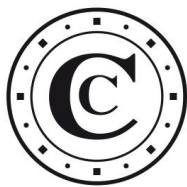


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS, ENTRE CONCURRENCE ET COMPLÉMENTARITÉ

Rapport public thématique

Octobre 2023

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction.....	17
Chapitre I Des soins hospitaliers inégalement accessibles selon les spécialités, les territoires et les patients.....	19
I - Des capacités d'accueil, des spécialités et des volumes d'activité très différents	20
A - Une augmentation globale de l'activité hospitalière depuis 2011	20
B - Des capacités d'accueil cependant très différentes selon les territoires et les catégories d'établissements	21
C - Des établissements publics généralistes très présents en médecine et en obstétrique, et moins en chirurgie	24
D - Des établissements privés spécialisés principalement dans les techniques interventionnelles et la chirurgie	25
II - Un partage implicite de l'activité en fonction de la typologie des patients, de la nature des soins et de la géographie	27
A - Des patients globalement plus âgés dans les structures privées	28
B - Les patients dont l'état de santé est le plus grave sont majoritairement pris en charge par les établissements publics	29
C - Une polarisation sociale de la patientèle selon les territoires et les catégories d'établissements de santé	29
III - Une large couverture territoriale par le secteur public et une concurrence du secteur privé limitée à certains territoires et à certaines spécialités	33
A - Une couverture quasi-totale des besoins de soins aigus par les établissements publics	33
B - Une concurrence qui s'est intensifiée de 2014 à 2019	34
C - Une offre de soins restreinte ou inexistante pour une partie de la patientèle	35
Chapitre II Des efforts d'organisation de l'offre hospitalière contrariés par des fonctionnements hétérogènes.....	39
I - L'édification progressive mais incomplète d'une approche commune à l'ensemble du secteur hospitalier.....	39
II - Des statuts, des organisations, des règles de fonctionnement distincts	42

A - Les statuts et les formes juridiques	42
B - Le contrôle par l'État	43
C - Des financements structurant l'offre de soins de manière implicite.....	46
D - Des modèles économiques privés qui reposent sur des recettes annexes et sur des flux financiers croisés importants	52
E - Les régimes sociaux et fiscaux.....	55
III - Une concurrence dans l'accès au corps médical qui ne garantit pas la répartition optimale de la ressource médicale	57
A - Une organisation du travail plus contraignante pour le personnel médical dans les établissements publics de santé	59
B - Des rémunérations plus attractives en clinique qu'à l'hôpital pour certains spécialistes, sous réserve de l'exercice mixte des praticiens hospitaliers	60
C - De nombreuses possibilités de cumul au sein des établissements publics de santé.....	63
Chapitre III Une offre de soins hospitaliers à adapter à la diversité territoriale et à rapprocher des besoins des patients.....	69
I - Redonner de la consistance au « service public hospitalier » et élargir le champ de sa mise en œuvre	69
A - Améliorer l'accessibilité financière, avec des filières de soins sans reste à charge	72
B - Adapter la régulation aux contrastes territoriaux	73
C - Répartir les obligations des établissements et des professionnels de santé durant les périodes critiques.....	77
II - Renforcer les moyens de régulation des agences régionales de santé	81
A - Conforter le droit des autorisations.....	81
B - Renforcer le lien entre autorisations, pertinence et qualité des soins, et satisfaction des patients	86
III - Soutenir les initiatives de coopération	92
A - Conforter l'élan des coopérations public-privé observées lors de la pandémie de covid 19	93
B - Utiliser les dispositifs de coopération conformément à leur objet	94
Conclusion générale	103
Liste des abréviations	105
Annexes	109

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance institutionnelle** des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

La présente enquête a été pilotée par une formation inter-juridictions (FIJ). Elle a associé la Cour des comptes et six chambres régionales des comptes : CRC Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour mesurer et comparer l'activité respective des trois catégories d'établissements, la Cour s'est appuyée sur le système national des données de santé dont elle a extrait les données d'activité médicale des établissements au cours des années 2014, 2016 et 2019, dans les secteurs de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique et, plus particulièrement, les 20 types de pathologies les plus couramment prises en charge. Elle a mesuré le nombre de séjours effectués dans les 95 départements métropolitains et a caractérisé l'intensité de la concurrence à cette échelle, en fonction de l'activité respective des trois catégories d'établissements. L'analyse plus fine porte principalement sur des données d'activité de l'année 2019, dernier exercice complet disponible avant que la pandémie de covid 19 bouleverse l'économie générale des soins hospitaliers. Cependant, chaque fois que cela a été possible, des données plus récentes ainsi que les constats et enseignements issus de la crise sanitaire de la covid 19 ont été utilisés.

**

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 31 mars 2023, par une formation inter-juridictions présidée par Mme Véronique Hamayon, présidente de la 6^e chambre de la Cour des comptes, et composée de Mme Marie-Claire Carrère-Gée, conseillère maître, de M. Thierry Vught, conseiller maître, président de la chambre régionale des comptes Île-de-France, de M. Frédéric Advielle, conseiller maître, président de la chambre régionale des comptes Hauts-de-France, de M. Bertrand Diringer, président de la chambre régionale des comptes Pays de la Loire, de Mmes Béatrice Convert-Roseneau, Carole Collinet et Gaëlle Fonlupt, présidentes de section de chambre régionale des comptes, de MM. François Gajan et Sahbi Salah, présidents de section de chambre régionale des comptes, ainsi que de M. Yves Colcombet, conseiller maître, en tant que rapporteur général, de MM. David Causse et Christophe Saint-Martin, conseillers référendaires en service extraordinaire, en tant que rapporteurs, et de Mme Sylvie Boutereau-Tichet, conseillère maître, en tant que contre-rapporteur.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité, Mme Podeur, M. Charpy, Mmes Camby et Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon et M. Meddah, présidents et présidentes de chambre de la Cour, MM. Michaut, Lejeune et Advielle, Mmes Gervais et Renet, présidents et présidentes de chambre régionale des comptes, ainsi que M. Gautier, Procureur général, a été consulté sur le projet de communication le 5 juin 2023. Le Premier président en a approuvé la publication le 11 octobre 2023.

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

Le système hospitalier français est composé d'établissements de santé publics et privés qui réalisent des diagnostics, soignent et surveillent les malades, les blessés et les femmes enceintes, et qui accomplissent des missions de prévention et d'éducation à la santé, au sens du code de la santé publique.

Au 31 décembre 2020, sur 2 989 établissements de santé¹, on dénombrait 1 347 établissements publics de santé, 972 établissements de santé privés à but lucratif et 670 établissements privés à but non lucratif dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic²) constituent la majeure partie. Le présent rapport traite de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO).³ Dans ce champ d'activité, les établissements publics offrent 66 % des lits et places, les établissements privés à but lucratif 25 % et les établissements privés à but non lucratif 9 %.

Au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), les dépenses consacrées aux établissements de santé se sont établies en 2019 à 82,6 Md€ (hors dotations allouées par les agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional – Fir – et hors honoraires des médecins exerçant en cliniques privées), dont 54,4 Md€ dans le champ MCO. Elles ont atteint 90 Md€ en 2020, 95,5 Md€ en 2021, dans le contexte de crise sanitaire dont les effets se sont révélés contrastés sur l'activité hospitalière, et 98,4 Md€ en 2022. Les honoraires pris en charge par l'assurance maladie des médecins exerçant sous forme libérale dans les établissements de santé se sont élevés à 6,7 Md€ en 2019, toutes activités comprises, dont 5,09 Md€ dans les établissements du champ MCO.

La diversité et la répartition territoriale des établissements de santé qui se sont développés indépendamment les uns des autres jusqu'en 1970, puisent leur origine dans l'histoire. Cette diversité a été prise en compte par

¹ Données produites par le ministère chargé de la santé (Drees) ; l'hospitalisation à domicile (HAD) et la dialyse hors centre ne sont pas comptés ici.

² Établissements de santé privés d'intérêt collectif, catégorie créée par la loi du 21 juillet 2009.

³ Ce secteur d'activité est visé en priorité dans le présent rapport car il représente la majeure partie des hospitalisations (en 2019, 86 % des journées complètes et 47 % des journées partielles).

l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 qui a consacré le droit pour le patient de choisir son médecin et qui a organisé le conventionnement des établissements de santé privés avec les caisses de sécurité sociale.

D'autres modalités d'organisation du système hospitalier existent en Europe. Toutefois, le pluralisme de l'offre en France n'est pas une situation singulière : en 2018, 11 des 23 pays de l'Union européenne pour lesquels des données ont pu être examinées conjuguait, à des degrés divers, un secteur d'hospitalisation public avec un secteur privé à but non lucratif et un secteur privé à but lucratif.

Le droit européen, quant à lui, considère les établissements de santé, quel que soit leur statut, comme des opérateurs économiques. Il soumet leurs activités et leur régulation administrative au respect des principaux principes du droit de la concurrence (liberté d'entreprendre, égal accès aux autorisations et aux financements publics) devant permettre d'atteindre un équilibre collectivement optimal en termes de quantité, de qualité et de coût des soins dispensés, tout en favorisant l'innovation.

Le présent rapport, issu des travaux de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes, analyse les caractéristiques de l'offre hospitalière publique et privée, lucrative ou non lucrative, les facteurs susceptibles de favoriser ou de pénaliser l'efficacité de son organisation et de sa performance d'ensemble, ainsi que les moyens mis en œuvre par les autorités de régulation, au niveau national et au niveau local, pour satisfaire au mieux les besoins en soins hospitaliers de la population.

Pour mesurer et comparer l'activité respective des trois catégories d'établissements, la Cour s'est appuyée sur le système national des données de santé dont elle a extrait les données d'activité médicale des établissements au cours des années 2014, 2016 et 2019, dans les secteurs de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique et, plus particulièrement, les données des 20 types de pathologies les plus couramment prises en charge. Elle a mesuré le nombre de séjours effectués dans les 95 départements métropolitains et a caractérisé l'intensité de la concurrence à cette échelle, en fonction de l'activité respective des trois catégories d'établissements. Une analyse plus fine porte principalement sur des données d'activité de l'année 2019, dernier exercice complet disponible avant que la pandémie de covid-19 bouleverse l'économie générale des soins hospitaliers. Cependant, chaque fois que cela a été possible, des données plus récentes ainsi que les constats et enseignements issus de la crise sanitaire de la covid-19 ont été utilisés.

Des décennies d'efforts d'organisation de l'offre hospitalière, au niveau national, n'ont pas empêché les contrastes territoriaux de se renforcer

Créé par la loi du 31 décembre 1970, le service public hospitalier a été décomposé en 14 missions par la loi du 21 juillet 2009, dite loi « *Hôpital, patients, santé, territoires* », puis remanié en 2016 par la loi dite « *Touraine* » sous la forme d'un « *bloc d'activités* » exercées exclusivement par les établissements publics et par les Espic. Le concept juridique « *d'établissement de santé* », posé en 1991 par la loi dite « *Évin* », a introduit le principe d'obligations communes aux trois catégories d'établissements.

Les modalités de financement restent cependant hétérogènes et ne traduisent toujours pas des principes clairs et stabilisés. De ce fait, les offres hospitalières, publique et privée, ont continué à évoluer de manière séparée. La concurrence sur les courts séjours s'intensifie depuis 2014 dans les métropoles tandis que le secteur public assure de plus en plus, et presque exclusivement, la couverture des besoins sur l'ensemble du territoire ainsi que les soins pour les pathologies les plus sévères, ou dans les contextes sociaux les plus difficiles.

Ces constats en moyenne nationale sont toutefois nuancés par l'analyse territoriale fine, qui fait ressortir des différences significatives. Les prises en charge au titre de la chirurgie sont majoritairement privées et, dans certains territoires défavorisés, des établissements privés accueillent plus de bénéficiaires de l'assurance complémentaire santé solidaire (CSS) que des établissements publics. En outre, de nombreux territoires ne disposent que d'une offre publique, tandis que ceux qui ne disposent d'aucune offre de soins pour certaines pathologies pourtant courantes (en médecine gériatrique par exemple) ne sont pas rares.

Là où la concurrence s'exerce, l'activité s'est structurée à partir des tarifs administrés établis au niveau national, pour les établissements de santé comme pour les praticiens libéraux. Du point de vue du patient, cette concurrence porte sur l'accès aux services d'urgence, sur l'adressage par les médecins traitants en ville, sur les délais d'accès aux soins et sur le prix des prestations annexes, remboursées en tout ou partie par les assurances complémentaires de santé.

Les différences de statuts et de modèles économiques demeurent déterminantes

Le droit des autorisations a été longtemps hétérogène selon les catégories d'établissements et ne converge réellement que depuis 2022.

La prise en charge des soins par l'assurance maladie relève toujours de deux échelles tarifaires différentes, notamment parce que le coût des soins dispensés dans les établissements du secteur public et du secteur privé sans but lucratif intègre la rémunération des médecins salariés alors que, dans le secteur privé à but lucratif, les honoraires des médecins exerçant à titre libéral sont pris en charge séparément.

Les ressources des établissements publics sont constituées d'une part croissante de dotations de l'assurance maladie décidées par les agences régionales de santé (ARS), dont les établissements privés ne bénéficient pas ou de manière marginale seulement.

Enfin, les régimes sociaux et fiscaux avantagent sensiblement le secteur public par rapport au secteur privé non lucratif, à missions et activités comparables.

La complémentarité peut être développée dans le cadre d'une conception renouvelée du service public hospitalier

La conception historique du service public hospitalier, réservée à l'origine aux établissements publics et à certains établissements privés à but non lucratif habilités individuellement, s'est progressivement brouillée. Des praticiens du secteur public, qui constituent le socle du service public hospitalier, peuvent exercer au sein de l'hôpital, sous certaines conditions, une activité libérale avec dépassement d'honoraires.

Une clarification est devenue nécessaire sur l'ensemble du territoire national au regard de l'impératif, pour les usagers, de pouvoir accéder aux soins dans des conditions financières, géographiques et temporelles correspondant à leurs besoins, quel que soit le statut de l'établissement en mesure de les prendre en charge.

D'une part, la proportion d'activité due au service public par les praticiens d'un hôpital public autorisés à exercer une activité libérale au sein de celui-ci, doit être mieux garantie. En ce sens, un plafonnement du revenu de l'activité libérale par rapport aux revenus de l'activité salariée des praticiens pourrait être ajouté aux limites actuelles reposant sur le temps de travail et le nombre d'actes, peu vérifiables et donc insuffisamment contrôlés.

D'autre part, les critères du service public hospitalier devraient être assouplis pour permettre d'accroître l'offre, en soumettant les autorisations délivrées aux établissements privés – à but lucratif ou non – pour les activités les plus sensibles sur un territoire donné, à des exigences de participation à la permanence des soins, à la coopération avec d'autres établissements au travers du partage de plateaux techniques, à une mutualisation des ressources humaines et des équipements rares, à une tarification en secteur 1 ou, dans certains cas, en secteur 2 sans reste à charge pour le patient après intervention de son assurance complémentaire de santé.

Cette nouvelle approche, centrée sur les besoins à satisfaire de la population, nécessite un renforcement des outils d'analyse et des mesures juridiques à la disposition des ARS : meilleure identification, dans les plans régionaux de santé, des insuffisances de l'offre par rapport à la demande à l'échelle territoriale, sociale et temporelle, et adaptation du régime des autorisations pour rendre possible leur octroi sous des conditions correspondant aux besoins du service public hospitalier, là où il est insuffisamment assuré.

Les autorisations d'activité délivrées aux établissements de santé doivent être davantage reliées à la pertinence et à la qualité des soins ainsi qu'à la satisfaction des patients

La réforme du régime des autorisations délivrées par les ARS, engagée depuis deux ans, ne répond qu'imparfaitement aux besoins. Certes, les exigences techniques et d'activité qui conditionnent leur délivrance ont été renforcées. Cependant, les bénéfices qui doivent en résulter pour les patients, notamment en matière d'accessibilité financière et géographique des soins, pourraient être mieux pris en compte. En outre, lorsque des autorisations sont accordées à des entités gestionnaires d'établissements privés, des engagements de stabilité et de préavis avant modification ou cessation d'activité devraient être exigés.

S'agissant de la pertinence des soins hospitaliers, l'ampleur des écarts constatés entre les pratiques, dans certains départements, et la moyenne nationale mérite qu'une analyse des activités atypiques, au regard des référentiels de bonne pratique, soit conduite par le ministère chargé de la santé. Une telle analyse permettrait de mieux fonder les orientations de chaque projet régional de santé ainsi que les décisions d'attribution d'autorisations d'activités de soins.

Les analyses relatives à la qualité des soins, notamment les résultats de la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé (HAS) et les indicateurs de qualité et de sécurité des soins qu'elle publie, pourraient être mieux exploitées par les ARS pour la délivrance des

autorisations. La publication offre aux usagers la possibilité de prendre connaissance de ces données et de comparer les établissements selon leurs statuts et activités. C'est, de même, le cas de l'enquête de satisfaction intitulée « *e-satis* » qui est largement déployée désormais⁴.

En revanche, les règles trop complexes du mécanisme d'incitation financière à la qualité, développé par le ministère de la santé et par la HAS, le rendent illisible et en atténuent l'effet incitatif, pour les professionnels de santé comme pour les établissements.

Lorsque l'offre est restreinte sur un territoire et que la liberté de choix du patient est de ce fait réduite, il est d'autant plus nécessaire que les pouvoirs publics exercent une vigilance accrue sur la qualité du service rendu aux patients par des mesures réellement incitatives et par la vérification des engagements pris à l'occasion de la délivrance des autorisations.

**

La stimulation concurrentielle est un facteur nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction du patient. Tout en sachant tirer parti de celle-ci pour limiter les effets négatifs potentiels des monopoles d'activité, pour les patients comme pour le régulateur, l'administration de la santé peut mieux utiliser, ou renforcer, ses moyens d'intervention pour susciter, voire contraindre, les opérateurs et les praticiens à coopérer davantage face aux difficultés rencontrées en matière d'offre hospitalière dans une grande partie du territoire. Une nouvelle dynamique équilibrant mieux la concurrence et la complémentarité doit ainsi s'engager à partir d'un contenu revitalisé du service public hospitalier, aujourd'hui insuffisamment articulé avec les autorisations délivrées.

Un principe simple pourrait prévaloir : tout établissement de santé autorisé et financé par la solidarité nationale doit participer à la mise en place effective d'un service public hospitalier performant à l'échelle du territoire considéré, en fonction de sa capacité d'accueil, des spécialités qu'il exerce et en réponse aux besoins concrets des patients.

⁴ E-Satis est le dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients ; cette mesure est effectuée depuis avril 2016 dans tous les établissements de santé, grâce à des questionnaires établis par la Haute Autorité de santé.

Récapitulatif des recommandations

1. Réformer la tarification de l'activité libérale dans les établissements publics de santé de manière à éviter que l'assurance maladie paye deux fois le temps médical consacré aux prestations, une première fois au titre du GHS et une deuxième fois au titre des honoraires des praticiens (*ministère chargé de la santé – DGOS, DSS – CNG, ATIH et Cnam*).
2. S'agissant de la régulation de l'activité libérale des praticiens en établissement public de santé, introduire un critère fondé sur les honoraires perçus et rendre effectifs les contrôles des plafonds d'activité en temps de travail et en nombre d'actes par les directions d'établissement et par les ARS (*ministère chargé de la santé – DGOS, ARS – CNG, ATIH et Cnam*).
3. Établir une grille d'indicateurs de mise en œuvre du service public hospitalier (accessibilité financière, géographique, temporelle) dont les valeurs cibles seront précisées par l'ARS au regard des besoins de chaque territoire (*ministère chargé de la santé – SGMAS, DGOS, ARS – et Cnam*).
4. Dans le cadre des projets régionaux de santé 2023-2028 et de la réforme des autorisations en cours, soumettre au respect de ces indicateurs la délivrance et le renouvellement des autorisations relevant du service public hospitalier (*ministère chargé de la santé – SGMAS, DGOS, ARS – et Cnam*).
5. Rendre obligatoire la participation à la permanence des soins (PDS-ES) des praticiens exerçant en établissement de santé privés, comme dans les établissements publics de santé, et organiser la mutualisation territoriale des ressources en personnel soignant pour la nuit, la fin de semaine, le mois d'août, les jours fériés et les fêtes de fin d'année (*ministère chargé de la santé – DGOS et ARS*).
6. Dans les territoires où la situation hospitalière est caractérisée par l'ARS comme particulièrement tendue, élargir les possibilités de coopération des établissements publics et des établissements privés sans but lucratif habilités au service public aux praticiens libéraux de secteur 2, en contrepartie d'un encadrement des honoraires versés par

l'établissement et d'une participation de ces praticiens à la permanence des soins (*ministère chargé de la santé – DGOS, DSS, ARS – et Cnam*).

7. Recentrer les financements attribués au titre de l'incitation financière à la qualité (Ifaq), conformément à son objet initial, sur les établissements de santé ayant mis en place un processus d'amélioration de la qualité présentant des résultats probants (*ministère chargé de la santé - ARS*).

Introduction

Le système hospitalier français se caractérise par la coexistence d'établissements de santé publics et privés soumis aux mêmes obligations, aux termes du code de la santé publique. Au 31 décembre 2020, la Drees⁵ recensait 2 989 établissements de santé, dont 1 347 hôpitaux publics, 972 cliniques privées et 670 établissements privés à but non lucratif. Dans le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO) qui a représenté, en 2019, 86 % des journées complètes d'hospitalisation, et 47 % des journées partielles, elle dénombrait 235 841 lits et places, dont 66 % dans le secteur public, 25 % dans le secteur privé lucratif et 9 % dans le secteur privé non lucratif.

Cette diversité puise son origine dans l'histoire. Les congrégations religieuses ont, en effet, été les premières à développer, au nom de « l'hospitalité » due aux pauvres et aux voyageurs, ce qu'il convient de considérer comme le lointain ancêtre des établissements de santé. La loi du 7 août 1851 – texte fondateur – a permis de reconnaître l'existence d'un secteur privé, aux côtés des hospices et hôpitaux publics érigés en établissements autonomes. Elle a été suivie près d'un siècle plus tard par la loi du 21 décembre 1941, dite « *Charte hospitalière* », qui tira la conséquence du développement des assurances sociales en élargissant l'accès aux établissements publics aux « malades payants ».

Ces règles et principes n'imposent pas, par eux-mêmes, la coexistence d'établissements de santé publics et privés. Mais ils ont structuré l'offre de soins en France. D'autres modalités d'organisation du système hospitalier existent en Europe avec, par exemple, une offre entièrement publique au Royaume-Uni (lorsqu'elle est financée par la solidarité nationale) et une offre entièrement privée à but non lucratif⁶ aux Pays-Bas. À cet égard, la situation française est similaire à beaucoup d'autres : en 2018, d'après Eurostat, 11 des 23 pays de l'Union européenne pour lesquels des données sont disponibles conjuguèrent, à des degrés divers, un secteur d'hospitalisation public avec un secteur privé à but non lucratif et un secteur privé à but lucratif.

⁵ Drees, *Les établissements de santé*, édition 2022.

⁶ Mise en œuvre par des fondations et organisations non lucratives.

Au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), les dépenses consacrées aux établissements de santé se sont établies en 2019 à 82,6 Md€ (hors fonds d'intervention régional – Fir – et hors honoraires des médecins exerçant en cliniques privées), dont 54,4 Md€ au titre du champ MCO. Elles se sont établies à 90 Md€ en 2020, à 95,5 Md€ en 2021⁷, dans un contexte de crise sanitaire marqué par les effets contrastés sur l'activité des établissements de santé, et à 98,4 Md€ en 2022⁸. Les honoraires, pris en charge par l'assurance maladie, des médecins exerçants sous forme libérale dans les établissements de santé se sont élevés à 6,7 Md€ en 2019, toutes activités comprises, dont 5,09 Md€ dans les établissements du champ MCO.

Par souci d'homogénéité et de cohérence, l'analyse est ciblée sur le champ MCO⁹, hors hospitalisation à domicile (HAD) et dialyse hors centre. Elle s'appuie, autant que possible, sur des données chiffrées correspondant spécifiquement à ce périmètre, principalement sur les résultats de l'année 2019 qui correspond au dernier exercice complet disponible, hors effets de la crise sanitaire. Sous réserve des effets de la garantie de financement des établissements de santé toujours en vigueur, ce n'est qu'en 2022 que la répartition des activités entre catégories d'établissements s'est dégagée de l'influence dominante de la crise sanitaire mais les données détaillées correspondantes ne seront pas disponibles avant le second semestre 2023.

Le présent rapport tient toutefois compte, chaque fois que cela apparaît pertinent, de données plus récentes ainsi que des constats et enseignements issus de la crise sanitaire.

Cet examen révèle que les soins hospitaliers sont très inégalement accessibles selon les patients, les territoires et les spécialités (I), ce qui résulte, à la fois, de règles et de fonctionnement hétérogènes entre établissements de santé et d'une contribution inégale au service public hospitalier (II).

Il identifie les moyens de mieux articuler les offres, publique et privée, par une meilleure mobilisation des outils de régulation, en portant une plus grande attention aux besoins et aux attentes des patients (III).

⁷ Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁸ Source : *Ondam et dépenses de santé*, projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (annexe n° 5).

⁹ C'est donc systématiquement sur ces activités de MCO que portent les observations du rapport en l'absence de précision contraire.

Chapitre I

Des soins hospitaliers inégalement accessibles selon les spécialités, les territoires et les patients

La comparaison de l'activité des établissements de santé suppose d'examiner leur capacité d'accueil, leur implantation géographique, les spécialités qu'ils sont autorisés à exercer et la demande de soins émanant de la patientèle, avec ses propres caractéristiques (jeune, âgée, financièrement aisée ou défavorisée, etc.). Ces divers paramètres, qui ne sont pas statiques, interfèrent entre eux : l'évolution de la population sur un territoire induit des modifications d'activité ; l'obtention de nouvelles autorisations ou, au contraire, des retraits d'activité de la part de structures hospitalières, publiques ou privées, soit de leur propre initiative, soit en application d'une norme technique devenue plus exigeante, induisent des évolutions de capacité d'accueil et d'activité, avec des transferts induits de patientèle, etc.

Le présent chapitre expose les traits dominants de l'activité des trois grandes catégories d'établissements de santé – dans le domaine de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique – selon le prisme des capacités d'accueil et des spécialités autorisées (I). En outre, ce chapitre évoque le partage implicite de l'activité en fonction de la typologie des patients, de la nature des soins (II), et analyse la large couverture territoriale par le secteur public et montre que la concurrence entre secteur public et privé est limitée à certains territoires et spécialités (III).

I - Des capacités d'accueil, des spécialités et des volumes d'activité très différents

Les volumes d'activités sont très différents entre secteur public, privé non lucratif et privé lucratif : les établissements publics de santé sont plutôt généralistes et très présents en médecine et en obstétrique, alors que les établissements privés sont plus spécialisés, principalement en chirurgie.

