

Fragile exception hospitalière française

Public ou privé ? Depuis le Moyen Âge, la France balance. Dans un pays où le service public est érigé en vertu nationale, le recours au privé, souvent un peu honteux, est finalement la norme. Que l'on se préoccupe de l'éducation, de l'accès à l'eau potable ou de sa santé, nulle part ailleurs dans le monde ne coexistent dans de telles proportions le marché et l'Etat.

Ainsi, dans le seul domaine de la santé, le privé représente 40% des capacités et la moitié des interventions chirurgicales. Et pourtant, les hôpitaux publics sont puissants. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, l'AP-HP, est l'un des tout premiers ensembles hospitaliers du monde, à la fois en termes de taille et d'excellence. Un système qui combine justice sociale, efficacité et liberté. Le patient peut à tout moment choisir, comme il le fait avec son médecin de ville. C'est cela l'exception hospitalière française. Le citoyen britannique, lui, n'a le choix que s'il a les moyens. Quant à l'Américain, il reste prisonnier de sa mutuelle

et de sa filière de soin intégrée, du médecin à l'hôpital. La France cumule donc des hôpitaux publics de classe mondiale et le premier réseau de cliniques privées d'Europe.

Au bord de l'indigestion

Mais cet équilibre étonnant est aussi particulièrement fragile. Il est lourd, déficitaire et non coopératif. Avec ses 95 000 personnes réparties dans 37 établissements, l'AP-HP est une institution vénérable au bord de l'indigestion. Créée en 1849 pour recueillir les indigents de Paris, elle est comme l'Hôtel-Dieu, son plus ancien hôpital, un monument perpétuellement menacé par sa bureaucratie et ses querelles intestines. Premier employeur et recruteur de l'Île-de-France, elle peine à se réformer. Il en est de même de ses homologues de province, pris en tenaille entre contraintes médicales et impératifs de gestion.

L'équation financière est aussi une menace. L'hôpital, qu'il soit public ou privé, absorbe à lui seul la moitié des dépenses de l'assurance-maladie et, en dépit des plans d'économies qui s'enchaî-

nent, le secteur reste largement déficitaire.

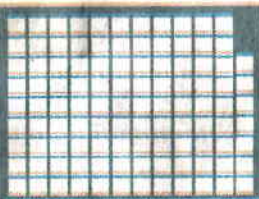

















L'Etat serre donc la vis. Il impose chaque année de nouvelles coupes et une réduction continue des tarifs, alors que les coûts augmentent dans l'autre sens, avec la complexité des maladies et le vieillissement de la population. Une arme financière également utilisée pour réguler la concurrence entre privé et public. Et éviter que le public ne pâtisse trop de sa moindre efficacité. Mais, compte tenu de la crise actuelle, et en l'absence de toute croissance forte, le système malthusien actuel ne pourra jamais équilibrer ses finances.

La solution est probablement dans une meilleure coopération entre les acteurs. Mais les oppositions sont tenaces, comme entre l'enseignement privé et l'école publique. Des affrontements qui plongent dans l'histoire. Pourtant, si l'on veut gagner le pari de la médecine prédictive de demain, et sauver l'exception hospitalière française, il faudra réunir tout le monde autour d'un même objectif, partagé, pour une fois, par la totalité des Français. ■

LIRE PAGES 6-7

Les entreprises privées ont pris en France une place incontournable dans l'offre de soins hospitaliers. Le secteur est aujourd'hui fragilisé par une forte baisse de la rentabilité et par le désir d'une partie des fonds d'investissement de se retirer. Avis de tempête... sous l'œil des pouvoirs publics

Veillée d'armes sur le marché des cliniques privées

Top 6 des groupes privés de santé, en France	1 GÉNÉRALE DE SANTÉ	2 VITALIA	3 MÉDI-PARTENAIRES	4 VEDICI	5 CAPIO	6 MÉDIPÔLE-SUD SANTÉ
Nombre d'établissements	 Date de création 1985 106	 2006 47	 1990 36	 2000 31	 1994 25	 2006 18
Nombre de lits	15 307 	5 600 	4 000 	4 400 	2 800 	2 450 
Chiffre d'affaires, en millions d'euros, en 2012	1 928 Soit 16 % du marché de l'hospitalisation privée	710	559	550	530	350
Nombre de médecins	5 000 	2 000 	2 100 	1 325 	1 400 	652 

