

2008s-06

**Le secteur privé dans un
système de santé public :
France et Pays Nordiques**

Marcel Boyer

Série Scientifique
Scientific Series

Montréal
Février 2008

© 2008 *Marcel Boyer*. Tous droits réservés. *All rights reserved*. Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.
Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Alcan inc.
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Bourse de Montréal
Caisse de dépôt et placement du Québec
DMR Conseil
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz de France
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Raymond Chabot Grant Thornton
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

Les cahiers de la série scientifique (CS) visent à rendre accessibles des résultats de recherche effectuée au CIRANO afin de susciter échanges et commentaires. Ces cahiers sont écrits dans le style des publications scientifiques. Les idées et les opinions émises sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires.

This paper presents research carried out at CIRANO and aims at encouraging discussion and comment. The observations and viewpoints expressed are the sole responsibility of the authors. They do not necessarily represent positions of CIRANO or its partners.

ISSN 1198-8177

Partenaire financier

Développement
économique, Innovation
et Exportation

Québec 

Le secteur privé dans un système de santé public : France et Pays Nordiques^{*}

Marcel Boyer[†]

Résumé / Abstract

Nous présentons dans ce cahier quelques caractéristiques des interactions entre le privé et le public dans les systèmes de santé de quatre pays, avec une emphase particulière sur le cas de la France. L'objectif poursuivi est tout simplement de contribuer à crever et guérir l'abcès le plus important empêchant l'amélioration du système de santé québécois et canadien, à savoir l'opposition irrationnelle de plusieurs groupes politiques et groupes de pression à une présence significative et intégrée d'établissements et d'entreprises de soins de santé, d'assurance ou de fourniture directe, à but lucratif ou non, dans notre système de santé. Nous documenterons ici la présence très importante du secteur privé à but lucratif dans le système de santé en France, en particulier dans le secteur des soins hospitaliers.

Mots clés : santé, secteur privé.

We present in this paper some characteristics of the interactions between the private and public sectors in health systems in four countries, with a particular emphasis on the case of France. The objective is simply to contribute to overcoming the most important impediment to a betterment of the health system in Québec and Canada, namely the irrational opposition of numerous political and special interest groups to a significant presence of private health care insurers and providers in our health system. We will document the significant presence of the private for profit sector in the French health care and hospital care system.

Keywords: *Health, Private sector.*

^{*} Je tiens à remercier les chercheurs Nicolas Marchetti et Dahlia Attia du CIRANO pour leur aide dans la constitution de ce dossier.

[†] Professeur, titulaire de la Chaire Bell Canada en économie industrielle, Université de Montréal, Vice-président et économiste en chef, Institut économique de Montréal, Fellow du CIRANO. Courriel : marcel.boyer@cirano.qc.ca.

NOTES BIOGRAPHIQUES : MARCEL BOYER

(<http://www.cirano.qc.ca/~boyerm>)

Marcel Boyer (M.Sc. et Ph.D. en économie, Carnegie-Mellon University; M.A. en économie, Université de Montréal) est titulaire de la Chaire Bell Canada en économie industrielle au Département de sciences économiques de l'Université de Montréal et Vice-président et Économiste en chef de l'Institut économique de Montréal.

Il est présentement Fellow du C.D. Howe Institute, du CIRANO, du CIREQ et de la World Academy of Productivity Science, affilié universitaire du Groupe d'analyse, membre du Comité exécutif de l'Association canadienne droit-économie (CLEA), membre du Conseil d'administration de l'Agence des partenariats public-privé du Québec, membre du Comité d'orientation de la Chaire « Finance durable et investissement responsable (FDIR)» (École polytechnique de Paris et Université de Toulouse), membre de l'*Editorial Board* du *Journal of Economic Behavior and Organization*.

Il a été Président de l'Association canadienne d'économie (Canadian Economic Association), Président de la Société canadienne de science économique, Président-directeur général du CIRANO, membre du *Board of Directors* du *National Bureau of Economic Research* (NBER), membre du Conseil National de la Statistique du Canada, du Comité de gestion des Laboratoires universitaires Bell, du CA du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), du CA de l'Institut de finance mathématique de Montréal (IFM2), Président du Conseil du Réseau de Calcul et de Modélisation Mathématique (RCM_2), Président du Conseil de la Caisse Populaire de St-Jérôme, Conseiller principal en matière de recherche du Directeur Général pour l'économie industrielle d'Industrie Canada.

Marcel Boyer a reçu plusieurs prix d'excellence en recherche : Alexander-Henderson Award (CMU 1971), Endowment-for-the-future Distinguished Scholar Award (Univ. of Alberta 1988), Prix Marcel-Dagenais (SCSE 1985), Distinguished Guest Professor Award (Wuhan University of Technology, China 1995), Prix Marcel-Vincent (ACFAS 2002), Médaille Guillaume-Budé (Collège de France 2005). Il est membre élu (1992) de la Société Royale du Canada (SRC - Les Académies des arts, des lettres et des sciences du Canada).

Auteur ou coauteur de plus de 220 articles et cahiers scientifiques et rapports publics et privés, ses recherches présentes portent sur l'évaluation investissements (risque, flexibilité et options réelles); les organisations efficaces, l'innovation et la concurrence (impartition, offshoring, social démocratie concurrentielle); les incitations, l'information incomplète et l'incertitude; l'économie du droit (environnement, droits d'auteur). Il a agi comme économiste expert auprès de nombreuses grandes entreprises et plusieurs organismes gouvernementaux, tant au Canada qu'à l'étranger, sur des sujets tels que les droits d'auteur, la politique de la concurrence, les négociations salariales, l'évaluation et le choix des investissements stratégiques, les litiges contractuels, les politiques de développement, la réforme des institutions municipales, le partage des coûts et la tarification des infrastructures communes, les partenariats public-privé, la gestion des risques, la réglementation et la déréglementation, etc., ce qui l'a amené à témoigner à plusieurs reprises comme témoin expert devant divers comités et tribunaux.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En matière de santé, tous les pays occidentaux, en dépit de traditions socioculturelles diverses, sont confrontés à des défis communs. Le vieillissement démographique, le coût croissant des technologies médicales, le bouleversement du marché du travail et le déficit de la branche maladie conjugués à l'exigence de la population de se voir garantir un bon voire très bon accès aux soins de santé constituent des tendances lourdes. Tous les pays s'efforcent, en engageant des réformes, de concilier des objectifs parfois contradictoires : la recherche de la qualité, l'efficacité, et l'égalité des soins tout en préservant la viabilité du système dans un contexte de restrictions budgétaires.

Les remèdes proposés, qui prennent des formes nationales différenciées, combinent l'introduction de mécanismes de concurrence, une diminution du niveau de la prise en charge, et une décentralisation plus ou moins poussée.

Le système hospitalier est au cœur de la problématique. Pour accroître l'efficacité et l'efficience de ce système, certains pays ont décidé d'ouvrir la porte au secteur privé et aux mécanismes de marché. Le débat souvent idéologique entre les partisans et les opposants à cette stratégie fait rage dans bien des juridictions. Il est trop souvent entaché de références à des données non pertinentes et parfois analytiquement ou empiriquement fausses. Nous n'entrerons pas ici dans ce débat.