A - Une augmentation globale de l'activité hospitalière depuis 2011

Plus de 32 millions de séjours ont été enregistrés en 2019 dans les établissements de soins, quel que soit leur statut. De 2011 à 2019, le total des séjours publics et privés a fortement augmenté, de 2,32 millions de séjours pour les établissements publics (17,4 %) et de 3,97 millions de séjours pour les cliniques privées. L'évolution des séjours dans les établissements privés à but non lucratif est significative dans cet ensemble, avec une hausse de 54,8 %, contre 23,9 % pour les établissements privés à but lucratif.

Tableau n° 1 : nombre de séjours dans les EPS, EBNL et EBL (y compris séances et actes non opératoires), de 2011 à 2020

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EPS	13 321 811	13 633 733	13 889 805	14 212 840	14 516 950	15 025 017	15 254 895	15 432 845	15 644 683	14 413 381
EBNL	3 043 082	3 118 960	3 225 893	3 350 597	3 501 419	3 883 862	4 405 917	4 556 708	4 710 037	4 588 159
EBL	9 621 542	9 881 976	10 274 297	10 595 684	10 826 029	11 335 538	11 587 451	11 745 070	11 925 019	10 554 368
Total	25 986 435	26 634 669	27 389 995	28 159 121	28 844 398	30 244 417	31 248 263	31 734 623	32 279 739	29 555 908

EPS : établissements publics de santé ; EBL : établissements de santé privés à but lucratif ; EBNL : établissements de santé privés à but non lucratif

Source : Cour des comptes à partir du système national des données de santé (SNDS)

L'analyse globale de l'activité¹⁰ fait ainsi ressortir que l'activité privée (à but lucratif ou non lucratif) augmente plus rapidement que l'activité des établissements publics. L'année 2020 – en relation avec la crise de la covid 19 – a enregistré une baisse d'activité significative, de 8,4 % par rapport à 2019. Cette baisse est plus marquée dans le secteur privé lucratif (11,5 %) que dans le secteur public (7,9 %), plus modérée dans le secteur privé non lucratif (2,6 %).

¹⁰ Ces données intègrent les séances et les actes non opératoires. Le périmètre est donc supérieur aux tableaux suivants qui ne recouvrent que les séjours en MCO.

B - Des capacités d'accueil cependant très différentes selon les territoires et les catégories d'établissements

Les prises en charge au sein des trois secteurs d'hospitalisation sont adossées à des capacités en lits et en places très contrastées. Le secteur public est très majoritaire en médecine, avec 79 % des lits installés, et en gynécologie-obstétrique, avec 70 % des lits. La situation est plus équilibrée en chirurgie, avec 47 % des capacités dans le secteur public, 44 % dans le privé lucratif et 9 % dans le privé non lucratif.

Tableau n° 2 : capacité en lits d'hospitalisation complète de court séjour, par statut d'établissements de santé

	EPS	EBNL	EBL	Ensemble
<i>Médecine</i>	98 440	10 811	14 896	124 147
<i>Chirurgie</i>	28 355	5 725	26 497	60 577
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	12 128	1 187	3 959	17 274
Total	138 923	17 723	45 352	201 998

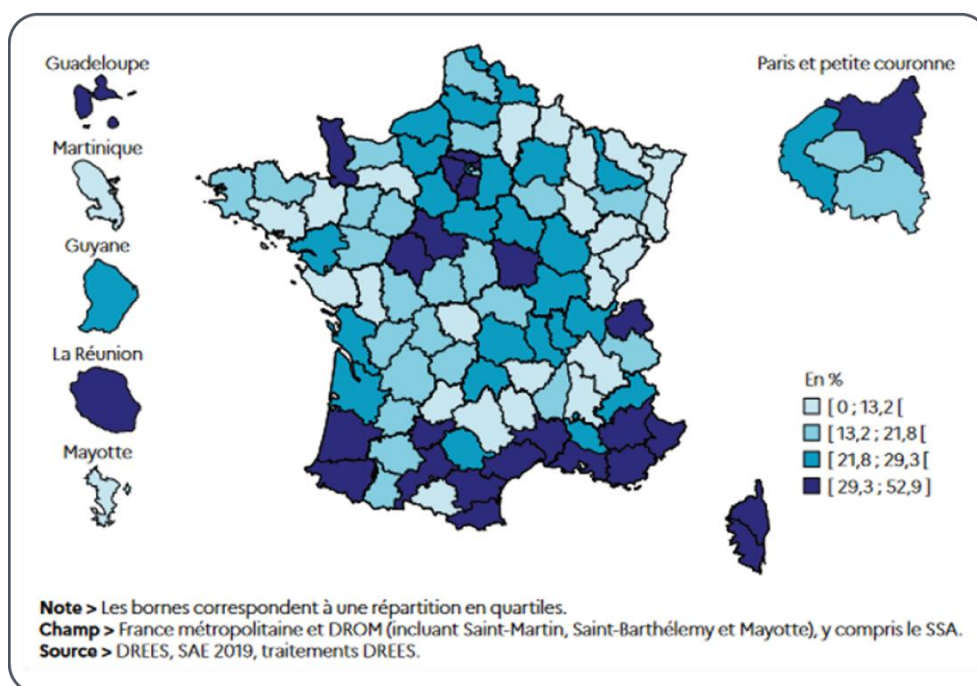
Source : Drees, données 2019, *Les établissements de santé*, édition 2021, page 69

D'un point de vue territorial, la dimension secondaire du rôle de l'hospitalisation privée non lucrative en court séjour (9 % des séjours totaux en 2019) se nuance à la suite d'une analyse territoriale et régionale fine : il représente en effet 18 % des séjours dans la région Grand-Est, 12 % en Île-de-France et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, régions dans lesquelles figurent des établissements de référence et de grande réputation.

En revanche, la présence relative du secteur privé à but non lucratif est très faible dans plusieurs régions : Centre-Val de Loire (0 %), Normandie (3 %), Occitanie (4 %), Pays-de-la-Loire (5 %), Nouvelle-Aquitaine (6 %)¹¹. Le pluralisme et l'équilibre de l'offre hospitalière entre les secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif varient ainsi très fortement selon les territoires.

¹¹Source : Fehap, Guillaume Chesnel, données 2019 issues de la SAE, note du 21 septembre 2021.

Carte n° 1 : part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2019



Source : les établissements de santé, édition 2021, Drees

La présence largement dominante des établissements publics dans le total national des journées d'hospitalisation complète en court séjour (74,41 %) s'explique notamment par l'exercice d'activités de soins stratégiques telles que la permanence d'écoute et l'orientation des patients en urgence, d'une part (Samu)¹², leur prise en charge et leur transport sanitaire (Smur), puis l'accueil physique dans les sites d'urgence (Satu)¹³, d'autre part (cf. annexe n° 1). En revanche, cette charge de soins non programmée pénalise l'activité programmée en ce qu'elle suppose des engagements à tenir, en temps et en heure, de la part des services médico-techniques, et des disponibilités de chambres.

D'autres activités stratégiques, comme la réanimation ou les soins intensifs, jouent un rôle important. Leur exercice est synonyme de la capacité pour un établissement de santé à développer des activités

¹² Services d'aide médicale urgente.

¹³ Service d'accueil et de traitement des urgences.

médicales, chirurgicales ou interventionnelles de haute technicité. Le secteur public détient en effet 84 % des autorisations de réanimation pour adultes, 94 % des autorisations pour enfants ou encore 94 % des unités neuro-vasculaires. Le panorama est plus équilibré pour les unités de surveillance continue ou les unités de soins intensifs.

**Tableau n° 3 : répartition des autorisations de réanimation
et de surveillance continue (nombre de lits)**

	Adultes			Enfants		
	EPS	EBL	EBNL	EPS	EBL	EBNL
Réanimation	4 245	545	290	332	0	21
Surveillance continue	3 621	2 941	757	812	2	42

EPS : établissements publics de santé ; EBL : établissements de santé privés à but lucratif ;
EBNL : établissements de santé privés à but non lucratif

Source : Drees, données 2019, Les établissements de santé, édition 2021

La situation actuelle de quasi-monopole des établissements publics sur l'accueil des urgences et sur les activités de réanimation exige des contreparties en termes de coopération : l'Autorité de la concurrence considère que les autorisations administratives des activités de soins ou d'équipements lourds constituent des « *barrières à l'entrée significatives* »¹⁴. Leurs titulaires ne peuvent en tirer parti pour écarter des établissements de santé concurrents ou des praticiens libéraux ayant besoin d'un accès de leurs patients à ces « *infrastructures essentielles* » pour l'organisation de leur propre activité. Or, les autorisations « *stratégiques* », d'accueil des urgences ou de soins critiques, constituent un double obstacle à franchir pour les établissements de soins privés, puisqu'elles conditionnent l'octroi d'autres autorisations en médecine ou en chirurgie. Ainsi, un établissement public autorisé en réanimation ne pourrait pas - sans risque de contentieux au titre d'une pratique anti-concurrentielle - refuser une coopération à un concurrent privé autorisé en chirurgie interventionnelle pour une « *convention de repli* » (le transfert des patients en cas de complication médicale).

¹⁴Autorité de la concurrence, décision n° 20-DCC-38 du 28 février 2020 relative à la prise de contrôle exclusif de la société Hexagone Santé Méditerranée et de la SCI Bonnefon-Carnot par le groupe Elsan, § 23.

C - Des établissements publics généralistes très présents en médecine et en obstétrique, et moins en chirurgie

Une très grande majorité des patients en médecine (plus de sept millions de séjours en 2022, soit presque 66 % du total des séjours de cette catégorie) et en obstétrique (73,7 % en 2017 et 77,2 % en 2022) est prise en charge par les établissements publics de santé qui, en revanche, n'assurent qu'un tiers des séjours en chirurgie.

Tableau n° 4 : séjours en médecine, chirurgie et obstétrique pris en charge par les établissements publics de santé, de 2017 à 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Chirurgie</i>	2 618 684	2 629 128	2 635 688	2 188 611	2 463 940	2 521 437
<i>Médecine</i>	7 087 695	7 112 887	7 174 995	6 470 834	7 055 716	7 152 914
<i>Obstétrique</i>	881 656	881 301	881 974	851 523	881 170	883 062
Total	10 588 035	10 623 316	10 692 657	9 510 968	10 400 826	10 557 413

Source : Cour des comptes à partir des données Scan Santé

Tableau n° 5 : parts de marché des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique pris en charge par les établissements publics de santé, de 2017 à 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Chirurgie</i>	39,2 %	39,0 %	38,7 %	38,0 %	37,3 %	37,2 %
<i>Médecine</i>	66,9 %	66,6 %	66,3 %	66,2 %	65,7 %	65,6 %
<i>Obstétrique</i>	73,7 %	74,1 %	74,8 %	74,9 %	75,9 %	77,2 %

Source : Cour des comptes à partir des données Scan Santé

Parmi les séjours pris en charge en majorité par le secteur public, l'analyse fine de 20 pathologies (ou « groupes homogènes de malades » - GHM) fait apparaître des différences sensibles selon les actes. Ainsi, en 2019, les établissements publics ont accueilli 48 % des séjours de pose de pacemaker, plus de 72 % des séjours relatifs à des douleurs thoraciques, 51 % des actes diagnostiques par voie vasculaire et 94 % des séjours d'éthylisme aigu de niveau 1.

L'analyse des durées moyennes de séjours fait ressortir que la majorité des séjours d'une, de deux ou de trois nuitées et plus, est réalisée dans des établissements publics. En 2020, ceux-ci ont pris en charge 61 %

des séjours avec une nuit, 64 % des séjours avec deux nuits et 68,6 % des séjours avec trois nuits et plus, cette part étant en augmentation de 2014 à 2020.

D - Des établissements privés spécialisés principalement dans les techniques interventionnelles et la chirurgie

Contrepartie des constats qui précèdent, la proportion des séjours pris en charge par les établissements de santé privés est dominante en chirurgie, mais minoritaire en médecine et en obstétrique.

La crise sanitaire a inégalement affecté l'activité de ces catégories d'établissements : de 2019 à 2020, le privé non lucratif a subi une baisse de 6 % et le privé lucratif de 11 %.

En 2022, les établissements privés à but non lucratif ont pris en charge un peu plus d'un million de séjours en médecine, soit une part de marché de 9,4 % (8,4 % en 2017) et 75 784 séjours en obstétrique (cf. annexe n° 3).

Tableau n° 6 : séjours en médecine, chirurgie et obstétrique pris en charge par les établissements de santé privés à but non lucratif, de 2017 à 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Chirurgie</i>	560 766	594 138	617 460	535 054	622 194	634 172
<i>Médecine</i>	888 329	916 121	952 222	895 228	996 505	1 030 511
<i>Obstétrique</i>	80 603	80 822	82 598	79 267	78 404	75 784
Total	1 529 698	1 591 081	1 652 280	1 509 549	1 697 103	1 740 467

Source : Cour des comptes à partir des données Scan Santé

Tableau n° 7 : parts de marché en médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé privés à but non lucratif de 2017 à 2022 (proportion de séjours pris en charge)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Chirurgie</i>	8,4 %	8,8 %	9,0 %	9,3 %	9,4 %	9,3 %
<i>Médecine</i>	8,4 %	8,6 %	8,8 %	9,1 %	9,3 %	9,4 %
<i>Obstétrique</i>	6,7 %	6,8 %	7,0 %	7,0 %	6,8 %	6,8 %

Source : Cour des comptes à partir des données Scan Santé

En 2022, les établissements privés à but lucratif ont pris en charge 2,73 millions de séjours en médecine, ce qui représentait 25 % du marché. En obstétrique, ils n'ont accueilli qu'un peu plus de 184 000 séjours sur un total de plus de 1,143 million de séjours.

Tableau n° 8 : séjours en médecine, chirurgie et obstétrique pris en charge par les établissements privés à but lucratif, de 2017 à 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Chirurgie</i>	3 496 709	3 521 185	3 548 841	3 035 811	3 522 525	3 615 522
<i>Médecine</i>	2 623 666	2 657 476	2 700 559	2 404 539	2 691 642	2 727 135
<i>Obstétrique</i>	234 823	227 225	215 217	206 055	201 822	184 380
Total	6 355 198	6 405 886	6 464 617	5 646 405	6 415 989	6 527 037

Source : Cour des comptes à partir des données Scan Santé

Tableau n° 9 : parts de marché en médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé privés à but lucratif de 2017 à 2022 (proportion de séjours pris en charge)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Chirurgie</i>	52,4 %	52,2 %	52,2 %	52,7 %	53,3 %	53,4 %
<i>Médecine</i>	24,8 %	24,9 %	24,9 %	24,6 %	25,1 %	25,0 %
<i>Obstétrique</i>	19,6 %	19,1 %	18,2 %	18,1 %	17,4 %	16,1 %

Source : Cour des comptes à partir des données Scan Santé

La part de marché prise par les établissements privés est très variable selon la pathologie. Par exemple, le privé lucratif accueille 70 % des cataractes et interventions sur le cristallin, 77 % des affections de la bouche et de la pose de prothèses dentaires, et 71 % des endoscopies digestives diagnostiques. Cette prédominance du privé lucratif est fortement liée aux autorisations délivrées aux établissements par les ARS. Mais elle s'explique aussi par trois facteurs structurants liés aux actes concernés :

- des activités programmées dont la durée est relativement stable, qui s'insèrent mieux aujourd'hui dans l'organisation planifiée des établissements privés, tandis que l'activité des établissements publics est focalisée sur les soins non programmés dont les autorisations délivrées leur ont conféré le quasi-monopole ;

- des actes médico-techniques dont la cotation en honoraires par l'assurance-maladie est nettement plus favorable pour les praticiens libéraux que celles des activités cliniques, comme la pédiatrie ou la psychiatrie, et également moins risquée, à la différence de l'obstétrique ;
- des situations dans lesquelles le patient peut s'assurer d'une relation personnalisée avec le médecin qu'il a choisi, tandis que l'organisation en équipes médicales des établissements publics ne lui garantit pas l'intervenant, sauf dans les cas d'une activité libérale d'un praticien hospitalier.

Les établissements privés à but non lucratif, dont les centres de lutte contre le cancer, ont accueilli, en 2019, 41,5 % des séjours de cancer du sein (contre 32,6 % pour les établissements privés à but lucratif et 26 % pour les hôpitaux publics).

Les établissements privés à but non lucratif sont, quant à eux, fortement positionnés – au regard de leur capacité – sur la prise en charge de certains cancers. En 2019, ils ont accueilli, 41,5 % des séjours de cancer du sein (contre 32,6 % pour les cliniques à but lucratif et 26 % pour les hôpitaux publics) et 12,3% des cancers de la prostate (contre 28 % en 2019 pour les hôpitaux publics).

Enfin, la plus grande partie des séjours ambulatoires est réalisée dans des établissements privés (61,4 % du total des séjours), avec un accroissement de la part assurée par les établissements privés à but non lucratif de 13,9 % à 19,3 %, de 2017 à 2021.

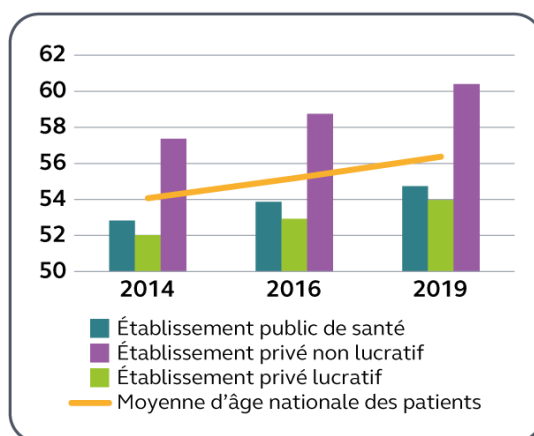
II - Un partage implicite de l'activité en fonction de la typologie des patients, de la nature des soins et de la géographie

Tendanciellement, les établissements de santé prennent en charge des patients aux caractéristiques différentes : les patients des établissements privés sont, en moyenne, un peu plus âgés et moins précaires, alors que les patients des établissements publics ont des pathologies plus complexes, plus sévères, et un niveau de vie globalement moins élevé. Ces moyennes masquent cependant des situations très variables selon les territoires et les établissements.

A - Des patients globalement plus âgés dans les structures privées

Les données¹⁵ de séjours en établissement de santé des années 2014, 2016 et 2019 font apparaître des différences dans l'âge moyen de la patientèle et dans les pathologies prises en charge, selon la catégorie d'établissements et le type de diagnostics, répartition modulée en fonction de l'offre de soins disponible au plan géographique. Ces moyennes d'âge doivent aussi être appréciées en tenant compte des diverses activités exercées dans les établissements.

Graphique n° 1 : âge moyen des patients en court séjour par catégorie d'établissements



Source : Cour des comptes à partir des données issues du SNDS

Tous séjours confondus, la moyenne d'âge des patients est plus élevée dans le secteur privé non lucratif (60,4 ans en 2019) que dans le secteur privé lucratif (54 ans en 2019) et que dans le secteur public (54,7 ans en 2019).¹⁶

¹⁵ Données du système national des données de santé (SNDS).

¹⁶ La moyenne d'âge des patients est influencée par les activités de néonatalogie, de maternité, de pédiatrie qui sont exercées majoritairement dans les EPS.

B - Les patients dont l'état de santé est le plus grave sont majoritairement pris en charge par les établissements publics

L'analyse des diagnostics (diagnostic principal et diagnostics associés) étudiés fait ressortir que les patients pris en charge dans les établissements publics présentent des pathologies plus complexes.

Ainsi, en 2019, sur la totalité des séjours, chaque patient accueilli en établissement public souffrait en moyenne de près de six pathologies, près de quatre pathologies s'agissant des patients des établissements privés à but non lucratif, et près de trois pathologies pour les patients des établissements privés à but lucratif. Ce nombre moyen de pathologies a, en outre, augmenté de 13 % chez les patients des établissements publics depuis 2014 alors qu'il a diminué pour les autres patients, de 7 % chez les patients accueillis en établissements privés non lucratifs (cf. annexe n° 4).

Les séjours effectués dans le secteur public sont liés à des affections sensiblement plus sévères, en moyenne, que les séjours effectués dans les établissements privés. Ainsi, en 2019, plus des deux tiers des séjours de malades dont l'état de santé présentait un niveau de sévérité particulier ont été pris en charge par le public (contre 24,6 % pris en charge par le privé lucratif et 8,3 % par le privé non lucratif).

Plus le niveau de sévérité du séjour est élevé (niveau 3 ou 4), plus la proportion assurée par le secteur public est importante. Cette répartition est à relier, non seulement, à une aptitude particulière du public à traiter des cas lourds et à exercer des activités non programmées mais, aussi, à la concentration dans le secteur public des autorisations de Satu, de Smur, de réanimation et d'unités de soins intensifs (cf. *supra*).

C - Une polarisation sociale de la patientèle selon les territoires et les catégories d'établissements de santé

1 - Des bénéficiaires de la complémentaire de santé solidaire (CSS) pris en charge essentiellement par l'hôpital public

La proportion de patients bénéficiaires de l'assurance complémentaire de santé solidaire (CSS, ex-CMU) dans les établissements publics de santé est très supérieure à celle observée dans les établissements privés.

Au niveau national, en 2021, 900 000 séjours de patients avec CSS ont été assurés par les établissements publics de santé. La proportion de patients relevant de la CSS par rapport au total des séjours en 2019 était de 8,7 % dans

les établissements publics, de 3,1 %¹⁷ dans les établissements privés à but non lucratif et de 5,7 % dans les établissements privés à but lucratif.

Ces moyennes nationales recouvrent des différences importantes selon les territoires. Ainsi à Lyon, à la Clinique de La Sauvegarde (établissement privé à but lucratif), la proportion de patients avec CSS en chirurgie est proche de la proportion observée dans la patientèle des Hospices civils de Lyon (respectivement, 10,7 % et 8,3 %). On retrouve cette tendance en chirurgie à Marseille où l'Hôpital Européen (privé non lucratif) a accueilli 18,2 % de séjours avec CSS contre 16,5 % pour l'AP-HM, l'établissement public majeur du territoire de santé. À Cambrai, en chirurgie, le secteur privé non lucratif a pris en charge plus de patients en CSS que le secteur public : 12,5 % pour la clinique Sainte-Marie contre 10,1 % pour le centre hospitalier de Cambrai.

À l'inverse, dans le territoire de santé de la communauté urbaine du Grand-Reims, 8,3 % des séjours en chirurgie et 8,8 % des séjours en médecine assurés par le CHU concernaient des patients bénéficiaires de la CSS. À la polyclinique de Courlancy, principal concurrent privé lucratif du CHU de Reims, ces taux n'étaient plus que de 7,2 % pour les séjours en médecine et de 3,1 % pour les séjours en chirurgie.

Par ailleurs, la part des patients bénéficiaires de la CSS par catégorie d'établissements varie très fortement selon les pathologies (cf. annexes n° 5). Par exemple, le taux de prise en charge avec CSS pour la pose d'une prothèse de hanche était de 19,7 % en 2019 dans le public, de 0,7 % dans le privé non lucratif et de 1,5 % dans le privé lucratif, tandis que ce taux pour des actes diagnostiques par voie vasculaire était de 31,1 % dans le public, de 3,3 % dans le privé non lucratif et de 28,4 % dans le privé lucratif.

2 - Dans certains territoires, les patients bénéficiaires de la CSS n'accèdent pas à une offre adaptée à leurs pathologies

D'une manière générale, les établissements publics de santé accueillent les patients bénéficiaires de la CSS dans tous les départements. Ainsi, en 2019, pour les endoscopies digestives diagnostiques et thérapeutiques, pour les séjours d'éthylisme aigu, pour les interventions sur le canal carpien et autres interventions sur la main, les établissements publics ont accueilli des patients avec CSS dans la totalité, ou la quasi-totalité, des départements (cf. annexe n° 5).

¹⁷ Il convient de noter que la base de données nationale ne prend pas en compte les personnes de plus de 60 ans ; à partir de cet âge, les personnes ne bénéficient plus de la CSS mais de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Tableau n° 10 : mastectomies subtotaux pour tumeur maligne - prise en charge de patients en CSS par département et par catégorie d'établissements de santé (2014-2016-2019)

TAUX DE COUVERTURE CSS et hors CSS	Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne					
	% département avec prise en charge CSS			Taux de couverture nationale des séjours par catégorie d'établissement		
	2014	2016	2019	2014	2016	2019
<i>Établissements publics de santé</i>	20 %	29 %	51 %	83 %	88 %	88 %
<i>Établissements de santé privés à but lucratif</i>	31 %	31 %	33 %	80 %	83 %	81 %
<i>Établissements de santé privés à but non lucratif</i>	15 %	18 %	22 %	29 %	27 %	33 %

Source : Cour des comptes à partir des données issues du SNDS

Tableau n° 11 : poses d'un stimulateur cardiaque - prise en charge de patients en CSS par département et par catégorie d'établissements de santé (2014-2016-2019)

TAUX DE COUVERTURE CSS et hors CSS	Poses d'un stimulateur cardiaque					
	% département avec prise en charge CSS			Taux de couverture nationale des séjours par catégorie d'établissement		
	2014	2016	2019	2014	2016	2019
<i>Établissements publics de santé</i>	44 %	40 %	57 %	100 %	100 %	100 %
<i>Établissements de santé privés à but lucratif</i>	24 %	25 %	25 %	78 %	76 %	71 %
<i>Établissements de santé privés à but non lucratif</i>	7 %	6 %	11 %	19 %	19 %	19 %

Source : Cour des comptes à partir des données issues du SNDS

**Tableau n° 12 : prothèses de hanche pour traumatismes récents
prise en charge de patients en CSS par département et par catégorie
d'établissements de santé (2014-2016-2019)**

TAUX DE COUVERTURE CSS et hors CSS	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1					
	% département avec prise en charge CSS			Taux de couverture nationale des séjours par catégorie d'établissement		
	2014	2016	2019	2014	2016	2019
<i>Établissements publics de santé</i>	44 %	40 %	64 %	100 %	100 %	100 %
<i>Établissements de santé privés à but lucratif</i>	20 %	16 %	16 %	92 %	94 %	91 %
<i>Établissements de santé privés à but non lucratif</i>	1 %	5 %	5 %	24 %	24 %	29 %

Source : Cour des comptes à partir des données issues du SNDS

Pour les douleurs thoraciques (données figurant dans l'annexe n° 5), des patients bénéficiaires de la CSS sont pris en charge par des établissements publics de santé dans tous les départements métropolitains mais par des établissements privés à but lucratif dans 51 % des départements seulement, alors que ceux-ci couvrent 79 % des départements pour cette pathologie. Pour le secteur privé non lucratif, ces taux sont respectivement de 25 % (CSS) et de 37 % des départements.

Pour les séjours de mastectomie subtotale, les établissements privés à but lucratif n'ont accueilli des patients bénéficiaires de la CSS que dans 33 % des départements alors que ces établissements accueillent des patients non CSS sur ce type de cancer dans 81 % des départements.