Nombre de patients,
par an

1 500 000

550 000

700 000

600 000

450 000

249 000

C'est un secteur économique pas comme les autres qui entre aujourd'hui en ébullition. Sous l'effet conjugué d'une crise de croissance, de la concentration des acteurs et de l'évolution de son modèle économique, le marché des cliniques privées est à la veille d'une recomposition majeure. Un sujet d'intérêt public, puisque l'hospitalisation privée représente aujourd'hui plus d'un tiers de l'offre de soins des établissements de médecine-chirurgie-obstétrique en France, et notamment plus de 50 % de la chirurgie. Une exception mondiale.

En dépit d'un discours des gouvernements successifs très orienté vers le service public et l'hôpital, « la France dispose d'un système d'une très grande liberté pour le patient comme pour le médecin », souligne Mireille Faugère, directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, pour expliquer le poids du privé dans le secteur.

Les quelques 1100 cliniques et hôpitaux privés de France sont des PME locales, parfois réunies dans des ensembles régionaux, ou des filiales de groupes nationaux. Bref, des entreprises en concurrence sur un marché. Mais ce « marché » est extrêmement réglementé. Ses acteurs n'y ont ni la liberté d'installation ni celle du choix des activités et encore moins celle de fixer les prix : 80 % à 90 % de leur chiffre d'affaires est versé par l'Assurance-maladie sur la base d'une grille tarifaire. « Nous sommes des entreprises semi-publiques », aime à dire Marcel Hermann, expert-comptable et vigneron, qui a bâti, en sept ans, à partir de Montpellier, l'un des groupes les plus importants du pays, Médipôle Sud Santé.

Avec le déficit abyssal de la Sécurité sociale (6,2 milliards d'euros prévus en 2014 pour la seule branche maladie), l'âge d'or des cliniques serait-il révolu ? Le secteur, qui a vu sa rentabilité fondre ces dernières années, n'est pourtant pas condamné. Mais sa transformation s'accélère. Selon les chiffres de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), un quart des éta-

**80 % À 90 %
DU CHIFFRE
D'AFFAIRES
DES CLINIQUES
ET HÔPITAUX
PRIVÉS LEUR
SONT VERSÉS
PAR
L'ASSURANCE-
MALADIE**

blissements est en déficit. La rentabilité moyenne des établissements est tombée à 1,8 % en 2011.

C'est la conséquence de l'effet de ciseaux imposé par les pouvoirs publics. « Entre 2006 et 2013, les tarifs à l'activité de l'Assurance-maladie ont augmenté de 3 %, tandis que les charges [personnel, médicaments, etc.] ont bondi de 28 % », dénonce Pascal Roché, directeur général de la Générale de santé, le plus ancien et le plus puissant groupe privé (1,9 milliard d'euros de chiffre d'affaires en 2012). Pour respecter l'objectif de dépenses de l'Assurance-maladie, fixé chaque année (+2,4 % en 2014, soit la plus faible progression depuis quinze

ans) lors du vote du budget de la Sécurité sociale, les tarifs de nombreux actes sont revus à la baisse. Et la promesse d'un alignement des tarifs des actes médicaux du privé sur ceux de l'hôpital public (l'écart est en moyenne de 22 %) a été abandonnée en 2012 par la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine. Une situation qui permet à l'hôpital public de regagner des parts de marché.

On ne voit pas comment ces contraintes pourraient s'alléger. Sans compter la fiscalité du secteur. D'après les calculs de la FHP, la facture d'impôts et de charges sociales liés au statut privé s'élève à 600 millions d'euros par an. Pour faire face, le sec-

teur parle industrialisation des procédés et économies d'échelle. « Le volume permet la qualité et l'efficacité économique », assure Pascal Roché. « Nous allons connaître une nouvelle phase de concentration », prévient Jérôme Nouzarède, qui a créé en 2000 le groupe Vedici (31 établissements).

Après la constitution de groupes nationaux, souvent à l'aide de fonds d'investissement comme Blackstone chez Vitalia, le numéro deux du marché, LBO France (Médi-Partenaires), Apax Partners (Capiro), 3i (Vedici) ou Bridgepoint (Médipôle Sud Santé), le mariage entre poids lourds est envisagé.