L'objectif de ce cahier est plutôt de présenter succinctement le cas de certains pays d'orientation social-démocrate ayant opté pour une ouverture partielle du secteur de la santé aux entreprises privées : France, Suède, Danemark et Finlande. Les coûts d'hospitalisation et de traitement sont-ils identiques, pour le patient, dans le secteur privé et dans le secteur public? Quels sont ces Groupes présents dans le secteur hospitalier privé? Quelle est la « santé financière » de ces Groupes?

Ce cahier est composé de cinq sections. Dans la section 1, nous analysons la question cruciale du remboursement des frais lorsqu'un patient fait appel au secteur privé dans les quatre pays

considérés. La France étant le pays le plus ouvert au secteur privé dans le domaine de la santé, nous présentons dans la section 2 le système hospitalier français, en mettant l'accent sur la part de marché du privé, en particulier du secteur privé à but lucratif, dans les divers domaines de soins de santé. La rentabilité étant au cœur du processus d'intégration du secteur hospitalier privé, nous présentons dans la section 3 un état des lieux économiques et financiers des entreprises privées du domaine hospitalier en France. Nous concluons ce bref survol en tirant diverses leçons relatives à la présence du secteur privé dans notre système de santé dans la perspective de son amélioration continue. En annexe, nous présentons quelques groupes privés de soins de santé avec une emphase sur deux entreprises privées particulièrement actives et importantes dans le secteur hospitalier tant en France qu'en Europe, à savoir la Générale de Santé et le Groupe CAPIO. Ces deux entreprises sont non seulement des entreprises étrangères, la Générale de Santé qui est le plus important groupe privé de soins de santé en France étant passée récemment sous contrôle d'une entreprise italienne et le Groupe CAPIO étant sous contrôle suédois, mais sont également des entreprises cotées en bourse.

1 REMBOURSEMENT DES FRAIS EN SECTEUR HOSPITALIER PRIVÉ

Au sein de cette première partie nous traitons de la question suivante : *le coût des séjours et traitements réalisés au sein d'hôpitaux privés sont-ils remboursés par une Régie de l'assurance maladie publique ou l'équivalent au même titre qu'un service équivalent réalisé dans les hôpitaux publics?* Pour répondre à cette question, nous présentons très brièvement les pratiques courantes dans quatre pays : Suède, Finlande, Danemark, France. Nous verrons que le remboursement des frais encourus par les patients est similaire sinon totalement identique que le patient choisisse un fournisseur privé ou public à condition que le fournisseur privé sélectionné soit « conventionné », c'est-à-dire ait signé une entente sur les frais et leur remboursement avec la régie de l'assurance maladie publique ou l'équivalent.

1.1 Pays Nordiques

En **Suède**, le secteur de la santé est géré et financé par les conseils de comté. Toute personne domiciliée en Suède est couverte par le système de santé. Les conseils de comté prennent en charge les services médico-sanitaires de leurs circonscriptions et disposent à cette fin d'un

pouvoir de taxation. Ils sont propriétaires et gestionnaires d'hôpitaux et de centres de santé. Ces établissements sont complétés par des organismes privés qui pour la majorité ont conclu des accords avec les conseils de comté. Les caisses d'assurance sociale remboursent une partie des honoraires médicaux, des examens et des traitements reçus dans le secteur privé par des praticiens ainsi conventionnés.

Le patient a la possibilité de choisir le centre de santé ou le médecin de famille ou même l'hôpital dans lequel il souhaite être soigné. Lorsqu'il s'adresse à un médecin du service public, il paie simplement une participation aux frais (ticket modérateur). S'il consulte un médecin privé conventionné, les frais sont en partie également pris en charge par l'assurance maladie, mais la participation du patient aux frais encourus est plus élevée que s'il s'était adressé à un médecin du service public. Si le médecin n'est pas conventionné, la totalité des frais est à la charge du patient.

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou un établissement privé conventionné, les frais sont pris en charge, mais le patient doit régler une somme forfaitaire par journée d'hospitalisation. Les soins dans les établissements privés qui n'ont pas conclu d'accord avec l'assurance maladie ne sont pas pris en charge. La participation des patients aux frais dans les hôpitaux publics ou privés conventionnés ne peut sur une période de douze mois être supérieure à un certain plafond.

En **Finlande**, les services sociaux et de santé sont assumés par les communes ou municipalités, seules ou regroupées. Leur financement est assuré en partie par des taxes locales perçues par les communes et en partie par des subventions de l'État, calculées en fonction de la morbidité, de la densité démographique, de la superficie et de la situation économique des diverses communes.

Les centres médicaux de la commune offrent aux habitants des services de consultation, des soins dentaires, des analyses, des examens et des radiographies. La consultation d'un médecin spécialiste se fait en établissement hospitalier, sur prescription d'un médecin généraliste. Les communes possèdent et gèrent des hôpitaux. Dans les centres de soins, le patient ne paie que

le ticket modérateur; si les soins sont donnés par un médecin de pratique privée (libéral), le patient paie la totalité des frais et se fait ensuite rembourser par l'Institut des assurances sociales qui prend en charge 60% des frais dans la limite d'un certain plafond.

En cas d'hospitalisation dans un établissement public, le patient verse un montant par jour d'hospitalisation. En cas d'hospitalisation dans un établissement privé, le patient est responsable du paiement des frais encourus mais l'Institut des assurances sociales lui rembourse une partie de ces frais. Les communes fixent elles-mêmes et librement le niveau de la participation des patients aux frais, sans que cette participation puisse être supérieure à un certain plafond.

Au **Danemark**, le système universel d'assurance maladie couvre toute la population résidente. Les comtés ont la charge de l'organisation des soins hospitaliers et des soins curatifs primaires. Ils prennent également des initiatives dans le domaine de la promotion de la santé. Ces activités sont principalement financées par les impôts sur le revenu. Les différences régionales en matière de revenus et de démographie sont compensées par une enveloppe globale de l'État. Les communes sont responsables des soins infirmiers à domicile, des soins dentaires et des plans de prévention sanitaire pour les enfants et les jeunes. Elles sont également responsables de la majorité des services sociaux, y compris les maisons de retraites et le logement des personnes âgées.

Le patient peut choisir entre deux catégories de services de soins. La catégorie 1 permet le choix du médecin parmi les médecins agréés du district mais ce choix ne peut être modifié plus d'une fois tous les six mois. Le médecin spécialiste ne peut être consulté que sur prescription d'un généraliste. Dans cette catégorie 1, le patient ne verse aucune participation aux frais. Dans la catégorie 2, le patient a la liberté de choisir le médecin généraliste ou spécialiste mais le patient est responsable de la part des frais qui excède le coût supporté par le régime public dans la catégorie 1. Le taux de remboursement des médicaments dépend des dépenses annuelles de l'assuré.

En cas d'hospitalisation dans un hôpital public ou un hôpital privé agréé, le patient ne verse aucune participation aux frais. En revanche en cas d'hospitalisation dans un hôpital privé non agréé, le patient doit supporter la totalité des frais, sauf si cette hospitalisation a été prescrite par un hôpital public ou s'il n'a pas pu être soigné dans un hôpital public dans les délais prescrits.