Pour la pose de stimulateur cardiaque, les établissements privés à but non lucratif ont accueilli des patients bénéficiaires de la CSS dans 11 % des départements, ces établissements accueillant des patients non CSS sur ce type de séjours dans 19 % des départements.

Pour certaines pathologies (cancer du sein, pose d'un stimulateur cardiaque, prothèse de hanche, explorations nocturnes...) et dans certains territoires, malgré la présence des établissements publics de santé, les patients les moins aisés, bénéficiaires de la CSS, sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins.

III - Une large couverture territoriale par le secteur public et une concurrence du secteur privé limitée à certains territoires et à certaines spécialités

En dehors des grandes zones urbaines où le secteur privé est bien implanté et de certaines spécialités, la concurrence directe entre les établissements de santé publics et privés est rare sur territoire national. Sur la majeure partie de celui-ci, l'offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique est assurée par le secteur public.

A - Une couverture quasi-totale des besoins de soins aigus par les établissements publics

Sur le plan territorial, les divers besoins de soins en médecine-chirurgie-obstétrique – quels que soient les types de séjours – sont presque totalement couverts par les établissements de santé publics, ce que n'offrent pas les établissements privés, dont l'activité est plutôt dominée par la chirurgie.

Ainsi, dans tous les départements (taux de couverture nationale de 100 %), les établissements publics soignent des pathologies telles que la pose d'un stimulateur cardiaque, la pose d'une prothèse de hanche, les interventions sur la main, les affections de la bouche, les endoscopies digestives thérapeutiques, etc.

Ce principe de couverture territoriale, par les établissements publics, de la plupart des pathologies connaît quelques exceptions notables : le cancer du sein et le cancer de la prostate. En effet, sur le plan national, la prise en charge des interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes (cancer de la prostate) est davantage assurée par le secteur privé lucratif que par le secteur public. En 2019, ce type de cancer était pris en charge par le privé lucratif dans 84 départements, par le public dans 77 départements et par le privé non lucratif dans 21.

En 2019, des établissements privés lucratifs ont assuré dans 94 % des départements certains soins chirurgicaux tels que l'intervention sur le canal carpien ou l'opération de la cataracte et du cristallin. En revanche, pour les pathologies non chirurgicales, le taux de couverture nationale est moindre, par exemple, pour la pose de stimulateur cardiaque (71 % des départements), les soins pour les douleurs thoraciques (79 % des départements), les actes diagnostiques par voies vasculaires (56 %) ou les séjours d'éthylisme aigu de niveau 1 (45 % des départements).

B - Une concurrence qui s'est intensifiée de 2014 à 2019

L'intensité de la concurrence à l'échelle départementale entre les établissements de santé publics et privés a été mesurée par la Cour en comparant, par type d'établissements, le nombre de séjours relevant d'un GHM par rapport au total des séjours relevant du même GHM. Cette étude a été réalisée sur les 95 départements métropolitains pour les années 2014, 2016 et 2019 (cf. annexe n° 2 pour la méthode et n° 3 pour les résultats).

Les situations de concurrence forte, c'est-à-dire où une part des séjours assurée par le secteur public est comprise entre 40 et 60 % du total des séjours réalisés pour les patients d'un département, ne concernent que sept à 15 départements. C'est le cas, par exemple, pour les affections de la bouche (dans 10 départements en 2019), pour la cataracte (8,4 % des départements), les explorations nocturnes (13,7 %, soit dans 13 départements), les nouveau-nés de moins de 3,3 kg (13,7 %) ou les accouchements uniques par voie basse (14,7 % en 2019, soit dans 14 départements). Une concurrence forte, mais limitée à quelques départements, est aussi observée pour la pose de prothèses de hanche (23,2 %) et pour la pose de stimulateur cardiaque (22,1 % en 2019, soit dans 21 départements).

Néanmoins, sur les pathologies étudiées et sur l'ensemble du territoire national, il ressort que la concurrence est plutôt moyenne, voire faible, dans un nombre important de prises en charge. Par exemple, la concurrence est « faible, dominée par les établissements publics »¹⁸ sur les séjours des nouveau-nés de moins de 3,3 kg dans 49,5 % des départements, sur les accouchements uniques par voie basse (51,6 % en 2019) ou sur la pose de stimulateur cardiaque (39 %). Cependant, les situations peuvent sensiblement varier en fonction du territoire. C'est le cas pour la cataracte en Lozère, dans les Ardennes, le Lot et l'Ariège, quasi-exclusivement prise en charge par le secteur public, alors qu'elle est majoritairement traitée par les établissements privés à l'échelle nationale. Il en va de même pour les endoscopies digestives diagnostiques (l'un des principaux séjours en nombre au niveau national) dans les Ardennes, la Lozère et le Lot.

La concurrence appréciée au niveau national est "faible, dominée par les établissements privés"¹⁹ (à but lucratif et non lucratif) pour les

¹⁸ La concurrence faible dominée par les EPS est caractérisée lorsque la part des séjours du GHM assurée par les EPS est supérieure à 80 % du total du nombre de séjours dans le département.

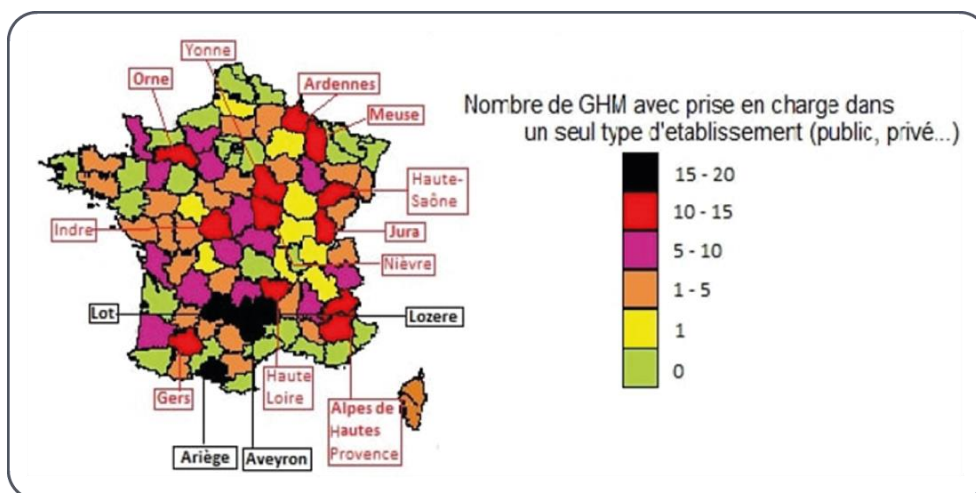
¹⁹ La concurrence faible dominée par le secteur privé est caractérisée lorsque la part des séjours du GHM assurée par les EPS est inférieure à 20 % du total du nombre de séjours dans le département.

affections de la bouche (53,7 % des départements français en 2019), la cataracte (47,4 %), le canal carpien (33,7 %) et les endoscopies digestives diagnostiques (42,1 % des départements français en 2019).

C - Une offre de soins restreinte ou inexistante pour une partie de la patientèle

Dans de nombreux départements et pour une proportion importante de pathologies, les patients n'ont pas le choix du type d'établissement dans lequel ils vont être soignés. Ce nombre de départements est constant, voire en augmentation pour certaines pathologies.

Carte n° 2 : offre de soins par département et patientèle captive (2019)



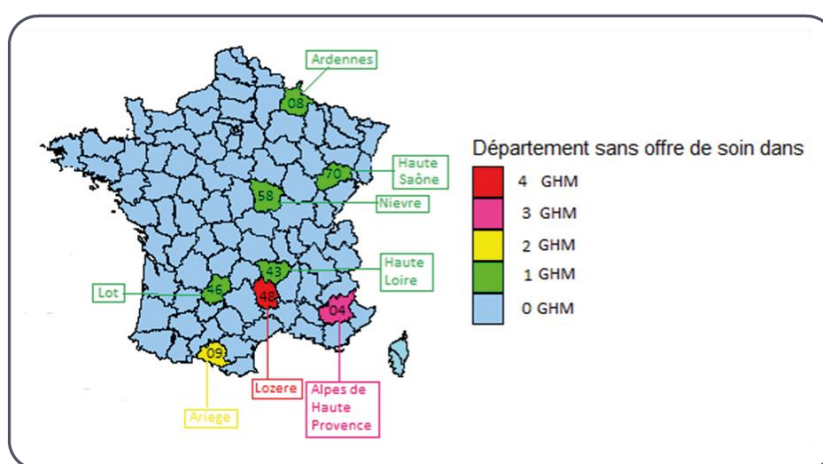
Source : Cour des comptes, à partir des données issues du SNDS

S'agissant de soins programmés, l'absence de choix peut exposer l'utilisateur au dépassement d'honoraires auxquels il ne peut se soustraire dans un territoire donné ou pour le délai d'intervention requis, qu'il s'agisse d'un établissement privé lucratif ou de l'activité libérale de praticiens hospitaliers.

Cette absence de choix possible se rencontre dans 20 départements pour le cancer de la prostate, dans 27 départements pour la pose de stimulateur cardiaque, dans 19 départements pour la prise en charge de douleurs thoraciques, dans 35 départements pour des actes diagnostiques par voie vasculaire, dans 45 départements pour des séjours d'éthylisme aigu.

Pour cinq GHM dont le volume de séjours est très important (intervention sur le cristallin ; endoscopie ; affections de la bouche et prothèses dentaires ; prothèse de hanche en ambulatoire), quatre à huit départements n'offrent pas d'alternative aux patients dans le choix de la structure de prise en charge (public, privé, privé non lucratif).

Carte n° 3 : départements sans prise en charge de séjours sur les 20 GHM étudiés (2019)



Source : Cour des comptes à partir des données issues du SNDS

Dans un nombre significatif de départements, aucun établissement ne prend en charge certaines pathologies, conduisant un certain nombre de patients à s'orienter vers d'autres départements pour recevoir les soins dont ils ont besoin. Ce "taux de fuite"²⁰ est analysé au chapitre II. Aucun des deux principaux cancers affectant la population française - cancer du sein et cancer de la prostate - n'est pris en charge dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence, de l'Ardèche, de la Haute-Saône et de la Lozère. Le cancer du sein n'est pas pris en charge dans la Nièvre. De même, les séjours d'exploration nocturne (syndrome de l'apnée du sommeil) ne sont pas pris en charge en Lozère, ni les actes diagnostiques vasculaires dans les départements de la Lozère, du Lot, des Ardennes.

²⁰ Le « taux de fuite » est le pourcentage de patients d'un territoire donné pris en charge par un établissement situé en dehors du ressort géographique des établissements, présents sur ledit territoire, vers lesquels ils auraient vocation à se diriger naturellement.

CONCLUSION

La concurrence entre établissements de santé ne s'exerce géographiquement que dans certains territoires, notamment les plus urbanisés, d'une part, et sur des segments d'activité limités, chirurgicaux et ambulatoires en particulier, d'autre part. Cet état de fait résulte, certes, d'une stratégie de spécialisation des gestionnaires d'établissements privés mais, aussi, des autorisations d'activités délivrées par les autorités publiques qui réservent très largement aux établissements publics la gestion des Samu, des Smur, des services d'urgence et de réanimation. La concurrence ne s'exerce pratiquement qu'en chirurgie.

Chapitre II

Des efforts d'organisation de l'offre hospitalière contrariés par des fonctionnements hétérogènes

À compter de la loi du 31 décembre 1970, dite « *loi Boulin* », le cadre de fonctionnement de l'activité hospitalière a fait l'objet de nombreuses dispositions législatives et réglementaires, parfois contradictoires (I), dont certaines communes au secteur public et au secteur privé, lucratif ou non. Pour autant, des disparités très importantes demeurent aujourd'hui entre les différentes composantes de l'offre hospitalière (II) qui s'opposent à une mobilisation cohérente de ces diverses ressources sur l'ensemble du territoire, au service du patient (III).

I - L'édification progressive mais incomplète d'une approche commune à l'ensemble du secteur hospitalier

La structuration conjointe des offres publique et privée est récente à l'aune de l'histoire hospitalière. Elle a été engagée progressivement, en sept grandes étapes, à partir de la loi du 31 décembre 1970 qui a fondé la première planification hospitalière. Cette planification reposait sur une « *carte sanitaire* » et sur un « *service public hospitalier* » assuré par les établissements publics et par les établissements privés non lucratifs

« *participant au service public hospitalier* » (PSPH), auquel les établissements privés lucratifs pouvaient aussi contribuer dans le cadre de « *concessions* ».

La loi du 31 juillet 1991, dite « *loi Évin* », a ensuite, avec le concept juridique « *d'établissement de santé* », fixé des obligations communes aux trois catégories d'établissements. Les ordonnances du 24 avril 1996, dites « *ordonnances Juppé* », ont institué les agences régionales de l'hospitalisation chargées de délivrer des autorisations d'activité et de verser les financements aux structures hospitalières, tant publiques que privées. Auparavant, le financement des établissements publics et des établissements privés relevait de décideurs différents.

Cette étape a vu aussi la création de l'Agence nationale pour l'accréditation des établissements de santé, ayant autorité sur l'ensemble du secteur hospitalier, public comme privé, pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, agence devenue par la suite Haute Autorité de santé (HAS), la « *certification* » se substituant à « *l'accréditation* » à compter de 2004. Ces ordonnances ont conduit à la création des groupements de coopération sanitaire pour favoriser les coopérations entre établissements publics et privés. C'est aussi depuis cette époque qu'est engagé, tous les ans, l'examen par le Parlement des lois de financement de la sécurité sociale qui définissent l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) et, en son sein, le sous-objectif de dépenses des établissements de santé.

La loi du 4 mars 2002, dite *loi Kouchner*, a constitué la quatrième étape de structuration de la politique publique concernant l'offre hospitalière, avec des dispositions relatives aux droits des malades applicables à tous les établissements, autant publics que privés.

La cinquième étape a été celle de la transformation du modèle médico-économique des établissements, avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité à compter de 2004. Le projet initial visait à rendre identiques le tarif applicable à tous les établissements. Cet objectif dit « *de convergence tarifaire* », soutenu par le secteur privé mais contesté par le secteur public, a été abandonné en 2012.

Entre temps, sixième étape, la loi dite *Hôpital, patients, santé, territoires* du 21 juillet 2009 a supprimé le service public hospitalier qu'elle a remplacé par une liste de 14 missions de service public. Elle a remplacé les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) par des agences régionales de santé (ARS), confortant l'organisation régionale des services de l'État et de l'assurance-maladie, et intégrant à celle-ci le secteur médico-social sur lequel les ARH n'avaient pas autorité. Le statut des établissements « *participant au*

service public hospitalier" (PSPH) qui rapprochait les établissements de santé privés sans but lucratif des hôpitaux publics, a aussi été supprimé, déplaçant ces établissements privés vers les établissements à but lucratif, mais une catégorie nouvelle a été créée, en substitution aux établissements participant au services public hospitalier : les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

A ces cinquième et sixième étapes caractérisées par une politique publique centrée sur un pilotage par le tarif, a succédé la loi du 26 janvier 2016 dite "*loi Touraine*" qui a rétabli le service public hospitalier sous la forme d'un ensemble indissociable d'activités exercées par les hôpitaux publics et par les Espic²¹.

Au terme de ces sept étapes, le niveau régional et la planification ont été assimilés par les différentes parties prenantes, ainsi que le principe de l'évaluation par la HAS. En revanche, les modalités de financement sont restées hétérogènes et ne traduisent toujours pas des principes clairs et stabilisés.

Aujourd'hui, le code de la santé publique définit les établissements de santé au regard, principalement, de leur activité de soins²² qui doit avoir été préalablement autorisée par l'ARS²³.

À la qualité d'établissement de santé sont attachées plusieurs obligations.

Une première série de dispositions concerne la qualité et la sécurité des soins, la gestion des risques et la lutte contre les événements indésirables. À cette fin, les établissements de santé sont assujettis à une procédure de certification par la HAS, dont les résultats sont rendus publics.

Ils sont aussi tenus de conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), de se soumettre au contrôle exercé par les agents de l'État sur l'initiative de l'ARS et de transmettre

²¹ Menacée de suppression lors du vote de cette loi, la catégorie des Espic a finalement été maintenue.

²² Certaines autorisations peuvent aussi être accordées à un ou plusieurs médecins (CSP, art. L. 6122-3) ; toutefois, en raison de leurs conditions d'implantation et de conditions techniques minimales de fonctionnement, la plupart des activités de soins mentionnées à l'article R. 6122-25 du CSP sont réservées aux personnes morales, publiques ou privées.

²³ L'autorisation seule n'a pas de valeur et n'est pas cessible entre opérateurs : une autorisation d'activité de soins n'a d'existence que dans la mesure où elle est concrètement mise en œuvre.

régulièrement, ou sur demande, divers types d'informations à destination des autorités de régulation²⁴.

Ce socle commun est complété par un cadre juridique, principalement règlementaire, de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement applicables à raison des activités de soins exercées, dispositions de plus en plus indépendantes du statut de l'établissement concerné. À titre d'exemple, les maternités, publiques comme privées, doivent proposer une solution d'hébergement aux femmes enceintes qui résident trop loin de l'établissement et être en mesure de fonctionner 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

Les dispositions législatives et réglementaires communes aux trois catégories d'établissements constituent aujourd'hui un socle cohérent et solide qui souffre encore d'insuffisances importantes. Celles-ci ne permettent pas aux pouvoirs publics d'appréhender globalement la performance médicale et économique relative des diverses composantes de l'offre de soin, de manière à garantir le meilleur service au patient tout en limitant la dépense. Pour autant, bien qu'ils partagent un certain nombre de missions, d'exigences juridiques et de contraintes opérationnelles, par exemple celles liées à la rareté des ressources humaines qualifiées, les hôpitaux publics, les établissements de santé privés sans but lucratif et les établissements de santé à but lucratif n'obéissent pas aux mêmes moteurs d'action et ne subissent pas des contraintes identiques.

II - Des statuts, des organisations, des règles de fonctionnement distincts

La diversité des statuts et des modes de fonctionnement cloisonne le paysage hospitalier et engendre des difficultés de pilotage de l'offre de soins dans son ensemble face aux besoins de la population.

A - Les statuts et les formes juridiques

Les établissements publics de santé relèvent d'un statut spécifique défini par le code de la santé publique. La notion juridique de personne morale et l'entité *établissement de santé* coïncident quasi-exactement dans

²⁴ Transmission des comptes à l'ARS (CSP, art. L. 6116-3) ; programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (art. L. 6113-7) ; étude nationale de coûts, pour les établissements de l'échantillon (art. L. 6113-11).

le secteur public. Par ailleurs, bien qu'ils soient dotés de l'autonomie administrative et financière, ces établissements se caractérisent par une proximité forte avec la sphère étatique, une organisation très encadrée et des contre-pouvoirs puissants en leur sein.

Il en va très différemment des établissements de santé privés dont les configurations juridiques et physiques sont multiformes. Sur le plan juridique, la personne morale relève des dispositions du code de commerce pour les structures privées à but lucratif, d'une part, du code civil (droit d'association, des fondations et des congrégations) et du code de la mutualité ou du code de la sécurité sociale pour les structures privées à but non lucratif, d'autre part. Le statut de la personne morale gestionnaire s'analyse donc de manière distincte de la fonction d'établissement de santé qui relève du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale. La majorité des établissements à but lucratif appartiennent à des groupes. Les établissements à but non lucratif sont parfois affiliés à des réseaux associatifs ou mutualistes²⁵.

B - Le contrôle par l'État

Créés par un acte réglementaire qui précise le niveau de recours qu'il leur revient d'assurer²⁶ et définit leur ressort territorial, et dirigés par un directeur nommé par décision administrative²⁷, les établissements publics de santé sont placés sous le contrôle direct de l'État. Le directeur général de l'ARS a la faculté de s'opposer à certaines délibérations du conseil de surveillance²⁸ et à des décisions du directeur. S'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige, il peut lui demander de présenter un plan de redressement ou le placer sous administration provisoire. Le directeur général de l'ARS peut demander aux hôpitaux publics de conclure des conventions de coopération, de créer des groupements de coopération sanitaire, voire de fusionner. Si sa demande n'est pas suivie d'effet, il peut réduire le montant des dotations (voir *infra*). Le directeur

²⁵ La catégorie juridique des Espic recoupe la très grande majorité des EBNL. Elle inclut les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

²⁶ Notamment, s'agissant des centres hospitaliers régionaux (CHR) ou universitaires (CHRU), CSP, art. L. 6141-2.

²⁷ Par décret pour les CHR et CHRU et, dans les autres cas, par arrêté du directeur général du CNG sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'ARS après avis du conseil de surveillance.

²⁸ Composé de représentants des collectivités territoriales, de représentants du personnel et de personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'ARS et par le représentant de l'État dans le département, il se prononce sur la stratégie de l'établissement et en contrôle la gestion.

général de l'ARS dispose par ailleurs d'une compétence directe, partagée avec le Centre national de gestion de la fonction publique hospitalière, sur la carrière des directeurs d'hôpitaux et chefs d'établissement : recrutement, évaluation et conduite de l'entretien professionnel à partir duquel est attribué le niveau de prime de fonctions et de résultats et, le cas échéant, inscription au tableau d'avancement préparé au niveau national.

Les EPS sont soumis aux règles de la comptabilité publique et aux dispositions du code de la commande publique. Leur *état des prévisions de recettes et des dépenses* (EPRD) doit être approuvé par le directeur général de l'ARS qui dispose du pouvoir de l'arrêter lui-même en cas de désaccord persistant. Le directeur de l'ARS peut se substituer à l'ordonnateur en cas de carence de sa part et procéder d'office au mandatement d'une dépense ou au recouvrement d'une recette.

L'organisation interne des EPS obéit, elle aussi, à des dispositions législatives et réglementaires précises, ne laissant à leur direction que des marges d'adaptation très encadrées. Les difficultés résultant de cette uniformité sont désormais atténuées par l'article L. 6146-1-1 du code de la santé publique qui permet au directeur de l'établissement et au président de la commission médicale d'établissement (CME) de décider librement d'une autre forme d'organisation. Les chefs de pôles et les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la CME²⁹ parmi les praticiens de l'établissement : leurs objectifs et leurs moyens font l'objet d'un contrat avec le directeur, cosigné par le président de la CME.

Les leviers managériaux du directeur d'un établissement public vis-à-vis du personnel médical sont limités. L'article L. 6143-7 du code de la santé publique dispose : « *le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel* » mais rappelle l'indépendance professionnelle des praticiens. Il prévoit que « *le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement* ». Mais la nomination du personnel médical titulaire relève du Centre national de gestion de la fonction publique hospitalière (CNG-FPH), sur proposition du chef de pôle transmise par le directeur de l'établissement avec l'avis du président de la CME. La carrière et les conditions d'emploi du personnel médical (temps de travail, rémunération, organisation du service...) sont largement déterminées par leur statuts particulier (voir *infra*) et par les mesures de gestion prises au niveau national.

²⁹ Composée de représentants du personnel médical, la commission médicale d'établissement (CME) est notamment chargée d'élaborer la "*stratégie médicale*" et le "*projet médical*" de l'établissement.

L'organisation et les relations hiérarchiques dans les établissements privés sont plus diverses : le personnel médical peut être salarié, praticien libéral, voire propriétaire de l'établissement de santé, à titre individuel ou en tant qu'actionnaire³⁰. Les relations avec tous les salariés sont régies par le code du travail et les conventions collectives. Le code de la santé publique impose simplement une représentation du personnel de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de l'instance équivalente ainsi que la constitution d'une conférence médicale (secteur lucratif) ou d'une commission médicale (secteur non lucratif) chargée de veiller à l'indépendance des praticiens et de contribuer à la définition de la politique médicale de l'établissement. S'ajoute, pour les établissements habilités à assurer le service public hospitalier (cf. *infra*), l'obligation de prévoir une représentation des usagers au sein des instances de gouvernance.

Les établissements privés sont assujettis aux obligations sociales liées à leur statut et aux obligations de contrôle de la gestion de droit commun. Ils ont l'obligation de faire certifier leurs comptes selon les seuils établis par le code de commerce, et de les transmettre à l'ARS et à la Cour des comptes. S'agissant des établissements publics, l'obligation de certification ne pèse que sur ceux dont le total des produits du compte de résultat principal est supérieur à 100 M€.

Par ailleurs, l'article R. 6161-43 rend applicables aux établissements à but non lucratif qui partagent les règles de financement des établissements publics (voir *infra*), les dispositions relatives à l'état prévisionnel des ressources et des dépenses et à l'approbation de celui-ci par le directeur général de l'ARS, ainsi que la possibilité pour cette autorité de demander la présentation d'un plan de redressement.

³⁰ Il peut être actionnaire de la personne morale gestionnaire mais, aussi, de la société civile immobilière propriétaire des murs et bénéficiaire des loyers, voire de sociétés de services concourant au fonctionnement de l'établissement sur ses fonctions support.

C - Des financements structurant l'offre de soins de manière implicite

Malgré la généralisation de la tarification à l'activité (T2A) dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique depuis 2004, le financement des établissements de santé par l'assurance maladie³¹ demeure très dépendant du statut de ceux-ci.

1 - Des différences d'échelle tarifaire difficiles à objectiver

Les activités de médecine-chirurgie-obstétrique sont financées à titre principal par la T2A. En 2019, celle-ci a représenté 87 % des recettes des établissements issues de l'assurance maladie (hors fonds d'intervention régional - Fir). Mise en place à partir de 2004, la T2A est un mode de prise en compte des coûts des établissements de santé financées par l'Ondam ; il s'agit d'une forme de comptabilité analytique nationale qui permet de répartir la ressource financière plafonnée par l'Ondam en fonction de l'activité de chaque établissement et d'un tarif appliqué à ses diverses composantes.

La tarification à l'activité ne finance pas le même champ de dépenses dans les deux secteurs, public et privé non lucratif (secteur "*ex-DG*"³²), d'une part, privé lucratif (secteur "*ex-OQN*"³³), d'autre part. Cette différence de périmètre a pour corollaire la construction de deux échelles tarifaires distinctes. Un double principe de convergence a été originellement inscrit dans la LFSS pour 2004 : une convergence intra-

³¹ Si les financements de l'assurance maladie sont les seuls à faire l'objet de développements ci-après, d'autres collectivités publiques concourent au financement des établissements de santé ; ainsi, d'après les comptes de la santé publiés par la Drees, en 2019, l'État, les collectivités territoriales et le fonds CMU ont financé 1,2 % des dépenses de soins hospitaliers.

³² Antérieurement à la publication de la loi HPST, le secteur "*Dotation globale*" (DG) regroupait les hôpitaux publics et les établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier ou ayant opté pour ce mode de financement, en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 déjà mentionnée.