« Je ne sais pas si l'accès aux soins pour nos assurés est garanti à l'avenir, compte tenu de la fragilité du secteur privé »

Questions à... Guillaume Sarkozy, délégué général de Malakoff Médéric

GUILLAUME SARKOZY est délégué général de Malakoff Médéric, groupe mutualiste d'assurances santé et de retraite complémentaire. Son chiffre d'affaires est de 3,4 milliards d'euros.

Pour quelle raison le groupe Malakoff Médéric mène-t-il une réflexion sur l'opportunité d'investir dans des cliniques ou hôpitaux privés ?



En réalité, nous avons déjà investi dans l'offre de soins dès 2008 en prenant une participation de 13 % au capital de Korian, un groupe détenant des maisons de retraites et des établissements de soins de suite. Nous avons aussi investi dans des cliniques en Bretagne, au côté d'Harmonie Mutuelle. Notre objectif est de voir comment améliorer le service et l'accès aux soins pour nos assurés. A ce jour, il

n'y a pas d'autres projets à l'étude. **Des dossiers de groupes de cliniques à vendre circulent...**

Bien sûr, mais ce n'est pas nouveau. Les actionnaires qui contrôlent ces groupes se posent des questions sur l'avenir du secteur : 30 % à 40 % des cliniques privées sont en difficulté. Si l'on me demandait aujourd'hui si l'accès aux soins pour nos assurés est garanti à l'avenir, je ne saurais que répondre, compte tenu de la fragilité actuelle du secteur privé. Il est de notre devoir, en tant que complémentaire santé à but non lucratif, de nous poser ces questions. **Entrer au capital d'établissements privés peut-il être une façon de juguler l'explosion des dépenses hospitalières ?**

Entre 2010 et 2012, les dépenses d'hospitalisation remboursées par Malakoff Médéric ont aug-

menté d'environ 10 % chaque année. Les principales raisons sont le développement de la chambre particulière et les dépassements d'honoraires. Nous cherchons à maîtriser ces dérives, non pas en entrant dans le capital d'établissements privés, mais dans une démarche contractuelle et en proposant des partenariats. **Vous évoquez une certaine opacité des politiques tarifaires dans le secteur privé...**

Pour un même acte, nous remboursons des dépassements d'honoraires pouvant aller de 1 à 10 d'un médecin à l'autre. Quand quelqu'un vend un service, il n'établit pas le tarif en fonction du client mais de critères objectifs. J'aimerais que ces critères deviennent également transparents dans la santé. Or, il arrive que le tarif de la chambre privée soit fixé en fonc-

tion des garanties de la mutuelle dont bénéficie le patient. **La Fédération de l'hospitalisation privée est totalement opposée à l'idée de réseaux de soins que vous préconisez...**

Nous proposons de nous inspirer de ce que nous avons fait sur les lunettes. En trois ans et demi, nous avons constitué le premier réseau d'opticiens, Kalivia, auquel ont adhéré 4 250 partenaires. Il a permis de faire baisser de 25 % le prix des lunettes. C'est un réseau doublement ouvert, c'est-à-dire sans numerus clausus, et non obligatoire pour nos assurés. Je voudrais ouvrir le dialogue avec les cliniques privées. Mais nombre de médecins ont peur que la pratique de la médecine libérale soit difficile dans un réseau de soins. Et les ordres de médecins freinent. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR J.-B. J.

