASHORE S.E. (1983), "A framework for an integrative model of organizational effectiveness", in Cameron K.S., Whetten E., *Organizational effectiveness: a comparison of multiple models*, San Diego : Academic Press, pp. 55-70
- 363 - SERRE M. "De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°143, pp. 68-79
- 364 - SEVERIN E. (2006), *Restructuration de l'Entreprise : Théorie et Pratique*, Economica, 208 p.
- 365 - SHAFFER S. (1994), "Structure, conduct, performance and Welfare", *Review of Industrial Organization*, vol. 9, pp. 435-450
- 366 - SHEN Y.S., EGGLESTON K., LAU J., et al. (2007), "Hospital Ownership and Financial Performance : What Explains the Different Findings in the Empirical Litterature?", *Inquiry*, vol. 44 : n°1, pp. 41-68
- 367 - SHERMAN H.D. (1986), "Financial Reporting, Interpreting Hospital Performance with Financial Statement Analysis", *The Accounting Review*, vol. LXI : n° 3
- 368 - SHOEMAKER P. et SCHUHMAN T.M. (3 mai 2005), *Financial Performance of Specialty Hospitals versus General Hospitals*, Cost Report Data Resources, LLC, 19 p.
- 369 - SHORTELL S.M., MORRISON E.M. et FRIEDMAN B. (1990), *Strategic choices for America's hospitals: Managing change in turbulent times*, San Francisco : Jossey-Bass, 397 p.
- 370 - SICOTTE C., CHAMPAGNE F. et CONTANDRIOPOULOS A.-P. (1999), "La performance organisationnelle des organismes publics de santé", *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6 : n°1, pp. 34-46
- 371 - SICOTTE C., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., et al. (1998), "A conceptual framework for the analysis of Health Care Organisations' performance", *Health Services Management Research*, n°11, pp. 24-48
- 372 - SILBER D. (2009), *Mesurer la qualité des soins*, Institut Montaigne, 32 p.
- 373 - SILLERO A. (2002), *Diagnostic global d'entreprise*, Editions Eska, 264 p.
- 374 - SION M. (2010), *Profession, Directeur financier*, Dunod, 257 p.
- 375 - SMITH P.-C., E. MOSSIALOS ET I. PAPANICOLAS *Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expérience, défis et perspectives*, 28 p.
- 376 - SMITH R.L., ROUND D.K. et TRINTADE R. (2007), "Integrating strategic behaviour into competition analysis", *The Antitrust Bulletin*, vol. 52 : n°3, pp. 633-660
- 377 - STEINWALD A.B., COSGROVE J., FEIN H., et al. (2003), *Specialty Hospitals, Geographic Location, Services Provided, and Financial Performance*, United States General Accounting Office (GAO), 36 p.
- 378 - STEINWALD A.B., COSGROVE J., GAUMER J. ET PODULKA J. (mai 2005), *Specialty Hospitals : Information on Potential New Facilities*, United States Government Accountability Office (GAO), 12 p.
- 379 - STEINWALD A.B., ET AL. (18 avril 2003), *Specialty Hospitals: Information on National Market Share, Physician Ownership, and Patient Served*, United States General Accounting Office (GAO), 18 p.
- 380 - STEPHANY E. (1999), *Gestion financière*, Economica, 196 p.
- 381 - STEPHANY E. (2003), *La relation capital-risque / PME, Fondements et pratiques*, De Boeck, 231 p.
- 382 - STEVENOT-GUERY A. (2005), *La gouvernance des entreprises financées par capital-investissement : une analyse socio-cognitive de la relation capital-investisseur*, Thèse de doctorat, Université Nancy 2

- 383 - STEVENOT-GUERY A. (2006), "Conflits entre investisseurs et dirigeants, Une analyse en termes de gouvernance cognitive", *Revue française de gestion*, n°164, pp. 157-180
- 384 - STEVENOT-GUERY A. (2007), "Capital-investissement en syndication : les enjeux en termes de gouvernance disciplinaire et cognitive à partir d'une étude de cas multi-sites", *Revue française de gestion*, vol.10 : n°4, pp. 141-178
- 385 - STEWART B.G. (été 1994), "EVAT : Fact and Fantasy", *Journal of Applied Corporate Finance*, p. 75
- 386 - STOLOWY H. (2009), "Comptabilité créative", in COLASSE B., *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle et Audit*, Paris : Economica, 2^{ème} édition, pp. 187-195
- 387 - STRATEGOR POLITIQUE GÉNÉRALE DE L'ENTREPRISE (2005), Dunod, 4^{ème} édition, 960 p.
- 388 - SUCCI M., LEE S.-H. et ALEXANDER J.A. (1997), "Effects of Market Position and Competition on Rural Hospital Closures", *Health Services Research*, vol. 31 : n°6, pp. 679-699
- 389 - SUCCI M.J. et ALEXANDER J.A. (1999), "Physician involvement in Management and Governance : the Moderating Effects of Staff Structures and Composition", *Health Care Management Review*, vol. 24 : n°1, pp. 33-44
- 390 - TAGAKI J. (2006), "L'évolution du management des médecins américains", *Revue française de gestion*, n°168-169, pp. 55-81
- 391 - TANTI-HARDOUIN N. (1996), *L'hospitalisation privée, Crise identitaire et mutations sectorielles*, La Documentation Française, 205 p.
- 392 - TARONDEAU J.-C. (2010), "Les héritages du passé peuvent-ils expliquer les performances actuelles des firmes?", *Revue française de gestion*, n°201, pp. 27-43
- 393 - TEIL A. (2002), *Défi de la performance et vision partagée des acteurs. Application à la gestion hospitalière*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne, Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS), Université Jean Moulin Lyon 3, 399 p.
- 394 - TEIL A. et CLAVERANNE J.-P. (2002), "La performance hospitalière : nature, enjeux et implications", *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, pp. 337-347
- 395 - TENENHAUS M. (2007), *Statistique, Méthodes pour décrire, expliquer et prévoir*, Dunod, 679 p.
- 396 - THOMAS P. et PALFERY C. (1996), "Evaluation: stakeholder-focused criteria", *Social Policy and Administration*, vol. 30 : pp. 125-142
- 397 - TURPIN A. (2007), *Approche patrimoniale de la clientèle hospitalisée en clinique*, Thèse de doctorat en Droit, sous la direction de François Vialla, Université Montpellier I
- 398 - ULMANN P. et MESSEGER D. (2006), "L'avenir du système de santé en France", in *9^{ème} Rencontres financières des décideurs hospitaliers*, Paris : Gestions hospitalières, supplément au n°459
- 399 - UNION REGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX (URML) PAYS DE LA LOIRE (2009a), "Capitaux extérieurs dans les établissements et les sociétés médicales : quel impact ?", *Entreprise médicale et nouveaux périmètres de la santé*, 5^{ème} Rencontres de la Baule, 11 et 12 septembre, pp. 68-88
- 400 - UNION REGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX (URML) PAYS DE LA LOIRE (2009b), "Le médecin généraliste : gestionnaire de son territoire ?", *Entreprise médicale et nouveaux périmètres de la santé*, 5^{ème} Rencontres de la Baule, 11 et 12 septembre, pp. 51-66
- 401 - UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE LA LOIRE (URML) (2007), *Classification commune des actes médicaux et tarification à l'activité : impacts et prospective*, 3^{ème} Rencontres de la Baule, 37p.
- 402 - UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE LA LOIRE (URML) (2008), *Actes du Colloque 2008*, 37p.
- 403 - UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE (GAO) (1991), "Rural Hospitals, Federal Efforts Should Target Areas Where Closures Would Threaten Access to Care", *Report to Congressional Requesters*, 88 p.

- 404 - USUNIER J.-C., EASTERBY-SMITH M. et THORPE R. (2000), *Introduction à la recherche en gestion*, Economica, 2^{ème} édition, 133 p.
- 405 - VAILLANCOURT ROSENAU P. (2003), "Performance Evaluations of For-Profit and Nonprofit US Hospitals Since 1980", *Nonprofitmanagement and Leadership*, vol. 13 : n°4, pp. 401-423
- 406 - VALLANCIEN G., AUBART F. et CUQ P. (2008), *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens?*, Rapport à la demande de M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités et remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 45 p.
- 407 - VALVONA J. et SLOAN F.A. (1988), "Hospital Profitability and Capital Structure: A Comparative Analysis", *Health Services Research*, vol. 23 : n°3, pp. 344-357
- 408 - VASSELLE A. et CAZEAU B. (2008), *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) et de la commission des Affaires socialessur la gestion de l'hôpital*, Rapport au Sénat, 33 p.
- 409 - VEILLARD J., CHAMPAGNE F., KLAZINGA N., *et al.* (2005), "A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17 : n°6, pp. 487-496
- 410 - VERNIMMEN P., QUIRY P. et LE FUR Y. (2010), *Finance d'entreprise*, Dalloz, 1176 p.
- 411 - VINOT D. (2004), "Les paradoxes du management par projets à l'hôpital", in *Que faire de l'hôpital?*, Paris: L'Harmattan, pp.203-257.
- 412 - VINOT D. et TEIL A. (2007), "Le management des valeurs en santé : utopie ou nouveau paradigme de l'action pour les acteurs des établissements de santé ", *Cahiers hospitaliers*, pp. 6-8
- 413 - VOGEL W.B., LANGLAND-ORBAN B. et GAPENSKI L. (1993), "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Health Care Management Review*, vol. 18 : n°2, pp. 15-26
- 414 - WACHEUX F. (1996), *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*, Économica, 290 p.
- 415 - WALSH C. (2005), *Les ratios clés du management*, Village Mondial, 3^{ème} édition, 385 p.
- 416 - WEECH-MALDONADO R. (2002), "Impact of HMO Mergers and Acquisitions on Financial Performance", *Journal Of Health Care Finance*, vol. 29 : n°2, pp. 64-77
- 417 - WIESERMA M.F. et LIEBESKIND J.P. (1995), "The effects of leveraged buyouts on corporate growth and diversification in large firms", *Strategic Management Journal*, vol. 16 : pp. 447-460
- 418 - WILCOX-GÖK V. (2002), "The effects of for-profit status and system membership on the financial performance of hospitals", *Applied Economics*, vol. 34, pp. 479-489
- 419 - WILLIAMS D., HADLEY J. et PETTENGILL J. (1992), "Profits, Community Role, and Hospital Closure : An Urban and Rural Analysis", *Medical Care*, vol. 30 : n°2, pp. 174-187
- 420 - WILSON P.W. et CAREY K. (2004), "Nonparametric Analysis of Returns to Scale in The Hospital Industry", *Journal of Applied Econometrics*, n°19, pp. 504-524
- 421 - WRIGHT M. (2002), "Le capital-investissement", *Revue française de gestion*, n°141, pp. 283-302
- 422 - WRIGHT M., AMESS K., WEIR C., *et al.* (2009), "Private Equity and Corporate Governance: Retrospect and Prospect", *Corporate Governance: An International Review*, vol. 17 : n°3, pp. 353-375
- 423 - XERFI 700 (2008), "Marges et résultats des cliniques MCO (2003-2007)", in *Cliniques de court séjour MCO*, pp. 27-43
- 424 - XERFI 700 (2007), *Cliniques et établissements hospitaliers privés*, 116 p.
- 425 - XERFI 700 (2009), *Cliniques et établissements hospitaliers privés*, 121 p.
- 426 - YOUNIS M., FORGIONE D.A., KHAN M., *et al.* (2003), "Hospital Profitability in Florida", *Resarch in Healthcare Management*, vol. 8 : n°1, pp. 95-102
- 427 - YOUNIS M., RICE J. et BARKOULAS J. (2001), "An Empirical Investigation of Hospital Profitability in the Post - PPS Era", *Journal of Health Care Finance*, vol. 28: n°2, pp. 65-73