³³ Antérieurement à la publication de la loi HPST, le secteur "*Objectif quantifié national*" (OQN) regroupait les établissements privés à but lucratif ainsi que quelques cliniques sans but lucratif qui étaient déjà financés, antérieurement à la T2A, par des tarifs ou des forfaits de prestations.

sectorielle devant s'achever en 2011, une convergence intersectorielle³⁴ repoussée à 2009³⁵ puis abandonnée en 2012³⁶.

La dernière estimation de l'écart de tarifs entre secteurs, qui suppose d'étudier des périmètres comparables, figure dans l'édition de 2012 du rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé.

La justification des écarts tarifaires entre secteurs par l'existence de contraintes plus importantes liées à la mise en œuvre du service public hospitalier n'appelle pas, en soi, d'observation. Ce principe est d'ailleurs explicitement admis par la Commission européenne³⁷. Cependant, le montant de la compensation ne doit pas excéder ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts nets supportés par l'établissement concerné, « *y compris un bénéfice raisonnable* ». Bien que la doctrine de la Commission soit conciliante sur ce point, le bon usage des deniers publics suppose que les écarts entre les tarifs et les coûts dans les deux échelles publique et privée soient cohérents, ce qui n'est pas le cas (cf. annexe n° 6). S'ajoute la prise en compte, dans la compensation ainsi opérée par les tarifs, des financements, sous forme de dotations, d'un certain nombre de missions d'intérêt général (Migac) et, plus largement, des autres formes de soutien public aux établissements assurant le service public hospitalier³⁸ (voir *infra*).

La grande complexité de la construction des tarifs des établissements publics et privés, et la diversité statutaire des établissements rendent très délicate l'appréciation de la juste rémunération des établissements de santé publics et privés³⁹.

³⁴ « *Dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* » (loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2005, art. 17).

³⁵ LFSS n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 pour 2010, art 48.

³⁶ LFSS n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 pour 2013, art. 59.

³⁷ Décision (UE) 2012/21 de la Commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, § 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensation de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général.

³⁸ Décision (UE) 2016/2327 de la Commission du 5 juillet 2016 concernant l'aide d'État SA.19864 – 2014/C (ex 2009/NN54) mise à exécution par la Belgique.

³⁹ S'agissant des seuls EBNL, il serait *a minima* opportun de faire coïncider l'application de l'échelle publique des tarifs avec l'habilitation à assurer le service public hospitalier.

2 - Une neutralité tarifaire à étendre, entre les coûts observés et les tarifs

À l'objectif, abandonné, de convergence entre les tarifs publics et privés a succédé celui - théorique - de neutralité tarifaire au sein de chacun des deux secteurs tarifaires, c'est-à-dire un alignement de l'échelle des tarifs facturables sur l'échelle des coûts, pour garantir une allocation neutre des ressources entre activités de soins.

En 2012, un rapport de l'Igas a relevé des écarts par rapport la neutralité tarifaire « *pour plus d'1 Md€ globalement, à la hausse comme à la baisse [et qui] ne se résorbent pas* » et constaté que « *la stabilité des tarifs semble prioritaire par rapport à la prise en compte de l'évolution des coûts relatifs, même si celle-ci n'est pas totalement abandonnée* »⁴⁰. Ces constats demeurent largement d'actualité (cf. annexe n° 6).

En 2019, pour le secteur ex-DG, les écarts avec la neutralité tarifaire dépassaient 1,5 Md€, à la hausse comme à la baisse, soit une sur-tarification relative moyenne de 10 % pour les groupes homogènes de séjours (GHS) bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 9,5 % pour les GHS déficitaires. Dans le secteur ex-OQN, les écarts portaient sur 448 M€, soit une sur-tarification relative moyenne de 11 % pour les GHS bénéficiaires et une sous-tarification relative moyenne de 11 % pour les GHS déficitaires.

Même en raisonnant à des niveaux très agrégés, ces distorsions sont significatives. L'obstétrique est ainsi pénalisée dans les deux secteurs : - 8,1 % (- 144 M€) en tarif public (ex-DG) et - 14 % soit (- 49 M€) en tarif privé (ex-OQN). Les revenus des professionnels libéraux en gynécologie-obstétrique sont également moins attractifs que ceux d'autres disciplines exercées en libéral (cf. annexe n° 6). La médecine est la catégorie de soins la plus favorisée dans le secteur public, avec un écart faible en proportion (- 1,1 %) mais une masse tarifaire importante (173 M€). Elle est, au contraire, la plus défavorisée pour le secteur privé (- 12 % soit - 133 M€). Les séances (qui regroupent la radiothérapie, la chimiothérapie, la dialyse), quant à elles, sont favorisées dans les deux secteurs (+ 6,7 %, soit 158 M€ en public et + 11 %, soit 166 M€, en privé). Les distorsions tarifaires hospitalières conjuguées à celles des honoraires dans le secteur privé selon les disciplines⁴¹ appellent une étude globale et une démarche cohérente

⁴⁰ Igas, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, mars 2012.

⁴¹ Alain Sommer et de Jean de Kervasdoué, *La valeur de l'acte chirurgical selon la classification commune des actes médicaux (CCAM) a-t-elle une justification économique ?*, note technique, avril 2014.

d'harmonisation, s'agissant des mêmes crédits d'assurance-maladie pour les mêmes séquences de soins aux assurés sociaux.

Les profils d'activité des établissements, voire des catégories d'établissements, étant souvent très différents, les écarts entre coût et tarification en avantagent certains et en pénalisent d'autres. Le secteur privé étant plus réactif au signal tarifaire, il a la faculté d'évoluer vers les activités dont l'écart entre coût et tarification est le plus favorable, ce qui peut conduire à des incohérences du système de soins et, dans certains cas, à des incertitudes sur la pertinence des soins. Même s'ils sont plus lents à s'adapter, les établissements publics orientent aussi, nécessairement, leur activité en fonction de ces écarts de marge.

**Évolution d'activité dans l'agglomération rémoise :
le cas de l'endoscopie**

L'endoscopie digestive en ambulatoire avec anesthésie a été fortement développée par le secteur privé lucratif. Cette évolution a été suscitée par une augmentation du tarif facturé au patient, de 10 % entre 2017 et 2021, alors que le tarif du secteur public demeurait inchangé (la part remboursée au patient par l'assurance maladie, identique dans les deux cas, n'a pas été modifiée non plus). Les augmentations de recettes sur ces actes, accompagnées d'une réduction importante des coûts de prise en charge en ambulatoire (réduction des durées d'actes) ont encouragé le secteur privé lucratif à développer son offre. Il a, ainsi, atteint une situation de quasi-monopole pour la population de Reims et, plus largement, des territoires de soins Nord et Sud-Champagne Ardennes.

Ces constats sont cohérents avec le statut des établissements privés à but lucratif qui leur permet, bien davantage que leurs homologues du secteur public, de développer des stratégies de spécialisation sur certaines activités en abandonnant d'autres. L'éventail d'activités des établissements privés à but lucratif est ainsi significativement moins étendu que celui des établissements publics (voir *infra*).

Toutefois le rééquilibrage entre coûts et tarifs peut être aussi ralenti par la volonté du ministère de ne pas imposer d'effort budgétaire trop important sur une seule année à des établissements bénéficiant de tarifs devant diminuer pour se rapprocher des coûts observés, ce qui ralentit symétriquement la réévaluation des tarifs inférieurs aux coûts constatés. Le rééquilibrage est aussi soumis à la pratique de délivrance des autorisations par les ARS. Ces dernières délimitent plus fortement les orientations d'activité des établissements privés à but lucratif qu'elles ne le font pour les établissements publics.

3 - Un système de dotations illisible

Outre la T2A, le financement des établissements de santé par l'assurance maladie repose sur plusieurs types de dotations dont le montant total, au titre des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, s'est élevé à 10 Md€ en 2019.

Au sein de ces financements, les Migac se sont élevées à 7,1 Md€ en 2019, dont 91 % pour les établissements publics, 7 % pour les établissements privés sans but lucratif et 2,1 % pour les établissements à but lucratif. À titre de comparaison, sur la même année, les trois secteurs représentaient respectivement 68 %, 8,5 % et 23 % des séjours en hospitalisation complète. Ainsi, la part de l'enveloppe Migac dévolue au secteur public est nettement supérieure à son poids dans l'offre de soins, tandis que celle du secteur privé lucratif est marginale. Au sein même des établissements publics, les niveaux de financements Migac sont très variables : 20 % des recettes d'assurance-maladie en moyenne dans les CHU, voire nettement plus pour certains ; 10 % dans les centres hospitaliers et moins de 1 % dans les hôpitaux de proximité⁴².

Cette surreprésentation des établissements du service public hospitalier peut sembler cohérente avec l'objet des Migac dont 47 % correspondent aux missions d'enseignement, de recherche, de rôle de référence et d'innovation (Merri) portées par les CHU, notamment pour la rémunération des internes quelle que soit leur affectation. Toutefois, la Cour⁴³ a déjà eu l'occasion de relever le manque de lisibilité de ces financements au périmètre incertain et évolutif⁴⁴, ainsi que l'insuffisance de leur justification.

S'y ajoutent des dotations financées par l'assurance maladie mais réparties par le ministère chargé de la santé, au niveau central et par les ARS : en 2019, 646 M€ ont été apportés au titre de l'investissement et de la modernisation des établissements (toutes activités de soins confondues) dont 446 M€ dans le cadre du fonds d'intervention régional (Fir) et 200 M€

⁴² Sénat, *Rapport sur la situation de l'hôpital et du système de santé en France*, mars 2022 ; tome I, page 69, tome II, page 267.

⁴³ Cour des comptes, *Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire*, in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020.

⁴⁴ La liste des Mig change chaque année ; hors Merri et AC, 78 Mig sont recensées dans l'arrêté du 18 juin 2019 fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du CSS.

dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

En 2019, le Fir s'est élevé à 3,7 Md€ dont 2,1 Md€ au titre des activités de médecine-chirurgie-obstétrique et à 446 M€ au titre du FMESPP, toutes activités confondues. Son objet recoupe largement celui des Migac⁴⁵. Sa gestion et sa répartition entre établissements de santé appellent des observations similaires : il s'agit d'un « *système de financement devenu illisible* » qui fait l'objet d'une répartition « *peu redistributive* » entre régions et qui a été « *fortement mis à contribution pour atténuer les impacts financiers de la tarification à l'activité sur certains établissements [publics] en déséquilibre structurel* ». C'est pourquoi, la Cour a récemment souligné qu'il était nécessaire de « *renforcer le contrôle de l'utilisation des dotations Migac et Fir* » et d'« *améliorer la transparence [de ces] financements* »⁴⁶.

Outre le soutien apporté dans le cadre des Migac et du Fir, estimé par la Cour à 1,5 Md€ en 2018⁴⁷, l'investissement des établissements de santé a bénéficié jusqu'en 2020 du FMESPP.

En 2021, dans le cadre du Ségur de la santé, le Gouvernement a annoncé le lancement d'un plan d'investissement de 19 Md€, dont 16,9 Md€ pour le secteur sanitaire :

- un maximum de 13 Md€ sur dix ans, versés par l'assurance maladie aux établissements de santé du service public hospitalier sous la forme de dotations annuelles, elles-mêmes refinancées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale⁴⁸ ; ce montant a été initialement présenté comme une « *reprise de dette* » puis comme une restauration des capacités d'autofinancement des hôpitaux ; il sera finalement consacré, à hauteur de 6,5 Md€, à des projets nouveaux ;
- 3,9 Md€ sur cinq ans inscrits dans le cadre du programme *France Relance* (financé par l'Union européenne) sur le fonds de modernisation et d'investissement en santé qui succède au FMESPP ; ces crédits sont destinés à soutenir l'investissement courant des établissements de santé (1,5 Md€), le numérique en santé (1,4 Md€) et de nouveaux projets dans le secteur sanitaire (1 Md€).

⁴⁵ Dont une partie a d'ailleurs été intégrée au Fir à l'occasion de sa dotation initiale en 2013.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, art. 1, et LFSS pour 2021, art. 50.

Dans ses avis consultatifs n° 4001 et 4001 rendus le 26 mai 2020 sur le projet de loi organique et sur le projet de loi relatifs à la dette sociale et à l'aide pour l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, le Conseil d'État a estimé que l'enveloppe de 13 Md€ fléchée sur les établissements du service public hospitalier était « *susceptible de constituer une aide d'État* » au sens du droit européen. Il appelait donc « *l'attention du Gouvernement sur l'utilité d'informer, au plus tôt, la Commission européenne des dispositions organisant le financement et le versement de cette dotation [afin de] rechercher en commun si l'on est en présence d'une aide d'État et, dans le cas d'une réponse affirmative, à quelle procédure elle doit être soumise.* » Cette précaution n'a pas été retenue. La question de l'articulation entre ces financements et les autres modalités de compensation des obligations de service public (tarifs, Migac, Fir...) se pose pourtant.

D - Des modèles économiques privés qui reposent sur des recettes annexes et sur des flux financiers croisés importants

Le chiffre d'affaires des établissements privés à but lucratif provient essentiellement des soins facturés aux patients et de la rémunération issue de la tarification reçue de l'assurance maladie, ainsi que, selon leur modèle économique et juridique, des redevances versées par les praticiens libéraux qui y exercent (et qui facturent eux-mêmes leurs honoraires aux patients, remboursés par l'assurance maladie). Cependant, l'appréciation de la rentabilité des cliniques à but lucratif dépend de deux autres paramètres dont l'importance leur est spécifique : la place des prestations annexes dans leurs ressources et l'importance des flux intra-groupe dans leurs charges.

1 - Des marges privées qui reposent en bonne partie sur les prestations annexes facturées aux patients et aux praticiens

Seules peuvent être facturées au patient des *prestations pour exigence particulière* dénuées de fondement médical, limitativement énumérées à l'article R. 162-27 du code de la sécurité sociale : l'hospitalisation dans une chambre particulière en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement ; la mise à disposition, en chambre, de la télévision, du téléphone ou d'internet ; les interventions de chirurgie esthétique, etc. La facturation est conditionnée par une demande expresse du patient qui doit avoir été clairement informé du prix et des modalités de facturation. À l'issue du séjour, une facture détaillée doit lui être remise.

Ces recettes ne sont pas marginales pour les établissements privés, en dépit de la baisse des facturations de chambres individuelles qui résulte du développement de l'ambulatoire⁴⁹. À titre d'exemple, sur un échantillon de cliniques privées contrôlées par les juridictions financières depuis 2018, les prestations pour exigence particulière du patient représentaient entre 3 % et 9 % du chiffre d'affaires.

Les praticiens libéraux exerçant en clinique privée doivent reverser à l'établissement une part de leurs honoraires en contrepartie des moyens mis à leur disposition et des prestations fournies pour l'exercice de leur activité, conformément à l'article R. 162-26 du code de la sécurité sociale. Le périmètre et le taux des redevances ainsi facturées aux praticiens par les cliniques privées varient significativement en fonction des prestations (notamment en présence de personnel mis à disposition par l'établissement ou salarié directement par le médecin) et des spécialités (notamment pour tenir compte du coût des équipements lourds lorsqu'ils sont mis à disposition par l'établissement).

Dans tous les cas, la jurisprudence, notamment fiscale, considère que le montant de la redevance ne peut pas être nul ou manifestement inférieur au coût réel des prestations fournies⁵⁰. En sens inverse, le médecin a l'interdiction de partager ses honoraires avec une autre personne physique ou morale⁵¹. Le montant de la redevance ne doit pas non plus être manifestement disproportionné au regard des coûts supportés par l'établissement⁵².

Dans l'échantillon des établissements contrôlés par les juridictions financières depuis 2018, le montant des redevances et refacturations aux praticiens représentait entre 3 % et 5,5 % du chiffre d'affaires annuel, la médiane étant inférieure à 4 %.

⁴⁹ La facturation de chambres particulières (ou de *box* individuels) à la demande du patient est ouverte au secteur ambulatoire depuis le décret n° 2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé. Les tarifs correspondent en règle générale à 50 % du prix pour une chambre particulière en hospitalisation complète. Un même box peut toutefois accueillir plusieurs patients dans la journée.

⁵⁰ Il s'agit d'un acte anormal de gestion ; voir, par exemple : CAA Marseille, 4^e ch, 3 mai 2005, *clinique Filippi*, n° 01MA02542.

⁵¹ CSP, art. L. 4113-5 ; hors télémedecine et coopération entre professionnels de santé, le "*compérage*" est une pratique illicite en ce qu'elle est susceptible de porter atteinte à l'indépendance du médecin et à la liberté de choix du patient.

⁵² Voir, par exemple : Cass., 1^{ère} ch. civ., 21 novembre 2006, *clinique Stella*, n° 05-12.652.

2 - Des flux intra-groupes aux effets sensibles sur la situation financière des établissements privés

Le secteur de l'hospitalisation privée fait l'objet, depuis une vingtaine d'années, d'un mouvement de consolidation financière et de concentration⁵³. D'après la Fédération de l'hospitalisation privée, dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique, les groupes d'envergure nationale réalisent plus des deux tiers du chiffre d'affaires du secteur et les groupes régionaux environ 16 %. Dans le secteur privé non lucratif, un phénomène comparable peut être observé avec, par exemple, le regroupement récent⁵⁴ de deux établissements emblématiques : le centre médico-chirurgical Marie Lannelongue (Le Plessis-Robinson) et l'hôpital Saint-Joseph (Paris 14^e).

Dans la même logique, la plupart des groupes de cliniques privés imposent aux établissements qu'ils consolident d'adhérer à un groupement d'intérêt économique (GIE) chargé d'assurer pour leur compte diverses fonctions support, ou d'acquitter des frais de gestion (*management fees*) envers leur siège social. À titre d'exemple et dans le cadre de son plan stratégique, Ramsay Santé a créé en 2018 une plateforme de services partagés regroupant 350 personnes sur un site à Cergy (Val-d'Oise), afin d'organiser les fonctions support du groupe (comptabilité, gestion des ressources humaines, etc.). Cette démarche s'accompagne d'une réorganisation des procédures et des organisations des établissements⁵⁵.

Outre le fait qu'elle permet des mutualisations et des économies d'échelle, cette structuration n'est pas sans incidence sur les ressources des établissements de santé privés. Elle leur donne accès à des conditions de financement plus favorables, grâce à l'appui du groupe. Elle permet aussi à des groupes de soutenir des établissements de santé malgré des reports à nouveau négatifs supérieurs aux fonds propres, alors que l'application stricte du code de commerce appellerait une recapitalisation ou une liquidation : tel est le cas de la clinique Sainte-Marie à Châteaubriant pour le groupe Vivalto⁵⁶ ou, encore, de la clinique de l'Ouest Parisien pour le groupe Ramsay⁵⁷. Dans des situations plus favorables, la gestion

⁵³ Benoît Appolis et Maxence Cormier, *Réflexions sur les causes et les effets de la concentration du secteur hospitalier français*, RGDM 2019, n° 73, p. 51 et s.

⁵⁴ Autorité de la concurrence, décision n° 19-DCC-194 du 30 octobre 2019 relative à la fusion entre la Fondation hôpital Saint-Joseph et l'Association Marie Lannelongue

⁵⁵ CRC Île-de-France, *clinique de Parly II*.

⁵⁶ CRC Pays-de-la-Loire, rapport d'observations définitives *Clinique Sainte-Marie de Châteaubriant*, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/clinique-sainte-marie-de-chateaubriant-csm-loire-atlantique> ;

⁵⁷ CRC Île-de-France, *SAS Hôpital Ouest parisien*, Trappes (Yvelines).

consolidée permet au groupe de récupérer une partie de la valeur ajoutée issue des activités de l'établissement de santé dont elle a le contrôle.

E - Les régimes sociaux et fiscaux

Les mêmes tarifs sont applicables pour des activités de soins identiques dans les établissements publics et dans la très grande majorité des établissements privés à but non lucratif. Les prélèvements obligatoires applicables à ces deux catégories d'établissements diffèrent cependant⁵⁸.

1 - Les charges sociales

Depuis 2007, date d'un premier rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'Inspection générale des finances (IGF) sur le sujet⁵⁹, l'existence d'un différentiel de charges obligatoires entre établissements publics et établissements privés sans but lucratif fait l'objet de travaux et de débats entre le ministère de la santé et les fédérations hospitalières. Les deux inspections ont calculé que ce différentiel de charges sociales entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé non lucratif s'était établi à 5 %⁶⁰ sur la période 2016-2018. La mise en place par le ministère de la santé d'un mécanisme de reprise aux établissements privés sans but lucratif d'une partie des crédits d'aide à la contractualisation (AC) puis du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires – qui avaient été instaurés pour compenser les sujétions fiscales et sociales du secteur privé non lucratif – a été jugée discutable⁶¹ par les deux inspections qui ont proposé en conséquence la suppression du coefficient de reprise. Elles ont estimé toutefois que le différentiel de charges sociales était devenu marginal en 2019⁶².

Ce débat est très sensible pour les gestionnaires d'établissements privés qui ne bénéficient pas, comme ceux du secteur public, de la garantie

⁵⁸ L'évaluation du différentiel de charges entre les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif, rapport IGF-Igas, octobre 2020, Igas n°2020-020R et IGF n°2020-M-007-02.

⁵⁹ Igas, Fabienne Bartoli et Pierre-Louis Bras, *Tarification à l'activité et écarts de coût du travail entre les établissements publics et PSPH*, mars 2007.

⁶⁰ Ibid. page 5

⁶¹ Ibid. page 5 et 33

⁶² Ibid. page 5, le différentiel s'est estompé du fait de la transformation du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en baisses de charges sociales, d'une part, et en raison de l'élargissement des allègements de charges sur les bas salaires dits "Fillon" en faveur du seul secteur privé, d'autre part.

financière de l'État. Il a resurgi avec le coût des augmentations consécutives au *Ségur de la santé* qui diminuent la proportion des bas salaires dans l'effectif des établissements privés, donc l'effet des allègements de charges sociales. C'est aussi le cas avec la transposition annoncée, pour le secteur des établissements privés, des augmentations du point d'indice dans les fonctions publiques. L'Igas et l'IGF concluent par la nécessité d'une réévaluation régulière, par le ministère de la santé, du différentiel de charges applicables aux secteurs public et privé, selon la méthode qu'elles ont établie.

2 - Les impôts directs locaux

Les établissements publics de santé sont exonérés⁶³ de la taxe foncière sur les propriétés bâties pour les bâtiments affectés aux soins, à l'accueil des malades et à l'administration. Les groupements de coopération sanitaire comportant au moins un établissement ou organisme public peuvent aussi être exonérés, sur décision des collectivités locales compétentes⁶⁴.

L'Igas et l'IGF ont calculé que la fiscalité locale pesait « *sept fois plus dans les établissements à but non lucratif que dans les établissements publics* ». Si elles ont estimé que ce facteur portait sur « *moins de 1 % des charges d'exploitation des établissements publics et des établissements privés à but non lucratif* »⁶⁵, le différentiel de taux constitue une charge récurrente pour un gestionnaire. En outre, il convient d'intégrer à ces comparaisons le poids de la taxe d'habitation dont les hôpitaux publics sont aussi exonérés⁶⁶, ce qui n'est pas le cas des établissements de santé privés sans but lucratif, y compris après la réforme récemment opérée de cette taxe en 2018⁶⁷.

Ces constats pourraient servir de base à un suivi régulier du différentiel de charges sociales et fiscales dont le suivi serait réalisé par l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, avec l'appui de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

⁶³ Code général des impôts (CGI), art. 1382, 1°.

⁶⁴ CGI, art. 1382 C.

⁶⁵ Ibid. page 5.

⁶⁶ CGI, art. 1408.

⁶⁷ Les Ehpad privés à but non lucratif ont été exonérés de la taxe d'habitation dans le cadre de la loi de finances pour 2020 mais non les établissements de santé ni les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées.

(ATIH), d'autant plus aisément que toutes les fédérations hospitalières sont associées aux travaux de ces deux instances.

Une harmonisation progressive des règles d'assujettissement à la taxe d'habitation et à la taxe foncière des établissements publics de santé et des établissements de santé privés à but non lucratif est souhaitable.

III - Une concurrence dans l'accès au corps médical qui ne garantit pas la répartition optimale de la ressource médicale

Les praticiens du secteur privé lucratif exercent majoritairement leurs fonctions sous statut dit "libéral". Ce mode d'exercice a pour caractéristique la facturation aux patients des honoraires du médecin avec ses dépassements éventuels (voir *infra*), indépendamment de la rémunération versée par l'assurance maladie à l'établissement pour chaque prise en charge de patient. Les médecins assument en contrepartie un certain nombre de charges : assurance en responsabilité civile professionnelle, cotisations sociales, redevance et frais refacturés par l'établissement (voir *infra*) ou supportés en direct, notamment lorsque le praticien salarie lui-même du personnel (secrétariat, infirmière ou infirmier de bloc opératoire...). Ils engagent leur responsabilité en cas de faute dans l'exercice de leur art.

Certains établissements privés lucratifs, en particulier ceux assumant des activités d'accueil des urgences, disposent d'un effectif de médecins salariés. L'exercice salarié constitue en revanche le principe général dans les établissements publics et privés non lucratifs mais il recouvre lui-même plusieurs statuts et contrats se traduisant par des régimes de travail et de rémunérations différents.

Parmi le personnel médical des établissements publics, on distingue ainsi :

- les médecins titulaires, recrutés sur concours et nommés à titre permanent (63 % des salariés en *équivalents-temps plein* ou ETP), avec cinq statuts différents⁶⁸ ;
- les médecins recrutés à titre temporaire dans le cadre d'un cursus post-internat (un peu plus de 11 % des ETP), avec également cinq statuts différents⁶⁹ ;
- les médecins recrutés sur contrat et gérés directement par l'établissement (26 % des ETP)⁷⁰.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les médecins salariés relèvent du code du travail et, en majorité, de la convention collective des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951⁷¹.

L'exercice selon le mode libéral peut aussi être pratiqué dans les établissements publics de santé, à titre complémentaire, par les praticiens hospitaliers publics à plein temps qui disposent alors de leur propre patientèle, dans la limite théorique d'un pourcentage de leur temps de travail et de leur activité, et sous la condition d'acquitter envers leur établissement une redevance établie par voie réglementaire proportionnellement aux honoraires perçus. Cette faculté n'est pas ouverte aux médecins salariés à plein temps des établissements privés à but non lucratif.

⁶⁸ En CH (décret modifié n° 2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif au personnel médical, pharmaceutique et odontologique hospitalier) : praticiens hospitaliers à temps plein et praticiens hospitaliers à temps partiel ; en CHU (décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier (PU-PH) des centres hospitaliers et universitaires) : professeurs des universités-praticiens hospitaliers, maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, et praticiens hospitalo-universitaires ; par convention, les postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers sont comptés pour 0,5 ETP.

⁶⁹ En CH (CSP, art. R. 6152-501 et suivants) : assistants généralistes et assistants spécialisés ; en CHU (décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021) : chefs de clinique, assistants hospitaliers universitaires, et praticiens hospitalo-universitaires.