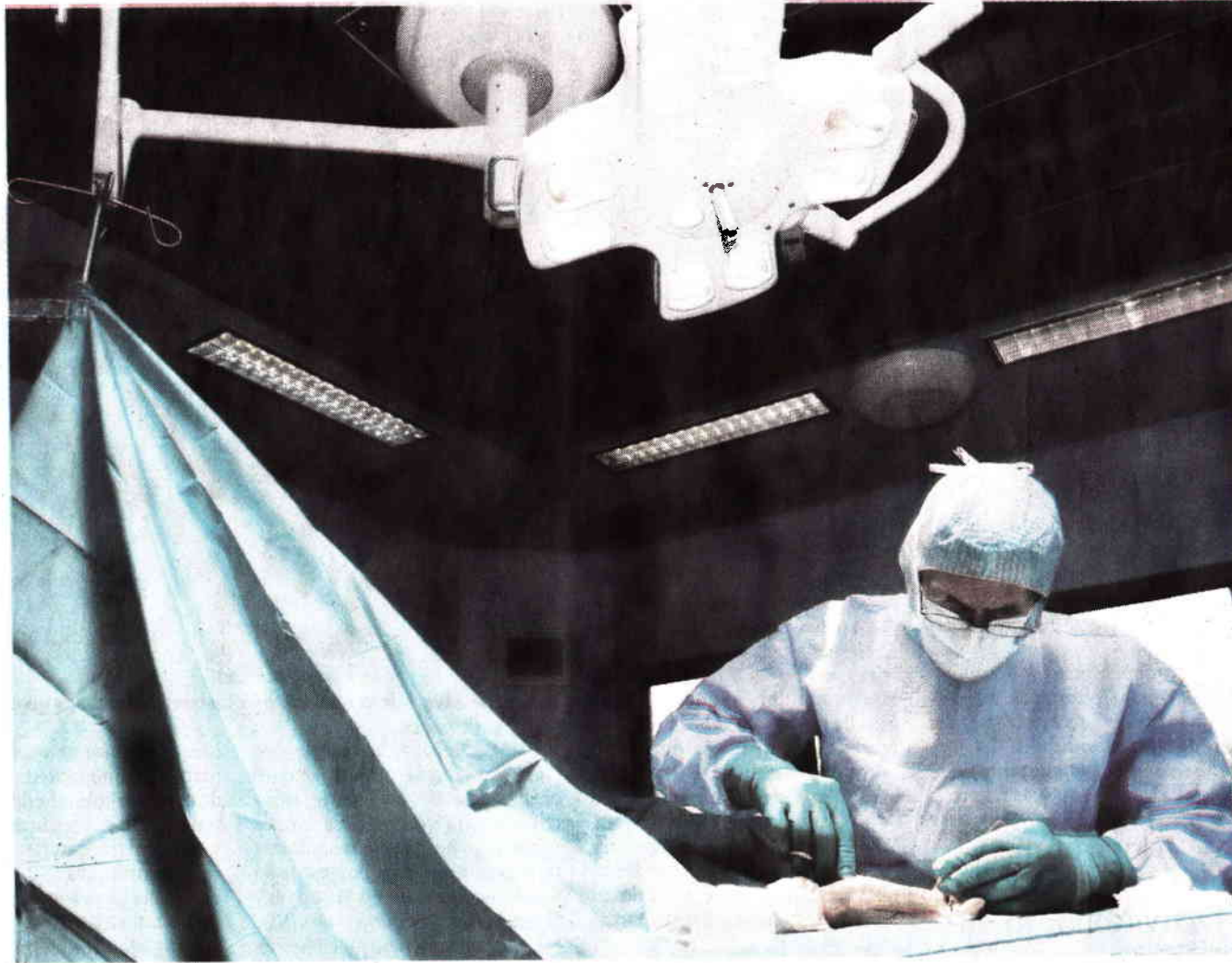
Cela permettrait à certains actionnaires de sortir du marché. Les fonds d'investissement, pour beaucoup arrivés il y a une dizaine d'années au moment où la rentabilité des cliniques était à un niveau historiquement élevé, ont aujourd'hui des fourmis dans les jambes. Les dossiers de vente de plusieurs de ces groupes circulent.

Même la Générale de santé, dont le capital est contrôlé par une personne physique, le médecin italien Antonino Ligresti, est dans cette problématique. Le pacte d'actionnaires qui compte le fonds De Agostini et Mediobanca arrive à échéance fin 2014. Pour l'heure, afin d'alléger son endettement et de conserver sa capacité d'investissement, le groupe a mis en vente cet été l'ensemble de sa branche de santé mentale (27 établissements de moyen séjour).

Une situation qui alarme Etienne Caniard, le président de la Mutualité française. « Ce va-et-vient d'investisseurs au gré de l'évolution de la rentabilité déstabilise le marché et crée une extrême vulnérabilité de l'offre de soins sur le territoire », explique-t-il. Le secteur privé à but non lucratif est le parent pauvre de ce duel politico-économique qui oppose public et privé. C'est pourtant lui qui domine le marché dans de nombreux pays.