■ Bibliographie ■

- 428 - YOUNIS M.Z. et FORGIONE D.A. (2005), "Using return on equity and total profit margin to evaluate hospital performance in the U.S.: a piecewise regression analysis", *Journal of Health Care Finance*, vol. 31 : n°3, pp. 82-88
- 429 - YUCHTMAN E. et SEASHORE S.E. (1967), "A System Resource Approach to Organization Effectiveness", *American Sociological Review*, vol. 32 : n°6, pp. 891-903

Table des encarts, figures, tableaux et graphes

| | |
|---------------------------------|-----|
| <i>Table des encarts</i> | 443 |
| <i>Table des figures</i> | 443 |
| <i>Table des tableaux</i> | 444 |
| <i>Table des graphes</i> | 446 |

Table des encarts

| | |
|--|-----|
| ENCART 1 - LA THEORIE DE L'ACTION SOCIALE DE PARSONS..... | 33 |
| ENCART 2 - LE COUT MOYEN PONDERE DU CAPITAL (CMPC) | 50 |
| ENCART 3 - LES MULTIPLES ASPECTS DE LA CREATION DE VALEUR SELON CHRISTIAN HAORAU ET ROBERT TELLER..... | 56 |
| ENCART 4 - LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE D'ARTICLES PUBLIES DANS LES REVUES INTERNATIONALES | 84 |
| ENCART 5 - LES PROGRAMMES DE REMBOURSEMENT DES SOINS FINANCES PAR L'ETAT FEDERAL..... | 88 |
| ENCART 6 - LES MANAGED CARE ORGANIZATIONS (MCO) | 90 |
| ENCART 7 - L'EXEMPLE DE LA COUVERTURE <i>MEDICARE</i> , LES DISTORSIONS DE CE SYSTEME DE REMBOURSEMENT SELON BLACKSTONE ET FUHR..... | 93 |
| ENCART 8 - UNE ETUDE DES DIFFERENCES DE PERFORMANCE FINANCIERE ENTRE LES <i>FOR PROFIT</i> ET LES <i>NOT-FOR-PROFIT</i> | 98 |
| ENCART 9 - L'IDENTIFICATION DES CLINIQUES PRIVEES ET DE LEURS ACTIVITES : LE REPERTOIRE FINESS..... | 164 |
| ENCART 10 - LE PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION (PMSI)..... | 169 |
| ENCART 11 - LA METHODE D'ELABORATION DES SCORES DE DEFAILLANCE DES ENTREPRISES | 171 |
| ENCART 12 - LES PLANS HOPITAL 2007 ET 2012 | 196 |
| ENCART 13 - DEFINITIONS PROPOSEES PAR LA DREES DES DONNEES D'ACTIVITE DES HOPITAUX ET CLINIQUES..... | 205 |
| ENCART 14 - L'INTRODUCTION DE LA VERSION 11 (V11) DE LA CLASSIFICATION DES GHM EN 2009 | 211 |
| ENCART 15 - LE CAPITAL-INVESTISSEMENT EN SYNDICATION | 222 |
| ENCART 16 - LE MECANISME DU <i>LEVERAGED BUY OUT</i> (LBO)..... | 223 |
| ENCART 17 - LA POLITIQUE STRATEGIQUE DES PRINCIPALES SOCIETES FONCIERES INVESTISSANT DANS LE CHAMP DES CLINIQUES PRIVEES MCO | 229 |
| ENCART 18 - LES MODES DE SORTIE DES CAPITAL-INVESTISSEURS | 245 |
| ENCART 19 - METHODOLOGIE | 267 |
| ENCART 20 - LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE..... | 287 |
| ENCART 21 - LA MESURE DE LA SPECIALISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PAR LA DREES | 291 |
| ENCART 22 - LE CALCUL DES SCORES SUR LA CERTIFICATION V1 ET V2 DES CLINIQUES PRIVEES | 296 |
| ENCART 23 - ORGANISATION DU BLOC OPERATOIRE ET RESPONSABILITE DES CLINIQUES | 308 |
| ENCART 24 - LES COMMISSIONS MEDICALES D'ETABLISSEMENT DANS LE SECTEUR PRIVE A BUT LUCRATIF | 314 |
| ENCART 25 - L'ANALYSE EN COMPOSANTE PRINCIPALE (ACP) | 325 |
| ENCART 26 - LES STATISTIQUES DESCRIPTIVES : UN RAPPEL THEORIQUE..... | 358 |
| ENCART 27 - LES SCORES « Z » | 363 |
| ENCART 28 - L'IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS PRECAIRES DANS LA GESTION DES CLINIQUES PRIVEES | 373 |

Table des figures

| | |
|--|-----|
| FIGURE 1 - LES CHAMPS DE MESURE DE LA PERFORMANCE FINANCIERE | 45 |
| FIGURE 2 - DEFINITION RESTREINTE DE LA PERFORMANCE FINANCIERE : LES INDICATEURS DE RESULTAT ET DE RENTABILITE..... | 46 |
| FIGURE 3 - LES SOLDES INTERMEDIAIRES DE GESTION (SIG) | 47 |
| FIGURE 4 - PERFORMANCE FINANCIERE ET CREATION DE VALEUR | 49 |
| FIGURE 5 - PERFORMANCE FINANCIERE ET FINANCEMENT | 53 |
| FIGURE 6 - LE CHAMP D'ANALYSE DE LA PERFORMANCE FINANCIERE RETENU DANS CES TRAVAUX | 55 |
| FIGURE 7 - LE TRYPTIQUE STRUCTURE - COMPORTEMENT - PERFORMANCE..... | 66 |
| FIGURE 8 - REPRESENTATION SIMPLIFIEE DE LA CASCADE D'INDICATEURS DE FLUX DE TRESORERIE CALCULES SUR LA BASE DU RESULTAT NET DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 114 |
| FIGURE 9 - FAMILLES ET SOUS-FAMILLES DE VARIABLES EXPLICATIVES DE LA PERFORMANCE FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE RECENSEES DANS LES ETUDES D'IMPACT AMERICAINES | 149 |
| FIGURE 10 - LE PLAN DE RECHERCHE DE LA THESE..... | 159 |
| FIGURE 11 - L'INFLUENCE DES POUVOIRS PUBLICS SUR LES CONDITIONS DE BASE, LA STRUCTURE, LE COMPORTEMENT ET LA PERFORMANCE DES CLINIQUES PRIVEES DE COURT SEJOUR..... | 190 |
| FIGURE 12 - LES IMPACTS POTENTIELS DE LA T2A..... | 192 |
| FIGURE 13 - LE SYSTEME DE TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... | 194 |
| FIGURE 14 - L'ETUDE NATIONALE DES COUTS (ENC) DU SECTEUR EX-OQN : DEVELOPPEMENT DE L'OUTIL ET LIMITES.. | 198 |
| FIGURE 15 - REPARTITION DE L'ONDAM HOSPITALIER (CAMPAGNE TARIFAIRE 2010)..... | 199 |

| | |
|---|-----|
| FIGURE 16 - LES RISQUES ENCOURUS PAR LES INVESTISSEURS DANS UNE PRISE DE PARTICIPATION DANS LE GROUPE GENERALE DE SANTE EN 2009 | 227 |
| FIGURE 17 - LES CRITERES MAJEURS DE LA DECISION D'INVESTISSEMENT..... | 241 |
| FIGURE 18 - LA JUSTIFICATION DES ECONOMIES D'ECHELLE | 254 |
| FIGURE 19 - SEUILS DE CORRELATIONS ET CHOIX D'INDICATEURS | 324 |
| FIGURE 20 - LE RATIO DE RENTABILITE ECONOMIQUE (R1) | 329 |
| FIGURE 21 - DECOMPOSITION DU RATIO DE RENTABILITE ECONOMIQUE | 330 |
| FIGURE 22 - DES EXEMPLES DE LEVIERS GENERAUX D'AMELIORATION DE LA RENTABILITE ECONOMIQUE DES CLINIQUES | 331 |
| FIGURE 23 - LE RATIO DE PROFITABILITE ECONOMIQUE (R2)..... | 334 |
| FIGURE 24 - LE RATIO DE RENTABILITE FINANCIERE (R3) | 336 |
| FIGURE 25 - LA DECOMPOSITION DU RATIO DE RENTABILITE FINANCIERE | 337 |
| FIGURE 26 - LA SPIRALE DU SURENDETTEMENT..... | 338 |
| FIGURE 27 - REPRESENTATION SIMPLIFIEE DU RATIO R4 - PART DES FRAIS DE PERSONNEL / VALEUR AJOUTEE | 339 |
| FIGURE 28 - UNE REPRESENTATION SIMPLIFIEE DU RATIO D'AUTONOMIE FINANCIERE R5 - CAPITAUX PROPRES / CAPITAUX PERMANENTS..... | 341 |

Table des tableaux

| | |
|---|-----|
| TABLEAU 1 - LES PRINCIPAUX UTILISATEURS DE L'ANALYSE FINANCIERE..... | 40 |
| TABLEAU 2 EXEMPLES DE RATIOS MOBILISABLES DANS UNE ANALYSE DU FINANCEMENT DE L'ENTREPRISE..... | 54 |
| TABLEAU 3 - LES ACTIVITES A FAIBLES MARGES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE AMERICAINS | 93 |
| TABLEAU 4 - EVOLUTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE GENERAUX ET DES ETABLISSEMENTS DE SANTE SPECIALISES (PERIODE 2000-2005)..... | 101 |
| TABLEAU 5 - PRESENTATION GENERALE DES METHODES DE L'ANALYSE STATISTIQUE MULTIVARIEE UTILISEES PAR LES CHERCHEURS DANS LES ETUDES D'IMPACT | 109 |
| TABLEAU 6 - LES INDICATEURS DE COUT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... | 110 |
| TABLEAU 7 - LES INDICATEURS DE REVENU ET DE RESULTAT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... | 111 |
| TABLEAU 8 - LES INDICATEURS DE RENTABILITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... | 111 |
| TABLEAU 9 - LES INDICATEURS DE PROFITABILITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 112 |
| TABLEAU 10 - LES INDICATEURS DE CASH FLOW DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 113 |
| TABLEAU 11 - DES INDICATEURS DE GESTION DES CASH FLOW POUR MESURER LA PERFORMANCE FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 115 |
| TABLEAU 12 - LES RATIOS D'ENDETTEMENT ET DE FINANCEMENT DES IMMOBILISATIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 116 |
| TABLEAU 13 - LES INDICATEURS SPECIFIQUES A LA MESURE DE LA PERFORMANCE FINANCIERE DES SYSTEMES | 116 |
| TABLEAU 14 - LES RATIOS NON FINANCIERS UTILISES COMME VARIABLES DEPENDANTES POUR MESURER LA PERFORMANCE FINANCIERE..... | 117 |
| TABLEAU 15 - LES INDICATEURS DE TAILLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 119 |
| TABLEAU 16 - LES VARIABLES LIEES A LA STRUCTURE DE PROPRIETE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 121 |
| TABLEAU 17 - LES INDICATEURS DE PARTICIPATION DES ETABLISSEMENTS AUX MISSIONS D'ENSEIGNEMENT | 123 |
| TABLEAU 18 - LES VARIABLES DESCRIPTIVES DE L'ENVIRONNEMENT LOCAL DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 124 |
| TABLEAU 19 - LES CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'OFFRE DE SOINS..... | 125 |
| TABLEAU 20 - LES VARIABLES DE MESURE D'INTENSITE DE LA CONCURRENCE POUR LE RECRUTEMENT DES PATIENTS EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET ET A TEMPS PARTIEL | 126 |
| TABLEAU 21 - LES VARIABLES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... | 128 |
| TABLEAU 22 - LES VARIABLES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE (SUITE)..... | 129 |
| TABLEAU 23 - LES INDICATEURS D'ACTIVITE CARACTERISANT LA SOLVABILITE ET LA LOURDEUR DE LA PATIENTELE PRISE EN CHARGE PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... | 130 |
| TABLEAU 24 - LES INDICATEURS D'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 134 |
| TABLEAU 25 - LES INDICATEURS DU VOLUME DE LA MASSE SALARIALE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... | 136 |
| TABLEAU 26 - LES INDICATEURS DU VOLUME DE LA MASSE SALARIALE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE (SUITE)..... | 137 |
| TABLEAU 27 - LES INDICATEURS DE LA QUALITE DES SOINS..... | 140 |
| TABLEAU 28 - LES QUATRE ARCHETYPES DE LA STRATEGIE DEFINIS PAR SHORTELL, MORRISON ET FRIEDMAN | 142 |
| TABLEAU 29 - VARIABLES D'ANALYSE DE STRATEGIES DIVERSES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE | 144 |
| TABLEAU 30 - LES INDICATEURS DES STRATEGIES DE PRIX ET DE VOLUME DES ETABLISSEMENTS DE SANTE..... | 145 |
| TABLEAU 31 - LES INDICATEURS DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS..... | 147 |