⁷⁰ Un nouveau statut de praticien contractuel regroupe les contrats antérieurs ainsi que le statut de praticien attaché : décret 2022-135 du 5 février 2022.

⁷¹ Également appelée *Convention Fehap* ou *Convention 51* ; les autres conventions collectives susceptibles de s'appliquer aux médecins salariés des établissements de santé privés sont la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 et la convention collective des centres de lutte contre le cancer du 1^{er} janvier 1999.

En outre, les établissements publics et privés non lucratifs peuvent être autorisés par l'ARS à acquitter, sur leur budget, des honoraires de médecins libéraux qui concourent à leurs missions.

Ce foisonnement de catégories, de régimes de travail et de rémunérations distincts, sédimentés au gré de l'histoire hospitalière et des revendications, rigidifie la gestion des professions médicales, en particulier dans les établissements publics. Ce cadre s'assouplit progressivement au gré des mesures législatives et, surtout, réglementaires. Toutefois il demeure complexe.

Les difficultés croissantes auxquelles sont confrontés les établissements de santé pour recruter et fidéliser les professionnels de santé renvoient à la question de l'attractivité des carrières hospitalières et aux défauts de la régulation des effectifs et des rémunérations, ainsi qu'à celle des règles statutaires, trop rigides au regard de la diversité des situations territoriales. En dépit des différences de statuts et de cadres d'exercice des médecins, d'une part, et des autres professionnels de santé, d'autre part, deux leviers d'action communs peuvent être mobilisés pour attirer et fidéliser les médecins : les conditions d'exercice et les niveaux de rémunération.

A - Une organisation du travail plus contraignante pour le personnel médical dans les établissements publics de santé

À côté des rémunérations, des paramètres difficiles à quantifier entrent en ligne de compte dans les choix d'orientation professionnelle des médecins : le niveau d'autonomie et de reconnaissance dans l'organisation professionnelle, le niveau d'emprise sur la vie privée des gardes ou astreintes, la qualité de fonctionnement et d'ambiance des établissements de santé employeurs⁷².

Les médecins salariés des établissements privés du service public hospitalier partagent plusieurs points communs avec leurs homologues du secteur public, notamment des obligations liées à la permanence des soins. Toutefois, leur cadre d'emploi diffère nettement en termes de modalités de recrutement, de cumul, d'exercice libéral et de rémunération.

⁷² "L'évaluation du différentiel de charges entre établissements publics de santé et établissements privés à but non lucratif", rapport Igas-IGF, octobre 2020, page 38, met en avant, pour les Espic, « un mode de fonctionnement beaucoup plus agile et une réduction sensible de la chaîne hiérarchique ».

Dans le secteur public, les situations individuelles et les rémunérations, très encadrées par les textes, ralentissent les processus de recrutement tandis que, dans le secteur privé, la conclusion de CDI ou de contrats d'exercice libéral procède de manière immédiate de la liberté d'entente entre les parties, ce qui constitue un avantage sensible.

La gestion du temps de travail est en revanche plus rigide en établissement privé :

- à défaut d'accord d'entreprise, d'établissement ou de branche, le contingent annuel d'heures supplémentaires par salarié en établissement de santé privé est fixé à 220, tandis qu'il s'établit à 240 heures dans les hôpitaux publics ;
- la durée quotidienne de travail effectif par salarié en établissement de santé privé ne peut excéder 10 heures, sauf dérogation prévue par voie conventionnelle dans la limite de 12 heures, tandis qu'elle peut atteindre 24 heures, sous certaines conditions, dans les hôpitaux publics ;
- la durée hebdomadaire du travail en établissement de santé privé ne peut excéder 48 heures, tandis qu'il est possible de déroger à ce plafond dans les hôpitaux publics sur la base du volontariat, en recourant au temps de travail additionnel, dans la limite de 48 heures hebdomadaires appréciées sur une période de quatre mois.

Ces dispositions permettent aux établissements publics de disposer d'une organisation du travail plus souple que les établissements de santé privés avec, toutefois, des obligations de garde et d'astreinte plus contraignantes pour les praticiens concernés.

S'agissant des médecins salariés des établissements privés à but non lucratif, la convention collective du 31 octobre 1951 interdit l'exercice d'une activité libérale annexe s'ils sont employés à temps complet. Ils sont toutefois autorisés, comme leurs confrères du secteur public, à pratiquer des expertises ainsi que des activités à caractère social ou d'enseignement.

B - Des rémunérations plus attractives en clinique qu'à l'hôpital pour certains spécialistes, sous réserve de l'exercice mixte des praticiens hospitaliers

Les revenus des professionnels, salariés, d'une part, et libéraux, d'autre part, ne peuvent pas être comparés sans précautions. Il est possible d'établir quelques points de repères en combinant les données de la direction générale des finances publiques (DGFIP) et de la direction de la

recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères chargés de la santé et de la solidarité. Pour autant, ces approches ne peuvent décrire finement des réalités qui demeurent très diverses et individuelles. À titre d'exemple, les possibilités, élargies récemment⁷³, de pratique multiple entre activité salariée de praticien hospitalier public, d'une part, et activité lucrative, d'autre part, au-delà de l'activité libérale en établissements publics de santé autorisée de longue date, incitent à la prudence dans les comparaisons entre médecins.

Sur la base des données issues des déclarations annuelles de données sociales (DADS) exploitées par la Drees⁷⁴, la rémunération mensuelle nette moyenne des médecins salariés dans les trois secteurs, public, privé sans but lucratif et privé à but lucratif, s'élevait à 5 725 € en 2021. Elle s'est établie à 5 703 € dans le secteur public, à 6 092 € dans le secteur privé non lucratif et à 5 187 € dans le secteur privé lucratif. La variable de l'âge, donc de l'ancienneté, est structurante dans les établissements publics avec des revenus nets moyens de 3 235 € pour les moins de 30 ans (hors internes et étudiants), mais de 6 521 € pour les plus de 60 ans⁷⁵.

Concernant les honoraires des praticiens libéraux, sans qu'il soit possible d'identifier la part des exercices mixtes (salarié et libéral), les données de la DGFIP donnent un ordre de grandeur des bénéfices non commerciaux (BNC) moyens des praticiens libéraux. En 2019, le BNC moyen des praticiens spécialistes s'est établi à 123 199 € en secteur 2 (contre 105 786 € en secteur 1). Il a atteint 227 474 € en cancérologie, 183 199 € en anesthésie-réanimation et 180 412 € en ophtalmologie, spécialités les plus favorables en libéral, mais seulement 75 841 € en pédiatrie et 111 491 € en gynécologie-obstétrique.

Les BNC ont l'intérêt de tenir compte des différentes charges qui doivent être assumées par les praticiens et s'imputent sur leurs revenus professionnels bruts (collaborateurs, amortissements d'équipements, assurances en responsabilité civile). Ainsi, en 2019⁷⁶, le taux moyen de charges calculé par la DGFIP a atteint 57,5 % en chirurgie et 56 % en radiodiagnostic et en radiothérapie. Les règles de cotation des actes par les praticiens libéraux valorisent fortement les spécialités à forte intensité

⁷³ Ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, art. 1, 5°.

⁷⁴ Drees, *Les établissements de santé*, édition 2022, tableau 1.

⁷⁵ Drees, *Les établissements de santé*, édition 2021, hors rémunérations universitaires éventuelles, hors internes, externes, étudiants et stagiaires, tableau 3.

⁷⁶ DGFIP, liasses fiscales au titre des exercices clos en 2019 pour les entreprises imposées à l'IS ou à l'IR au BIC ou au BNC, juillet 2021.

médico-technique (chirurgie, cardiologie, radiothérapie, radiodiagnostic) et beaucoup moins l'expertise intellectuelle (pédiatrie, psychiatrie)⁷⁷. Ces différences importantes sont de nature à orienter les projets médicaux des établissements privés à but lucratif, en fonction du caractère plus ou moins attractif des honoraires, selon les spécialités.

Selon ces données, les revenus professionnels moyens des médecins libéraux ont progressé, entre 2015 et 2019, de 1,71 % en secteur 1 et de 8 % en secteur 2 et ceux des seuls médecins spécialistes, respectivement, de 6,4 % et de 5 %⁷⁸.

Les revenus professionnels des médecins libéraux apparaissent ainsi supérieurs à ceux de leurs confrères salariés, mais avec de fortes variations entre spécialités. La comparaison des revenus devrait aussi être rapprochée du temps de travail et des droits différés de retraite ou d'invalidité, plus favorables pour un praticien du secteur public que pour un médecin exerçant en libéral ou gérant une entreprise.

En considérant l'ensemble de ces éléments, il apparaît que les situations individuelles les plus favorables, du point de vue de la sécurité matérielle conjuguée à des revenus professionnels élevés, résultent des situations hybrides associant plusieurs formes de revenus, à la fois salariaux et libéraux, avec des praticiens hospitaliers publics à plein temps exerçant une activité libérale au sein du même établissement public, ou exerçant à 90 % du temps pour un établissement public et pouvant, depuis peu, développer une activité libérale dans un établissement de santé privé à but lucratif. Ces situations individuelles peuvent être accentuées par des avantages complémentaires, recensés dans la base de données Transparence-Santé⁷⁹. Sur la période 2015-2019, plusieurs médecins hospitaliers et médecins libéraux ont déclaré plus de 200 000 € d'avantages liés aux relations établies avec des entreprises du secteur de la santé. Par ailleurs, 144 médecins salariés, 54 praticiens en exercice multiple et 14 libéraux ont déclaré plus de 100 000 € d'avantages sur cette même période. Ces possibilités individuelles concernent beaucoup plus les praticiens salariés que leurs confrères privés libéraux.

⁷⁷ Alain Sommer et de Jean de Kervasdoué, note technique d'avril 2014 précitée.

⁷⁸ Il n'est pas possible de tenir compte ici d'un effet de champ et du nombre croissant de spécialistes ayant choisi d'organiser leur activité comme gérants majoritaires des différentes formes de sociétés d'exercice libéral : les modalités de déclaration de leurs revenus n'ont été distinguées des BNC qu'à compter de l'année 2019, à la suite de la mise en place du prélèvement à la source en 2018.

⁷⁹ Ministère de la santé, base de données Transparence-Santé, 2015-2019.

C - De nombreuses possibilités de cumul au sein des établissements publics de santé

Quel que soit leur statut, les praticiens hospitaliers à temps plein sont réputés consacrer la totalité de leur activité professionnelle à l'établissement public qui les emploie et ne peuvent percevoir aucun autre émolument au titre d'activités exercées au sein, ou à l'extérieur, de cet établissement. Ce principe connaît toutefois plusieurs exceptions d'importance :

- les praticiens hospitaliers titulaires sont autorisés à consacrer jusqu'à deux demi-journées par semaine, soit, à une activité libérale au sein de l'établissement qui les emploie (voir *infra*)⁸⁰, soit, à une activité rémunérée présentant un caractère d'intérêt général ; ils peuvent aussi être recrutés en qualité d'enseignant associé à mi-temps d'un CHU ;
- les assistants des hôpitaux peuvent être chargés d'enseignement, dans les conditions définies par l'article L. 952-1 du code de l'éducation, et prendre des congés sans rémunération dans la limite de 30 à 45 jours par an (en fonction de leur ancienneté), en vue d'assurer des remplacements ;
- comme tout agent public, le praticien hospitalier peut être rémunéré pour des œuvres de l'esprit, des expertises, des formations, de l'enseignement, des activités sportives et culturelles et des activités de conjoint collaborateur.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les praticiens hospitaliers proches du temps plein, c'est-à-dire à ceux dont la quotité de travail est inférieure à neuf demi-journées par semaine, peuvent exercer une activité dans une clinique privée. En revanche, ils ne peuvent pas exercer d'activité libérale au sein de l'établissement qui les emploie.

Le praticien hospitalier titulaire exerçant une activité libérale au sein de l'établissement public qui l'emploie perçoit, en sus du salaire versé par l'établissement, les honoraires et dépassements éventuels qu'il facture à ses patients. En contrepartie, il verse à son établissement une redevance fixée par voie réglementaire dont le taux s'échelonne entre 15 % et 60 % des honoraires perçus, selon la nature des consultations ou des actes et du statut universitaire ou non de l'établissement. Cette faculté est un élément important d'attractivité et de fidélisation du personnel soignant des EPS

⁸⁰ Sous la condition qu'ils exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature au titre du secteur public hospitalier et que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre du secteur public hospitalier (CSP, art. L. 6154-1 et suivants)

qui, par nature, introduit un biais sensible dans l'égalité de traitement entre établissements et entre praticiens. Le ministère chargé de la santé considère toutefois que l'activité libérale des praticiens publics est une exception justifiée à l'interdiction de principe, pour les établissements relevant du SPH et les praticiens exerçant en leur sein, de pratiquer des dépassements d'honoraires.

1 - Des dispositions propices aux abus, non contrôlées et de nature à fausser la concurrence entre établissements

Du point de vue de l'assurance maladie, ce dispositif conduit à lui faire payer deux fois une partie des actes et prestations concernées. En effet, les honoraires versés au praticien par le patient couvrent son temps de travail et les moyens mobilisés par l'établissement à l'appui de son activité (qui justifie la redevance reversée à l'établissement), tandis que le tarif du groupe homogène de séjour (GHS) payé par l'assurance maladie inclut déjà le salaire du praticien et l'ensemble des frais liés à la prise en charge du patient. Ce double paiement du temps médical par l'assurance-maladie n'est pas pris en compte aujourd'hui. Il constitue une incitation pour les établissements publics à développer l'activité libérale. Il avantage le secteur public par rapport au secteur privé non lucratif dont les praticiens salariés à temps plein n'ont pas la possibilité d'exercer d'activité libérale en sus.

Les contrôles d'établissements de santé réalisés par les juridictions financières depuis 2018 mettent par ailleurs en évidence que les limites posées à l'exercice libéral en établissement public sont aisément contournées, en raison du contrôle insuffisant et de la tolérance vis-à-vis des fréquents abus. Outre les conséquences économiques et juridiques, les difficultés de mesure et de contrôle de l'activité libérale en EPS emportent également des risques importants en termes de sécurité des soins (en cas de non-respect du repos de sécurité, notamment).

L'activité libérale des praticiens hospitaliers aux Hospices civils de Lyon (HCL) : des variations très importantes de pratique et d'encadrement⁸¹

Aux HCL, 127 praticiens exercent une activité libérale, dont 58 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), quatre maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), deux praticiens hospitaliers universitaires (PHU) et 63 praticiens hospitaliers (PH). La grande majorité, soit 119 praticiens, exercent en secteur 2, c'est-à-dire qu'ils fixent librement leurs tarifs, « avec tact et mesure » selon le code de déontologie, et peuvent donc pratiquer les dépassements d'honoraires. Selon les données de l'assurance maladie produites en 2019, cette activité a rapporté en moyenne 144 000 € aux praticiens concernés. Le minimum d'honoraires perçus cette même année était de 16 700 € et le maximum de 1,08 M€, avant versement de la redevance due aux HCL. Les trois praticiens ayant perçu le plus d'honoraires, tous PU-PH, interviennent en chirurgie orthopédique (1,08 M€), en radiothérapie (0,92 M€) et en ophtalmologie (0,53 M€).

Un praticien hospitalier exerçant une activité libérale à l'hôpital peut se voir interdire une installation en cabinet personnel pendant une période de six à 24 mois dans un rayon compris entre trois et 10 km de l'établissement dans lequel il exerce (CSP, art. L. 6154-2, IV). Mais une dérogation a été prévue pour les praticiens pratiquant une activité libérale exerçant aux HCL (ainsi qu'à l'AP-HP et à l'AP-HM). De ce fait, un praticien démissionnant de l'un des trois plus grands CHU de France et qui n'y aurait pas exercé d'activité libérale pourrait se voir interdire une installation à proximité de son établissement d'exercice, au titre d'autres dispositions statutaires. En revanche et de manière paradoxale, s'il y avait exercé une activité libérale, cette installation lui aurait été autorisée.

L'effet de l'activité libérale des praticiens hospitaliers sur l'organisation de l'activité hospitalière publique reste à évaluer, notamment lorsqu'il apparaît que les revenus annexes de certains praticiens hospitaliers peuvent égaler, voire nettement dépasser, ceux issus de leur activité principale.

Au-delà de ce constat, il apparaît que la maîtrise de l'activité libérale par des pourcentages de temps et d'activité des praticiens hospitaliers souffre de lacunes à l'origine de nombreuses dissensions ou malentendus.

⁸¹ CRC Auvergne-Rhône-Alpes, rapport d'observations définitives *Hospices civils de Lyon*, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/hospices-civils-de-lyon-metropole-de-lyon>

dans les établissements. Ainsi, lorsqu'un praticien hospitalier est également universitaire, l'assiette de calcul des 20 % de son temps pour l'activité libérale n'est pas clairement définie. Il n'est pas précisé, non plus, si cette assiette doit, ou peut, intégrer des actes réalisés par des internes ou des médecins à titre étranger dont les médecins titulaires endossent la responsabilité.

Au regard des difficultés de régulation sous la forme d'un quota de temps ou d'activité, aussi difficile à contrôler qu'inadapté à un personnel de très haut niveau et disposant d'une forte autonomie d'organisation, il serait plus efficace d'appuyer le dispositif sur une donnée plus directe et pragmatique : le montant annuel des honoraires perçus au titre de l'activité libérale. Cette donnée est aisée à objectiver, car elle est transmise tous les trimestres à la direction. Cela permettrait de conforter le dispositif de régulation, d'autant plus qu'il ne s'applique qu'à une proportion très limitée des praticiens publics, 10 %⁸². Ainsi, le contrat d'exercice des praticiens publics dont les honoraires annuels au titre de la pratique privée atteignent une certaine proportion des émoluments publics, pourrait comporter des engagements complémentaires définis avec le directeur de l'établissement public et le président de la commission médicale d'établissement concernant les objectifs d'activité publique desdits praticiens, ainsi que les modalités d'organisation de leur pratique afin d'en garantir la compatibilité avec les intérêts légitimes de l'établissement.

2 - Un dispositif qui ne permet pas de corriger la faible attractivité des EPS

Les contrôles d'établissements de santé réalisés par les juridictions financières depuis 2018 ont mis en évidence un recours accru à l'intérim médical, au sens large⁸³, notamment en matière d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence. Par exemple, les dépenses d'intérim médical du centre hospitalier de Mâcon ont augmenté de 41 % de 2014 à 2015 pour atteindre 7 % des charges de rémunération de l'établissement⁸⁴. Elles ont

⁸² Rapport de Mme Dominique Laurent, conseillère d'État, à Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, 31 mars 2013, page 9.

⁸³ L'intérim, au sens strict, correspond au personnel mis à disposition par des sociétés de travail temporaire ; au sens large, il inclut le personnel employé directement par l'hôpital sur des contrats très courts.

⁸⁴ CRC Bourgogne-Franche Comté, *Centre hospitalier de Mâcon (Saône-et-Loire)*, octobre 2018, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/centre-hospitalier-de-macon-saone-et-loire>.

augmenté de 150 %, de 2014 à 2017⁸⁵, pour le centre hospitalier de Pontoise, et de 25 % en moyenne entre 2017 et 2018 dans les 17 hôpitaux publics de la région Bretagne⁸⁶.

La concurrence dans le recrutement de la ressource médicale ne s'exerce pas seulement entre catégories d'établissements. Elle peut être vive entre établissements publics, parfois au sein d'un même groupement hospitalier de territoire (GHT), au travers des statuts ou des types de contrats proposés aux praticiens. Des constats en ce sens ont été dressés par la CRC Bourgogne-France Comté, s'agissant de médecins qui cumulent des emplois⁸⁷. De même, la CRC Nouvelle-Aquitaine a relevé qu'un médecin employé sur un contrat de clinicien avant d'être lauréat du concours de praticien hospitalier et nommé à titre probatoire en juillet 2013, avait continué à être rémunéré en tant que contractuel jusqu'en décembre 2013. Par la suite, sa situation a été qualifiée de « conflictuelle » en raison, notamment, de la perte salariale consécutive à son changement de statut⁸⁸.

Malgré l'importance essentielle de l'adéquation entre la ressource en praticiens, en effectif et par spécialité, et les besoins à satisfaire en fonction de la population à desservir et des territoires, et malgré le niveau des financements consacrés au personnel médical, ni le ministère, ni les agences régionales de santé, ni le Centre national de gestion ne disposent d'une vision précise de la situation de l'emploi médical (nombre de postes vacants, part des contractuels, recours à l'intérim médical, etc.) dans les établissements publics de santé.

⁸⁵ CRC Île-de-France, *Centre hospitalier René Dubos de Pontoise (Val-d'Oise)*, décembre 2019, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/centre-hospitalier-rene-dubos-de-pontoise-val-doise>.

⁸⁶ CRC Bretagne, *Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest (Finistère)*, mars 2021, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/centre-hospitalier-regional-universitaire-chru-de-brest-finistere>.

⁸⁷ CRC Bourgogne-Franche Comté, *Centre hospitalier Louis Pasteur de Dole (Jura)*, septembre 2019, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/centre-hospitalier-louis-pasteur-de-dole-jura-0>.

⁸⁸ CRC Nouvelle-Aquitaine, *Centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonneins (Lot-et-Garonne)*, mars 2019, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/centre-hospitalier-intercommunal-de-marmande-tonneins-lot-et-garonne>.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La politique publique de structuration rationnelle de l'offre hospitalière publique et privée a franchi plusieurs étapes importantes mais elle n'est pas parvenue à surmonter l'hétérogénéité des règles de fonctionnement propres à chacune des catégories d'établissements, en raison de règles nationales peu adaptables à la diversité des situations concrètes, ce qui en pénalise l'efficacité. En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. réformer la tarification de l'activité libérale dans les établissements publics de santé de manière à éviter que l'assurance maladie paye deux fois le temps médical consacré aux prestations : une fois au titre du GHS, une deuxième fois au titre des honoraires des praticiens (ministère chargé de la santé – DGOS, DSS – CNG, ATIH et Cnam) ;*
 - 2. s'agissant de la régulation de l'activité libérale des praticiens en établissement public de santé, introduire un critère fondé sur les honoraires perçus et rendre effectifs les contrôles des plafonds d'activité en temps de travail et en nombre d'actes par les directions d'établissement et par les ARS (ministère chargé de la santé – DGOS, ARS – CNG, ATIH et Cnam).*
-

Chapitre III

Une offre de soins hospitaliers à adapter à la diversité territoriale et à rapprocher des besoins des patients

La diversité des situations territoriales et sociales, et les limites importantes aux efforts déjà réalisés depuis 50 ans pour mieux organiser l'offre hospitalière publique et privée, conduisent à examiner les raisons pour lesquelles la notion de "service public hospitalier" (SPH) manque aujourd'hui de consistance et comment elle peut être revitalisée par une mobilisation plus large que celle des seuls établissements publics de santé. Pour y parvenir, les ARS doivent s'attacher à mettre en place une régulation plus proche du terrain, indispensable pour que les services rendus par les établissements de santé publics et privés à but lucratif ou non lucratif soient davantage coordonnés, complémentaires et répondent de manière plus efficiente aux besoins des patients.

I - Redonner de la consistance au « service public hospitalier » et élargir le champ de sa mise en œuvre

Le service public hospitalier est assuré par les établissements publics de santé, les hôpitaux d'instruction des armées, les établissements

de santé privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif habilités en ce sens, à leur demande, par le directeur général de l'ARS. Tous les établissements qui relèvent du service public hospitalier sont, en droit, soumis pour l'ensemble de leurs activités de soins aux principes d'égalité d'accès et de prise en charge au tarif du remboursement par l'assurance maladie (secteur 1), de permanence d'accueil et de continuité des soins. Les établissements privés non habilités à assurer le service public hospitalier peuvent être autorisés à exercer la médecine d'urgence ou à participer à la permanence des soins. Ils sont alors "*associés au service public hospitalier*" et doivent respecter, vis-à-vis des patients pris en charge dans ce cadre, l'ensemble des obligations en découlant.

Les règles relatives aux dépassements d'honoraires « *qui s'appliquent identiquement à tous les établissements de santé publics ou privés assurant le service public hospitalier et aux professionnels exerçant en leur sein* »⁸⁹, auraient pu conduire à exclure du service public tous les hôpitaux publics comportant en leur sein la pratique d'une activité libérale à des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnés. Le ministère de la santé a résolu cette contradiction, tout d'abord en écrivant que l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics devait être considérée comme s'exerçant en dehors du service public hospitalier⁹⁰, puis en introduisant, par voie d'ordonnance, une dérogation législative à la règle du secteur 1 dans les textes relatifs aux établissements et praticiens publics.

Le Conseil constitutionnel, saisi en 2019 d'une question prioritaire de constitutionnalité sur cette dérogation⁹¹, a entériné la position du ministère de la santé, considérant que l'activité libérale des praticiens à temps plein des hôpitaux publics pouvait être vue comme s'exerçant en dehors du service public hospitalier, et a ainsi autorisé la combinaison entre service public hospitalier et dépassements d'honoraires dans le secteur public.

La loi dite *Ris*⁹² a, plus récemment, autorisé les dépassements d'honoraires pour les praticiens libéraux œuvrant dans des Espic, sous la condition d'une modération tarifaire pour éviter toute barrière financière d'accès aux soins.

⁸⁹ Conseil constitutionnel, 21 janvier 2016, n° 2015-727 DC, considérant 57.

⁹⁰ Lettre DGOS du 26 février 2016.

⁹¹ Conseil constitutionnel, 21 juin 2019, n° 2019-792 QPC, *Clinique Saint-Cœur et autres*.

⁹² Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021.

**Tableau n° 13 : service public hospitalier et dépassement
d'honoraires**

<i>Critères du SPH (CSP, art. L. 6112-2)</i>	EPS	EBNL habilité au SPH	EBL
<i>4° Absence de dépassement des tarifs opposables (ou secteur 1)</i>	Satisfait car dérogation pour l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics pouvant pratiquer des dépassements (ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021, art. 2, II)	Satisfait car dérogation pour l'activité de médecins libéraux (CSP, art. L. 6161-9, al. 4)	Non satisfait car fonctionnement avec médecins libéraux et dépassements d'honoraires, sans dérogation législative

Source : Cour des comptes, juillet 2022

Ainsi, les hôpitaux publics et certains établissements de santé à but non lucratif bénéficient de dérogations législatives au principe de fonctionnement intégral en tarif opposable⁹³ pour, respectivement, l'activité libérale de praticiens publics et l'activité libérale des médecins libéraux disposant historiquement d'un droit personnel à dépassements.

Au regard de la situation tendue de l'offre hospitalière, il serait souhaitable que l'existence d'une activité libérale avec dépassement d'honoraires cesse d'empêcher un établissement, quel que soit son statut, de participer au service public hospitalier, dès lors que seraient respectées des conditions contraignantes d'accès financier et géographique aux soins.