La situation des grands groupes reste bien meilleure que celle de la plupart des cliniques moyennes. Car l'équation économique devient délicate, notamment dans les villes intermédiaires. Vitalia, Vedici et Capio focalisent leur stratégie d'acquisition sur ce type d'établissements, pour les regrouper ou les rattacher à un centre médico-chirurgical de référence. « Le rythme des rachats d'établissements va s'accélérer », anticipe Philippe Durand, promu le 1^{er} octobre directeur général France du groupe suédois Capio. Les régionaux comme OC Santé (Hérault), HPM (Nord) ou Courlancy (Champagne-Ardenne) sont eux aussi acteurs de cette consolidation.

Le mouvement de concentration s'explique par le niveau élevé des investissements. Jean-Baptiste Mortier, le patron de Vitalia – constitué de 47 établissements achetés les uns après les autres –, investit en moyenne 40 millions d'euros par an, « entièrement autofinancés », précise-t-il. La capacité d'investissement devient le nerf de la guerre. Elle permet aussi d'attirer les médecins, chirurgiens et anesthésistes. Car, autre étrangeté de ces entreprises privées, elles n'ont des patients que si



« LE RYTHME DES RACHATS D'ÉTABLISSEMENTS VA S'ACCÉLÉRER »

Philippe Durand
DG de Capio France

séjour du patient et de 70 % les risques postopératoires, et ça renforce l'image de marque de l'établissement », résume Jean-Baptiste Mortier. A coups d'investissements technologiques et de construction de nouveaux bâtiments, les cliniques, transformées en polycliniques, deviennent hôpitaux privés. La valeur commerciale du terme hôpital est grande.

Si le privé est pénalisé par des tarifs inférieurs à l'hôpital public, il n'a pas les mêmes contraintes et sans doute pas la même clientèle. Il peut mettre en place des organisations plus efficaces, souples et économes. L'hôpital privé d'Antony (Générale de santé) dans les Hauts-de-Seine, troisième service d'urgences d'Ile-de-France, s'enorgueillit d'un temps d'atten-

constituent désormais des filières au niveau départemental en intégrant des établissements de soins de suite et de réadaptation. Une activité plus rentable que la chirurgie. « C'est le pendant du développement de l'ambulatoire », confirme Marcel Hermann. Son groupe a aussi sa propre filiale d'assistance médicale à domicile.

Cette bataille pour la rentabilité ne doit pas faire oublier que le marché est protégé (pas de nouveaux entrants) et en croissance. Sa clientèle est solvable grâce à l'Assurance-maladie et aux complémentaires santé. « Je sais à 80 % que mon établissement sera là dans vingt ans, ce qui est rare pour une entreprise privée », avoue Jean-Loup Durousset, le président de la FHP.

Mais les choses vont changer. Soit par

Bloc opératoire de la clinique de Gassin (Var), groupe Générale de santé.

IAN HANNING/REA

Le boom des maisons de retraite

C'EST UN AUTRE MARCHÉ, aux ressorts différents de ceux des cliniques privées, mais avec une logique immobilière voisine. Surtout, il ne connaît pas la crise. Malgré l'irruption régulière dans l'actualité d'événements plus ou moins dramatiques dans des maisons de retraite vétustes et en manque de personnel, quelques grands groupes prospèrent sur ce marché.

Les trois plus gros acteurs privés français sont Orpea, Korian et Medica. Tous trois cotés à la Bourse de Paris, ils affichent de belles croissances, dont peu de secteurs peuvent se targuer. Orpea a vu son chiffre d'affaires augmenter de 14 % au premier semestre 2013, à 782 millions d'euros. Le numéro un du marché s'est lancé dans une stratégie internationale. Avec 431 établissements, les trois quarts en France, il est présent en Belgique, Espagne, Italie et Suisse. Le groupe, qui pèse près de 2 milliards d'euros en Bourse, vise la Chine, où il prévoit d'ouvrir sa première maison de retraite fin 2014.

Perspectives de croissance

Dans cette course, Medica accélère sa politique de croissance externe. Il a bouclé en septembre le rachat de Senior Living Group, premier opérateur belge de la prise en charge de la dépendance. Une opération qui va lui permettre de faire monter la part de l'international de 10 % à 30 %. Au 30 juin, ses facturations atteignent 381 millions d'euros (+9 %) et il table désormais sur 825 millions sur l'ensemble de l'année. Malgré une politique active de croissance (interne et externe), la rentabilité d'exploitation de Medica a atteint un niveau record

elles ont des médecins... Or, les quelque 40 000 praticiens qui y travaillent n'en sont pas salariés. Ils exercent en libéral et perçoivent leurs honoraires contre une redevance à l'établissement.