| | |
|--|-----|
| TABLEAU 32 - DEFINITIONS DES QUATRE INDICATEURS DE QUALITE DES SOINS ET DU SCORE AGREGÉ | 167 |
| TABLEAU 33 - LES CLINIQUES PRIVEES ETUDIEES | 175 |
| TABLEAU 34 - VARIATION DU CHIFFRE D'AFFAIRES DES CLINIQUES PRIVEES MCO (DONNEES DREES, XERFI ET CTC CONSEIL) | 203 |
| TABLEAU 35 - ACTIVITE DES CLINIQUES EN HOSPITALISATION COMPLETE ET PARTIELLE | 206 |
| TABLEAU 36 - ÉVOLUTION DES EFFECTIFS SELON LE TYPE DE PRISE EN CHARGE, SECTEUR EX-OQN (SEJOURS ET JOURNEES EN MILLIERS) | 208 |
| TABLEAU 37 - ÉVOLUTION DES TARIFS PAR GRANDES DISCIPLINES DE SOINS..... | 209 |
| TABLEAU 38 - PART DES CLINIQUES DEFICITAIRES PAR ANNEE | 212 |
| TABLEAU 39 - TAUX DE MARGE DES CLINIQUES MIS EN EVIDENCE PAR LES DIVERS ORGANISMES PUBLIANT (PERIODE 2005- 2008)..... | 213 |
| TABLEAU 40 - VARIATION 2007-2008 ET PART DANS LE CHIFFRE D'AFFAIRES (CA) DES PRINCIPAUX POSTES DE CHARGE DES CLINIQUES PRIVEES MCO..... | 215 |
| TABLEAU 41 - LES OPERATIONS DE CAPITAL-INVESTISSEMENT IMPLIQUANT DES GROUPES HOSPITALIERS PRIVES..... | 224 |
| TABLEAU 42 - MARCHE DE L'INVESTISSEMENT IMMOBILIER EN SANTE, LES TRANSACTIONS SIGNIFICATIVES (2004-2010) | 229 |
| TABLEAU 43 - LES OUTILS JURIDIQUES DE LA COOPERATION HOSPITALIERE DES CLINIQUES PRIVEES | 256 |
| TABLEAU 44 - LA DESCRIPTION DE LA COOPERATION SELON LE STATUT | 258 |
| TABLEAU 45 - LES CLINIQUES FRANÇAISES MCO EN FONCTIONNEMENT PAR ANNEE..... | 267 |
| TABLEAU 46 - LE NOMBRE DE RACHATS PAR GROUPE D'ÉTABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF, PERIODE 2006-2008 | 268 |
| TABLEAU 47 - LES PARTS DE MARCHE (PDM) DES ACTIVITES MCO..... | 271 |
| TABLEAU 48 - RECOMMANDATIONS, RESERVES ET RESERVES MAJEURES FORMULEES PAR LES EXPERTS VISITEURS DE LA HAS SUR LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DES ÉTABLISSEMENTS ET NOMBRE DE CLINIQUES PRIVEES CONCERNEES | 306 |
| TABLEAU 49 - RECOMMANDATIONS, RESERVES ET RESERVES MAJEURES FORMULEES PAR LES EXPERTS VISITEURS DE LA HAS SUR L'ORGANISATION DU BLOC OPERATOIRE ET NOMBRE DE CLINIQUES PRIVEES CONCERNEES..... | 309 |
| TABLEAU 50 - RECOMMANDATIONS, RESERVES ET RESERVES MAJEURES FORMULEES PAR LES EXPERTS VISITEURS DE LA HAS SUR L'IMPLICATION DES PRATICIENS DE L'ÉTABLISSEMENT ET NOMBRE DE CLINIQUES PRIVEES CONCERNEES | 315 |
| TABLEAU 51 - PREMIERE BATTERIE D'INDICATEURS UTILISEE POUR ÉTABLIR UN SCORE DE PERFORMANCE FINANCIERE. | 321 |
| TABLEAU 52 - INDICATEURS MOBILISES DANS LA CONSTRUCTION D'UN SCORE DE PERFORMANCE FINANCIERE..... | 324 |
| TABLEAU 53 - LISTE DES RATIOS FINANCIERS RETENUS DANS L'ÉLABORATION DU SCORE DE PERFORMANCE FINANCIERE DES CLINIQUES PRIVEES | 327 |
| TABLEAU 54 - REGRESSION LOGISTIQUE SUR LES GROUPES DEFINIS A PARTIR DES RATIOS D'EXPLOITATION : INTERPRETATION DES SIGNES DES COEFFICIENTS SUR LES ÉTABLISSEMENTS DU GROUPE 1 | 344 |
| TABLEAU 55 - UN CLASSEMENT NON SATISFAISANT ELABORE SUR LA BASE DE LA CLASSIFICATION HIERARCHIQUE ASCENDANTE..... | 344 |
| TABLEAU 56 - EXRAIT DU CLASSEMENT DES CLINIQUES PRIVEES SUR LE SCORE FINANCIER (PERIODE 2004-2006) : | 347 |
| TABLEAU 57 - FAITS MARQUANTS DANS L'ÉVOLUTION DES CLINIQUES PRIVEES CLASSEES DANS LE DERNIER DECILE SUR LE SCORE DE PERFORMANCE FINANCIERE | 349 |
| TABLEAU 58 - LES VARIABLES : DEFINITIONS, PROPRIETES, TYPE ET SOURCES DES DONNEES | 353 |
| TABLEAU 59 - ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNEES DE L'ÉCHANTILLON..... | 357 |
| TABLEAU 60 - MATRICE DES CORRELATIONS ENTRE LES VARIABLES EXPLICATIVES | 363 |
| TABLEAU 61 - LES CORRELATIONS ENTRE LES VARIABLES A EXPLIQUER ET LES VARIABLES EXPLICATIVES..... | 364 |
| TABLEAU 62 - ÉTAPE 1 : TESTS DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE MENES SUR LES INDICATEURS DE MASSE SALARIALE | 368 |
| TABLEAU 63 - ÉTAPE 2 : TESTS DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE REALISES SUR LES VARIABLES DE MESURE DU VOLUME D'ACTIVITE | 372 |
| TABLEAU 64 - ÉTAPE 3 : TESTS DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE REALISES SUR LES VARIABLES DE MESURE DE LA QUALITE DES SOINS | 376 |
| TABLEAU 65 - ÉTAPE 4 : TESTS DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE SUR LA VARIABLE PROJET | 378 |
| TABLEAU 66 - ÉTAPE 7 : TESTS DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE REALISES SUR LES INDICATEURS DE L'EFFET "ACTIVITE" | 384 |
| TABLEAU 67 - ÉTAPE 8 : TESTS DE REGRESSION LINEAIRE MULTIPLE REALISES SUR LES VARIABLES DE MESURE DE L'EFFET « STRUCTURE » DES CLINIQUES PRIVEES DE COURT SEJOUR | 390 |
| TABLEAU 68 - LES MODELES LES PLUS INTEGRES DU SCORE DE PERFORMANCE FINANCIERE DES CLINIQUES PRIVEES DE COURT SEJOUR ET DE SES COMPOSANTES (RATIOS R1 A R5) | 392 |
| TABLEAU 69 - R ² AJUSTES DES TROIS EFFETS TESTES SUR CHAQUE VARIABLE DEPENDANTE DES MODELES LES PLUS INTEGRES DE PERFORMANCE FINANCIERE | 395 |