En estimant que l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics s'exerce conceptuellement « *en dehors du service public hospitalier* », quoique matériellement dans les locaux des EPS et avec leur personnel, la décision du Conseil constitutionnel précitée⁹⁴ permet d'envisager symétriquement que l'activité des praticiens libéraux dans les établissements privés à but lucratif puisse, pour une partie également, s'inscrire dans le cadre du service public hospitalier selon des conditions formalisées dans les autorisations d'activité délivrées par les ARS.

Un consensus se dégage ainsi progressivement sur l'importance d'associer tous les praticiens, y compris les médecins libéraux des établissements de santé privés, au service public hospitalier.

⁹³ CSP, art. L. 6122-2, 4°.

⁹⁴ Conseil constitutionnel, 21 juin 2019, n° 2019-792 QPC.

A - Améliorer l'accessibilité financière, avec des filières de soins sans reste à charge

Chaque projet régional de santé pourrait organiser mieux la participation de l'ensemble des établissements de santé publics et privés au service public hospitalier, afin de garantir l'accessibilité financière des soins, en structurant des *filières de soins à tarif opposable*, c'est-à-dire correspondant à un remboursement intégral par l'assurance maladie.

Ces filières de soins en secteur 1 pourraient être précisées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) des établissements de santé publics et privés, à la cosignature desquels les praticiens libéraux - ou publics en activité libérale - seraient appelés, concernant ces dispositions. Cette structuration pourrait de même engager plusieurs établissements situés en amont et en aval d'un même parcours de soins.

Par ailleurs, des règles de modération concernant le secteur 2 pourraient de même faire l'objet d'un engagement d'un "*zéro reste à charge après intervention des assurances complémentaires de santé*". La Fédération de l'hospitalisation privée a indiqué être favorable à l'étude de cette orientation. Ce cadre offrirait, par la même occasion, la possibilité de réguler les prestations annexes qui sont l'objet de nombreuses difficultés financières et administratives pour les patients.

En effet, les chambres particulières représentent 56,3 % des réclamations relatives aux facturations des établissements de santé⁹⁵ : 28,3 % des signalements aux associations d'usagers et de patients portent sur les règles de facturation de forfaits divers tels que *forfait administratif*, *forfait ambulatoire*, *forfait hôtelier* ou *forfait journalier*⁹⁶. De manière générale, les usagers ne sont pas suffisamment informés sur les charges facturables ou non au titre d'un séjour hospitalier, ce qui justifie les contrôles par les services de la concurrence et de la consommation et de la répression des fraudes dans le secteur hospitalier public et privé.⁹⁷

Au-delà du sujet prioritaire de l'accessibilité financière de l'offre de soins, une plus large place doit être réservée, dans le pilotage hospitalier, à la vérification de la pertinence des soins ainsi qu'à la mesure de la qualité et de la satisfaction des patients, tout en veillant à préserver la liberté de choix des patients.

⁹⁵ Rapport de 2020 de l'observatoire de France Assos Santé sur les droits des malades, page 21.

⁹⁶ Ibid. page 21.

⁹⁷ Deux enquêtes nationales ont été réalisées par la DGCCRF, en 2018 et en 2021, et une nouvelle enquête est prévue en 2023.

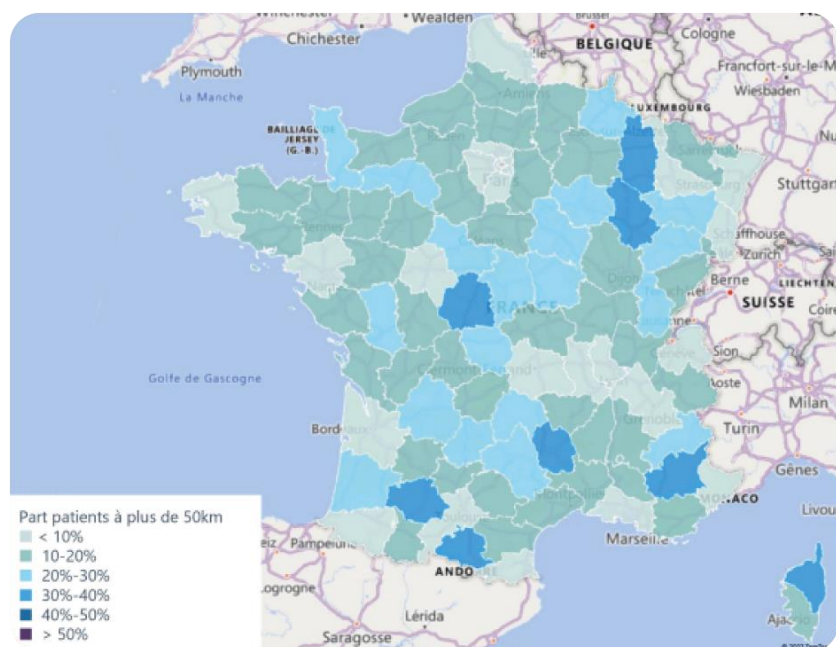
B - Adapter la régulation aux contrastes territoriaux

L'offre hospitalière publique et privée a tendance, comme tous les secteurs d'activité, à se concentrer dans les métropoles et près des littoraux, ce qui se traduit par des difficultés d'accès aux services publics pour une partie importante de la population.

L'activité hospitalière contribue à ces contrastes avec, d'une part, une concurrence intense dans les métropoles régionales et, d'autre part, une offre affaiblie et appelant des complémentarités renforcées dans les territoires qui connaissent des taux de fuite élevés. Ces taux de fuite traduisent, soit, l'absence d'offre de soins, soit, une qualité et une réputation insuffisantes des établissements ou des praticiens aux yeux des patients et des médecins de ville qui les orientent.

La fuite de patients doit aussi être combattue par le maintien d'un potentiel suffisant de praticiens, salariés mais aussi libéraux, pour les soigner, dans des formes renouvelées de coopération avec les hôpitaux publics qui constituent l'armature sanitaire du pays.

**Carte n° 4 : proportion de patients de plus de 75 ans
hospitalisés à plus de 50 km de leur domicile,
parmi ceux hospitalisés pour des soins en médecine**



Source : étude Altense sur les besoins en médecine gériatrique, données du PMSI de 2021, juin 2022

Pour 18 départements situés dans sept régions, on constate des taux de fuite de plus de 20 % de la patientèle vers d'autres départements pour les séjours de médecine hors séances en 2019 : en Grand-Est (Haute-Marne, Meuse, Vosges) ; en Nouvelle-Aquitaine (Creuse, Dordogne, Deux-Sèvres) ; en Occitanie (Ariège, Aveyron, Gers, Lot, Lozère) ; en Auvergne - Rhône-Alpes (Ardèche, Drôme, Isère) ; en Bourgogne-Franche Comté (Doubs, Jura), en région Centre (Indre), à Mayotte. Ce taux traduit une contrainte élevée pour les patients ayant besoin de recourir à un service de médecine. Pour la chirurgie et l'obstétrique, en revanche, la gradation des plateaux techniques et des équipes soignantes peut légitimer un recours plus important à des services extra-départementaux. Le taux de fuite peut représenter jusqu'à la moitié des besoins de séjours en médecine, dans des départements comme l'Ardèche, la Haute-Marne ou la Meuse. Ces niveaux reflètent d'importantes contraintes géographiques d'accès aux soins, avec des proportions élevées d'hospitalisation en médecine à plus de 50 km pour des patients de plus de 75 ans.

Or, ni les projets régionaux de santé établis pour la période 2018-2022, ni les Cpom des établissements de santé publics et privés contrôlés par les chambres régionales des comptes ne comportent d'élément méthodique ou d'objectif visant la maîtrise des taux de fuite, lesquels doivent être repérés à l'échelle des départements mais traités selon une approche territoriale plus fine. Ainsi, alors que le département du Nord affiche globalement un taux de fuite faible, celui du Cambrésis est élevé (36 %) et en augmentation continue depuis 2015. L'analyse par les ARS de l'offre hospitalière d'autres départements - qui peuvent, à la fois, disposer d'une offre privée lucrative consistante⁹⁸ mais connaître des taux de fuite élevés - délivrerait des enseignements pour d'éventuelles reconversions ou complémentarités utiles au parcours des patients, notamment dans les activités de soins de proximité, en médecine et en réadaptation gériatriques. Tel pourrait être le cas de départements de Haute-Loire, de Haute-Saône, du Lot, de l'Ain, de la Nièvre, du Loir-et-Cher, des Landes, de l'Eure, de l'Orne, de l'Aude, du Tarn, du Tarn-et-Garonne, des Alpes-de-Haute-Provence, du Var, du Vaucluse et de la Vendée.

Au regard de ce panorama, la réduction des taux de fuite devrait constituer l'un des objectifs de régulation de l'offre hospitalière publique et privée dans les des prochains projets régionaux de santé 2023-2028, globalement pour une discipline ou, plus finement, pour certaines pathologies. Elle constituerait le motif et la condition de délivrance des autorisations d'activité concernées, en limitant les concurrences inutiles

⁹⁸ Au regard de la distribution géographique des EBL étudiée par la Drees : cf. carte n° 1, page 20.

pour les patients et en affirmant les complémentarités nécessaires entre établissements de santé de tous statuts. Elle serait détaillée en objectifs opérationnels dans les Cpom de chacun des établissements de santé publics et privés bénéficiant desdites autorisations ou en sollicitant.

Tableau n° 14 : proportions des modes d'exercice des radiologues, des cardiologues, des chirurgiens orthopédistes et traumatologues

<i>Spécialité</i>	Salarié	Mixte	Libéral
<i>Cardiologue</i>	30 %	25 %	45 %
<i>Chirurgien orthopédiste et traumatologue</i>	25 %	22 %	53 %
<i>Radiologue</i>	25 %	18 %	57 %

Source : Drees, données 2020, site internet : profilmedecin.fr

Le départ des praticiens libéraux vers les métropoles régionales doit symétriquement susciter l'attention, d'autant plus que certaines spécialités essentielles pour l'activité hospitalière s'organisent désormais très majoritairement sur un mode libéral. Le déplacement de ces praticiens peut être motivé par l'insuffisance du volume d'activité après réduction ou cessation d'activité de cliniques privées dans les territoires sous-denses.

Face à ce risque, faciliter les coopérations entre les praticiens libéraux et les hôpitaux publics s'impose. En effet, ces établissements résistent, par leur statut, au déficit et à l'attraction de l'implantation dans les villes importantes. Ils constituent aujourd'hui l'armature principale de l'offre de soins hospitaliers des villes petites et moyennes, et de leurs alentours. Dans ces territoires, la coopération entre un praticien libéral et un hôpital public ou un établissement à but non lucratif, par analogie avec les dispositifs existants dans les cliniques privées à but lucratif, permet de préserver les implantations de spécialistes libéraux et d'en encourager de nouvelles.

Tableau n° 15 : possibilité d'activité libérale avec, ou sans, dépassement d'honoraire pour les praticiens salariés ou libéraux, selon le statut de l'établissement de santé

Statut de l'établissement de santé	Praticiens salariés à temps plein	Praticiens libéraux
Public	Activité libérale autorisée avec dépassements (ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021, art. 2, II)	Collaboration autorisée mais sans dépassement (CSP, art. L. 6146-2)
Privé à but non lucratif	Activité libérale non autorisée	Collaboration autorisée avec dépassement (CSP, art. L. 6161-9)
Privé à but lucratif	Activité libérale non autorisée	Coopération autorisée avec dépassement (CSS, d) art. L. 162-22-6)
GCS de <i>prestations médicales croisées</i> entre établissements de santé et libéraux (CSP, art. L. 6133-1, 3°)	Activité libérale non autorisée	Coopération autorisée mais sans dépassement (CSP, art. L. 6133-6, 2°)

Nota : les contractuels et assistants ne sont pas autorisés à exercer une activité libérale dans les EPS

Source : Cour des comptes

Or, la coopération entre médecins libéraux et établissements de santé s'inscrit aujourd'hui dans des règles très hétérogènes, décrites *supra*. Les praticiens libéraux coopérant avec des établissements publics sont les seuls médecins libéraux à être assujettis strictement à une tarification en secteur 1, comme le montre le tableau ci-dessus.

Dans certains cas, notamment dans les départements subissant des taux de fuite élevés, il pourrait être envisagé de permettre aux directeurs d'établissements publics ou privés non lucratifs, sous le contrôle des directeurs généraux d'ARS, de conclure avec des praticiens libéraux des contrats d'exercice intégrant la possibilité de dépassements d'honoraires. Les honoraires de ces praticiens, contractualisés avec les directions des établissements et imputés sur le budget de ceux-ci, n'auraient pas de conséquence pour les patients.

Ces honoraires pourraient faire l'objet d'un suivi régional par les ARS et national par la DGOS. Ils seraient la contrepartie de services à la fois moins coûteux et plus assurés du point de vue de la quantité, de la continuité et, donc, de la qualité, que ne l'est l'intérim médical auquel les établissements ont largement recours aujourd'hui.

C - Répartir les obligations des établissements et des professionnels de santé durant les périodes critiques

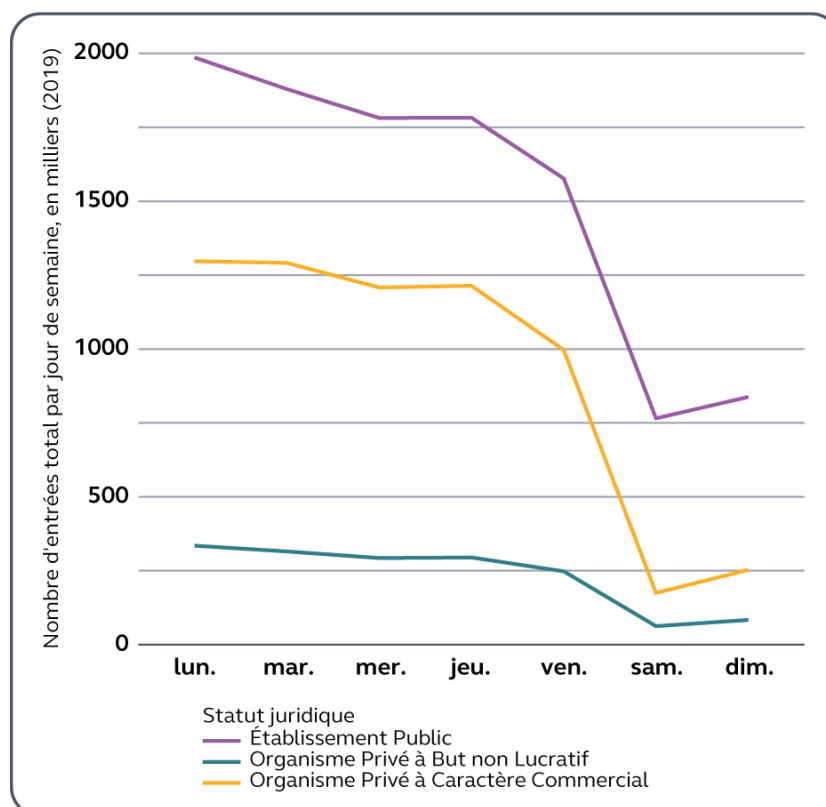
Les contraintes de l'emploi hospitalier pesant sur l'organisation personnelle des professionnels de santé jouent un rôle important dans l'attractivité et la stabilité des équipes, et dans leur capacité à répondre aux besoins des usagers. Il est donc nécessaire de comparer les sujétions assumées par le personnel des établissements de santé, publics d'un côté et privés de l'autre, tant au niveau national que sur chaque territoire, afin de pouvoir les harmoniser.

La continuité d'accès aux soins intéresse particulièrement les fins de semaine, le mois d'août et la période des fêtes de fin d'année. Les obligations des établissements et des professionnels de santé doivent donc être organisées et partagées au service des patients sur ces périodes prévisibles.

Au niveau national, à partir des données du PMSI, il apparaît que l'activité de soins réalisée en fin de semaine repose majoritairement sur les hôpitaux publics, mais sollicite aussi significativement les établissements privés lorsque ces derniers sont autorisés à accueillir les urgences. Les niveaux constatés les samedis et dimanches sont variables selon les territoires mais surtout liés à la détention, ou non, d'autorisations de services d'urgence. Sur les 629 urgences autorisées en 2019, 470 relèvent du secteur public, 123 de cliniques à but lucratif et 36 de structures privées à but non lucratif⁹⁹.

⁹⁹ Drees, *Les établissements de santé*, édition 2021, page 139.

Graphique n° 2 : activité comparée des établissements de santé (séances comprises), au niveau national, selon leur statut et le jour de la semaine



Source : Cour des comptes, données du PMSI 2019

Dans les villes petites et moyennes, l'activité de soins assurée en fin de semaine pèse essentiellement sur les établissements publics. Tel est le cas pour le centre hospitalier de Cambrai. Cet hôpital généraliste assure la continuité de l'offre de soins pendant les fins de semaine. Il organise la disponibilité des médecins pour assurer la permanence des soins (PDSES), la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour toute personne démunie ou en situation de précarité, ainsi que l'accueil d'urgences. L'activité sur les deux jours de fin de semaine atteint près de 40 % de celle du reste de la semaine. *A contrario*, les deux cliniques privées de ce territoire de santé ne disposent pas de service d'urgence et concentrent la quasi-totalité de leur activité sur des interventions programmées du lundi au vendredi.

En revanche, dans des agglomérations comme Marseille, Lyon, Reims ou Strasbourg, des opérateurs privés contribuent significativement à l'activité les samedis et dimanches, subissant eux-mêmes des contraintes élevées pour réunir et stabiliser des équipes soignantes.

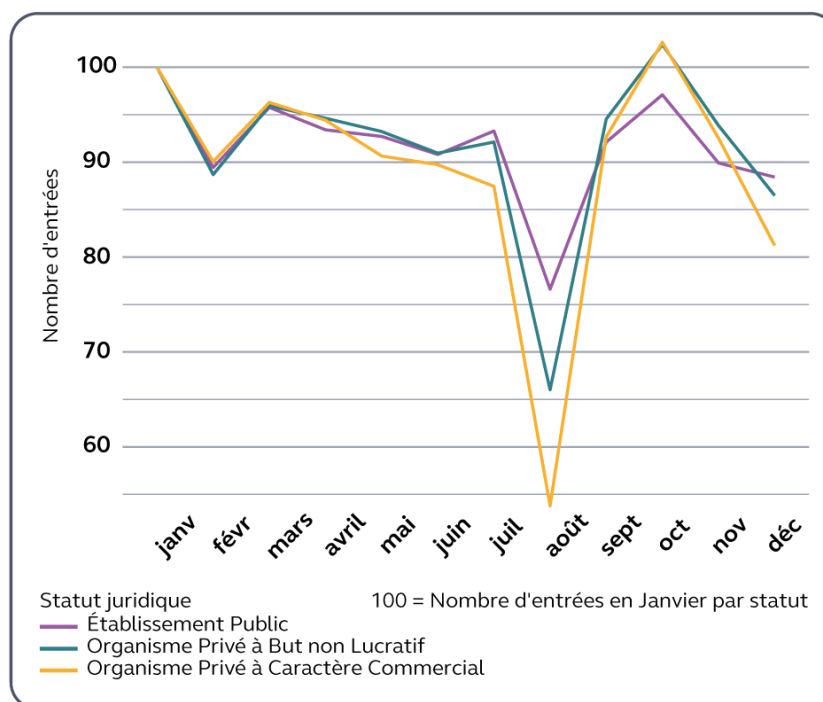
**Organisation des activités de soins en cours de semaine
dans l'agglomération lyonnaise**

L'activité durant la semaine des établissements de santé, quelle que soit leur nature juridique, suit une tendance uniforme : une stabilité du lundi au jeudi, puis une baisse importante le vendredi.

Seules les structures publiques et privées, lucratives ou non, qui disposent d'un service d'urgences maintiennent, le samedi et le dimanche, une activité significative d'entrées en hospitalisation : tels sont les cas des HCL, du centre hospitalier Saint Joseph-Saint Luc (Espic), de Natecia, clinique de La Sauvegarde, et de l'hôpital privé Jean Mermoz.

En période estivale et au niveau national, le mois d'août se caractérise par une décrue significative de l'activité de soins, et ce, de manière équilibrée, quel que soit le statut de l'établissement de santé. Le graphique n° 3 ci-après ne confirme pas les critiques fréquentes sur un désistement estival des opérateurs de droit privé. Ce dernier n'est pas synonyme pour autant d'un recours optimisé à un temps de soignant, rare à cette période quel que soit le statut de l'opérateur. Une organisation concertée et coopérative entre les établissements de santé, serait particulièrement opportune, durant ces périodes où ils rencontrent tous des difficultés à maintenir leur effectif.

**Graphique n° 3 : activité comparée des établissements de santé
(séances comprises) au niveau national,
selon leur statut et le mois de l'année**



Source : Cour des comptes, données PMSI 2019

Cette optimisation ne peut s'engager que dans le cadre d'une obligation partagée par l'ensemble des professionnels de santé, publics et privés, de concourir, chacun pour sa part dans un territoire de proximité, à assumer les contraintes de service public d'accueil des besoins de soins non programmés des usagers.

Durant la période des fêtes de fin d'année, le niveau d'activité des établissements privés, à but lucratif ou non, est proportionnellement supérieur à celui des établissements publics. Ces derniers concentrent alors leurs ressources humaines limitées par les congés sur les besoins de l'activité non programmée et arrêtent les interventions programmées.

Au regard de la rareté des ressources en personnel soignant, médical et paramédical, et du poids des sujétions d'emploi du temps dans les établissements de santé publics et privés, il appartient aux régulateurs d'organiser la coopération des opérateurs pendant ces périodes calendaires sensibles, mais aisément prévisibles.

II - Renforcer les moyens de régulation des agences régionales de santé

La délivrance des autorisations d'activités de soins par les agences régionales de santé constitue le principal levier d'action pour une meilleure intégration des établissements, de tous statuts, dans les objectifs et contraintes du service public hospitalier (SPH). Or, les autorisations et le SPH ne sont pas véritablement articulés aujourd'hui. Par ailleurs, la qualité et la pertinence des soins, de même que la satisfaction des patients, sont insuffisamment prises en compte par les ARS dans les attributions d'autorisations pour équilibrer au mieux la concurrence et la complémentarité entre les établissements.

A - Conforter le droit des autorisations

Le droit des autorisations comporte trois anomalies majeures :

- la faiblesse des exigences techniques qui conditionnent une grande partie d'entre elles, notamment l'absence d'articulation avec les objectifs et contraintes du service public hospitalier (accessibilité financière, géographique et temporelle) pour répondre aux attentes des patients ;
- l'asymétrie qui a longtemps prévalu entre les dispositions applicables aux hôpitaux publics et celles appliquées aux établissements de santé privés, jusqu'à la parution récente de textes réglementaires qui seront mis en œuvre progressivement à compter du 1^{er} juin 2023 ;
- l'absence de motivation explicite des besoins des patients justifiant leur délivrance.

Jusqu'à la parution récente de décrets¹⁰⁰ concernant la chirurgie, les autorisations dont disposaient les hôpitaux publics ne comportaient aucune condition d'implantation ni condition technique de fonctionnement en hospitalisation complète¹⁰¹. Les textes établissant le régime de ces autorisations pour les établissements privés fixaient, quant à eux, des conditions à satisfaire qui sont largement datées.

¹⁰⁰Décrets 2022-1765 et 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement des activités de soins en chirurgie, chirurgie cardiaque et en neurochirurgie.

¹⁰¹Les soins délivrés dans le cadre d'alternatives à l'hospitalisation à temps partiel ont fait l'objet d'un décret n° 2012-969 du 20 août 2012, actualisant le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992.

Tel a été aussi le cas pour les activités de médecine, jusqu'à la publication de deux décrets, le 25 juillet 2022¹⁰². Leurs dispositions, qui établissent enfin une égalité juridique de traitement entre établissements de santé publics et privés, ne sont toutefois applicables que depuis le 1^{er} juin 2023, et de manière progressive.

L'absence de cadre juridique opposable à tous les opérateurs publics et privés pour fonder la délivrance des autorisations a affaibli la régulation des activités hospitalières par l'État (ARS), régulation qui ne peut pas procéder des seuls tarifs.

Les contentieux entre établissements de santé privés de court séjour à Strasbourg

À l'exception du CHU de Strasbourg, du centre de lutte contre le cancer Paul Strauss et de l'Aural (Association de dialyse et d'hospitalisation à domicile), toutes les structures hospitalières de soins aigus à Strasbourg ont été parties prenantes d'initiatives contentieuses les unes vis-à-vis des autres depuis 2015. Plusieurs décisions formelles de l'ARS Grand-Est ou, à l'inverse, des décisions qu'elle n'aurait pas formalisées, ont été l'occasion de nombreux contentieux devant les tribunaux français (tribunal administratif de Strasbourg puis cour administrative d'appel de Nancy) et la Commission européenne, aboutissant à plusieurs annulations, totales ou partielles, des actes attaqués.

Le transfert et le regroupement des trois établissements de santé constituant la clinique Rhéna, pris en compte dans le projet régional de santé 2012-2016¹⁰³, a été remis en cause à travers la contestation judiciaire des actes successifs de l'ARS y ayant trait. La démarche d'apaisement tentée par l'ARS Grand-Est au travers de l'octroi d'autorisations additionnelles a, au contraire, relancé les conflits, l'ARS ayant renoncé à obtenir les abandons de procédures qui devaient être la contrepartie des autorisations délivrées¹⁰⁴.

Plusieurs contentieux sont encore actifs. Leurs suites sont de nature à affecter la satisfaction des besoins de santé publique à Strasbourg et les coopérations qu'ils requièrent. La non-implication du CHU de Strasbourg, du centre de lutte contre le cancer Paul Strauss et de l'Aural dans les contentieux croisés entre acteurs hospitaliers privés ouvre sans doute une voie de sortie coopérative pour les protagonistes comme pour les pouvoirs publics.

¹⁰²Décrets n° 2022-1046 et 2022-1047, définissant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des activités de médecine.

¹⁰³Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016, *Revue du PRS à mi-parcours*, page 14.

¹⁰⁴Note de la direction de l'offre sanitaire de l'ARS *Gestion sortie de crise Eurométropole*, 4 juin 2019.

L'évolution nécessaire de la régulation appelle des approfondissements du droit des autorisations : fixation d'un niveau d'exigences techniques et d'activité en rapport avec les objectifs du service public hospitalier et avec les besoins du territoire desservi, justification de l'avantage attendu en termes d'offre de soins et de cohérence des parcours des patients, notamment sur le plan des coopérations et de la qualité ; meilleure prise en considération des effets de ces autorisations sur le chiffre d'affaires des opérateurs publics et privés ; engagement de stabilité dans le territoire pour les entités gestionnaires des clinique privées à but lucratif.