1.2 France

Le système français d'*assurance maladie*, un des éléments de la Sécurité sociale, couvre l'ensemble de la population sur une base prioritairement professionnelle et subsidiairement résidentielle. Les régimes de base sont complétés par des assurances complémentaires privées et, pour les personnes les plus défavorisées, par une couverture complémentaire publique gratuite, la couverture médicale universelle (CMU). Ainsi, c'est environ 92% de la population qui dispose d'une couverture d'assurance complémentaire privée, payée par les bénéficiaires et leurs employeurs, ou publique, auxquels il faut ajouter les patients souffrant d'affection de longue durée qui eux sont couverts intégralement par l'assurance maladie (publique).

En France, les hôpitaux publics sont rattachés, dans la plupart des cas, à des collectivités locales, principalement les communes ou municipalités et parfois les départements ou régions. Ces établissements sont cependant des personnes morales dotées d'une autonomie administrative et financière. Quant aux établissements privés, ils sont soit à but lucratif soit à but non lucratif.

Le principe de base du système français est le remboursement aux assurés des frais de santé qu'ils ont payés à des prestataires de soins librement choisis. Toutefois, le règlement direct des frais par les caisses d'assurance maladie et le cas échéant par les organismes complémentaires est fréquent. Le patient verse alors à ces prestataires et établissements uniquement le montant de frais restant à sa charge (ticket modérateur). À ce mécanisme s'ajoutent un forfait journalier pour les séjours hospitaliers et, depuis 2005, une participation forfaitaire pour les consultations et actes pratiqués par des médecins et des biologistes.

Tableau 1 - Remboursements des frais de santé et participation du patient en FranceSource : http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_fr_fr.pdf

Soins et produits médicaux	Participation du patient (Tickets modérateurs et forfaits)
Traitements ambulatoires (médecins généralistes et spécialistes, en cabinet ou à l'hôpital)	30% + PF
Traitements hospitaliers	20% + FJH
Actes de biologie médicale	40% + PF
Professions médicales auxiliaires (sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers...)	40%
Produits pharmaceutiques remboursables (médicaments et dispositifs)	0 à 65% suivant les cas
Traitements dentaires	30%
dont prothèses dentaires	35%
Autres frais	0 à 35%
dont optique, prothèses auditives, orthopédie	suivant les cas
transport	35%
	35%

- X% : Tickets modérateurs
- PF : Participation forfaitaire (1 euro par consultation ou acte dans la limite annuelle de 50 euros par personne)
- FJH : Forfait hospitalier (16 euros par jour d'hospitalisation)

En cas d'hospitalisation, que ce soit dans un hôpital public, un hôpital privé sans but lucratif ou un hôpital privé à but lucratif conventionné, le patient doit régler :

- le montant du ticket modérateur (Tableau 1), c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie (par exemple, 30% des frais de traitements ambulatoires), ainsi que le forfait journalier (PF ou FJH); ces frais sont remboursés le cas échéant par l'assurance complémentaire privée¹;
- les éventuels suppléments pour confort personnel, comme une chambre individuelle, le téléphone, la télévision, etc. ;

¹ Les gens plus modestes sont couverts à 100% par la couverture médicale universelle (CMU) publique. Les détenteurs d'une couverture complémentaire de qualité supérieure peuvent être remboursés quasi-intégralement pour les frais encourus. Tous les individus sont couverts intégralement en cas de maladies graves (ALD : affection de longue durée).

- les dépassements d'honoraires médicaux.

De manière globale, l'*assurance maladie* couvre environ 75% des frais de santé.²

Quant aux établissements à but lucratif mais non conventionnés, ils sont peu nombreux en France. Si le patient choisit ce type d'établissement, il doit régler la totalité des frais encourus.

2 LE SECTEUR HOSPITALIER PRIVÉ EN FRANCE

En France, la distinction entre secteur hospitalier public et privé est fondée sur la différence de statut juridique. Les hôpitaux privés (à but lucratif ou non) peuvent participer ou non au service public hospitalier (PSPH). Les hôpitaux privés à but lucratif qui participent à la mission de service public sont qualifiés de conventionnés.

Lorsqu'ils s'adressent à une clinique (hôpital) privée, les patients ne sont remboursés que lorsque cette dernière est conventionnée. Nous allons nous intéresser ici principalement aux hôpitaux privés à but lucratif et conventionnés, c'est-à-dire ceux pour lesquels le patient est couvert pour les frais encourus au même titre et au même niveau que dans un hôpital public.

2.1 L'hôpital sous diverses formes

En France, le système hospitalier se compose d'établissements de santé publics et privés :

- Les *hôpitaux publics* sont des établissements rattachés à une collectivité territoriale, la commune le plus souvent mais parfois le département. Les médecins y exercent surtout comme salarié.
- Les *hôpitaux privés à but non lucratif* sont des « associations loi 1901 », des établissements gérés par des mutuelles et des organismes de sécurité sociale ou des fondations. D'origine souvent confessionnelle, ces établissements sont financés comme les hôpitaux publics.

² Jean de Kervasdoué, « La santé et le système de santé en France », Analyse et réflexions, Service d'information du gouvernement français, juillet 2002 (Note : Jean de Kervasdoué est professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM et ancien directeur des hôpitaux au ministère de la santé).

- Les *hôpitaux privés à but lucratif*, communément appelés *cliniques*, sont des sociétés commerciales « financées par un système de prix de journées et de tarifs tenant compte de la complexité des actes réalisés durant le séjour du patient »³. Les médecins y exercent surtout à titre libéral.

Les hôpitaux *publics* sont de 4 types. Les centres hospitaliers régionaux/universitaires (CHR/CHU) ont une vocation régionale offrant des services spécialisés tout en assurant les soins courants pour la population locale. Ce sont en grande majorité des centres hautement spécialisés liés par une convention à une faculté universitaire. Les centres hospitaliers généraux (CH) interviennent à tous les niveaux de soins, que ce soit en médecine aiguë, en médecine spécialisée (chirurgie, obstétrique) ou en médecine plus globale pour les soins de longue durée. Les hôpitaux locaux assurent quant à eux des soins moins pointus que les centres hospitaliers : services de médecine, soins de réadaptation, soins de suite et soins de longue durée. Les centres hospitaliers spécialisés (hôpitaux psychiatriques, centres de lutte contre le cancer) sous la tutelle de l'État assument une mission de service public et accueillent sans discrimination et sans distinction tous les patients particulièrement en urgence.

Les établissements *privés à but non lucratif* assurent surtout des soins de moyenne et de longue durée. Dans cette catégorie, il y a lieu de distinguer, d'un côté, les établissements privés participant au service public hospitalier qui représentent un peu plus de 10% de l'ensemble des lits hospitaliers et, de l'autre, les établissements ne participant pas au service public, lesquels représentent environ 3% des lits hospitaliers. Ces établissements sont regroupés au sein de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (F.E.H.A.P). Avec plus de 3 040 établissements en 2005, abritant plus de 198 000 lits et places, la F.E.H.A.P représente, à coté du secteur public hospitalier, la plus importante organisation du monde hospitalier et médico-social.