Table des graphes

| | |
|---|-----|
| GRAPHE 1 - STATISTIQUES PLAN HOPITAL 2012 : 1ERE TRANCHE (ETAT AU 10 FEVRIER 2010) | 196 |
| GRAPHE 2 - PART DES DOTATIONS MIGAC ATTRIBUEE AUX ETABLISSEMENTS EX-OQN | 197 |
| GRAPHE 3 - VARIATION (%) DU CHIFFRE D'AFFAIRES DES CLINIQUES PRIVEES DE COURT SEJOUR (2002-2008) | 204 |
| GRAPHE 4 - ÉVOLUTIONS TARIFAIRES ANNUELLES TOUTES DISCIPLINES CONFONDUES (PERIODE 2005-2011) | 209 |
| GRAPHE 5 - LE TAUX DE MARGE (RN / CA) DES CLINIQUES PRIVEES MCO, SSR ET PSY ENTRE 1992 ET 2008 | 212 |
| GRAPHE 6 - ÉVOLUTION DES TAUX DE MARGE NET (RESULTAT NET / CHIFFRE D'AFFAIRES) DES ETABLISSEMENTS PUBLICS EX-DG ET PRIVES A BUT LUCRATIF SUR LA PERIODE 2002 - 2007 | 213 |
| GRAPHE 7 - ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS AUTORISES ET DE LA VALEUR DES ACTIONS D'UN GROUPE SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE | 235 |
| GRAPHE 8 - ÉVOLUTION DU TAUX DE CROISSANCE DU SECTEUR DES SERVICES DE SANTE EUROPEENS ET DE CELLE DE L'INDUSTRIE EUROPEENNE DANS SON ENSEMBLE (MAI 2006 A JUIN 2007) | 236 |
| GRAPHE 9 - COMPOSITION DU SECTEUR DE L'HOSPITALISATION PRIVEE DE COURT SEJOUR FIN 2006 | 269 |
| GRAPHE 10 - COMPOSITION DU SECTEUR DE L'HOSPITALISATION PRIVEE DE COURT SEJOUR (MAI 2011) | 269 |
| GRAPHE 11 - LA REPRESENTATION GRAPHIQUE DE LA DISTRIBUTION DES OBSERVATIONS SUR LE RATIO DE LIQUIDITE GENERALE..... | 323 |
| GRAPHE 12 - LA REPRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS DE L'ACP | 326 |
| GRAPHE 13 - ACP REALISEE SUR LA BASE DE LA CAH A DEUX GROUPES | 342 |
| GRAPHE 14 - GRAPHE DE DISPERSION DU RATIO D'AUTONOMIE FINANCIERE (R5) AVANT RETRAITEMENT DES VALEURS EXTREMES | 356 |
| GRAPHE 15 - GRAPHE DE DISPERSION DU RATIO D'AUTONOMIE FINANCIERE (R5) APRES RETRAITEMENT DES VALEURS EXTREMES | 356 |
| GRAPHE 16 - GRAPHIQUE DE DISPERSION DES RESIDUS STANDARDISES SUR LA VARIABLE LOURDEUR..... | 356 |
| GRAPHE 17 - DISTRIBUTION DES CLINIQUES PRIVEES SUR LE RATIO CHARGES DE PERSONNEL / VALEUR AJOUTEE (R4) .. | 359 |
| GRAPHE 18 - DISTRIBUTION DES LITS ET PLACES DES CLINIQUES PRIVEES | 360 |
| GRAPHE 19 - NOMBRE DE GHM COMPOSANT 80 % DU CASEMIX DES CLINIQUES PRIVEES DE COURT SEJOUR | 361 |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| TITRE 1. DE LA LITTERATURE AU DESIGN DE LA RECHERCHE | 11 |
| CHAPITRE 1 LES REFERENTIELS DE LA PERFORMANCE DES CLINIQUES PRIVEES | 15 |
| <i>Section 1. La performance hospitalière et ses fondements théoriques</i> | <i>17</i> |
| 1. Le développement d'un impératif de recherche de performance en santé..... | 18 |
| 1.1. De la performance du système à la performance hospitalière..... | 18 |
| 1.1.1. La performance des systèmes de santé et sa mesure..... | 18 |
| 1.1.2. Les causes du développement de la mesure de la performance : le cas français..... | 20 |
| 1.2. La performance hospitalière : un levier de la performance du système..... | 21 |
| 1.2.1. Une généralisation de la gestion des hôpitaux par la performance..... | 22 |
| 1.2.2. Les écueils de la mesure de la performance hospitalière..... | 23 |
| 2. Remettre de l'ordre dans la diversité : les modélisations de la performance et sa mesure..... | 25 |
| 2.1. La performance hospitalière : un concept protéiforme..... | 26 |
| 2.1.1. Les « pré-requis » à la définition d'un cadre conceptuel de la performance : l'identification du champ, de l'évaluateur et de ses objectifs..... | 26 |
| 2.1.2. Les indicateurs de la performance hospitalière : une dépendance au champ et à la définition retenue de la performance..... | 28 |
| 2.2. Les approches théoriques de la performance : des modèles multiples, une performance relative.... | 29 |
| 2.2.1. Les modèles unidimensionnels de la performance..... | 29 |
| 2.2.2. Les modèles intégrateurs canadien et français de la performance des organisations de santé..... | 33 |
| 3. Les enseignements de ces modèles théoriques pour nos travaux..... | 35 |
| <i>Section 2. La performance financière et ses référentiels de mesure</i> | <i>38</i> |
| 1. L'analyse financière : un instrument d'évaluation des performances des entreprises..... | 39 |
| 1.1. L'analyse financière, une boîte à outils de mesure de la performance..... | 39 |
| 1.2. Une mesure de la performance façonnée par son système d'information : la comptabilité, un construit social..... | 42 |
| 1.2.1. Des principes comptables limitant le champ de vision de l'analyste et influençant la formation du résultat de l'entreprise..... | 42 |
| 1.2.2. Une performance financière façonnée par la politique comptable et la « comptabilité créative »..... | 44 |
| 2. La performance financière, une mesure à géométrie variable..... | 45 |
| 2.1. Une mesure des résultats et de la rentabilité au centre du référentiel..... | 45 |
| 2.2. Performance financière et création de valeur..... | 49 |
| 2.2.1. La création de valeur : la mesure d'un <i>surplus monétaire</i> | 49 |
| 2.2.2. Des indicateurs de performance s'insérant dans le référentiel théorique de la création de valeur actionnariale..... | 51 |
| 2.2.3. Les indicateurs de création de valeur : des mesures de performance boursière et de performance interne de l'entreprise..... | 52 |
| 2.3. Performance financière et financement..... | 53 |
| 3. Le périmètre de la performance financière retenu dans nos travaux..... | 55 |
| <i>Section 3. Les apports de l'économie industrielle et de la stratégie dans la construction d'une grille de lecture</i> | <i>58</i> |
| 1. Le tryptique structure-comportement-performance (S-C-P) : la structure, principal déterminant de la performance d'une industrie..... | 59 |
| 1.1. Un modèle né des insuffisances de la microéconomie..... | 59 |
| 1.1.1. Du capitalisme industriel à l'économie industrielle..... | 60 |

| | | |
|--------|--|----|
| 1.1.2. | La remise en cause des principes de microéconomie..... | 61 |
| 1.1.3. | La formulation du modèle S-C-P, les travaux précurseurs de Mason et de Bain | 63 |
| 1.2. | Le tryptique structure-comportement-performance..... | 64 |
| 1.2.1. | Le modèle structure-comportement-performance, un cadre général pour l'analyse des performances sectorielles..... | 64 |
| 1.2.2. | Les déterminants des performances d'une industrie : les barrières à l'entrée et le niveau de concentration du secteur..... | 67 |
| 1.3. | Les principales limites du modèle S-C-P : un modèle statique et une minimisation des comportements des entreprises..... | 69 |
| 2. | La recherche des déterminants individuels de la performance des firmes, une préoccupation majeure de la stratégie d'entreprise | 71 |
| 2.1. | Les apports des économistes dans la compréhension des déterminants de la performance des firmes..... | 72 |
| 2.2. | Les déterminants de la performance en stratégie d'entreprise..... | 72 |
| 2.2.1. | De l'économie industrielle à la stratégie d'entreprise : les travaux de Michael Porter | 72 |
| 2.2.2. | La reconnaissance du rôle des ressources internes de la firme comme déterminant de la performance..... | 74 |
| 2.3. | Les études empiriques des déterminants de la performance : effet « firme » ou effet « industrie » ?..... | 75 |
| 3. | Les apports des économistes et des stratèges pour nos travaux..... | 77 |
| 3.1. | Le paradigme S-C-P, un outil puissant sur le plan pratique | 77 |
| 3.2. | L'identification des déterminants majeurs de la performance | 78 |

CHAPITRE 2 LES DETERMINANTS DE LA PERFORMANCE FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : LE MODELE AMERICAIN..... 83

Section 1. Les turbulences du marché des soins américain et leurs impacts dans la gestion financière des établissements de santé..... 86

| | | |
|--------|---|-----|
| 1. | Des recherches d'impacts sur la performance financière liées à la structuration de l'assurance santé | 86 |
| 1.1. | Les assurances privées : le développement des Managed Care Organization (MCO) à l'origine d'une pression concurrentielle accrue pour les établissements de santé | 87 |
| 1.1.1. | Le système de remboursement des soins aux États-Unis : un pari sur le développement du secteur privé..... | 87 |
| 1.1.1. | Les conséquences pour les établissements de santé : une intensification des concentrations... .. | 89 |
| 1.1.2. | Les recherches sur la performance financière suite aux opérations de regroupement d'établissements : des liens peu évidents | 91 |
| 1.2. | Les autres évolutions sectorielles sources de mise en tension des établissements de santé : le progrès technique, la qualité des soins et le système de tarification..... | 92 |
| 1.2.1. | La mise en place du <i>Prospective Payment System (PPS)</i> : une tarification cause de difficultés financières supplémentaires pour les établissements de santé..... | 92 |
| 1.2.2. | Les technologies de l'information : un gisement de performance ? | 94 |
| 1.2.3. | Pénurie de main d'œuvre et économies sur les coûts salariaux, quels impacts sur la performance financière des établissements de santé ?..... | 95 |
| 1.2.4. | Une préoccupation plus récente : un contrôle des démarches d'amélioration de la qualité des soins sur la performance financière des établissements de santé | 95 |
| 2. | Le développement du secteur privé à but lucratif au cœur du débat sur la performance financière des établissements de santé | 96 |
| 2.1. | Le développement des conglomérats du secteur privé à but lucratif : des recherches sur des organisations réputées pour leur bonne gestion financière | 96 |
| 2.1.1. | Le développement du secteur privé à but lucratif ou la naissance d'un secteur objet de débats controversés..... | 97 |
| 2.1.2. | Les <i>for profit</i> , un modèle d'efficience ? | 98 |
| 2.2. | Les établissements de santé spécialisés, un nouveau champ de recherche en management hospitalier | 100 |
| 2.2.1. | Les hôpitaux spécialisés, un développement dans une brèche laissée entrouverte par le Congrès américain..... | 100 |
| 2.2.2. | But lucratif et actionariat médical : de nombreuses problématiques de recherche sous-jacentes..... | 102 |

Section 2. Les recherches sur les facteurs de performance financière des établissements de santé : de la richesse des analyses à une difficile généralisation des résultats..... 105

| | |
|--|------------|
| 1. Les indicateurs financiers : une préférence accordée à la profitabilité et au <i>cash flow</i> dégagés par les établissements de santé..... | 105 |
| 1.1. La méthodologie d'analyse des données financières : un chercheur confronté à la diversité des méthodes..... | 106 |
| 1.1.1. Un choix des variables financières dominé par la subjectivité..... | 106 |
| 1.1.2. Un invariant des études : un recours aux méthodes d'analyse statistique explicatives..... | 108 |
| 1.2. Coûts, résultats, rentabilité et profitabilité : des indicateurs classiques le plus souvent utilisés pour caractériser la performance financière des établissements de santé..... | 109 |
| 1.2.1. Les indicateurs de coût : des dépenses d'exploitation au centre des analyses..... | 109 |
| 1.2.2. Les indicateurs de revenu et de résultat : des indicateurs pertinents de mesure de la performance financière..... | 110 |
| 1.2.3. Les indicateurs de cash flow : des mesures appréciées pour le réalisme de la situation financière qu'elles traduisent..... | 112 |
| 1.2.4. Un faible recours aux ratios d'endettement et aux indicateurs non financiers pour mesurer la performance financière des établissements de santé américains..... | 115 |
| 2. Les variables indépendantes à visée explicative : les environnements interne et externe des établissements de santé passés au crible..... | 117 |
| 2.1. Les caractéristiques structurelles des établissements de santé : une absence de consensus sur les impacts de la taille et de la structure de propriété..... | 118 |
| 2.1.1. La taille : un impact certain mais indéterminé sur la performance financière..... | 118 |
| 2.1.2. La structure de propriété : des variables de mesure ne se suffisant pas à elles-mêmes pour expliquer la performance financière des établissements de santé..... | 120 |
| 2.1.3. Une participation aux missions d'enseignement : un facteur associé à un faible niveau de performance financière..... | 123 |
| 2.2. L'environnement des établissements : un impact le plus souvent avéré..... | 124 |
| 2.2.1. Les caractéristiques de marché : un impact vérifié de la situation géographique et de la concurrence des établissements de santé..... | 124 |
| 2.2.2. Des indicateurs de la demande corrélés au niveau de performance financière des établissements : la lourdeur des cas pris en charge et la solvabilité des patients..... | 128 |
| 2.3. Le management opérationnel des établissements de santé : la productivité du management en réponse au changement d'environnement..... | 133 |
| 2.3.1. La durée moyenne de séjour (DMS) et le taux d'occupation : un impact sur la performance financière difficile à établir..... | 133 |
| 2.3.2. La gestion du personnel : un impact certain sur les coûts et une implication des médecins dans la gestion des établissements à modérer..... | 135 |
| 2.3.3. Les indicateurs de mesure de la qualité des soins, un impact neutre à positif sur une moyenne période de temps..... | 140 |
| 2.4. La spécialisation, les investissements dans les nouvelles technologies et un faible endettement, des vecteurs de performance financière des établissements de santé..... | 142 |
| 2.4.1. Des avantages certains de la spécialisation parfois difficiles à montrer..... | 142 |
| 2.4.2. Les stratégies d'investissement et de financement : un faible endettement et un recours aux nouvelles technologies, des facteurs de performance financière..... | 146 |
| CHAPITRE 3 LE DESIGN DE LA RECHERCHE..... | 153 |
| <i>Section 1. Les fondements épistémologiques de la recherche.....</i> | <i>154</i> |
| 1. Le choix d'une posture post-positiviste face à la difficulté de saisir un phénomène complexe dans sa globalité..... | 154 |
| 2. Une logique de recherche de type hypothético-déductive empreinte, dans sa phase finale, d'une logique inductive..... | 155 |
| <i>Section 2. Les matériaux de la recherche.....</i> | <i>158</i> |
| 1. Un plan de recherche fondé sur les études existantes..... | 158 |
| 2. Un matériau majeur pour la recherche : une base de données sur les cliniques privées..... | 161 |
| 2.1. Les données financières des cliniques privées : des retraitements nombreux et fastidieux..... | 162 |
| 2.1.1. L'extraction des données..... | 162 |
| 2.1.2. Les retraitements réalisés sur les données financières..... | 163 |
| 2.2. Les données sur la qualité des soins et l'activité des cliniques privées : des extractions coûteuses en temps..... | 165 |
| 2.2.1. Les données recensées sur la qualité des soins..... | 165 |
| 2.2.1.1. Les données extraites des rapports de certification des établissements de santé diffusés par la Haute Autorité de Santé (HAS)..... | 165 |
| 2.2.1.2. Le tableau de bord de la qualité des soins diffusé par le ministère de la Santé..... | 166 |