Les documents-cadres relatifs à la stratégie hospitalière sont assez abondants sur les coopérations et la gradation de l'offre de soins. Ils sont absents, en revanche, sur le point d'équilibre entre les deux principes : la concurrence *versus* la coopération ou la complémentarité. Tel est le cas de tous les projets régionaux de santé 2018-2022 établis par les ARS dont découle la délivrance des autorisations. Leur nombre est encadré par la détermination des « objectifs quantifiés de l'offre de soins ». Mais aucun PRS n'explicite clairement les objectifs d'attribution d'une nouvelle autorisation sur une même zone géographique, là où d'autres opérateurs étaient déjà présents pour les mêmes activités de soins.

Si ces objectifs de complémentarité sont explicites dans les projets régionaux de santé et évoquent largement les coopérations ou regroupements attendus, ceux concernant le juste niveau de la concurrence ne sont jamais formulés.

Les seuls énoncés un peu concrets concernant les réglages de la concurrence dans le secteur hospitalier proviennent des nombreuses décisions¹⁰⁵ de l'Autorité de la concurrence. Toutefois ils demeurent largement méconnus. Il existe pourtant des cas où les projets régionaux de santé pourraient expliciter les raisons de la délivrance d'autorisations *a priori* redondantes :

- des autorisations additionnelles délivrées pour réduire des taux de fuite pour les principales disciplines ou pour répondre précisément à certains besoins de soins non satisfaits¹⁰⁶ ;
- des autorisations complémentaires pouvant être délivrées pour permettre une émulation qualitative au regard d'une offre existante

¹⁰⁵L'Autorité de la concurrence a rendu 270 décisions en 2019, 195 en 2020 et 272 en 2021. Un dossier est en cours d'instruction en 2022.

¹⁰⁶Les conditions posées pour l'obtention de l'autorisation doivent alors trouver leurs sources dans le PRS, figurer dans l'arrêté de délivrance et être intégrées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom).

objectivement évaluée comme médiocre (résultats de certification, données *e-satis*¹⁰⁷) ;

- des autorisations nouvelles pouvant être accordées pour permettre l'organisation de filières de soins en tarifs opposables ou maîtrisés, ou lutter contre des taux de fuite importants des patients vers d'autres territoires, faute d'offre adaptée à proximité.

De manière symétrique, toutes les situations de concurrence pour des activités de soins similaires mériteraient d'être analysées en opportunité au regard du déploiement du service public hospitalier sur l'ensemble du territoire national.

Les futurs projets régionaux de santé 2023-2028 devraient ainsi permettre d'identifier explicitement les segments de l'offre de soins pour lesquels une délivrance de plusieurs autorisations similaires à des opérateurs différents sur un même territoire peut être souhaitable, sous réserve d'engagements dans la mise en œuvre du service public hospitalier : tel pourrait être le cas, par exemple, des activités programmées d'imagerie, de plateau technique interventionnel, de médecine et de réadaptation gériatriques, ou de maternité de niveau 1¹⁰⁸.

Dans le même sens, les effets directs et indirects d'une situation de quasi-monopole public dans les services d'urgence, très majoritairement publics, devraient être réexaminés et l'activité et les risques, pour les usagers comme pour le régulateur, mieux répartis lorsqu'un même site d'urgence atteint un nombre très élevé de passages annuels.

En sens inverse, les futurs projets régionaux de santé pourraient définir les activités de soins pour lesquelles une singularité d'opérateur doit être établie ou explicitement encouragée, à l'instar des surspécialités, des activités de réanimation (hors les cas particuliers des métropoles régionales) et de chirurgie pédiatrique. Le projet régional de santé établirait non seulement les droits des opérateurs publics ou privés auxquels un monopole technique est ainsi consenti pour sept ans (durée des autorisations d'activités

¹⁰⁷ *E-satis* est le recueil des réponses des patients aux questionnaires de satisfaction que leur adresse directement la HAS à la suite d'un séjour en établissement de santé.

¹⁰⁸ Les maternités sont classées en trois niveaux, selon le niveau de risque et de technicité requis. Le niveau 1 accueille les futures mères dont la grossesse et l'accouchement ne présentent *a priori* aucun risque. Le niveau 2 comporte un service néonatalogie ou de soins intensifs néonataux sur place ou à proximité, qui permet d'accueillir des nouveau-nés prématurés à partir de 32 semaines d'aménorrhée. Le niveau 3 comporte un service de réanimation et est spécialisé dans les grossesses pathologiques ou à risques pour la future mère ou pour l'enfant à naître, notamment avec une prématurité plus importante ou des difficultés respiratoires.

de soins) mais, réciproquement, les devoirs : dès lors qu'un opérateur est en mesure d'assumer le monopole technique d'une activité de soins sur un territoire, il doit consentir à assurer le rôle de solution de repli pour les patients adressés par les autres opérateurs sanitaires ne disposant pas de cette autorisation. Tel serait le cas, par exemple, d'un hôpital public autorisé à réaliser une activité de réanimation vis-à-vis des établissements de santé ne disposant que d'une reconnaissance contractuelle en soins intensifs ou en soins continus, fussent-ils concurrents sur des activités interventionnelles ou de chirurgie. Cela reviendrait à reconnaître à ces établissements, et aux patients qu'ils ont vocation à accueillir, un accès équitable à des « infrastructures essentielles » au sens du droit de la concurrence.

Les modalités de renouvellement des autorisations

La durée de validité des autorisations a été portée de cinq à sept ans par décret du 19 février 2018. En outre, la procédure de renouvellement a été simplifiée par un décret du 22 juillet 2021 relatif au régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds : en l'absence de réponse de l'ARS, l'établissement n'est pas tenu de déposer un dossier complet comme pour une première demande. Si l'ARS l'estime nécessaire, elle peut enjoindre au demandeur de déposer un tel dossier.

Ces modifications s'inscrivent dans la perspective plus globale de l'instruction par les ARS de quelques 14 000 demandes nouvelles d'autorisations dans le cadre des PRS 2023-2028. Un décret du 7 avril 2023 a ouvert aux directeurs généraux d'ARS le droit de déroger aux normes nationales – y compris sur ces autorisations – afin d'alléger les démarches administratives et de réduire les délais.

Enfin, les Cpom se bornent aujourd'hui, dans leur quasi-totalité, à dupliquer les dispositions très générales du PRS, sans individualisation des dispositions concernant les établissements de santé signataires. Ils ne traitent pas, par exemple, des taux de fuite dans une discipline, ni de la mise en place d'une filière de soins à tarifs opposables, ni de l'amélioration nécessaire des résultats de la certification. La doctrine comme la pratique de délivrance des autorisations sont ainsi réduites à la portion congrue. En l'absence d'utilisation des leviers de régulation, la concurrence est constatée ou subie au lieu d'être pilotée et orientée par les ARS, dans le cadre d'une vision d'ensemble du service public hospitalier auquel doivent contribuer tout autant les établissements privés que les hôpitaux publics.

B - Renforcer le lien entre autorisations, pertinence et qualité des soins ainsi que satisfaction des patients

L'analyse de la pertinence des soins hospitaliers est impérative dans un secteur où s'exerce une émulation concurrentielle et une tarification à l'activité qui détermine les ressources des opérateurs, tant publics que privés.

L'approche statistique de la pertinence des actes facturés¹⁰⁹ réalisée dans le cadre du présent rapport a permis d'identifier les départements¹¹⁰ présentant des écarts avec la moyenne nationale, en nombre de séjours, supérieurs à 50 % pour un type de séjour donné, et les départements dont le taux d'occurrence de ce type de séjour dépasse le double de la moyenne nationale.

Le nombre de départements dont l'écart avec la moyenne dépasse 50 %, est élevé : 58 départements pour le cancer du sein, 48 départements pour le cancer de la prostate chez les hommes, 31 départements pour la pose d'un stimulateur cardiaque, 28 départements pour la prise en charge d'une prothèse de hanche, 31 départements pour les affections de la bouche et pose de prothèse dentaire et 43 départements pour les explorations nocturnes. L'ampleur des écarts constatés justifierait que les instances régionales d'amélioration de la pertinence des soins (Iraps) analysent les activités atypiques au regard des référentiels de bonne pratique. Ces analyses doivent contribuer à la rationalité des orientations adoptées dans les projets régionaux de santé et dans les décisions d'attribution des autorisations d'activités de soins. Tel devrait être le cas aussi des analyses portant sur la qualité des soins et sur la satisfaction des patients.

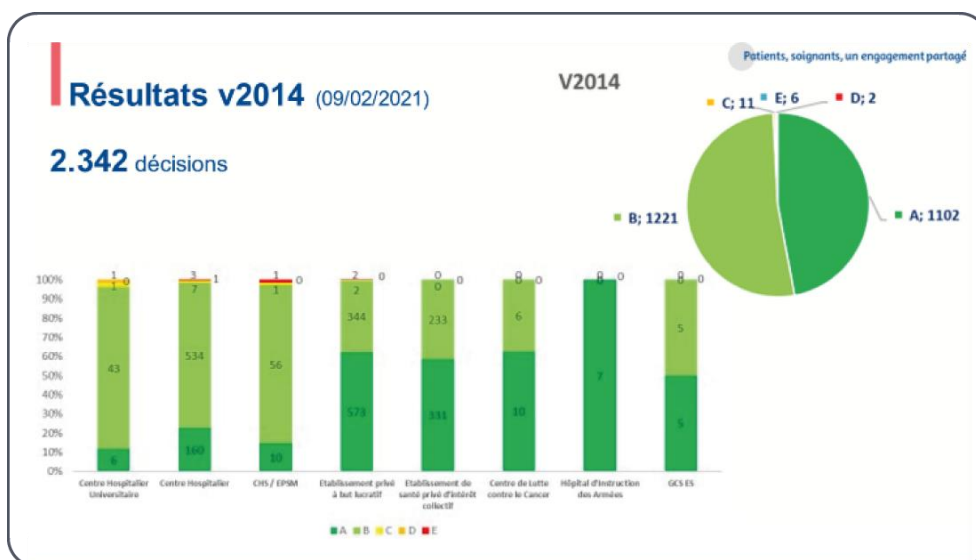
Dans le domaine hospitalier, la France a développé une gamme assez complète de points de repères qualitatifs concernant les points forts et les points faibles des établissements de santé.

Tout d'abord, la HAS publie les résultats sous la forme d'une appréciation littérale, synthétisée par une mention selon un classement en quatre niveaux depuis 2021 : certification avec mention, certification, certification sous condition, non certification. Auparavant, les résultats étaient présentés par une lettre, de A à D, la lettre A correspondant à l'appréciation la plus élevée et la lettre D, à la plus faible.

¹⁰⁹ L'analyse statistique de la *pertinence des actes facturés* consiste à identifier les éventuelles anomalies statistiques dans la répartition du type et du nombre de séjours par rapport à une moyenne rapportée à 10 000 habitants.

¹¹⁰ L'échelle départementale, bien que non exempte de limites pour les grandes métropoles, correspond au maillage des caisses primaires d'assurance maladie et à la territorialisation la plus commune pour la planification de l'offre par les ARS.

**Graphique n° 4 : niveaux de certification des établissements de santé
par statut juridique**



Source : HAS, février 2021

La HAS a réalisé une synthèse¹¹¹ des appréciations portées sur les établissements examinés, selon le classement antérieur en lettres. La lettre A a été attribuée 1 102 établissements de santé, pour leur haut niveau d'engagement et de maîtrise des processus. Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) se situent tous dans cette catégorie. Les établissements privés à but non lucratif, dont les centres de lutte contre le cancer, et les cliniques privées à but lucratif se situent quant à eux à un niveau nettement plus élevé que les établissements publics de santé, qu'il s'agisse des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers ou des établissements publics de santé mentale.

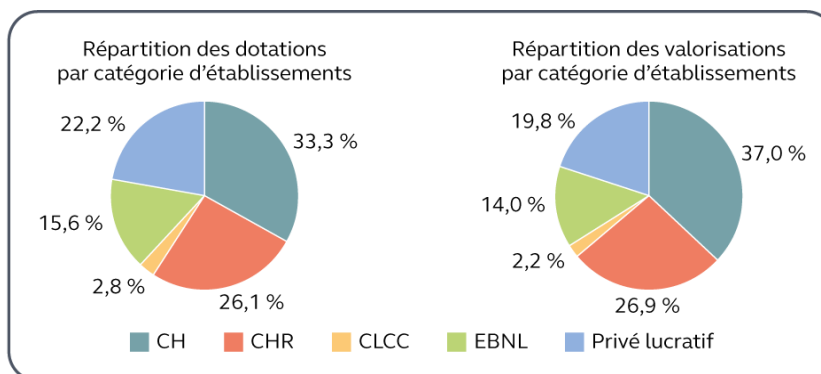
Ensuite, afin d'engager les équipes hospitalières, notamment médicales, dans une plus grande attention aux processus d'assurance de la qualité et de diminuer la part de la tarification à l'activité dans le financement des établissements de santé, le ministère de la santé et la HAS ont conçu un mécanisme d'incitation financière à la qualité (Ifaq) dont la dotation financière nationale est en forte progression. Ce mécanisme associe les résultats de la certification et les indicateurs *e-satis*, ainsi que

¹¹¹ Analyse de 2 342 décisions rendues sur la base de la même méthode, dite V 2014, présentée en février 2021.

d'autres, plus ciblés (par exemple la mesure des événements thromboemboliques ou des infections du site opératoire pour les prothèses totales de hanche ou de genou). En 2021, cette dotation, de 450 M€, a été répartie de la manière suivante : 200 M€ sur la base des indicateurs Ifaq de l'année 2019 ; 150 M€ sur la base des indicateurs Ifaq de l'année 2021 (l'année 2020 étant neutralisée au titre de la pandémie) ; 100 M€ en proportion des financements d'assurance maladie reçus par les établissements de santé en 2019.

Cette répartition, adaptée spécifiquement aux circonstances de la pandémie de covid 19, a récompensé davantage les établissements privés que les établissements publics, dont les indicateurs de qualité étaient moins favorables. C'est la raison pour laquelle le ministère a décidé, en 2022, de financer davantage les établissements de santé dont les indicateurs s'amélioreraient (50 % du mécanisme en 2022 contre 40 % auparavant) plutôt que les établissements de santé ayant déjà obtenu de bons résultats (50 % du mécanisme en 2022 contre 60 % auparavant). L'objectif de répartition d'une dotation complémentaire entre les hôpitaux publics a pris le pas sur celui, affiché initialement, de récompenser les établissements les plus performants dans les processus d'amélioration de la qualité.

Graphique n° 5 : répartition des crédits Ifaq entre les différents secteurs d'hospitalisation en 2021 (à gauche), comparée à la répartition des financements d'assurance-maladie (à droite)



Source : DGOS-ATIH – Séminaire IFAQ – 28 janvier 2021

Au regard d'une enveloppe qui ne représentait en 2021 que 0,28 %¹¹² des crédits alloués aux établissements de santé globalement, le processus de "*prise en compte des efforts*" estompe les effets incitatifs de l'Ifaq qui ne jouent plus qu'à hauteur de 0,03 % pour les centres hospitaliers, de 0,01 % pour les CHU, de 0,07 % pour les CLCC et de 0,03 % pour les établissements privés. Les paramètres techniques complexes apportés au dispositif le rendent illisible et en neutralisent l'effet incitatif pour les établissements : un établissement ayant précédemment des résultats mauvais qui obtient ensuite des résultats médiocres peut être davantage gratifié financièrement que celui qui présente de très bons résultats de manière continue.

La HAS a fondé sur le même constat l'avis défavorable qu'elle a émis le 13 octobre 2022¹¹³ sur le projet d'arrêté ministériel portant modification des modalités de calcul des dotations Ifaq. Elle a notamment estimé que la rémunération au titre de cette enveloppe devait être établie sur des résultats probants du processus d'amélioration de la qualité des établissements de santé, et non sur un mécanisme de péréquation financière.

L'examen du contenu des projets régionaux de santé ou des Cpom montre que les agences régionales de santé ne s'appuient pas sur les résultats de la certification ou sur les différents indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le pilotage des établissements de santé, alors que des leviers ont été mis à leur disposition pour que la délivrance des autorisations tienne compte des résultats de la certification. L'ordonnance du 17 janvier 2018 a renforcé les effets potentiels des résultats de la certification sur les demandes d'autorisation : « *L'autorisation est accordée, en tenant compte des éléments des rapports de certification émis par la Haute Autorité de santé qui concernent le projet pour lequel elle est sollicitée et qui sont pertinents à la date de la décision* ». Cette référence est appelée à jouer un rôle plus important dans les projets régionaux de santé 2023-2028, notamment dans le contexte concurrentiel d'attribution des autorisations. Par ailleurs, les autorisations peuvent aussi être suspendues, au terme d'une procédure de mise en conformité, lorsque les indicateurs de qualité ou de sécurité sont insuffisants.

En complément, des indicateurs de vigilance en matière de qualité et de sécurité des soins ont été intégrés dans le régime d'autorisation par l'ordonnance de 2021. Outre les extrêmes précautions rédactionnelles qui

¹¹² Chiffres issus du diaporama de la DGOS et de l'ATIH présenté au séminaire sur l'Ifaq, le 28 janvier 2021.

¹¹³ Avis n° 2022.0055 du collège de l'HAS.

en affaiblissent singulièrement la portée, les indicateurs prévus par l'ordonnance n'ont pas encore été créés.

Plus généralement, par rapport à d'autres secteurs d'activités de service, la *culture de l'offre* domine nettement dans le secteur de la santé. Les caractéristiques juridiques et quantitatives des établissements sont davantage prises en considération - par les professionnels de santé et par le ministère - que les besoins exprimés par les usagers et que la qualité de service qu'ils décrivent, qui seraient alors caractéristiques d'une *culture de la demande*. Vingt ans après la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade, l'information et la relation entre les usagers et les établissements, comme avec les professionnels de santé, demeurent très déséquilibrées.

Ainsi, en 2016, le jeu des indicateurs de qualité utilisés par la HAS restait très centré sur les structures (76) et les processus (145), par comparaison avec les résultats pour le patient (39)¹¹⁴, tandis qu'en Allemagne, 308 indicateurs intéressaient les résultats des prestations de soins, contre seulement 19 pour les processus et quatre pour les structures. Tel est le cas aussi de l'Angleterre : 153 indicateurs suivis pour les résultats, 61 pour les structures et 12 pour les processus.

La transparence publique sur les délais d'attente pour des soins hospitaliers en Suède

La Suède a réalisé des investissements dans la numérisation des données de santé qui lui permettent de mettre à disposition des informations sur les délais d'attente, en ville comme à l'hôpital. À titre d'exemple, le site internet "<https://www.svt.se>" permet de connaître et de comparer, dans chacune des régions, le temps d'attente entre le diagnostic du cancer de la prostate et le début du traitement primaire curatif. Le site donne également des repères sur les bonnes pratiques, en termes de délais pour un geste chirurgical de prostatectomie radicale ou pour une hormonothérapie ou une radiothérapie.

Pour sa part, France Assos Santé, organisme privé non lucratif qui fédère la majorité des associations agréées d'usagers du système de santé, estime que les usagers se réfèrent très peu aux informations publiées par la HAS ou par l'ATIH. Elle invoque un manque de notoriété de ces données qui pénalise leur influence, et un fort besoin de soutien et de formation des représentants des usagers qui siègent dans différentes instances des établissements de santé, notamment à la commission des droits des usagers.

¹¹⁴ Anne-Laure Beaussier, *Mesurer la qualité des soins, un état des lieux européen*, Cogito, magazine de la recherche de Sciences Po, 16 novembre 2021.

Pour améliorer cette situation, d'autres indicateurs ont récemment été développés par la HAS dans le double objectif de mobiliser les professionnels et d'informer le public. L'enquête « e-satis » fonctionne désormais en routine. À titre d'exemple, le score de satisfaction et d'expérience du patient a été mesuré sur un échantillon de 1 460 540 adresses électroniques de patients (de 1 140 établissements de santé) ayant accepté de répondre à 62 questions. Plus de 445 000 questionnaires ont été remplis complètement, du 1^{er} octobre 2020 au 30 septembre 2021.

L'exploitation des résultats conduit aux conclusions suivantes (cf. annexe n° 8) : la qualité perçue des relations avec les médecins et les chirurgiens est nettement meilleure dans les établissements de statut privé ; concernant la préparation des sorties, le niveau de satisfaction est globalement plus élevé dans le secteur privé ; sur la qualité des relations du personnel infirmier et des aides-soignants avec les patients, les niveaux de satisfaction s'équilibrent ; la satisfaction concernant la qualité des repas hospitaliers, moyenne sans être particulièrement critique, est tout aussi présente dans les établissements de santé public que dans les établissements de santé privés.

**Les travaux d'établissements de santé publics et privés
rassemblés par l'Institut français de l'expérience [du] patient (Ifep)**

Aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni ou encore en Suède, des professionnels, conscients des progrès nécessaires dans les relations établies entre les soignants et les usagers, ont engagé des démarches structurées d'amélioration de *l'expérience du patient* avec le soutien des pouvoirs publics. En France, l'Ifep fédère des établissements de tous statuts et réalise tous les ans une étude sur la perception des patients en contact dans l'année avec les établissements de santé, en recourant à la prestation d'un cabinet de sondages reconnu. La quatrième édition du sondage a été présentée en janvier 2022.

Les niveaux de satisfaction se distribuent indépendamment du volume des activités, ce qui ne permet pas de conclure à une corrélation entre la taille des établissements et la qualité perçue par les patients.

Pour répondre aux attentes de meilleures accessibilité et lisibilité, la HAS a développé, après enquête et échanges auprès d'usagers et de leurs associations représentatives, un nouveau service disponible directement

sur son site internet, Qualiscope¹¹⁵, qui comporte un comparateur entre établissements de santé associant les résultats de la certification et les principaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins, pour une discipline et pour un périmètre géographique donné.

Satisfaire les patients sur les prestations connexes comme sur le cœur de métier – les soins – lorsque ceux-ci ont le choix de l'établissement de santé auquel ils vont s'adresser, fait partie de l'émulation, bénéfique aux usagers, qu'il appartient auxdits établissements de relever.

Lorsque l'offre est restreinte sur le territoire et, donc, que la liberté de choix du patient est réduite, il est d'autant plus nécessaire que les pouvoirs publics compensent ce risque par une vigilance accrue sur la qualité du service rendu aux patients à l'occasion de la délivrance des autorisations, dans le cadre du Cpom.

À défaut, pourrait s'accroître un clivage géographique entre, d'une part, les situations où les patients sont libres de choisir l'établissement qui les prendra en charge, dans des métropoles régionales où la concurrence est très vive et, d'autre part, les situations où un seul établissement est présent sur un territoire pour répondre aux besoins de la population, l'absence de libre choix pouvant dégrader la perception par les usagers de la qualité des services médicaux rendus.

III - Soutenir les initiatives de coopération

La pandémie de covid-19 a permis d'observer une mobilisation conjointe des établissements de santé publics et privés dans de nombreux territoires, ainsi que des professionnels de santé œuvrant en leur sein. Il est indispensable de tirer pleinement les enseignements de cette période emblématique dans la promotion de la coopération entre établissements de tous statuts, ce qui suppose de mieux utiliser en ce sens les outils juridiques disponibles.

¹¹⁵https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/en/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques.

A - Conforter l'élan des coopérations public-privé observées lors de la pandémie de covid 19

La gestion de la pandémie a été à l'origine d'expériences positives de coopération, notamment dans les régions les plus atteintes.

Sur le territoire de santé de Mulhouse, dans la région Grand-Est, la complémentarité public-privé a joué un rôle positif. Durant la première vague épidémique (février à juin 2020), le centre hospitalier de Mulhouse a ouvert 500 lits affectés à la covid 19, dont 80 lits de réanimation, avec de nombreux transferts entre cet hôpital public et les établissements privés de la région. Sur le plan des ressources humaines, cet hôpital public a bénéficié de renforts en personnel de la part de l'ensemble des établissements de la Fondation du Diaconat, y compris des ressources médicales. Cette complémentarité a porté principalement sur des ressources spécialisées. En outre, la Fondation du Diaconat a fourni, en 2020, 38 % de l'ensemble du personnel mis à disposition tout en accueillant dans ses structures des patients transférés par les établissements publics du territoire de santé.

Dans le territoire du Cambrésis, l'ARS Hauts-de-France a fixé, à l'échelle du territoire de santé du Hainaut-Cambrésis, des objectifs de capacité en soins critiques pour répondre aux pointes de contamination. Le CH de Valenciennes, établissement public support du groupement hospitalier de territoire (GHT), a également assuré la régulation entre les établissements de santé en fonction des projections des taux de contamination. L'hôpital de Cambrai s'est doté de 24 lits supplémentaires en soins critiques, avec la transformation de l'unité de soins continus et de la salle de surveillance post-interventionnelle. Dans le même contexte de forte solidarité mobilisée par l'urgence pandémique, les Hospices civils de Lyon (HCL) ont signé plusieurs conventions de coopération pour la mise en œuvre d'activités chirurgicales délocalisées avec des établissements privés, à but lucratif ou non, afin de permettre aux patients dont l'intervention avait été déprogrammée, d'être accueillis rapidement.

Ces conventions sont exemplaires dans la mesure où les praticiens des HCL ont pu utiliser les plateaux techniques des cliniques Saint-Charles, et du Parc-Natécia et ceux d'établissements privés non lucratifs (CH des Massues, Centre Léon Bérard, CH Saint-Luc-Saint-Joseph), notamment dans la spécialité de chirurgie urologique. L'ARS a fortement soutenu ces initiatives de coopération. Depuis la crise sanitaire, les liens se sont encore resserrés entre les HCL et les autres établissements de santé pour éviter la saturation des capacités d'hospitalisation, par le biais d'échanges d'informations et d'une coopération accrue pour répartir les malades.

En Île-de-France, le groupe hospitalier du sud de l’Île-de-France (ci-après GHSIF) de Melun a organisé des complémentarités sur son territoire de santé avec le déploiement d’équipes mobiles d’infectiologie et d’hygiène pour soutenir d’autres établissements, y compris les Ehpad. Le service de chirurgie a été géographiquement transféré, au cours des différentes vagues, dans les locaux de la clinique Saint Jean-L’Ermitage à Melun et un service de médecine polyvalente y a été créé et installé lors de la première vague, le GHSIF ayant, pour ce faire, loué une partie des locaux rendus disponibles par les déprogrammations. Néanmoins, ces transferts ont par la suite alimenté les dissensions préexistantes entre les deux structures.

La réaction rapide et solidaire de l’ensemble des acteurs publics et privés du secteur hospitalier, durant la pandémie, constitue une expérience forte dont il serait judicieux de tirer parti pour les rassembler dans la dynamique commune du service public hospitalier, au-delà des situations sanitaires exceptionnelles.

B - Utiliser les dispositifs de coopération conformément à leur objet

Les dispositifs de coopération entre établissements de santé sont nombreux et ont été conçus dans divers objectifs. L’Agence nationale pour l’amélioration de la performance hospitalière (Anap) en identifie trois principaux qui peuvent déboucher, chacun, sur différents niveaux de coopération¹¹⁶.