« Un plateau technique comprenant quinze blocs opératoires, c'est 10 millions d'euros, hors immobilier », chiffre Marcel Hermann. La clinique Toulouse-Lautrec d'Albi (Tarn), du groupe Vitalia, vient de s'offrir pour 2 millions d'euros un robot Da Vinci pour la chirurgie de la prostate. « Cela satisfait nos urologues, qui viennent également de notre établissement de Castres, cela réduit de huit à quatre jours le

1 057 établissements privés en France en 2011

13,1 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2011

+ 3 % par rapport à 2010

BÉNÉFICE MOYEN PAR ÉTABLISSEMENT, 2011

- 14,2 %

Evolution 2009/2011

221 000 euros

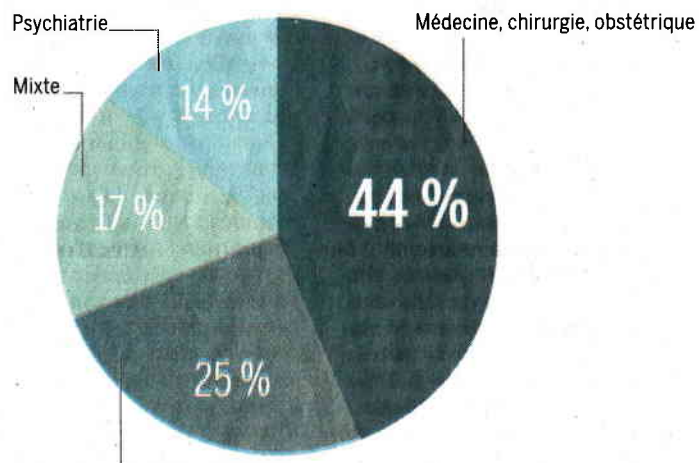
POIDS DES CLINIQUES PRIVÉES

40 % de l'ensemble des établissements de santé

28 % des entrées et venues

54 % de la chirurgie

RÉPARTITION DES COMPTES DES CLINIQUES ET DES HÔPITAUX PRIVÉS, EN 2011, PAR CHAMP D'ACTIVITÉ



SOURCES : GREFFE DES TRIBUNAUX DE COMMERCE VIA ALTARÈS, FHP, RAPPORT SECTORIEL, ÉDITION 2013

de moyen des patients de neuf minutes. Avec une activité de chirurgie ambulatoire programmée importante, voire prépondérante, de nombreux services ferment la nuit et le week-end. Chez Vitalia, des accords ont été négociés pour que le personnel fasse des journées de douze heures, ce qui correspond à l'amplitude horaire d'un bloc opératoire, en échange de récupérations et de week-ends de trois jours. L'hôpital public, contraint notamment par le statut des personnels et une lourdeur administrative, commence seulement à rattraper son retard en matière de chirurgie ambulatoire, alors que les autorités sanitaires du pays en avaient fait une priorité.

Pour diversifier les recettes, de nouveaux services sont concoctés. La Générale de santé teste, depuis 2012, dans l'un de ses gros hôpitaux, un poste de directeur du marketing et des relations patients, notamment en direction des jeunes mamans de la maternité.

Mais ce sont surtout de nouvelles activités, moins gourmandes en capitaux, qui sont recherchées. De nombreux groupes

l'action des autorités de santé, soit par l'arrivée d'une nouvelle catégorie d'investisseurs. Les regards se tournent vers les complémentaires santé, largement capitalisées et inquiètes des dérives de l'hôpital. Ce sont elles qui solvabilisent les dépassements d'honoraires des praticiens.

Etienne Caniard rejette fermement cette hypothèse. « L'économie sociale et solidaire n'est pas là pour jouer les supplétifs de l'économie de marché lorsque celle-ci ne fonctionne plus », lance-t-il. Le président de la Mutualité française attend d'ailleurs de l'État une plus grande pérennité des règles et des tarifs afin de pouvoir planifier des investissements à long terme. « Les mutuelles ont la même obligation d'équilibrer leurs comptes », rappelle-t-il.