| | | |
|---|---|------------|
| 2.2.2. | Les données recensées sur l'activité des cliniques privées..... | 167 |
| 2.2.2.1. | Les données extraites du site internet Platines..... | 167 |
| 2.2.2.2. | Les données collectées dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) .. | 168 |
| 2.2.2.3. | Les données collectées dans la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)..... | 168 |
| 2.3. | La construction d'une base recensant l'appartenance des cliniques privées à un groupe | 169 |
| 3. | Les spécificités de l'étude empirique..... | 170 |
| 3.1. | L'élaboration d'un score de performance financière des cliniques privées de court séjour | 170 |
| 3.2. | Une étude complémentaire « qualitatif » les résultats des statistiques : des entretiens menés auprès des dirigeants de cliniques privées..... | 173 |
| 3.2.1. | Les objectifs des entretiens..... | 173 |
| 3.2.2. | L'approche méthodologique des entretiens | 174 |
| CONCLUSION DU PREMIER TITRE..... | | 181 |
| TITRE 2. ETUDE EMPIRIQUE | | 185 |
| CHAPITRE 1 LE CONTEXTE FRANÇAIS : LA REGULATION ET SES EFFETS D'IMPACT | | 189 |
| <i>Section 1. Le poids de la régulation publique illustré par l'exemple de l'encadrement tarifaire des cliniques privées.....</i> | | <i>192</i> |
| 1. | La T2A : un système de financement complexe et évolutif | 193 |
| 1.1. | Un financement mixte de l'activité des cliniques privées..... | 193 |
| 1.2. | Une convergence tarifaire intersectorielle facilitée par une déconnexion entre les coûts des prestations et leurs tarifs | 197 |
| 1.2.1. | Une dynamique de financement évoluant dans un cadre contraint par l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (Ondam) | 197 |
| 1.2.2. | Les dispositifs de convergence progressive intra et inter sectorielle des tarifs..... | 199 |
| 2. | Les rouages du dispositif T2A : quels impacts sur l'activité et la performance d'exploitation des cliniques privées ? | 201 |
| 2.1. | Un ralentissement de la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées : la recherche de causes dans l'évolution des effets prix et volume du chiffre d'affaires médical..... | 203 |
| 2.1.1. | Le chiffre d'affaires des cliniques privées : un taux de croissance en perte de dynamisme sur la période 2005-2008 | 203 |
| 2.1.2. | L'identification des causes de la variation du chiffre d'affaires des cliniques : l'impact des effets « prix » et « volume »..... | 204 |
| 2.1.2.1. | L'effet volume : des tendances en cours dans l'évolution de l'activité des cliniques MCO antérieures à 2005 | 205 |
| 2.1.2.2. | L'effet prix, des modulations tarifaires nombreuses aux effets parfois non visibles au niveau du secteur..... | 208 |
| 2.2. | La baisse de la rentabilité : des cliniques de court séjour victimes de l'effet ciseau | 211 |
| 2.2.1. | Le constat d'une baisse de la performance d'exploitation des cliniques privées de court séjour..... | 211 |
| 2.2.2. | Une baisse de la rentabilité du secteur liée à une faible progression de l'activité couplée à une hausse du montant des charges..... | 214 |
| 2.2.2.1. | Une progression de la part des charges d'exploitation dans le chiffre d'affaires des cliniques | 214 |
| 2.2.2.2. | Des charges exceptionnelles sur opération de gestion liées aux contrôles T2A d'un montant parfois élevé pour les cliniques privées | 215 |
| <i>Section 2. Les effets d'impact de la régulation publique.....</i> | | <i>219</i> |
| 1. | L'hospitalisation privée, un secteur LBO'able..... | 219 |
| 1.1. | Les acteurs du capital investissement et la diversité de leurs interventions dans le secteur hospitalier privé..... | 220 |
| 1.1.1. | Le secteur MCO, un domaine attirant les convoitises des spécialistes de la transmission et du développement..... | 221 |
| 1.1.2. | Les capitaux médicaux : quel intérêt pour la finance ? | 226 |
| 1.1.2.1. | Le « document de référence » de la Générale de Santé : une illustration des risques encourus par les investisseurs..... | 227 |
| 1.1.2.2. | Les facteurs favorisant l'entrée des investisseurs dans le secteur sanitaire | 233 |

| | |
|--|------------|
| 1.2. Des craintes des acteurs du monde hospitalier aux impacts avérés des capital investisseurs (CI) recensés dans la littérature financière | 236 |
| 1.2.1. Les impacts de l'entrée des capital-investisseurs sur la gouvernance et l'organisation des entreprises cibles : des effets certains et variables..... | 237 |
| 1.2.1.1. La nouvelle gouvernance des cibles : un système orienté sur la minimisation des coûts d'agence..... | 237 |
| 1.2.1.2. Une rationalisation des coûts au service du remboursement de la dette : des impacts plus ou moins forts sur la politique de ressources humaines des entreprises cibles..... | 240 |
| 1.2.2. Les impacts stratégiques de l'entrée des capital-investisseurs : une absence de réponses simples | 241 |
| 1.2.3. Les impacts potentiels de l'entrée des capital-investisseurs sur les résultats financiers des cibles : une hétérogénéité des réponses apportées par les chercheurs..... | 246 |
| 2. Le rapprochement d'entreprises comme réponse aux contraintes de l'environnement..... | 248 |
| 2.1. Les fondements et motivations des rapprochements d'établissements : le rôle moteur de la recherche d'une masse critique..... | 249 |
| 2.1.1. Une politique incitative des autorités de tutelle à coopérer : un stimulant exogène | 249 |
| 2.1.2. L'atteinte d'une masse critique et la mutualisation de moyens : des impératifs de survie pour les cliniques privées..... | 251 |
| 2.1.2.1. Une mise en commun de moyens nécessaire en raison des contraintes financières et des difficultés de recrutement..... | 252 |
| 2.1.2.2. Les économies d'échelle : des économies de coûts résultant des avantages attendus de la taille optimale..... | 253 |
| 2.2. Des alliances coopératives au service d'une stratégie de coopération désormais plus fréquente entre hôpitaux et cliniques | 255 |
| 2.2.1. Une diversité des outils juridiques des alliances coopératives entre établissements de santé | 255 |
| 2.2.2. Une croissance des alliances de type hôpital-clinique | 257 |
| 2.3. Un mode de développement privilégié des cliniques privées : la croissance externe par fusions-acquisitions..... | 261 |
| 2.3.1. Les logiques stratégiques sous-jacentes aux opérations de fusions-acquisitions horizontales | 261 |
| 2.3.1.1. Les fusions-acquisitions horizontales de cliniques privées : des opérations à caractère offensif ou défensif conduisant à la concentration du secteur..... | 262 |
| 2.3.1.2. Des opérations nées d'un besoin de diversification des activités et de différenciation des établissements..... | 264 |
| 2.3.2. La frénésie des rachats : un état des lieux de la consolidation du secteur hospitalier privé..... | 266 |
| | |
| CHAPITRE 2 L'IDENTIFICATION ET LA CONJUGAISON DES EFFETS « STRUCTURE », « ACTIVITE » ET « MANAGEMENT »..... | 275 |
| | |
| <i>Section 1. L'effet « structure »</i> | <i>277</i> |
| 1. L'appartenance à un grand groupe de cliniques privées..... | 277 |
| 2. La taille des cliniques privées | 278 |
| | |
| <i>Section 2. L'effet « activité »</i> | <i>282</i> |
| 1. La lourdeur des cas pris en charge..... | 282 |
| 2. L'activité non programmée : la présence d'un service d'urgences | 284 |
| 3. La part des prises en charge en hospitalisation partielle..... | 286 |
| 4. La spécialisation des cliniques privées | 289 |
| | |
| <i>Section 3. L'effet « management »</i> | <i>293</i> |
| 1. La qualité des soins..... | 293 |
| 2. La gestion des capacités en lits et places..... | 297 |
| 3. Le poids de la masse salariale | 300 |
| 4. Les objectifs stratégiques et la mise en œuvre du projet d'établissement | 303 |
| 5. L'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire..... | 307 |
| 6. L'implication des praticiens dans la gestion des cliniques privées | 310 |
| | |
| CHAPITRE 3 LA FORMULATION D'UN SCORE DE PERFORMANCE FINANCIERE DES CLINIQUES PRIVEES..... | 319 |
| | |
| <i>Section 1. L'élaboration du score de performance financière et les résultats obtenus</i> | <i>320</i> |

| | |
|--|-----|
| 1. Le choix des indicateurs de performance financière : un « scanner » de la société d'exploitation..... | 320 |
| 1.1. Une première série d'indicateurs : un panel large..... | 321 |
| 1.2. Une difficulté singulière des études financières : le retraitement des valeurs aberrantes et extrêmes..... | 322 |
| 1.3. Le constat d'un échec des premières modélisations statistiques..... | 325 |
| 2. Les indicateurs retenus dans l'élaboration du score final : des cliniques discriminées sur leur bonne gestion..... | 326 |
| 2.1. Les composantes du score de performance financière..... | 327 |
| 2.1.1. La rentabilité économique, un outil essentiel d'orientation de la gestion des cliniques privées..... | 328 |
| 2.1.2. Le taux de marge, une mesure de la maîtrise des ressources dégagées par l'activité..... | 332 |
| 2.1.3. La rentabilité financière, un indicateur d'une bonne gestion à coupler à l'analyse d'autres ratios financiers..... | 335 |
| 2.1.4. La gestion des ressources en personnel, la source d'un véritable avantage concurrentiel..... | 338 |
| 2.1.5. L'autonomie financière : un ratio de mesure de la vulnérabilité des cliniques privées..... | 340 |
| 2.2. La détermination statistique du score : la modélisation retenue..... | 341 |
| 2.2.1. L'identification de deux groupes de cliniques réalisée au moyen d'une classification hiérarchique ascendante (CAH)..... | 342 |
| 2.2.2. Un score de performance financière déterminé au moyen d'une analyse en composante principale (ACP)..... | 343 |
| 2.2.2.1. Un premier classement non satisfaisant déterminé à partir d'une régression logistique..... | 343 |
| 2.2.2.2. La méthode statistique retenue dans le classement des cliniques : l'analyse en composante principale (ACP)..... | 345 |
| 2.2.3. Les limites du score de performance financière..... | 348 |