Les établissements hospitaliers *privés à but lucratif (cliniques)* ont axé leur activité prioritairement sur les soins aigus et, plus particulièrement, sur la chirurgie. On assiste depuis

³ Jean de Kervasdoué, op.cit.

quelque temps à une concentration des cliniques en établissements de taille plus importante dotés de plateaux techniques sophistiqués. Avec 1 250 établissements hospitaliers en 2005, ce secteur représente environ 40% de l'ensemble des établissements de santé avec capacités hospitalières en France et accueille chaque année près de dix millions de patients de toute catégorie sociale et souffrant de tout type de pathologies⁴. Les établissements hospitaliers privés à but lucratif sont regroupés au sein de la Fédération Hospitalière Privée (F.H.P). Cette fédération représente toutes les cliniques privées à but lucratif dans toutes les grandes spécialités médicales : chirurgie, médecine, obstétrique, psychiatrie, soins de suite, rééducation fonctionnelle. Les règles d'emploi des salariés de ces établissements s'intègrent dans le cadre d'une convention collective nationale négociée dans le cadre de la F.H.P.

Cette organisation de soins de santé fait ainsi cohabiter des établissements de statuts juridiques différents combinant des modes d'organisation et de gestion, de financement, de régulation et de participation aux missions de service public très différentes. Corollaire de ce mode d'organisation, les statuts des personnels travaillant dans ces établissements sont également très diversifiés.

2.2 L'hospitalisation privée à but lucratif et conventionnée

La Fédération de l'Hospitalisation Privée représente les établissements de santé privés à but lucratif en France. Comme le montrent les quelques données disponibles sur leur site, l'hospitalisation privée s'est imposée comme un acteur essentiel du paysage hospitalier français. Accessibles à tous, les cliniques privées accueillent par exemple 50% des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle, à savoir les patients à faible revenu couverts à 100% par le système public d'assurance maladie. L'hospitalisation privée occupe, dans le paysage hospitalier français, une place incontournable.

⁴ Fédération de l'Hospitalisation Privée :
http://www.fhpr2a.fr/portail/doc.php?file=IMG/pdf/Dossier_de_presse_19.09.06.pdf

Tableau 2 - Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégories d'établissements en 2005

Source : <http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2005/03categories.pdf>

	Entités	Lits	Places
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	29	78 065	6 272
Centres hospitaliers généraux (CH)	504	157 815	10 834
Centres hospitaliers spécialisés (psychiatrie)	87	28 954	13 927
Hôpitaux locaux	347	22 239	54
Autres établissements publics	20	1 793	151
Total secteur public	987 (34,6%)	288 866 (65,1%)	31 238 (61,6%)
Établissements de soin de courte durée	801	80 964	10 340
Centres de lutte contre le cancer	20	2 979	571
Établissements de maladies mentales	242	17 886	4 805
Établissements de suite et de réadaptation	664	45 387	3 682
Établissements de soin de longue durée	112	6 609	24
Autres établissements privés	30	1 076	58
Total secteur privé	1869 (65,4%)	154 901 (34,9%)	19 480 (38,4%)
Ensemble	2 856 (100%)	443 767 (100%)	50 718 (100%)

Tableau 3 - Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par statut juridique et participation au service public hospitalier en 2005

Source : <http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2005/03categories.pdf>

	Entités	Lits	Places
Secteur public (Entités juridiques)	987 (34,6%)	288 866 (65,1%)	31 238 (61,6%)
Établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	560	50 517	7 305
Total service public hospitalier	1 547 (54,2%)	339 383 (76,5%)	38 543 (80%)
Établissements privés à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	257	13 193	2 180
Établissements privés à but lucratif	1 052 (36,8%)	91 191 (20,5%)	9 995 (19,7%)
Total autres établissements privés	1 309 (45,8%)	104 384 (23,5%)	12 175 (20%)
Ensemble	2 856 (100%)	443 767 (100%)	50 718 (100%)

Tableau 4 – Emplois médicaux dans les établissements de santé en 2005 selon la spécialité

Source : <http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2005/03categories.pdf>

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total
Médecine générale	12 802	1 977	1 982	16 761
Anesthésie réanimation	6 987	1 097	3 323	11 407
Pédiatrie	3 690	418	700	4 808
Autres spécialités médicales	27 479	6 239	15 667	49 385
Gynécologie-obstétrique	3 638	543	1 836	6 017
Spécialités chirurgicales	11 410	2 443	10 948	24 801
Biologie médicale	5 112	368	1 252	6 732
Psychiatrie	7 491	1 580	1 106	10 177
Pharmaciens	3 038	770	1 195	5 003
Autres	5 516	600	859	6 975
Total (sans internes)	87 163 (61,4%)	16 035 (11,3%)	38 868 (27,4%)	142 066 (100%)
Total (avec internes)	106 251 (65,4%)	17 241 (10,6%)	38 868 (24,0%)	162 381 (100%)

Ainsi, les tableaux 2, 3 et 4 montrent que les établissements privés à but lucratif représentaient en 2005 quelque 1 052 établissements, soit 37% du total des établissements de santé avec capacité d'hospitalisation (2 856). En termes de capacité d'accueil, ces établissements regroupaient 91 191 lits d'hospitalisation complète, soit 20,5% du total (443 767).

En terme d'activité⁵, ces établissements :

- prennent en charge, chaque année, près de 10 millions de patients,
- assurent 2 millions de passages aux urgences par an,
- réalisent 60% de l'ensemble des interventions chirurgicales,
- réalisent 75% des séjours médicaux ambulatoires
- 40% des traitements contre le cancer,
- 33% des accouchements,
- 30% des séjours en soins de suite et de réadaptation,
- 25% des interventions cardiaques,
- 20% des séjours psychiatriques pour ce qui est de l'hospitalisation complète,
- 30% des traitements de dialyse.

Dans le secteur des MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), les données du tableau 5, qui portent sur la totalité des disciplines prises en charge dans les établissements publics et privés après exclusion des séjours pris en charge par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) compte tenu de leur spécificité régionale et leur vocation universitaire, sont issues des archives de la Fédération des Hôpitaux Privés et décrivent la situation en 2004. A titre d'exemple d'interprétation de ces données d'activité, on notera que l'ophtalmologie représente 6% de l'activité globale de l'hospitalisation privée et que le secteur privé réalise 81% de cette spécialité hors activité des CHU. Au sein de cette spécialité, elle prend en charge 65% des séjours dits lourds et 82% des séjours dits légers⁶.