Réduire le coût de la santé sans diminuer l'offre de soins à un moment où les réseaux privés sont fragilisés, tel est le chemin étroit qui attend le gouvernement. Un défi d'autant plus délicat que l'Inspection générale des affaires sociales s'étonnait récemment de la « connaissance limitée du secteur par l'administration ». ■

JEAN-BAPTISTE JACQUIN

L'ouverture des données pour le patient-consommateur

La Haute Autorité de santé lance un site Internet pour comparer la qualité des établissements

LES PROFESSIONNELS de santé contestent les classements annuels des hôpitaux et cliniques réalisés par les hebdomadaires comme *Le Point*. Mais tous s'y précipitent. Les lecteurs aussi. La Haute Autorité de santé (HAS) devrait mettre tout le monde d'accord en lançant, d'ici à la fin de l'année, un site Internet destiné au grand public offrant une information détaillée et pédagogique sur la qualité des soins dans l'ensemble des établissements français.

Cette autorité indépendante, qui a pour objet l'amélioration de la qualité du système de santé, est déjà chargée de la certification de tous les hôpitaux et toutes les cliniques sur la même base, quel que soit leur statut. En 2012, la loi de financement de la Sécurité sociale lui a attribué la tâche de rassembler et de diffuser toutes

les informations sur la qualité de la prise en charge. « Nous avons, grâce à la certification, une somme d'informations extrêmement riche sur chaque établissement, et nous y ajoutons des indicateurs de qualité et des indicateurs de pratiques cliniques », précise Jean-Luc Harousseau, le président de la HAS. Le développement de ce site représente un investissement de 290 000 euros.

Cette mise à disposition d'une masse de données unique sera une étape dans l'évolution consumériste de la santé. Mireille Faugère, directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, constate que « les patients veulent de l'information, veulent pouvoir comparer pour avoir le sentiment d'être maîtres de leur santé ».

Les secteurs privé et public se réjouissent de l'arrivée de ce site,

car tous pensent y trouver des arguments. Pascal Roché, à la tête de la Générale de santé, y voit un outil commercial. « Qui peut croire que les 1 800 acteurs en France offrent la même qualité ? », lance-t-il, avec une idée derrière la tête : « Nous souhaitons qu'à terme la qualité des soins soit différenciée par les tarifs. »

« Evaluation incontestable »

Gérard Vincent, le délégué général de la Fédération hospitalière de France (les hôpitaux publics), espère, lui, que cet open data permettra de « lancer une évaluation incontestable de la pertinence des soins ». Le public reproche au privé une surconsommation d'actes, comme la césarienne ou l'opération de la cataracte, pour des raisons plus économiques que médicales. Mais, la HAS

Korian n'est pas en reste, lui qui a pris, en mars, le contrôle de l'allemand Curanum grâce à une offre publique d'achat. Il est désormais le leader du marché outre-Rhin, où il était déjà présent, et souhaite détrôner Orpea de la place de numéro un européen. Son chiffre d'affaires semestriel a atteint 663 millions d'euros (+ 21 %).

Ces groupes ne se détournent pas pour autant du marché français, dont les perspectives de croissance collent au vieillissement de la population. Selon l'Insee, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait passer de 1,2 million en 2010 à 2 millions en 2040. Et en attendant une grande réforme de la dépendance, les crédits publics versés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes augmentent à un rythme élevé : + 5,2 %, à 8,7 milliards d'euros, en 2012. ■

J.-B. J.

ne sera pas en mesure de trancher pas ce débat.

Chaque paramètre sera disponible afin que le patient puisse faire son choix en fonction de son besoin, des taux d'infections nosocomiales par établissement jusqu'à la qualité de la prise en charge de la douleur ou l'envoi d'une « lettre de sortie » au médecin traitant.

« Nous travaillons sur de nouveaux indicateurs sur la sécurité des patients qui viendront ultérieurement comme le taux de réhospitalisation à la suite d'une intervention ou le taux de mortalité », prévient Jean-Luc Harousseau.

Dans cette bataille de l'information, l'hôpital public rattrape son retard. Avec le privé, il s'adressera de plus en plus au patient, après avoir lutté pour attirer les médecins. ■

J.-B. J.