Section 2. L'identification des déterminants de la performance financière des cliniques privées: résultats statistiques et regards croisés des dirigeants..... 351

| | |
|---|-----|
| 1. Les analyses univariées et bivariées : les premiers enseignements de la base de données..... | 354 |
| 1.1. Les variables financières à expliquer : les retraitements effectués et la présentation des données..... | 354 |
| 1.1.1. Des retraitements des données financières nécessaires à la validation des prémisses des analyses de régression linéaire..... | 354 |
| 1.1.2. Les variables dépendantes : les résultats financiers des cliniques privées après retraitement des valeurs extrêmes..... | 358 |
| 1.1.3. Les analyses de distribution des variables indépendantes : un éclairage des spécificités du secteur hospitalier privé..... | 360 |
| 1.2. L'analyse bivariée : un apport d'indices sur la nature des déterminants de la performance financière des cliniques privées..... | 362 |
| 2. Les résultats des analyses multivariées : convergences et divergences avec le discours des dirigeants de cliniques privées..... | 366 |
| 2.1. L'effet « management » : un impact statistique fort et significatif sur la performance financière des cliniques privées reconnu par les dirigeants..... | 366 |
| 2.1.1. Les variables de mesure d'efficacité de la gestion des ressources humaines : une convergence des résultats statistiques et du discours des dirigeants..... | 367 |
| 2.1.2. Le volume d'activité : des variables dont la significativité statistique varie en fonction des variables financières considérées et un fort effet confirmé par les dirigeants..... | 370 |
| 2.1.3. La qualité des soins : un impact statistique avéré sur la performance financière des cliniques privées non validé à l'unanimité par les dirigeants..... | 374 |
| 2.1.4. Le projet d'établissement : une convergence entre impact statistique et discours des dirigeants..... | 377 |
| 2.1.5. L'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire : une absence d'impact statistique non validée par les dirigeants de cliniques privées..... | 379 |
| 2.1.6. L'implication des praticiens : un conflit entre des résultats statistiques non significatifs et le discours des dirigeants..... | 380 |
| 2.2. L'effet « activité » : un impact statistique plus faible sur les indicateurs financiers et un effet discuté par les directeurs de cliniques privées..... | 381 |
| 2.2.1. Le constat d'un impact statistique opposé au sens prédit d'un fort développement de l'activité ambulatoire : les explications des dirigeants de cliniques privées..... | 381 |
| 2.2.2. La présence d'un service d'urgences : un prédicteur majeur du ratio de rentabilité économique et des dirigeants partagés sur son impact..... | 382 |
| 2.2.3. La prise en charge de cas lourds et la spécialisation des activités : un conflit entre les résultats statistiques et le discours des directeurs..... | 385 |
| 2.3. Les variables de l'effet « structure » : une convergence partielle entre résultats statistiques et discours des dirigeants..... | 387 |
| 2.3.1. L'appartenance à un groupe : une hypothèse validée statistiquement sur le ratio d'autonomie financière et un impact confirmé par les directeurs..... | 387 |

| | |
|--|------------|
| 2.3.2. La taille des cliniques privées : un impact statistique significatif sur le ratio de charges de personnel et reconnaissance par les dirigeants de l'impact d'une taille « critique » des établissements | 391 |
| 3. Discussion autour des modèles les plus intégrés de performance financière des cliniques privées | 393 |
| 3.1. Des conditions de validité théoriques et pratiques des modèles révélant une limite importante : des variables explicatives aux impacts modérés | 393 |
| 3.1.1. Une significativité statistique théorique satisfaisante des modèles de performance financière les plus intégrés | 394 |
| 3.1.2. La significativité pratique des régressions : un pouvoir explicatif global modéré des modèles de performance financière les plus intégrés | 394 |
| 3.1.3. Les autres déterminants majeurs de la performance financière identifiés par les dirigeants de cliniques privées | 396 |
| 3.1.3.1. Le loyer versé par les cliniques privées à la SCI | 397 |
| 3.1.3.2. Les revenus des prestations annexes : un impact reconnu de la politique hôtelière sur la performance financière des cliniques privées | 397 |
| 3.1.3.3. Des investissements dans les murs et dans les nouvelles technologies sources de déséquilibres financiers épisodiques et parfois durables | 398 |
| 3.2. Les autres limites de l'étude empirique | 399 |
| CONCLUSION DU DEUXIEME TITRE | 405 |
| CONCLUSION GENERALE | 413 |
| BIBLIOGRAPHIE | 421 |
| TABLE DES ENCARTS, FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHERS | 441 |
| TABLE DES MATIERES | 447 |
| ANNEXES | 455 |

Annexe 1 - Guide d'entretien des directeurs de cliniques privées MCO.....457

Annexe 2 – Des exemples de combinaisons de facteurs conduisant à des situations de performance ou de non performance des cliniques privées463

Annexe 1 - Guide d'entretien des directeurs de cliniques privées MCO

Introductif :

- merci d'avoir accepté de nous rencontrer... (présentation de l'IFROSS)
- Je réalise une thèse sur la performance financière des cliniques privées MCO et recherche plus particulièrement à **comprendre les fondements de la performance financière des cliniques privées de court séjour en définissant les facteurs et les combinaisons de facteurs qui l'influencent.**
- Nous tentons d'identifier ces facteurs et combinaisons de facteurs par deux moyens :
 - **une étude statistique** : cette étude a pour objet de définir un score de performance financière et à partir des données disponibles dans les bases de données diffusées auprès du grand public (qualité, activité, *etc.*) d'observer statistiquement l'impact de certaines variables sur le score de performance financière.
 - **Une étude qualitative** par des entretiens menés auprès des dirigeants de clinique. En effet, dans ce travail, les comptes des sociétés d'exploitation sont la clé d'entrée dans l'organisation et la stratégie des cliniques. Cependant les résultats financiers ne donnent qu'une vue partielle de la clinique et de son environnement d'où la nécessité d'organiser des rencontres avec des directeurs d'établissement. **Ces entretiens ont pour objectifs :**
 - **de confronter les résultats des statistiques à la perception qu'ont les dirigeants de la performance et des facteurs qui l'influencent**
 - **d'identifier des combinaisons de facteurs ou situations de rente (positionnement géographique ou autre), et ainsi, de comprendre les relations de cause à effet, les différents contextes**
 - **les raisons qui expliquent les difficultés financières des cliniques (erreur de stratégie, difficultés organisationnelles)**
 - **Les grands thèmes abordés au cours de l'entretien sont les suivants :**
 - La structure juridique de la clinique,
 - L'environnement : le secteur des cliniques privées en France, l'environnement local puis, la clinique et ses projets,
 - Votre tableau de bord
 - En fin d'entretien, nous vous demanderons de récapituler les principaux facteurs qui, selon vous influencent la performance financière des cliniques.

1. Le directeur et sa clinique

1.1. La structure juridique de la clinique

L'idée est de comprendre s'il existe une fuite des flux de revenus touchés par la clinique. Exemple des groupes : la remontée des résultats est souvent réalisée via le loyer. Bien faire la distinction entre les cliniques de groupe et les cliniques indépendantes.

- **Pouvez-vous me présenter la structure juridique de la clinique ?** (*faire parler le directeur sur le legs de la clinique*)
- **L'immobilier est-il séparé de l'exploitation ?**
- **Quelle est la part du loyer versée par la clinique ?**
- **Existence de filiales ?**
- **Selon vous, le métier de la santé doit-il comprendre l'exploitation et l'immobilier, ou non ?**

Questions spécifiques :

- Aux dirigeants de cliniques de groupes : identifier comment se fait la remontée des résultats ?
- Aux dirigeants de cliniques indépendantes : les actionnaires disposent-ils d'une bonne capacité financière pour faire fonctionner la clinique ?

1.2. L'environnement général et local de la clinique

- **Quelle est votre analyse de la situation des cliniques privées en France** (*du secteur, envisagé de façon général*) ?
- **Observez-vous la situation des établissements voisins de votre établissement ? Si, oui, pouvez-vous nous la décrire leur situation ?**

1.3. La situation financière actuelle et passée de votre clinique

- **Aujourd'hui, où en est-on ? Etes-vous satisfait de vos résultats financiers actuels ?**
- Pouvez-vous nous retracer brièvement l'historique des résultats financiers de votre clinique ? (*identifier l'existence par exemple de passages difficiles, d'améliorations, etc.*)
- **Où quels ont été les grands projets entrepris ces dernières années ?**
- **Comment expliquez-vous vos résultats ?**
 - Si clinique en difficulté financière : quelles ont été les actions entreprises pour améliorer la situation financière de votre clinique ?
 - Si bonne situation financière : comment maintenez-vous vos résultats ?

Faire parler les directeurs sur le « vrai » investissement dans la clinique (immobilier et projet médical). Comment est-il financé ? Faire notamment ressortir les informations relatives aux thématiques suivantes :

- **L'investissement immobilier** : comment l'immobilier est-il financé ?
- **le projet médical** :
 - âge moyen des praticiens ?
 - de quelle manière ils assurent la permanence des soins ?
 - les deux sont-ils liés ?
- **Quelles difficultés liées à l'organisation du bloc** (*horaires d'ouvertures, quelle participation du directeur dans l'organisation ?*).
- **Qu'est ce qui fait le chiffre d'affaires de la clinique ?**

- *Que facturez-vous en plus ? => V. notamment chambres particulières + redevances*
- *Si la clinique est indépendante, déterminer quelle est la stratégie d'optimisation financière du directeur.*

Relancer sur le niveau stratégique ou le niveau organisationnel / opérationnel si le directeur n'aborde que l'un de ces aspects.

Des exemples de réponses possibles:

- *Fusion / regroupements / mutualisation partielle ou totale d'activité avec d'autres établissements privés et publics*
- *Autres restructurations : développement de certaines activités / fermetures de services*
- *diminution des charges de personnel, des consommations, etc.*
- *recherche d'efficience dans le fonctionnement des services et des blocs*
- *développement des prestations annexes*
- *amélioration des locaux du matériel*
- *etc.*

- **Les relations du directeur avec le conseil d'administration et les cadres de santé**
 - **Rôle du conseil d'administration ?**
 - *simple contrôle des résultats financiers ?*
 - *intervention forte dans la stratégie et l'organisation de la clinique ?*
 - **Rôle des responsables de service ?**
 - *Essayer de voir la répartition des tâches entre ce qui relève de la fonction RH (Remplacements) et ce qui relève du fonctionnement propre du service (hors RH) => fiche de poste*

1.4. Les projets de la clinique

Repérer l'existence de grands projets et les relancer sur ces éléments. Exemple : évolution de la structure juridique ?

- **quelles sont vos priorités actuelles ? Vos projets dans les 5 années à venir ?**
Si la clinique obtient de bons résultats financiers : comment s'assurer que les résultats financiers vont rester satisfaisants ?
- **Quel est votre positionnement vis-à-vis du SROS ? Qu'est ce qui vous rend indispensable dans votre environnement ?**
- **Comment allez-vous évoluer sur l'ambulatoire (et quelle gestion des moyens humains) ?**

1.5. Le tableau de bord du directeur

- **Quels indicateurs de performance financière utilisez-vous ?** *(pourquoi ce sont des bons ou des mauvais résultats financiers ? Suivez-vous régulièrement certains indicateurs financiers, si oui, lesquels ? Exemple de la clinique du Sud, le remplissage du parking).*
- **Régularité du contrôle budgétaire ?**

Eventuellement, essayer de récupérer des documents utilisés par le directeur.

2. Les facteurs de performance : perception du dirigeant sur les cliniques privées en général

Après une discussion large sur la clinique et ses résultats financiers, nous revenons sur les « grands » éléments qui influencent la performance financière des cliniques.