⁵ Fédération de l'Hospitalisation Privée.

http://www.fhpr2a.fr/portail/doc.php?file=IMG/pdf/Dossier_de_presse_19.09.06.pdf et <http://www.fhp.fr/index.php?ID=&LangueID=1&ThemeID=1&RubID=1&InfoID=8>

⁶ « L'indicateur de la lourdeur des prises en charge est construit sur la base des GHM décrits dans la classification PMSI. La qualité de la segmentation des GHM est variable en fonction des disciplines ce qui induit des niveaux de sensibilité et de spécificité différents pour l'indicateur de lourdeur. Dans ce contexte, les comparaisons menées sur la base de ce critère n'ont de sens que si elles sont réalisées pour chaque pôle d'activité, en distinguant les prises en charge chirurgicales et médicales. »

Tableau 5 – Activité globale (hors CHU) du secteur privé à but lucratif par spécialité

Source : <http://www.fhp.fr/index.php?ID=&LangueID=1&ThemeID=1&RubID=1&InfoID=8>

France entière	Part du secteur Privé à but lucratif dans l'ensemble de l'hospitalisation		
Spécialités	Total	Lourd	Léger
Ophtalmologie	81%	65%	82%
ORL, Stomatologie	72%	39%	73%
Vasculaire interventionnel	69%	69%	0%
Vasculaire périphérique	69%	75%	68%
Gynécologie	62%	59%	65%
Tissu cutané et sous-cutané (dont Obésité)	60%	48%	60%
Orthopédie, Rhumatologie (hors traumatologie)	59%	59%	58%
Uro-néphrologie	58%	56%	58%
Autres prises en charges (dont endoscopies)	54%	25%	55%
Digestif	45%	45%	45%
Nouveau-nés	36%	18%	38%
Obstétrique	35%	29%	37%
Cardiologie	35%	40%	32%
Endocrinologie	20%	51%	13%
Hématologie	18%	19%	17%
Système nerveux	16%	34%	13%
Pneumologie	15%	20%	13%
Maladies infectieuses (hors VIH)	13%	20%	8%
Total	50%	45%	51%

Dans le secteur des soins de suite et réadaptation (SSR), les 270 cliniques SSR privées:

- regroupent 52 780 lits d'hospitalisations complètes (58% du total) et 3 663 places d'hospitalisation partielle (75% du total);
- accueillent chaque année près de 254 000 patients (30% du total).

Les établissements de SSR ont été amenés à devenir des plates-formes importantes de l'organisation sanitaire se situant entre les établissements de court séjour et les établissements ou services médico-sociaux. Les missions de ces établissements peuvent être assimilées à celles des hôpitaux locaux car ils dispensent essentiellement le même service médical.

Dans le secteur psychiatrique, les 160 cliniques psychiatriques privées :

- regroupent 12 000 lits d'hospitalisation de psychiatrie générale et spécialisée, d'hospitalisation partielle et de soins de suite et post cure ;
- accueillent chaque année 100 000 patients de toute catégorie sociale ;
- assurent la continuité des soins 24 h / 24 avec le concours de 1 000 psychiatres et généralistes ;
- gèrent 20% des hospitalisations psychiatriques.

3 DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVÉ À BUT LUCRATIF ET CONVENTIONNÉ⁷

Nous présentons dans cette section quelques données à caractère financier du secteur privé à but lucratif et conventionné. De prime abord, il faut mentionner que le paysage de l'hospitalisation privée à but lucratif en France reste très marqué par le modèle de la clinique de taille réduite détenue par un ou plusieurs médecins et que la grande majorité des cliniques sont encore aujourd'hui indépendantes. Ainsi le numéro 1 en France, le Groupe Générale de Santé, avec plus de 170 cliniques, ne représente que 16% du secteur hospitalier privé.

Ce secteur est néanmoins sujet à des mouvements de fusions et des développements de groupes intégrés qui réduit le nombre d'établissements : le nombre total d'établissements

⁷ Ces informations proviennent de <http://groupeshospitaliers.blogspot.com>, des sites web des groupes mentionnés en annexe et des sites d'information publics.

hospitaliers privés commerciaux conventionnés est d'environ 1250 aujourd'hui contre près de 2000 en 1990. Nous présenterons les principaux groupes privés de soins de santé en annexe. Introduction en bourse et augmentations de capital, OPA, développements à l'étranger, soumission d'opérations aux règles concurrentielles, fusions, acquisitions par des groupes, des fonds d'investissements ou des holdings financiers français ou étrangers : une fraction du secteur français des services d'hospitalisation est entrée dans l'ère de la finance et de l'internationalisation. Des plates-formes administratives et logistiques (comptabilité, paie, achats, système d'information etc.) sont constituées et des fonctions sont externalisées (alimentation, blanchisserie). De plus, la montée des exigences en matière de sécurité et de qualité incitent fortement au développement de « politiques de groupe » en matière de formation, d'accréditation, de démarche qualité et d'échanges de pratiques.

Le chiffre d'affaires (tableau 6) des cliniques de MCO a crû de 9,3% en 2005, après une hausse de 8,3% en 2004. Le secteur hors MCO enregistre, quant à lui, une progression de 5,8% de son chiffre d'affaires en 2005, après 6,6% l'année précédente. En MCO, la hausse du chiffre d'affaires la plus importante reste celle des cliniques spécialisées en médecine: 9,9% en 2005 versus 10,8% en 2004. La croissance du chiffre d'affaires des polycliniques s'établit à 9,4% versus 8,6% en 2004.

Tableau 6 – Évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

Source : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2001-2005, calculs DREES

	Entreprises répondantes en 2005		Évolution en% par rapport à l'année précédente				
	Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total (en M d'euros)	2001	2002	2003	2004	2005
MCO							
Polycliniques	315	5 552	5.9	8.1	9.2	8.8	9.4
Médecine	21	162	9.6	10.6	14.3	10.8	9.9
Chirurgie	127	935	5.0	6.5	6.9	5.2	7.7
Obstétrique	7	40	9.8	7.1	7.4	0.4	7.1
Dialyse	40	167	3.5	5.8	7.9	7.8	17.1
Total MCO	510	6 856	5.9	7.8	8.9	8.3	9.3
Hors MCO							
Soins de suite et de réadaptation	172	770	7.1	7.6	9.3	7.9	6.5
Psychiatrie	113	489	2.0	5.3	5.3	4.0	4.6
Divers	30	74	5.0	6.6	2.0	8.4	5.6
Total hors MCO	315	1 333	5.0	7.0	7.6	6.6	5.8
TOTAL	825	8 189	5.7	7.7	8.6	8.3	8.7

Tous secteurs confondus, ce sont les « grandes cliniques » (celles dont le chiffre d'affaires est supérieur à 12 millions d'euros) qui voient en 2005 leurs chiffres d'affaires progresser le plus, à savoir de 10,5% en 2005 versus 9,5% en 2004. Celui des « moyennes cliniques » (celles dont le chiffre d'affaires est compris entre 6 millions et 12 millions d'euros) et des « petites cliniques » (celles dont le chiffre d'affaires est inférieur à 6 millions d'euros) a crû également, mais de manière moins soutenue.

En 2005, la rentabilité économique (ratio résultat net/chiffre d'affaire, le résultat net correspondant au solde final de l'ensemble des produits et des charges de l'exercice et reflétant ainsi le profit ou le déficit généré par les activités de l'établissement) de la moitié des cliniques est supérieure à 3,2%, avec une valeur médiane supérieure de 0,9 point à celle de 2004. Pour 10% des établissements représentant 6% du chiffre d'affaires total des cliniques, les bénéfiques représentent plus de 10,6% du chiffre d'affaires. À l'opposé, 18% des cliniques ont une rentabilité économique négative, contre 22% en 2004. Le chiffre d'affaires de l'ensemble des établissements déclarant des pertes en 2005 représente 16% du chiffre d'affaires global contre 21% l'année précédente.

CONCLUSION

Le remboursement des frais encourus par les patients dans les systèmes de santé de France et des pays nordiques caractérisé brièvement ci-dessus et la description du paysage hospitalier français nous amènent à deux conclusions principales et ce, bien au-delà des querelles comptables plus ou moins sérieuses, plutôt moins que plus, auxquelles on s'adonne au Canada et au Québec.

