

Les cliniques attendent avec impatience la réforme de l'hôpital public Le Monde 25 octobre 2003

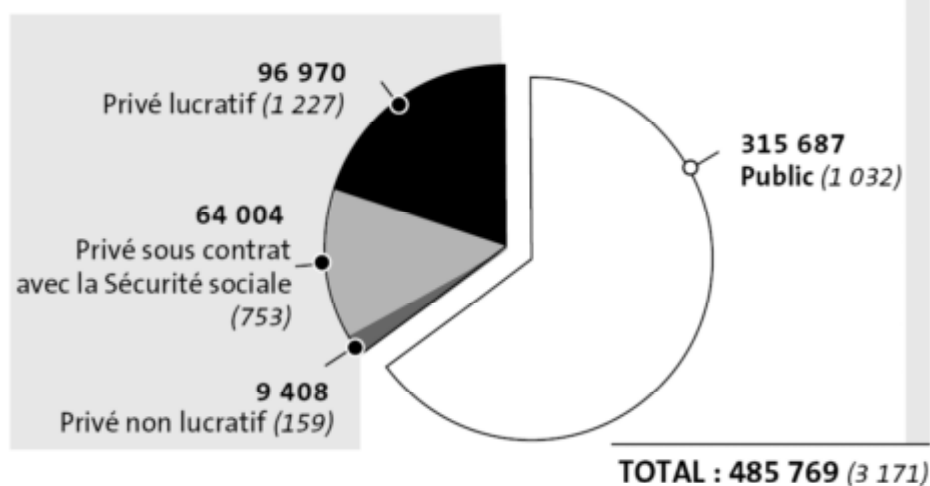
La faible rentabilité du secteur de la santé pousse aux regroupements et aux restructurations. Des groupes privés acquièrent des parts de marché à bas prix

Qu'est-ce qui peut bien pousser un groupe suédois à racheter en France des cliniques à l'avenir financier incertain ? Capio, groupe hospitalier privé déjà implanté dans toute la Scandinavie, mais aussi au Royaume-Uni, en Suisse et en Pologne, a racheté en France, à la mi-octobre, la Clinique des Cèdres à Toulouse. Cet hôpital privé, le plus important de France - 600 lits, 50 millions d'euros de chiffre d'affaires -, est dans le rouge depuis deux ans, avec des pertes de 2 millions d'euros en 2001 et 950 000 euros en 2002.

Spécialiste du soin hospitalier, disposant d'une expertise en France depuis le rachat du groupe Clininvest à Suez en 2002, Capio n'a, a priori, rien d'un novice. Il réalisait en 2002 un chiffre d'affaires de 7,6 milliards de couronnes suédoises (840 millions d'euros) dans ce secteur

35 % DE CAPACITÉ D'ACCUEIL

Répartition du nombre de lits par secteur
(nombre d'établissements)



Source : Fédération de l'hospitalisation privée

Mais, compte tenu des particularités du système de santé en France, l'hospitalisation privée vaut-elle l'argent que certains y investissent ? La réponse passe obligatoirement par une description des acteurs. La France compte 3 171 hôpitaux et cliniques, qui totalisent 485 000 lits. L'hôpital public représente un tiers des établissements (1 032), mais deux tiers des lits, deux tiers des journées d'hôpitaux et 58 % des entrées. Le privé, de son côté, se subdivise en établissements de type associatif (à but non lucratif, qui représentent près de 10 000 lits), en cliniques sous contrat avec la Sécurité sociale (64 000 lits) et en 1 227 établissements à but lucratif (près de 100 000 lits). L'hospitalisation privée doit, en principe, jouer la complémentarité avec le public. Dans les régions à population clairsemée, l'Agence régionale d'hospitalisation incite au partage des tâches. Dans les grandes villes, en revanche, la concurrence joue à plein. Le privé assure 60 % des interventions chirurgicales, 50 % des traitements anticancéreux, 35 % des accouchements, 60 % de la chimiothérapie ambulatoire, 90 % des actes de chirurgie et anesthésie ambulatoires. En 2001, le chiffre d'affaires global de ces établissements privés lucratifs dépassait les 8 milliards d'euros, mais pour une rentabilité globale de 0,2 %.