- **En définitive, quels sont les principaux facteurs qui influencent la performance financière des cliniques privées? Pour quelles raisons ?**

3. Questions à poser au cours de l'entretien :

- **Comment êtes-vous devenu directeur d'établissement ?**
 - *Quelle est votre formation ? (=> ancien médecin ou gestionnaire ?)*
 - *Précédents postes ?*
 - *Depuis quand êtes-vous directeur de la clinique ?*
- **Si information non obtenue au cours de l'entretien : quelle était la situation financière de la clinique lors de votre arrivée ?**

Annexe : les facteurs de performance identifiés dans la littérature

Sur la structure de l'établissement :

- Taille
- Appartenance à un groupe

Sur l'activité des cliniques :

- Lourdeur des cas pris en charge
- Présence d'un service d'urgences
- Développement de la prise en charge ambulatoire Présence d'un SSR au sein de l'établissement
- Eventail d'activité

Sur le management de l'établissement :

- La qualité des soins et impact sur la performance financière
- DMS
- Salaires / chiffre d'affaires
- Existence d'un projet stratégique
- Efficience organisationnelle du bloc opératoire
- Implication des praticiens dans la gestion de l'établissement

Relance sur les autres facteurs n'ayant pas fait l'objet d'hypothèses mais qui peuvent avoir un impact :

- L'environnement (offre et concurrence / demande / positionnement géographique, etc.)
- Produits hôteliers : doivent être au moins de 7 à 8 %
- Les médecins :
 - Nombre, qualifications, âge moyen, part de chacun dans l'activité
 - Contrats de médecins : exclusivité ou pas ?
 - Redevance
 - => Contrats de médecins + redevances cristallisent les oppositions
 - Effet génération (démographie)
- Coût de l'immobilier
- Vétusté et fonctionnalité des locaux
- Stabilité de l'actionnariat et structure de l'actionnariat (peut ressortir dans la discussion sur l'appartenance à un groupe)
- Le dirigeant
- L'organisation : on peut avoir une belle équipe mais qui peut être inorganisée
- Tableaux de bord et pilotage : utilisation ? quelle information ? Comptabilité analytique ?

Annexe 2 – Des exemples de combinaisons de facteurs conduisant à des situations de performance ou de non performance des cliniques privées

La clinique de l’Océan : les facteurs clés de succès d’une situation financière favorable

La clinique de l’Océan et, plus généralement, les établissements du groupe Dynamic ont bénéficié d’un double effet d’aubaine sur la période 2004-2006 : l’un est lié à la généralisation de la T2A, le second, plus durable, est lié au positionnement géographique des établissements du groupe.

▪ **Un effet d’aubaine lié à la généralisation de la T2A**

Le directeur de la clinique de l’Océan considère que la situation financière favorable de l’établissement sur la période 2004-2006 constitue un « accident industriel », ou encore « une embellie temporaire », lié à la mise en place de la T2A en 2005. L’activité des établissements de santé privés étant cyclique et enregistrant des hauts et des bas en moyenne tous les dix ans, les années 2005 et 2006 ont constitué deux années où l’on a observé un pic de rentabilité. C’est ainsi que, selon lui, les dirigeants de cliniques privées doivent actuellement apprendre, non plus à gérer la croissance, mais la décroissance. Il souligne que les cliniques privées doivent continuer à être rentables sans hausse du chiffre d’affaires en augmentant leur productivité pour passer des seuils incontournables.

Outre un effet d’aubaine lié à la mise en place de la tarification, la clinique de l’Océan et les autres établissements du groupe bénéficient d’un positionnement géographique avantageux qui constitue la force du groupe.

▪ **Un effet d’aubaine lié à la position géographique des établissements du groupe : Dynamic, un groupe leader sur son marché**

L’un des premiers facteurs clé de succès des établissements du groupe est celui du projet médical. Offrir des soins de qualité aux patients est « au-dessus de tout » selon son directeur, ce dernier précisant qu’ « un établissement doit avoir de bons praticiens qui accueillent et soignent correctement ». Cependant il précise que pour cela « il faut une adresse. », ce qui est le cas de la clinique de l’Océan et des autres établissements du groupe qui sont implantés dans des zones où la concurrence est faible. Ce positionnement géographique avantageux explique notamment que ces établissements n’ont pas de difficulté à recruter des praticiens, le groupe refusant même certaines candidatures. Il souligne, de façon générale, l’existence d’emplacements de cliniques privées plus attractifs que d’autres. Actuellement, le groupe a en projet de poursuivre sa stratégie d’investissements et de rachats et souhaite racheter un établissement situé dans la même ville que la clinique de l’Océan, plus précisément à l’est de la ville. Aucun autre établissement public n’est implanté côté à l’est de la ville qui regroupe pourtant 40 % de la population de cette ville. Le groupe détient plusieurs établissements de ce côté-ci de la ville dont l’un d’eux connaît une croissance d’activité importante. L’ouverture d’un service de maternité dans cet établissement a été une véritable aubaine, les parturientes résidant de ce côté de la ville n’ayant plus besoin de traverser la ville pour être prise en charge. Le directeur estime avoir bénéficié des erreurs stratégiques de l’hôpital public.

L'Hôpital Privé La Montagne: les facteurs clés de succès d'une situation financière favorable

La situation financière et la structure des produits de la clinique la Montagne a beaucoup évolué depuis la période 2004-2006, en raison, d'une part du passage à la T2A et, d'autre part, de sa fusion avec la clinique du Lac. Cette clinique rachetée par le groupe était en grande difficulté financière qui s'illustre notamment par deux années de pertes successives en 2005 et 2006. Ces difficultés étaient principalement liées à la dilution de l'actionnariat qui n'a pas joué en faveur d'une bonne gestion. De nos jours, elle représente un atout pour la clinique de la Montagne en raison de la renommée de ses praticiens.

■ Un volume d'activité important lié à un recrutement large

La clinique de la Montagne parvient à dégager des bénéfices grâce à une activité importante. De plus, l'établissement bénéficie d'un recrutement large. Les patients viennent d'un pays frontalier notamment pour son service d'urgences et sa maternité. L'établissement recrute également une partie de la clientèle de la clinique voisine, actuellement en redressement judiciaire. L'établissement est compétitif sur ses tarifs en comparaison des établissements du pays voisin. Cependant les législations différentes entre ces deux pays ne permettent pas actuellement à l'établissement de recruter ces patients sur l'ensemble des spécialités exercées par leurs praticiens. La chirurgie programmée est visée plus particulièrement. Le directeur négocie actuellement la signature de conventions avec les payeurs du pays frontalier (l'Etat et les assureurs). L'existence de cette demande s'explique, entre autres, par des délais d'attente importants pour une prise en charge dans un établissement de ce pays voisin sur certaines spécialités chirurgicales. Par exemple, la file d'attente est de dix huit mois pour une pose de prothèse de la hanche, hormis si le patient choisi d'entrer dans le système par la voie de la consultation privée qui a pour avantage, de même qu'en France, de raccourcir le délai de prise en charge. De plus, les tarifs des opérations sont plus bas en France.

Un autre facteur clé de succès de la clinique résulte de l'efficacité organisationnelle de son bloc opératoire. Son taux d'occupation est de 97 % par rapport à ses horaires d'ouverture. Avec ce taux, l'établissement est classé par la MeaH (dans le cadre de l'étude portant sur le benchmarking des blocs opératoires) parmi les premiers au niveau national. Ce haut niveau de performance est attribuable, selon le directeur à la forte compétence de ses deux chefs de blocs opératoires.

■ La reconstruction d'un nouvel ensemble visant à rassembler les moyens des deux cliniques fusionnées

Le développement de la clinique la Montagne et de la clinique du Lac sur leurs sites actuels est limité par l'insuffisance de leur surface. De plus, les locaux de cet établissement sont vétustes ce qui engendre quelques gênes organisationnelles. A titre illustratif, deux brancards ne peuvent pas se croiser dans les couloirs actuels du bloc opératoire du site de la clinique La Montagne. La première aile de l'établissement a été construite dans les années 1950, la seconde dans les années 1970. Les locaux actuels sont loués à la SCI qui appartient à l'un des praticiens fondateurs de la clinique la Montagne.

Pour palier la vétusté des locaux, un regroupement des moyens des deux établissements sur un nouveau site situé en centre ville est en cours dans le but de répondre aux besoins du territoire de santé et d'atteindre une taille critique. Son implantation géographique devrait favoriser une demande soutenue. Le directeur estime que la concurrence des autres établissements sur le nouveau site sera faible, l'hôpital public ayant été récemment reconstruit en périphérie de la ville. Sa capacité d'accueil atteindra 250 lits et places avec un plateau technique de 15 salles d'opérations et d'un bloc obstétrical de 7 salles de travail. Il intégrera une maison médicale pluridisciplinaire. Le coût du projet a été évalué à 75 millions d'euros, financé en totalité par le privé. Les murs du nouvel établissement sont détenus par une foncière qui fixe le montant du loyer de la clinique en fonction du montant des investissements. Afin que la clinique ne dégrade pas sa situation financière, l'ouverture de certains services sera repoussée.

La clinique du Centre : les facteurs clés de succès d'une situation financière favorable

Les résultats financiers favorables de la clinique du Centre se sont expliqués et s'expliquent encore, de nos jours, par ses spécialisations rémunératrices en chirurgie viscérale et en chirurgie digestive et par sa bonne réputation qui lui confère un volume d'activité important.

▪ **Un effet « activité » et un effet « volume » : une clinique spécialisée en chirurgie viscérale et en gastro-entérologie**

Outre l'effet « T2A », selon le directeur de l'établissement, l'activité médicale représente le premier facteur de performance financière de l'établissement. Au début des années 2000, la ville dans laquelle est implantée la clinique comptait sept à huit cliniques privées à actionnariat médical, plus ou moins spécialisées, pour ce qui concerne le cas de la clinique du Centre, en chirurgie viscérale. Les actes réalisés par les praticiens de la clinique dans cette discipline sont producteurs de gros GHS. Il s'agit d'actes lourds. L'établissement est également spécialisé en gastro-entérologie, une activité qui, comme la chirurgie ophtalmique, nécessite de gros volumes d'activité pour être rentable. Il souligne que cet effet « activité » est couplé à un effet « volume ».

Par ailleurs, une autre force de la clinique est sa localisation sur une zone franche, ce qui présente un intérêt pour attirer les praticiens dont le niveau d'imposition est plus faible dans ces zones.

▪ **Les difficultés actuelles et à venir de la clinique du Centre**

De nos jours, le directeur de la clinique du Centre doit faire face à des difficultés croissantes qui touchent de nombreuses cliniques privées en France : une pénurie de praticiens à venir, des coûts de fonctionnement élevés face à des tarifs qui n'évoluent pas.

De plus, son résultat net subit l'impact de plus en plus lourd d'un loyer qui a connu une hausse importante ces dernières années. De nos jours, la société civile immobilière de la clinique n'est pas détenue par le groupe Énergie auquel appartient la société d'exploitation. De nos jours, le loyer représente près de 10 % du chiffre d'affaires de la clinique.

Les cliniques de la ville comptent, de nos jours, chacune une dizaine de praticiens. Ces derniers étant proche de la retraite, leur âge représente un problème majeur. Le recrutement des jeunes est difficile, la région étant peu attractive, la ville dans laquelle est implantée la clinique du Centre ne représentant pas le premier choix des jeunes médecins, malgré la présence d'une faculté de médecine. La clinique subit la concurrence de l'hôpital public, plus attractif que les cliniques privées pour deux raisons. Tout d'abord, il est attractif pour les praticiens, leur statut leur permettant d'exercer une activité libérale. De plus, il vient d'être reconstruit sur un nouveau site (l'ouverture a été réalisée en 2010). Il représente actuellement une importante menace pour la clinique du Centre située à près de cinq cent mètres de ce dernier. Le directeur évoque également les difficultés liées au recrutement et de remplacement du personnel paramédical.