D'abord, un système de soins de santé, en particulier de soins hospitaliers, peut être public et universel sans pour autant que ces soins soient quasi-exclusivement rendus et assurés par des organismes et établissements du secteur public. Ensuite, dans un système respectueux des patients et axé sur une recherche continue de performance (optimisation des bénéfices et contrôle des coûts), une brochette diversifiée d'établissements publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif est susceptible d'assurer des niveaux de modularité et de concurrence qui en bout de piste profitent grandement à l'ensemble des citoyens. Le cas de la France est à ce titre révélateur. Sans pour autant négliger les multiples possibilités d'amélioration dont il pourrait faire l'objet, il peut être utile de rappeler que le système français de soins de santé, qui se caractérise par un pluralisme hospitalier ouvert à tous les patients, a été classé en 2000 « meilleur système de santé au monde » par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Citons ici encore une fois Jean de Kervasdoué : « [Le pluralisme hospitalier] explique pourquoi n'existe pas en France, contrairement à la plupart des pays occidentaux, de file d'attente, notamment pour les interventions chirurgicales. Les établissements privés, particulièrement actifs dans ce secteur, traitent plus de 50% des cas chirurgicaux et 60% des cancers » (op. cit.).

Il faut aussi mentionner le développement international des groupes privés à but lucratif. Les cas de la Générale de santé et du Groupe CAPIO (voir l'annexe ci-dessous) sont des exemples probants. Ces groupes, respectivement sous contrôle italien et suédois, sont devenus de véritables leaders en France et en Europe en gestion d'établissements de santé et en prestation innovatrice de soins hospitaliers. Ainsi, à partir d'une base nationale, ils ont pu exporter leur expertise. On peut rêver qu'il en soit éventuellement de même pour des entreprises d'ici, pour autant qu'on leur donne le droit d'exister et de pouvoir témoigner de la capacité innovatrice et du génie canadien et québécois en matière de soins de santé et ce, pour le plus grand bénéfice non seulement des canadiens et québécois mais aussi des nos concitoyens étrangers.

ANNEXE : Certains acteurs

Nous présentons ici quelques « grands » acteurs dans le secteur hospitalier privé à but lucratif⁸.

GÉNÉRALE DE SANTÉ (<http://www.generale-de-sante.fr>)

- *Activité* :
 - 186 établissements.
 - **83** Cliniques en MCO
 - **23** Cliniques de Psychiatrie
 - **19** Centres de Médecine Physique et Réadaptation / Cliniques de Soins
 - **21** Cliniques en Cancérologie et Radiothérapie
 - **40** Autres
 - 5 215 praticiens libéraux.
 - 23 160 salariés (ETP)
 - 2,2 million de patients par an
 - 407 807 entrées en chirurgie
 - 404 520 interventions en ambulatoire
 - Plus de 300 700 urgences
 - 32 024 naissances.
 - Plus de 15 018 lits et places.
- *Actionnariat* : cotée en bourse; la société italienne Santé Holding est l'actionnaire de référence
- *Stratégie* : Poursuite de la croissance organique en développant l'ambulatoire et les urgences. Optimisation du case-mix (dans le cadre de la T2A). Rachat de 10 des cliniques d'Hexagone Hospitalisation au 19/01/06

⁸ Ces informations proviennent des sites web des groupes mentionnés et des sites d'information publics.

Selon Psycho Media du 10 mars 2007 : « L'homme d'affaire italien, Antonino Ligresti, détient désormais 60% du capital de Générale de Santé, le gestionnaire français d'établissements hospitaliers. Créé en 1987, Générale de santé gère plus de 170 établissements hospitaliers privés, en France et en Italie. L'homme d'affaire a l'intention de lancer une offre sur le solde des actions du groupe français.». Voici comment Antonio Ligresti, l'actionnaire de référence du Groupe Générale de Santé, en introduit le bilan 2005.

« En France, notre Groupe représente aujourd'hui près de 16% du secteur hospitalier privé, soit environ 9% de la totalité de l'hospitalisation française publique et privée. Notre Groupe est également devenu au cours de cet exercice le premier acteur hospitalier privé en Île-de-France et à Paris.

Ceci nous donne, bien entendu, une responsabilité toute particulière puisque désormais nous assurons, sur une grande partie du territoire français, une présence indispensable à la cohérence, à l'efficacité et à la continuité du système hospitalier français. Nos services d'urgence auront accueilli, en 2005, plus de 300 000 patients. Nos équipes médicales et administratives auront quant à elles pris en charge près de un million cinq cent mille patients, sans aucune distinction de revenus, d'origines ou de pathologies. Le groupe Générale de Santé assure de plus dans certaines zones urbaines la seule offre de soins hospitaliers.

En Italie, notre présence s'est fortement développée permettant au groupe Générale de Santé d'être désormais reconnu comme un acteur national en matière d'hospitalisation. Mais le groupe Générale de Santé s'impose également comme un interlocuteur du système hospitalier italien pour l'ensemble de ses projets de réorganisation grâce à la réussite des programmes de collaboration publique – privée dans ce pays.

Cette nouvelle étape nous donne l'occasion de revenir sur quelques principes fondateurs de notre Groupe.

Le groupe Générale de Santé a toujours considéré qu'il n'y avait pas d'excellence médicale durable sans rentabilité économique.

C'est sur cette base que nous avons construit en quelques années un Groupe leader au niveau européen. C'est grâce à ce modèle que nous garantissons à chacun de nos patients le meilleur service de soins hospitaliers et l'assurance d'une prise en charge totalement personnalisée. Nous n'avons jamais eu aucun doute : la qualité de nos soins est notre meilleur « argument » commercial et la meilleure garantie de notre développement et de notre succès. C'est pourquoi l'amélioration quotidienne de l'organisation entre nos équipes médicales et administratives est une priorité absolue.

Le groupe Générale de Santé est engagé avec une très forte conviction dans le développement de ses partenariats avec le secteur hospitalier public.

Nous considérons en effet ces partenariats non seulement comme des opportunités, mais surtout comme une stratégie d'avenir. Le partenariat entre ces deux secteurs est d'abord une chance pour les deux secteurs mais aussi une obligation absolue pour maintenir l'efficacité même du système hospitalier dans son ensemble.

Trop souvent les débats publics s'ingénient à opposer les intérêts du secteur privé et ceux du secteur public. Ceci est un non-sens. Toutes les populations européennes vieillissent et consomment de plus en plus de soins hospitaliers. Cette tendance n'est pas réversible et elle est un signe très positif du niveau de santé, de la qualité de vie et donc du dynamisme économique, culturel et social de la France, de l'Italie et de tous les pays européens. Seul un partenariat actif et renforcé entre les secteurs hospitaliers privés et publics nous permettra de maintenir le niveau d'excellence du système dans son ensemble tout en maîtrisant l'inexorable augmentation de son coût. Nous avons beaucoup plus à apprendre des uns et des autres qu'à chercher à régler quelques querelles dogmatiques, passivistes et stériles. C'est pourquoi notre Groupe est soucieux de rechercher au

quotidien toutes les idées qui permettent de renforcer nos partenariats avec le secteur public hospitalier.

L'avenir du groupe Générale de Santé est européen.