Loïc Geoffroy, délégué général de la Fédération hospitalière privée (FHP), met en cause la rémunération différente entre le privé et le public : *"On ne gagne de l'argent que quand on travaille, alors que l'hôpital, lui, fonctionne encore dans un système où le coût des actes n'est pas isolé."*

Le public (ainsi que le privé associatif) reçoit donc une enveloppe annuelle de la Sécurité sociale (dotation globale), tandis que le privé à but lucratif fonctionne avec une rémunération à l'acte. Cette différence dans les techniques de financement se traduit par des disparités. Ainsi, un accouchement coûtait, en 2001, 1 676 euros dans le privé, contre 1 981 euros dans le public, une greffe 6 280 euros dans le privé contre 7 040 euros dans le public, selon la FHP. Cette dernière estime que les écarts de coût entre public et privé représentent environ 32 %. De plus, les barèmes de la Sécurité sociale les pénalisent. *"En Allemagne et en Italie, la rémunération des actes médicaux et chirurgicaux est de 20 % à 25 % plus élevée qu'en France"*, confie Daniel Bour, PDG du groupe Générale de santé.

Cette conviction de servir de variable d'ajustement a poussé le privé hospitalier à une restructuration drastique. A partir du début des années 1990, et plus encore après le plan Juppé de 1995, les regroupements en vue de trouver la bonne taille critique n'ont pas cessé : entre 30 et 50 fusions par an jusqu'en 2000. L'hôtel particulier transformé en clinique par un chirurgien ou un obstétricien reste encore la marque de fabrique du privé, mais la survie de ces cliniques passe aujourd'hui par des regroupements ou une cession à des groupes financiers comme Capio, la Générale de santé ou Hexagone, qui représentent à ce jour un tiers du privé.

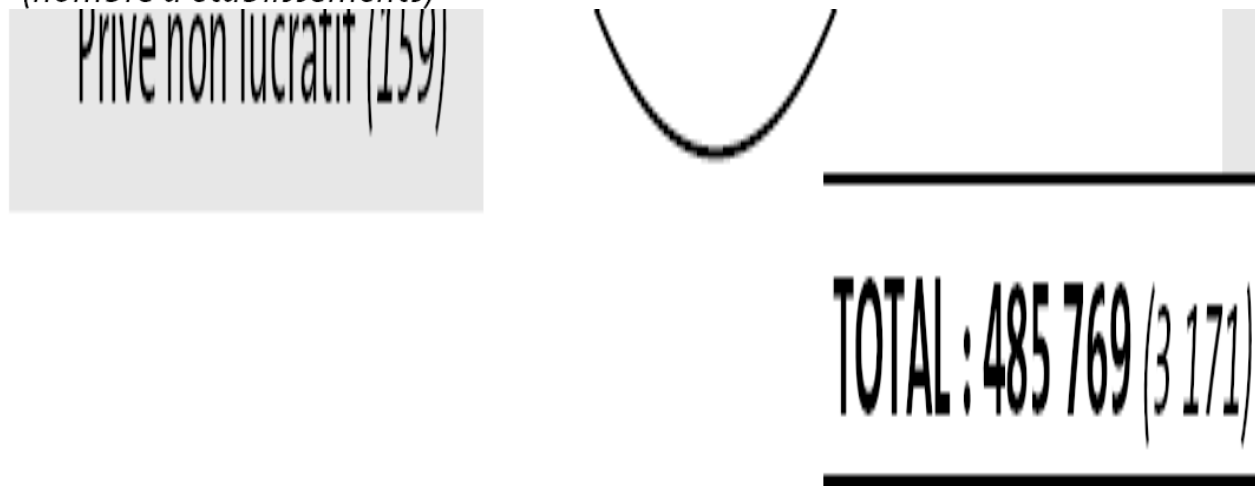
Malgré cet effort de rationalisation, le privé hospitalier est encore loin d'avoir la tête hors de l'eau. Les besoins d'investissement, les charges salariales en hausse (les infirmières et les aides-soignantes sont tentées par les meilleurs salaires du public), les frais d'exploitation et de structure en croissance rapide ne sont pas compensés par les tarifs des actes médicaux et chirurgicaux que fixe la Sécurité sociale. Comme on ne se prive pas de l'expliquer à la Fédération hospitalière privée, *"si le public se restructurait enfin et réduisait ses coûts, l'enveloppe serait suffisante pour tout le monde."*

L'espoir réside dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2004 (PLFSS), qui prévoit l'introduction progressive dans le public de la tarification à la pathologie, en lieu et place de l'enveloppe globale. Les deux systèmes tarifaires coexisteront encore un certain nombre d'années avant que le paiement à l'acte prenne le dessus. C'est cette perspective d'une amélioration des marges sur 5 à 10 ans qui pousse certains groupes à conquérir des parts de marché à bon compte aujourd'hui.

Yves Mamou

35 % DE CAPACITÉ D'ACCUEIL

Répartition du nombre de lits par secteur
(nombre d'établissements)



Source : Fédération de l'hospitalisation privée