Par ailleurs, selon le directeur, face au système tarifaire, les cliniques privées n'ont pas le choix : elles doivent augmenter leur volume d'activité, ce qui est difficile dans des zones géographiques où le recrutement de praticiens est difficile. Selon le directeur, une autre option consiste, pour les établissements, à développer les recettes hors champ de la sécurité sociale. La clinique voisine a, par exemple, investi récemment dans un laser. Le directeur souligne également la difficulté à rentabiliser ces investissements matériels. Selon lui, ils produisent davantage d'effets sur l'image de marque de l'établissement et le confort des praticiens.

▪ **La solution: la fusion de trois cliniques voisines appartenant au groupe Dynamic**

La clinique du Centre est actuellement en cours de regroupement avec les deux cliniques voisines. Les deux établissements avec lesquels la clinique du Centre sera regroupée ont déjà fusionné en mai 2011. Le regroupement des trois cliniques est prévu sur le site de la clinique du Centre. Le coût de la restructuration est estimé à dix-huit millions d'euros. Le but de ce regroupement est de renforcer l'attractivité du groupe Dynamic auprès de la patientèle et des praticiens. Une refonte complète est prévue. Le nouvel ensemble devrait générer un chiffre d'affaires proche de vingt millions d'euros. Selon le directeur, la principale faiblesse du projet tient à l'absence de construction de places de parking supplémentaires. Il souligne la difficulté de mise en œuvre du regroupement du personnel des trois établissements et des praticiens y exerçant. Les salariés appartiennent au même groupe cependant ils ne bénéficient pas des mêmes avantages : la politique de ressources humaines est différente en matière de salaires, de primes, de planning, etc. Par exemple, dans l'une des trois cliniques, les salariés bénéficient d'une prime d'habillement de 13,70 euros que ne perçoivent pas les salariés des deux autres établissements.

Les explications majeures à la situation financière défavorable de la clinique des Champs

La clinique des Champs connaît des difficultés chroniques sur un plan financier qui s'expliquent principalement par des charges de personnel importantes et un volume d'activité insuffisant.

■ Un volume d'activité insuffisant et des charges de personnel élevées

L'importance de la masse salariale constitue le principal facteur explicatif de la santé financière dégradée de cette clinique. Selon le directeur actuel de la clinique, face à une exploitation déficitaire, les anciens médecins-actionnaires n'ont jamais remis en cause le montant de ces charges. En effet, lorsque des difficultés financières se présentaient, les praticiens actionnaires, une vingtaine, réalisaient des apports en fonds propres d'un montant proportionnel à leur apport initial dans la clinique. Ils n'hésitaient pas à recruter du personnel car ils redoutaient un éventuel départ de chirurgiens. Afin de remédier à cet excès de main d'œuvre, un plan de licenciement économique a été initié dans les mois qui ont suivi le rachat de la clinique par le groupe Vitalité. Selon le directeur, la clinique voisine qui appartient au même groupe enregistré, de nos jours, un ratio de personnel (charges de personnel / chiffre d'affaires) inférieur de 10 % à celui de la clinique des Champs (57 % contre 67 %). Le directeur estime qu'une contraction de ces charges de personnel est encore envisageable, mais cela, dans une certaine limite, le niveau des charges de personnel étant contraint par la nature de l'activité qui est réalisée par les praticiens exerçant dans l'établissement et par la réglementation exigeante encadrant l'activité des cliniques privées. Selon son directeur, seul établissement de court séjour dans un rayon de 20 km, la clinique joue à la fois le rôle d'hôpital public et de clinique privée. Son service d'urgences engendre régulièrement des débordements dans les programmes opératoires. Ces opérations imprévues, réalisées la plupart du temps en fin de journée, engendrent des coûts supplémentaires pour l'établissement, notamment des frais de personnel. Par ailleurs, à la différence de la clinique voisine ou de l'une des autres cliniques du groupe qui sont positionnées sur des activités chirurgicales qualifiées par le directeur d'« hyper-réglées » comme l'orthopédie et l'ophtalmologie et qui, de plus, donnent lieu à peu de complications, la clinique des Champs a, quant à elle, une forte activité en chirurgie digestive. Dans cette activité, les complications sont plus fréquentes et lorsqu'elles se présentent, bouleversent également le planning opératoire. De plus, le directeur souligne que cette activité est peu rémunératrice.

Si le directeur dispose d'une marge de manœuvre certaine sur le poids de la masse salariale, il souligne que le volume d'activité est contraint par l'activité des praticiens exerçant dans l'établissement, ces derniers étant, par ailleurs, de moins en moins nombreux à exercer dans la clinique, le directeur ne parvenant pas à recruter de nouveaux praticiens. Il note, « l'activité de la clinique n'est pas débordante, on prend de tout ». La pénurie de personnel médical s'explique, selon lui, par le manque d'attractivité du bassin de population sur lequel est située la clinique. Ainsi, selon le directeur, « habituellement, les entreprises disparaissent par manque d'activité, ici on a l'activité mais pas les hommes pour la faire. ». Depuis 2006, trois obstétriciens et un chirurgien gynécologue ont cessé d'exercer dans la clinique, de même qu'un chirurgien spécialiste de l'ophtalmologie, ces départs n'ayant pas été compensés par l'arrivée de nouveaux chirurgiens. Son service de médecine de 30 lits fonctionne, de nos jours, à 50 % (15 lits). Le directeur ne parvient pas à recruter un deuxième gériatre. La moyenne d'âge élevée des gynécologues-obstétriciens de la clinique et leur faible nombre a conduit au transfert de l'activité de la maternité de la clinique au CH voisin. Un centre périnatal de proximité a été créé et se substitue au service de maternité.

■ Des facteurs aggravant : le coefficient correcteur T2A et une insuffisance des recettes issues des prestations annexes

Le coefficient correcteur de convergence à la T2A a un impact négatif sur le chiffre d'affaires médical de la clinique. De plus, la clinique ne génère que peu de recettes issues des prestations annexes proposées par la clinique à ses patients, notamment de sa source principale, la vente de chambres particulières. La clinique des Champs dispose d'une vingtaine de chambres particulières sur un total de 50 chambres. Celles-ci sont vendues à 50 euros. Elles n'ont pas de succès auprès de la clientèle. Ce faible attrait pour ces chambres s'explique par la vétusté des locaux et les caractéristiques de la population accueillie par la clinique, les patients n'étant pas prêts à payer pour ce type de prestation, ces derniers demeurant marqués par un passé industriel dans l'industrie chimique. A cette période, les syndicats offraient de nombreux services aux ouvriers. Ils facilitaient notamment l'accès aux soins de la population. Selon le directeur, les clichés sont encore forts dans la région.

Le directeur souhaite que les deux établissements qu'il dirige fusionnent, ces derniers étant actuellement concurrents, notamment sur les disciplines chirurgicales. Les praticiens des deux cliniques exerçant dans les mêmes spécialités et leur moyenne d'âge étant élevée, la fusion permettrait de maintenir l'ensemble des activités médicales et chirurgicales des établissements.

Les explications majeures à la situation financière défavorable de la clinique La Naissance : des opportunités trompeuses pour le groupe Vigueur

▪ **La situation antérieure au rachat de la clinique la Naissance en 2008 par le groupe Vigueur : une activité insuffisante et un manque de gestion de la part des anciens dirigeants**

En 2006, la situation financière de la clinique la Naissance était dégradée. Cependant les dirigeants du groupe Vigueur ont estimé que des efforts dans la gestion pouvaient être entrepris pour remonter la pente. La clinique a été reprise en juin 2008. Avant rachat, elle était détenue par des médecins. Cet établissement de 28 lits était spécialisé avant et au moment du rachat dans un unique domaine d'activité, celui de l'obstétrique. En 2006, l'activité s'est élevée à près de 1 100 accouchements par an. D'après l'un de ses anciens directeurs que nous avons interrogé, l'activité d'obstétrique (à temps complet) observe un poids mort à près de 1 200 actes, ce qui explique que l'activité de cette maternité s'est trouvée, en 2006, légèrement en deçà du seuil de rentabilité. Cette faiblesse observée dans le niveau d'activité s'est expliquée, entre autres, par des dépassements d'honoraires importants qui ont engendré une fuite de la clientèle de la clinique.

Cette légère insuffisance d'activité a été cumulée à deux autres facteurs jouant en défaveur de la performance financière de la clinique : l'importance des charges de personnel et de graves manquements dans la gestion de la clinique privée. C'est ainsi que les dirigeants de Vigueur ont découvert, au moment du rachat, que des courriers de l'ARS restaient, par exemple, sans réponse. De même, au moment du rachat, le groupe a dû assainir la situation des comptes financiers. A titre illustratif, le Samu facturait ses prestations à la clinique, celle-ci devant en retour réaliser des demandes de remboursements. Ces demandes n'étaient pas réalisées par l'ancienne équipe de direction alors que leur montant était supérieur à 300 000 euros.

Le business plan rédigé par le groupe, lors de la reprise, prévoyait une hausse du nombre d'accouchements et une diminution des charges de personnel. La clinique comptait un nombre d'ETP trop élevé, le personnel étant également, selon l'ancien dirigeant interrogé, trop payé par rapport à la taille de la structure.

▪ **Une poursuite de la dégradation des comptes suite au rachat ayant abouti à la fermeture de l'établissement en octobre 2010**

Les événements intervenus suite à la reprise par le groupe n'ont pas permis de redresser la situation de l'établissement. Les salariés, dans un mécontentement général lié à un passif pour lequel le groupe Vigueur ne s'est pas senti en cause, sont nombreux à avoir porté plainte contre le groupe en dénonçant leurs conditions de travail. L'année de son rachat, la clinique a enregistré 28 procès aux prud'hommes, un nombre de plaintes représentant environ un tiers des effectifs de la clinique. Le temps de travail des salariés dépassait souvent 35 heures hebdomadaires, ce dépassement régulier du volume horaire imposé par la législation étant devenu un usage pour les anciens dirigeants. Du fait de la multiplication des procès, la réduction des effectifs envisagée lors de la rédaction du *business plan* n'a pas pu être mise en œuvre.

De plus, le mécontentement général des salariés a eu un « effet domino » sur les praticiens de la clinique. La clinique la Naissance était située en 2006 jusqu'à sa fermeture en 2010 dans des locaux proches de ceux de deux autres maternités, celle d'une autre clinique privée et celle de l'hôpital public qui jouit d'une bonne renommée auprès des parturientes et des praticiens. La concurrence de la clinique la Naissance était d'autant plus forte que ses praticiens n'y exerçaient pas à titre exclusif. Les praticiens non satisfaits de l'atmosphère régnant dans l'établissement suite au rachat par le groupe ont commencé à accoucher leurs patientes dans d'autres établissements voisins où ils exerçaient déjà. Ceci a, en toute logique, engendré une baisse du nombre d'accouchements marquée sur l'année 2009 (de 1 300 à 900 accouchements).

Pour palier cette situation difficile, le groupe a notamment tenté de recruter de nouveaux praticiens et de prendre des participations dans deux établissements voisins. Ces deux établissements demandant un prix de vente trop élevé, les négociations n'ont pas abouti. Le groupe a été également débouté par l'ARS dans sa demande d'ouverture d'un service de chirurgie-gynécologique, l'activité d'obstétrique ne pouvant, selon l'ancien dirigeant que nous avons interrogé, pas fonctionner sans chirurgie gynécologique. La diversification des activités souhaitée n'a pas pu être mise en œuvre, faute d'autorisation délivrée par l'ARS. De plus, une aide à la contractualisation (AC) d'un million d'euros qui avait été demandée par le groupe (une subvention de retour à l'équilibre) n'a pas été octroyée par l'ARS.

Le groupe s'est vu dans l'obligation de renflouer les comptes de la clinique la Naissance en 2009, le besoin en fonds de roulement de la clinique étant devenu trop important par rapport à son niveau d'activité. La diminution du montant de certains postes de charges n'a pas permis de compenser la baisse d'activité. Cet établissement a fermé ses portes fin octobre 2010.