Notre groupe est certes un pôle structurant du système hospitalier français et déjà très actif en Italie, mais nous devons saisir toutes les opportunités qui nous permettront de devenir rapidement le groupe européen de référence en matière d'hospitalisation privée. L'Espagne, le Royaume-Uni et le Portugal doivent être nos territoires prioritaires d'implantation afin de gagner cette nouvelle bataille.

Depuis deux ans, le groupe Générale de Santé a fortement accéléré son développement, il a restauré sa rentabilité et s'est doté d'une organisation et d'une gouvernance cohérente avec ses ambitions, ses positions et ses projets. Il n'est pas inutile de se souvenir que certains observateurs n'étaient pas convaincus des engagements que le Groupe avait pris à moyen terme et de la puissance de son modèle médical et économique. L'exercice 2005 est là pour le confirmer : le groupe Générale de Santé est aujourd'hui un acteur majeur, respecté et porteur d'avenir pour l'hospitalisation française et italienne. Il le sera demain au niveau européen. Nos actionnaires ont réaffirmé leur attachement à notre stratégie en souscrivant massivement à notre dernière augmentation de capital.

Notre Groupe n'est pas qu'une entreprise, c'est également une communauté médicale et humaine partageant des valeurs et une éthique sans faille. C'est cela la fierté de notre Groupe. Et c'est cela que nos patients viennent chercher dans nos établissements. Notre projet est un projet d'avenir, il est créateur de valeur parce qu'il est au service de la santé de nos patients et parce qu'il ouvre une voie d'avenir dans la construction du système hospitalier du XXIème siècle.

En tant qu'actionnaire de référence depuis 2003, je continuerai plus que jamais à être le garant de ce projet dans les années à venir »

Depuis sa création, Générale de Santé affiche une croissance externe dynamique, avec en 2006, 186 établissements hospitaliers (177 en France), dans les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), de Santé mentale, de Réadaptation et de Soins de suite, de Cancérologie de Soins et Hospitalisation à Domicile. Générale de Santé poursuit son développement en Europe en s'implantant en Italie.

La réussite de Générale de Santé se traduit par une forte croissance puisqu'en 15 ans son chiffre d'affaires est passé de 300 millions d'euros en 1987 à 1 741,5 millions d'euros en 2006 (annonce CA 2006). Générale de Santé représente 16% du marché français de l'hospitalisation privée (données au 31/12/06).

Générale de Santé couvre tous les métiers de l'hospitalisation et garantit ainsi au patient une prise en charge globale et adaptée grâce à son réseau d'établissements unique en Europe. En partenariat étroit avec le corps médical libéral, elle dispense l'ensemble des soins liés au secteur " Médecine Chirurgie Obstétrique " (MCO). Générale de Santé est également présente dans les domaines de la Santé mentale, la Cancérologie-Radiothérapie, les Soins de Suite, (alcoologie, traitement de l'obésité) et de Réadaptation, (rééducation orthopédique, neurologique et cardiaque), le diagnostic (imagerie et analyses médicales).

Le Groupe cherche à apporter une réponse adaptée, efficace et qualitativement irréprochable aussi bien techniquement qu'humainement aux défis auquel font face les systèmes de santé. Pour satisfaire cet objectif, il développe, au sein de leur réseau, des pôles régionaux d'excellence qui attirent et fidélisent les meilleures équipes médicales, la création du Label Générale de Santé porteur d'une exigence de qualité, sont parmi les axes fort de leur stratégie.

Après des années de politique dynamique de croissance externe afin de renforcer leur réseau à la fois au plan géographique et au plan qualitatif, le Groupe marque le pas et donne désormais la priorité à la restauration de ses marges (programme Tremplin).

Les bouleversements récents dans le domaine de la réglementation du secteur hospitalier confirment la reconnaissance par l'État du modèle stratégique de Générale de Santé. En effet, la loi votée fin 2003 par le Parlement instaure une nouvelle tarification à l'acte et à l'activité au cours de 2004, rendant désormais possible une comparaison entre les secteurs public et

privé. Le deuxième volet de cette loi vise également à renforcer les partenariats publics-privés, voie dans laquelle le Groupe s'était déjà engagé. Cette collaboration est indispensable à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins.

CAPIO SANTÉ (<http://www.capio.com>)

- *Activité* : 16 cliniques (12 MCO, 2 Psy, 2 soins de suite et réadaptation) avant acquisition d'ARVITA (4 cliniques), de 2 cliniques toulousaine et rochelaise au premier semestre 2006 et du groupe Tonkin en septembre
- *Stratégie* : l'acquisition d'ARVITA permettra de développer des synergies au sein des activités existantes et de bénéficier d'économies d'échelles. Le groupe entend poursuivre sa croissance externe.
- *Actionnariat* : le suédois CAPIO, premier prestataire de santé européen implanté dans 7 pays européens racheté par Opica AB (détenu principalement par les fonds Apex Partners et Nordic Capital) suite à une OPA lancée en septembre 2006

En 1994, la région de Skaraborg en Suède confie la gestion de son laboratoire médical à une jeune entreprise, CAPIO. Celle-ci se développe alors rapidement dans le secteur des prestations de soins et se transforme progressivement en un groupe européen. En s'investissant dans le secteur de la santé, CAPIO a répondu à l'attente des pouvoirs publics suédois. Après avoir pris en charge l'essentiel des prestations de santé, ceux-ci souhaitent en confier la gestion à des prestataires privés, mieux à même d'offrir une haute qualité de soins et une maîtrise des coûts.

En 1997, son expérience réussie en Suède permet à CAPIO d'étendre ses activités au Danemark puis progressivement en Norvège et en Finlande. L'internationalisation continue en 1999 avec son implantation en Suisse et en Grande Bretagne. CAPIO poursuit son développement avec l'intégration fin 2002 d'un groupe de 16 cliniques françaises, devenu CAPIO Santé. En 2003, le groupe se porte acquéreur de la plus grosse clinique privée française, la clinique des Cèdres à Toulouse et en 2004 de la clinique Fontvert Avignon Nord implantée à Sorgues (Vaucluse). En janvier 2005, CAPIO s'implante en Espagne avec

l'acquisition d'IDC Grupo Sanitario, premier groupe privé du secteur de la santé espagnole. Le groupe signe un contrat avec les autorités espagnoles pour la construction d'un hôpital à Valdemoro, dans la banlieue de Madrid. En avril 2006, CAPIO se porte acquéreur d'un groupe de 4 cliniques privées : la Clinique Claude Bernard à Ermont, la Clinique de Domont à Domont, la Polyclinique du Lac d'Enghien à Soisy sous Montmorency toutes trois situées dans le Val d'Oise (95), et la Polyclinique du Beaujolais à Arnas (69). Il acquiert également la Clinique de l'Atlantique à Puilboreau (17) et la Clinique Saint Jean Languedoc à Toulouse (31). En août 2006, le Groupe s'implante en Allemagne avec l'acquisition de Deutsche Klinik. En septembre 2006, CAPIO renforce sa position en Rhône Alpes par le rachat d'un établissement de référence du bassin sanitaire Est de Lyon, la Clinique du Tonkin à Villeurbanne, la Clinique de la Sauvegarde et la Clinique Saint Louis à Lyon.

CAPIO est un des principaux fournisseurs de soins de santé en Europe et assure des services dans plusieurs spécialités médicales. CAPIO aspire à être un fournisseur de soins de santé qui répond de manière efficiente aux exigences à la fois des patients, du système de santé public aussi bien que des compagnies et des organismes qui font appel à ses services.

En seulement dix ans d'existence, le groupe est déjà présent dans sept pays européens, notamment dans toute la Scandinavie, en Grande-Bretagne et en France. Le groupe rassemble plus de 100 établissements où travaillent 15 000 professionnels de santé, dont 3 600 médecins, et pèse près de 1,4 milliard d'euros de chiffre d'affaires (CA).

Pour Paul Hökfelt, directeur général de CAPIO Santé, l'explication de ce succès est double : « CAPIO ne fait, d'abord, qu'un métier - l'hospitalisation et, en annexe, le diagnostic. Ensuite, nous croyons que ce métier peut lier efficience et qualité. »

En France, le groupe a fait une percée remarquable lors du rachat à Suez, en 2002, des seize cliniques du groupe Clininvest. Une année plus tard, la filiale française se portait acquéreur du plus gros hôpital privé de l'Hexagone : la clinique des Cèdres à Toulouse. Aujourd'hui, CAPIO Santé, regroupe 25 établissements qui réalisent 500 millions d'euros de chiffre d'affaires en France.

Une particularité de groupe est liée à sa vision du marché de la santé. Au lieu de s'engager dans la voie de la concurrence traditionnelle, CAPIO a choisi de collaborer avec les systèmes

de santé publics. Ainsi, CAPIO en étroite collaboration avec les acteurs traditionnels des systèmes de santé, cherche à développer des méthodes, des modèles et des concepts innovateurs qui visent à créer de nouvelles opportunités de collaborations afin d'améliorer l'efficacité du système de santé dans son ensemble.

Les principaux clients du groupe sont les collectivités locales ou municipalités, les entreprises aussi bien que les compagnies d'assurance publiques et privées qui achètent des services de soins de santé.

Aujourd'hui, CAPIO a acquis une reconnaissance européenne :

- il gère l'un des plus grands hôpitaux à Stockholm
- il dirige la seule clinique appartenant à la famille royale de Suède
- un établissement CAPIO a reçu en 2003 le prix prestigieux de la « Qualité suédoise » ;
- il est le leader de la chirurgie ophtalmologique dans les pays nordiques ;
- il signe en 2004 le plus grand contrat de soins médicaux jamais accordé à un acteur privé en Angleterre ;
- en France, il a réussi en trois ans l'implantation d'un réseau de 25 cliniques :
 - 5800 salariés
 - 1300 praticiens libéraux
 - 4100 lits
 - 236 000 opérations chirurgicales
- en Espagne, CAPIO dirige 22 hôpitaux et cliniques dont un hôpital universitaire avec des unités de recherche et de formation des médecins. CAPIO est le premier prestataire privé à prendre en charge en Europe l'ensemble des soins pour une population définie. Ce contrat de soins est basé sur un système de capitation (redevance annuelle fixe par individu).

GROUPE KORIAN (www.groupe-korian.com),

- *Activité* : 127 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), 35 de Soins de Suite et de Réadaptation ou Convalescence (SSR) et 10 cliniques psychiatriques.

- *Actionnariat* : Batipart, holding détenue par des personnes physiques et Predica (groupe Crédit Agricole), introduction en bourse fin 2006
- *Stratégie* : poursuivre la création et la reprise d'établissements tout en améliorant les performances de son pôle sanitaire et la rentabilité de son pôle EHPAD.

MEDICA FRANCE (<http://www.medica-france.fr>)

- *Activité* : hébergement pour personnes âgées dépendantes (75 EHPAD), soins de suite, de médecine physique et de réadaptation (16 établissements SSR)
- *Stratégie* : Medica entend poursuivre sa stratégie de croissance maîtrisée, externe et interne en France et en Europe
- *Actionnariat* : détenu à 70% par Bridgepoint Capital

ORPEA / CLINEA (<http://www.orpea.com> et <http://www.clinea.fr>)

- *Activité* : 93 sites d'hébergement des personnes âgées et, à travers la filiale CLINEA, 13 établissements sanitaires (psychiatrie, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, médecine).
- *Organisation* : forte centralisation au siège des fonctions supports, cinq Directions Régionales
- *Stratégie* : croissance organique, développement des services à domicile
- *Actionnariat* : coté en bourse

MÉDI-PARTENAIRES / SANTÉ FINANCES (<http://www.medi-partenaires.com>)

- *Activité* : 16 cliniques réparties sur toute la France, spécialisées dans les prestations de soins de court séjour MCO
- *Organisation* : groupement d'Intérêt Économique Clinic Management Services (CMS) au service des cliniques du groupe chargé de leur gestion opérationnelle
- *Stratégie* : le Groupe Médi-Partenaires entend devenir l'un des acteurs majeurs de l'hospitalisation privée dans les 5 années à venir et s'engage dans une politique de croissance externe par l'acquisition de structures présentes dans le secteur MCO

- *Actionnariat* : deux fonds d'investissement, Barclays Private Equity et Cobalt Capital

SANTÉ & RETRAITE (www.sante-retraite.org)

- *Activité* : 8 établissements de santé (dont 2 clinique SSR et 1 spécialisée « nutrition »), 5 résidences de retraite, 2 centres de consultation (nutrition)
- *Organisation* : piloté par un Groupement d'Intérêt Économique
- *Actionnariat* : familial

OC SANTÉ (<http://www.oc-sante.fr>)

- *Activité* : 11 établissements, couvrant la plupart des disciplines médicales (MCO, SSR, psychiatrie, accueil de personnes âgées)
- *Stratégie* : implanté dans l'Hérault (10 cliniques) et dans le Gard (1), le groupe Oc Santé constitue un réseau qui répond à une logique médicale de proximité et de complémentarité de soins
- *Organisation* : www.oc-sante.fr/groupe.html
- *Actionnariat* : détenu par des médecins

GROUPE AZUR CLINIQUES (<http://www.domusvi.com>)

- *Activité* : 9 cliniques dans les Alpes Maritimes (7 MCO, 2 SSR) et 2 établissements pour personnes âgées
- *Stratégie* : développement d'un réseau sanitaire et médico-social intégré, localisé dans les Alpes Maritimes [stratégie du groupe DomusVi (61 résidences retraite médicalisées) : répartition des établissements du groupe à l'horizon 2006-2007 de 75% d'établissements d'hébergement destinés aux personnes âgées (résidences retraite, résidences services, cliniques de moyens séjours, aide à domicile) et 25% de cliniques de courts séjours]⁹.

⁹ DomusVi a fait l'acquisition en 2007 du Groupe santé SEDNA, la première entreprise mixte de soins de longue durée et d'aide et de soins à domicile du Québec.

- Membre d'ONCAZUR, un réseau de Coordination de soins en Cancérologie couvrant les territoires de santé des Alpes-Maritimes Est, Alpes Maritimes Ouest, Var est, Département de la Haute Corse et Principauté de Monaco; ce réseau concerne environ 30% de la population totale de la Région PACA Corse soit 1 500 000 habitants avec une incidence de l'ordre de 8 000 nouveaux cancers par an et regroupe l'ensemble des établissements publics et privés des secteurs de santé concernés.