Le premier est la mutualisation de ressources pour améliorer l’efficacité et réduire les coûts. Celle-ci porte en particulier sur les fonctions administratives (achats, systèmes d’information...), logistiques (blanchisserie, restauration...) et médicotecniques (biologie, imagerie médicale...). Il peut également s’agir d’exploiter en commun un équipement coûteux ou de partager un plateau technique. Ces coopérations d’efficacité peuvent être prescrites par les ARS dans le cadre des projets régionaux de santé et de la délivrance des autorisations.

¹¹⁶ Anap, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, 2011.

**Des coopérations à établir dans le respect des règles
de mise en concurrence**

Dans une décision du 13 octobre 1989, le Conseil d'État a considéré que l'accès à un équipement lourd conférait des avantages aux médecins radiologues qui en bénéficiaient et qu'à ce titre, pour respecter le principe d'égalité entre les médecins radiologues libéraux du territoire, un centre hospitalier devait procéder « *au recensement préalable des utilisateurs potentiels de l'appareil* » (Conseil d'État, 4/1 SSR, n° 74518). Depuis le 1^{er} juillet 2017, l'ordonnance du 19 avril 2017 impose à l'autorité compétente d'organiser « librement une procédure de sélection préalable présentant toutes les garanties d'impartialité et de transparence, et comportant des mesures de publicité permettant aux candidats potentiels de se manifester ». Entre 2010 et 2022, les HCL ont autorisé, par conventions successives, une société civile de moyens de médecins libéraux à utiliser des équipements d'ophtalmologie en dehors de tout recensement ou de sélection préalable d'autres opérateurs potentiels. Ils ont récemment mis fin à cette convention et ont lancé un appel à manifestations d'intérêt.

Pour autant, en l'absence de volonté sincère de coopération entre des équipes médicales qui ont pu se concurrencer de longue date, des coopérations conceptuellement cohérentes peuvent échouer et entraîner des dommages. Cela a été le cas pour les soins aux grands brûlés, sous la forme d'un regroupement de deux unités entre les HCL et le centre hospitalier Saint Luc-Saint Joseph, coopération qui s'est conclue par la perte de praticiens réputés du CHSLSJ¹¹⁷.

Sur un autre versant de la recherche d'efficience, la loi du 26 janvier 2016 a fait de « *la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activité entre établissements* »¹¹⁸ une compétence obligatoire des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Les hôpitaux publics qui en sont membres doivent notamment gérer en commun leurs systèmes d'information, leurs achats et leurs plans de formation du personnel¹¹⁹.

Le second stade de coopération possible concerne l'organisation de parcours de soins cohérents. Ce type de coopération est généralement suscité, parfois imposé, par les autorités sanitaires dans le cadre des PRS,

¹¹⁷ CRC Auvergne-Rhône-Alpes, rapport d'observations définitives *GCS Pierre Colson*, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/groupement-de-cooperation-sanitaire-pierre-colson-metropole-de-lyon>.

¹¹⁸ CSP, art. L. 6132-1.

¹¹⁹ CSP, art. L. 6132-3.

au regard de priorités de santé publique. La délivrance de certaines autorisations d'activités de soins peut ainsi être conditionnée par des conventions entre établissements de santé. C'est d'ailleurs l'autre mission principale confiée par la loi aux GHT qui doivent « *permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient* »¹²⁰.

Cette dynamique est présente, aussi, dans les stratégies de groupes mises en place par Elsan¹²¹ ou Ramsay Santé¹²². En effet, en relation avec le mouvement de concentration des établissements de santé (en GHT pour les établissements publics, par fusion et rapprochements pour les établissements privés), l'ordonnance du 18 novembre 2020 relative aux missions des ARS a prévu la possibilité d'un Cpom unique pour les établissements de santé d'un même GHT ou détenus par la même personne morale de droit privé.

L'ARS Île-de-France avait déjà anticipé cette évolution en expérimentant, dans les départements des Yvelines et de Seine-Saint Denis, une contractualisation commune à plusieurs établissements d'un même groupe dans une logique de découplage et de lisibilité des parcours de soins. L'ARS a ainsi signé, le 19 décembre 2019, une *feuille de route régionale* commune aux trois établissements du pôle Île de France-Ouest de Ramsay Santé, ensuite précisée par des Cpom avec chaque établissement¹²³. Celle-ci reprend les orientations de la stratégie nationale *Ma Santé 2022* (qualité et pertinence des soins, renforcement des coopérations avec la médecine de ville et les autres établissements, anticipation des crises, formation du personnel) présentées en sept objectifs accompagnés d'indicateurs. Cette feuille de route régionale identifie quelques projets prioritaires, notamment le développement de l'activité en cancérologie, le développement de l'ambulatoire et le renforcement du lien avec la médecine de ville.

Le troisième registre de coopération, encore plus opérationnelle et structurante, porte sur le maintien d'une offre de soins par la réunion des forces publiques et privées du territoire. L'enjeu est alors d'atteindre une masse critique suffisante pour construire un projet médical cohérent ou, même, une construction commune soutenue financièrement par les pouvoirs

¹²⁰ CSP, art. L. 6132-1.

¹²¹ Voir, par exemple : CRC Nouvelle-Aquitaine, *Clinique Esquirol-Saint Hilaire-Agen (Lot-et-Garonne)*, février 2021, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/clinique-esquirol-saint-hilaire-agen-lot-et-garonne>.

¹²² Voir, par exemple : CRC Hauts-de-France, *SA Clinique Saint-Amé (Nord)*, novembre 2020, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/sa-clinique-saint-ame-nord>.

¹²³ CRC Île-de-France, *SAS Hôpital Ouest parisien, Trappes (Yvelines)*

publics, dans un partage d'activités de soins au sein du pôle public-privé constitué, dans le but d'attirer et de stabiliser des professionnels de santé.

La résolution des difficultés politiques et sociales dans la constitution de ces pôles public-privé peut conduire à sous-estimer l'importance d'établir des schémas juridiques et économiques solides.

Ainsi, à titre d'illustration, l'ensemble des conventions de coopération, sans intégration dans un GCS, du centre hospitalier de Châteaubriant et de la clinique Sainte-Marie (groupe Vivalto)¹²⁴ a constitué une base fragile qui, en outre, n'a pas été tenue à jour. La multiplication des échanges économiques entre ces partenaires, hors du cadre d'un GCS, soulève aussi des questions fiscales mais c'est la faiblesse économique de la composante privée qui compromet aujourd'hui la pérennité de ce pôle. Deux hypothèses ont été envisagées : soit, la reprise de l'activité privée par le centre hospitalier qui bute cependant sur le statut libéral des praticiens dont le maintien sur le site est souhaité - ou sur le coût élevé de leur départ négocié - soit, la constitution d'un groupement de coopération sanitaire *établissement de santé* afin d'espérer de l'ARS le bénéfice de l'échelle publique des tarifs, plus favorable pour les activités de la clinique.

Le groupement de coopération sanitaire – établissement de santé

Les GCS érigés en établissement de santé unique constituent le niveau le plus élevé de coopération entre des structures sanitaires avec la fusion de tout ou partie des établissements de santé et des personnes morales, parties prenantes. La convention constitutive précise la nature juridique, publique ou privée, du groupement ainsi que l'échelle tarifaire applicable au nouvel établissement de santé ainsi engendré.

Des difficultés similaires à celles rencontrées à Châteaubriant se sont déclarées à Melun pour le Santé Pôle associant le groupe hospitalier Sud-Ile de France (GHSIF)¹²⁵ et la clinique Saint Jean-L'Ermitage (CSJE) : établie sur des partages d'activités similaires à celles habituellement réalisés dans d'autres pôles public-privé (la chirurgie

¹²⁴ CRC Pays-de-la-Loire, rapport d'observations définitives *Centre hospitalier de Châteaubriant* <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/centre-hospitalier-de-chateaubriant-nozay-pouance-loire-atlantique> ;

rapport d'observations définitives *Clinique Sainte-Marie de Châteaubriant*, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/clinique-sainte-marie-de-chateaubriant-csm-loire-atlantique>

¹²⁵ CRC Île-de-France, *groupe hospitalier Sud-Ile de France* ; CRC Île-de-France, *clinique Saint Jean-L'Ermitage*.

affectée à la partie privée), cette coopération a été pénalisée par un changement de la personne morale gestionnaire de la clinique et par l'absence d'intégration des mutualisations au sein du GCS constitué. Celles-ci ont été organisées en parallèle, dans le cadre d'une convention, non encore signée, lors de la reprise de la clinique par un groupe privé.

En Savoie, l'échec d'une partie du projet de pôle public-privé de cancérologie du centre hospitalier Annecy-Genevois (CHANGE)¹²⁶ a eu de lourdes conséquences. L'hôpital a construit un bâtiment dans le cadre de son schéma directeur immobilier, une partie de celui-ci devant être loué à une clinique (groupe *Vivalto*). La convention d'occupation des locaux a été signée en mars 2018 mais la clinique s'est désengagée de la partie "hospitalisation" du projet, quelques mois seulement avant la livraison du bâtiment, en raison des contraintes imposées par le plan local d'urbanisme qui ne l'autorisaient pas et que les deux parties avaient espéré voir évoluer. L'abandon de cette coopération sur la partie hospitalisation n'a cependant pas remis en cause le partenariat public-privé relatif à l'activité de radiothérapie. Compensée financièrement par *Vivalto*, elle a nécessité de la part du CHANGE de s'adapter rapidement afin de réattribuer les espaces libérés par le partenaire privé. Une activité de soins palliatifs qui ne pouvaient pas être accueillie au sein des locaux historiques du CHANGE, y a ainsi été implantée et une autre partie des locaux servira au développement de l'activité ambulatoire et à la mise en place d'une équipe mobile de soins palliatifs.

Le risque de désengagement soudain d'un établissement privé à but lucratif, d'une coopération comme de l'offre de soins, est un risque important qui appelle des mesures préventives adaptées de la part des pouvoirs publics dans le cadre de la délivrance des autorisations.

Ce panorama contrasté pourrait dissuader les candidatures aux coopérations public-privé. Pourtant, dans certains territoires, une synthèse public-privé est indispensable au maintien d'une offre comportant de la chirurgie et de l'anesthésie, et donc au maintien de l'obstétrique. Les outils de coopération élaborés progressivement depuis trois décennies sont nombreux et adaptés dans leurs spécificités à la diversité des situations rencontrées mais ils peuvent être mal maîtrisés avec, parfois, une méconnaissance des réalités et contraintes de l'exercice libéral par les hospitaliers publics ou, encore, des risques fiscaux non anticipés, liés aux échanges de biens et services en dehors du cadre d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un groupement d'intérêt économique.

¹²⁶ CRC Auvergne-Rhône-Alpes, *centre hospitalier Annecy-Genevois*, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/centre-hospitalier-annecy-genevois-haute-savoie>.

La difficulté que constituerait la tarification à l'activité, souvent évoquée comme obstacle à des coopérations hospitalières, n'a jamais été démontrée. La T2A n'a pas empêché la coopération parfaitement fonctionnelle établie entre la clinique Rhéna et le Gerc à Strasbourg.

Ces enjeux mériteraient l'organisation, par le ministère ou l'Anap, d'un retour d'expérience des coopérations et des pôles public-privé avec les parties prenantes, les ARS, les fédérations hospitalières, en associant les représentants des unions régionales de médecins libéraux et les représentants des usagers. Les cas relatés *supra* incitent à associer un avocat spécialisé dans les relations avec les médecins libéraux, d'une part, et un conseil en fiscalité, d'autre part. Ce retour d'expérience pourra s'élargir au thème des coopérations concernant le personnel non médical.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La mise en œuvre du service public hospitalier par les établissements de santé publics ou privés, et la coopération avec les professionnels de santé libéraux, appellent une approche plus concrète de l'accessibilité géographique, temporelle et financière des soins, en faveur des patients. La diversité des situations ne peut pas être traitée seulement et directement par les outils nationaux, les tarifs, les règles d'emploi du fonds d'intervention régional et les autres mesures prises par décret, qui doivent plutôt conforter les ARS dans leur rôle de régulateur, dans une mobilisation adaptée à chaque territoire. Telle devrait être la vocation des prochains projets régionaux de santé (2023-2028) et de leurs avenants successifs, ainsi que celle des autorisations qui en découlent, comme des Cpom conclus avec les établissements publics de santé, les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif.

Les résultats en termes de qualité et de sécurité des soins, comme le point de vue des usagers, doivent désormais être pleinement pris en compte par les ARS dans la régulation de l'offre pour définir un juste équilibre territorial entre les opérateurs publics et privés, condition d'une contribution équitable des praticiens salariés et libéraux au service public hospitalier. En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 3. établir une grille d'indicateurs de mise en œuvre du service public hospitalier (accessibilité financière, géographique, temporelle) dont les valeurs cibles seront précisées par l'ARS au regard des besoins de chaque territoire (ministère chargé de la santé – SGMAS, DGOS, ARS – et Cnam) ;*
- 4. dans le cadre des projets régionaux de santé 2023-2028 et de la réforme des autorisations en cours, soumettre au respect de ces indicateurs la délivrance et le renouvellement des autorisations relevant du service public hospitalier (ministère chargé de la santé – SGMAS, DGOS, ARS – et Cnam) ;*
- 5. rendre obligatoire la participation à la permanence des soins (PDS-ES) des praticiens exerçant en établissement de santé privés, comme c'est déjà le cas dans les établissements publics de santé, et organiser la mutualisation territoriale des ressources en personnel soignant pour la nuit, la fin de semaine, le mois d'août, les jours fériés et les fêtes de fin d'année (ministère chargé de la santé – DGOS et ARS) ;*

6. *dans les territoires où la situation hospitalière est caractérisée par l'ARS comme particulièrement tendue, élargir les possibilités de coopération des établissements publics de santé et des établissements de santé privés sans but lucratif habilités au service public aux praticiens libéraux de secteur 2, en contrepartie d'un encadrement des honoraires versés par l'établissement et d'une participation de ces praticiens à la permanence des soins (ministère chargé de la santé – DGOS, DSS, ARS – et Cnam) ;*
 7. *recentrer les financements attribués au titre de l'incitation financière à la qualité (Ifaq), conformément à son objet initial, sur les établissements de santé ayant mis en place un processus d'amélioration de la qualité présentant des résultats probants (ministère chargé de la santé - ARS).*
-

Conclusion générale

La diversité des statuts et des modalités de fonctionnement des établissements publics de santé, des établissements privés à but non lucratif et des établissements privés à but lucratif peut être considérée, tantôt comme une faiblesse du système hospitalier, tantôt comme un avantage. Comme dans tout système vivant, la diversité d'intervenants et d'organisations est un facteur de résilience et d'adaptation.

La stimulation concurrentielle est un facteur nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction du patient. Tout en sachant tirer parti de celle-ci pour limiter les effets négatifs potentiels des monopoles d'activité, pour les patients comme pour le régulateur, l'administration de la santé doit mieux utiliser, ou renforcer, ses moyens d'intervention pour susciter, voire contraindre, les opérateurs et les praticiens à coopérer davantage face aux difficultés rencontrées en matière d'offre hospitalière dans une grande partie du territoire. Une nouvelle dynamique équilibrant mieux la concurrence et la complémentarité doit ainsi s'engager à partir d'un contenu revitalisé du service public hospitalier, aujourd'hui insuffisamment articulé avec les autorisations délivrées.

Un principe simple pourrait prévaloir : tout établissement de santé autorisé et financé par la solidarité nationale doit participer à la mise en place effective d'un service public hospitalier performant à l'échelle du territoire considéré, en fonction de sa capacité d'accueil, des spécialités qu'il exerce et en réponse aux besoins concrets des patients.

Liste des abréviations

Anap	Agence nationale pour l'amélioration de la performance hospitalière
AP-HM.....	Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
Aural	Association de dialyse et d'hospitalisation à domicile
BIC.....	Bénéfices industriels et commerciaux
BNC	Bénéfices non commerciaux
CA	Chiffre d'affaires
Cades.....	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CCAM.....	Classification commune des actes médicaux
CH.....	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHT.....	Communautés hospitalières de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CITS	Crédit d'impôt de taxe sur les salaires
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CME.....	Commission médicale d'établissement
Cnam.....	Caisse nationale d'assurance maladie
CNG	Centre national de gestion
CPom.....	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC.....	Chambre régionale des comptes
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSOS.....	Commission spécialisée de l'offre de soins
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
CSS (ex CMU)	Assurance complémentaire de santé solidaire
DGF.....	Dotations globales de fonctionnement
DGFîP	Direction générale des finances publiques
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EBNL	Établissement privé de santé à but non lucratif
EBL	Établissement privé de santé à but lucratif
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public de santé
ETP	Équivalent temps plein
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
Fir	Fonds d'intervention régional
FMIH	Fédération médicale inter-hospitalière
FMSPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FPH	Fonction publique hospitalière
GCS	Groupements de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT	Groupements hospitaliers de territoire
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupements d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCL	Hospices civils de Lyon
HIA	Hôpital d'instruction des armées
Igas	Inspection générale des affaires sociales
Ifep	Institut français de l'expérience [du] patient
IR	Impôt sur le revenu
Irap	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
IS	Impôt sur les sociétés
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
Merri	Missions recherche et investissements
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
Migac	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
Ondam	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantitatif national
OQOS	Objectifs quantifiés de l'offre de soins
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDES	Permanence des soins
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
Samu	Service d'aide médicale urgente
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
Sieg	Services d'intérêt économique général
SMR	Soins médicaux de réadaptation
Smur	Structures mobiles d'urgence et de réanimation
Satu	Service d'accueil et de traitement des urgences
SPH	Service public hospitalier
Srom	Schéma régional d'organisation médico-sociale
Sros	Schéma régional d'organisation des soins
T2A	Tarification à l'activité
TTA	Temps de travail additionnel
UE	Union européenne

Annexes

Annexe n° 1 : activité d'accueil et d'orientation des patients en urgence.....	110
Annexe n° 2 : méthode retenue pour mesurer l'intensité de la concurrence par type de séjours en établissements de santé publics ou privés.....	111
Annexe n° 3 : répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique entre les catégories d'établissements de santé, de 2017 à 2022.....	117
Annexe n° 4 : répartition de l'activité entre catégories d'établissement de santé au regard de la complexité de la prise en charge de patients	118
Annexe n° 5 : proportion de patients bénéficiaires de la CSS selon la catégorie d'établissements de santé	119
Annexe n° 6 : distorsions tarifaires dans le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO).....	123
Annexe n° 7 : secteur 1, secteur 2, secteur Optam, « reste à charge nul après intervention des assurances complémentaires de santé »	126
Annexe n° 8 : résultat de la certification par la HAS et de satisfaction e-satis des établissements de santé rapporté à leur volume d'activité	128

Annexe n° 1 : activité d'accueil et d'orientation des patients en urgence

**Tableau n° 16 : activité d'accueil et d'orientation
des patients en urgence (nombre de services)**

<i>Accueil et orientation</i>	Public	Privé sans but lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble
<i>Service d'accueil et de traitement des urgences (Satu)</i>	470	36	123	629
<i>Service d'aide médicale urgente (Samu)</i>	100	0	0	100
<i>Service mobile d'urgence et de réanimation (Smur)</i>	381	5	1	387

Source : Drees, données 2019, *Les établissements de santé*, édition 2021, page 140

On observe que les établissements privés à but non lucratif disposent de cinq autorisations de Smur pour 36 autorisations de Satu tandis que les établissements privés à but lucratif disposent d'une seule autorisation de Smur pour 123 autorisations de Satu.

Annexe n° 2 : méthode retenue pour mesurer l'intensité de la concurrence par type de séjours en établissements de santé publics ou privés

Les données ont été extraites du système national des données de santé (SNDS). Le contrôle a pris principalement en compte les données au titre des exercices 2014, 2016 et 2019.

Le SNDS constitue la principale source d'information pour les données de santé puisqu'il contient, avec le niveau de détail le plus fin :

- le SNIIRAM : l'ensemble des informations sur les remboursements des soins en ville (et les cliniques privées) pour l'ensemble des assurés sociaux ;
- le PMSI : l'ensemble des données présentées à l'assurance maladie pour la facturation des séjours hospitaliers (publics et privés) ainsi que des informations médicales¹²⁷ ;
- le CépiDC: les causes des décès ;
- à terme, il est prévu d'y intégrer les données sur les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et un échantillon de remboursements des organisme complémentaires (mutuelles, assureurs et instituts de prévoyance).

Liste des 20 GHM étudiés et description de leur contenu

Pour les besoins de la présente enquête, l'analyse devait porter plutôt sur les GHM que sur les racines pour ne pas mélanger les hôpitaux de jour, les séjours courts (moins de deux jours) et l'hospitalisation complète.

Vingt GHM ont été retenus dans les secteurs de médecine, chirurgie et obstétrique :

- 05C151 « Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc, niveau 1 » ; l'acte principal retenu dans ce GHM est « l'implantation sous-cutanée d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intra-atriale et d'une sonde intraventriculaire droites par voie veineuse transcutanée » ; les codes de pathologies associés principaux sont « Bloc auriculoventriculaire complet »,

¹²⁷ Le SNIIRAM n'identifie que les diagnostics ayant ouvert le droit au dispositif ALD et leur codage est imparfait.

- « Syndrome de dysfonctionnement sinusal » et « Bloc auriculoventriculaire du second degré » ;
- 23K02Z « Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de deux jours » ; cette racine a été créée dans la version 11 de la classification ; elle n'est pas éligible aux niveaux de sévérité ; elle contient les séjours auparavant classés dans le GHM 24K05Z ; pour que le GHM relève de cette catégorie, les règles imposent de coder en diagnostic principal, soit « Z04.800 Examen et mise en observation pour enregistrement électroencéphalographique de longue durée », soit « Z04.801 Examen et mise en observation pour polysomnographie » ;
 - 20Z051 « Éthylisme aigu, niveau 1 » ;
 - 05M13T « Douleurs thoraciques, très courte durée » ;
 - 23M20T « Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée » ; ce GHM appartient au groupe d'activité « Cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens » ;
 - 06K04J « Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire » ; l'acte principal retenu dans ce GHM est « Endoscopie œso-gastro-duodénale » avec « Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1 » ; les codes de pathologies associés principaux sont : « Diverticulose du côlon (sans perforation ni abcès) » et « Antécédents familiaux de tumeur maligne du tube digestif » ;
 - 06K02Z « Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours » ;
 - 05K101 « Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1 » ;
 - 08C471 « Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1 » ; l'acte principal retenu dans ce GHM est « Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile » ; les codes de pathologies associés principaux sont : « Fracture fermée du col du fémur », « Fracture du col du fémur » ou « Fracture fermée du trochanter » ;
 - 02C05J « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire » ;
 - 01C15J « Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire » ;
 - 08C44J « Autres interventions sur la main, en ambulatoire » ;
 - 03K02J : « Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire ».

Une analyse spécifique a été réalisée sur les principaux séjours (en volume) en cancérologie :

- 12C111 « Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes, niveau 1 » ;
- 09C05J « Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne ».

Enfin, les principaux séjours (en volume) dans le domaine de la gynécologie-obstétrique ont fait l'objet d'une analyse détaillée :

- 15M05A « Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif » ;
- 14Z14A « Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative » ;
- 14Z13A « Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative » ;
- 14Z08Z « Interruptions volontaires de grossesse : séjour de moins de trois jours » ;
- 15M05B « Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif ».

Ces GHM ont représenté 26,4 % du total des séjours en France en 2019.

Une méthode qui mesure l'intensité de la concurrence entre les établissements publics de santé, les cliniques privées à but non lucratif et les cliniques privées à but lucratif

La méthode retenue par l'enquête est une mesure de l'intensité de la concurrence entre les établissements à partir de la part des séjours des établissements publics de santé dans le total des séjours du département en 2014, 2016 et 2019.

Pour ce faire, 95 départements métropolitains ont été examinés sous cet angle et classés selon cinq degrés de concurrence :

- une concurrence faible, dominée par les établissements privés, c'est-à-dire lorsque la part des séjours du GHM étudié en 2019 des établissements publics de santé est inférieure à 20 % du total du nombre de séjours par département ;
- une concurrence moyenne, dominée par les établissements privés, c'est-à-dire lorsque la part des séjours du GHM étudié en 2019 des établissements publics de santé est comprise entre 20 % et 40 % du total du nombre de séjours par département ;

- une présomption de concurrence forte, c'est-à-dire lorsque la part des séjours du GHM étudié en 2019 des établissements publics de santé est comprise entre 40 % et 60 % du total du nombre de séjours par département ;
- une concurrence moyenne, dominée par les EPS, c'est-à-dire lorsque la part des séjours du GHM étudié en 2019 des établissements publics de santé est supérieure à 60 % du total du nombre de séjours par département ;
- une concurrence faible, dominée par les EPS, c'est-à-dire lorsque la part des séjours du GHM étudié en 2019 des établissements publics de santé est supérieure à 80 % du total du nombre de séjours par département.

La Cour a plus particulièrement analysé le critère dit de *présomption de concurrence forte* pour mesurer des taux d'évolution, sur les exercices 2014, 2016, et 2019.

Tableau n° 17 : mesure de l'intensité de la concurrence

- Mastectomies subtotales pour tumeur maligne, en ambulatoire

	2014	2016	2019
Concurrence faible au bénéfice du privé : Part séjours EPS <20% total nbr séjour département	35,8 %	37,9 %	28,4 %
Nbre départements dont part séjour EPS <20% total séjour département	34	36	27
Nbre de départements traités (France métropolitaine)	95	95	95
Concurrence moyenne au bénéfice du privé : Part séjours EPS >20% et <40% sur total nbr séjour dépt	13,7 %	11,6 %	17,9 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 20 et 40% du total séjour département	13	11	17
Concurrence forte : Part séjours EPS >40% et <60% sur total nbr séjour département	10,5 %	11,6 %	15,8 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 40 et 60% du total séjour département	10	11	15
Concurrence moyenne au bénéfice du public : Part séjours EPS >60% et < 80% du total nbr séjour département	13,7 %	10,5 %	12,6 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 60 et 80% du total séjour département	13	10	12
Concurrence faible au bénéfice du public : Part séjours EPS > 80% total nbr séjour département	20,0 %	25,3 %	21,1 %
Nbre départements dont part séjour EPS >80% total séjour du département	19	24	20
Nombre de départements sans activité	6	3	4
Nombre de départements dont établissements prenant en charge le GHM provient d'un seul statut juridique	19	17	17

- Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

	2014	2016	2019
Concurrence faible au bénéfice du privé : Part séjours EPS <20% total nbr séjour département	47,4 %	43,2 %	38,9 %
Nbre départements dont part séjour EPS <20% total séjour département	45	41	37
Nbre de départements traités (France métropolitaine)	95	95	95
Concurrence moyenne au bénéfice du privé : Part séjours EPS >20% et <40% sur total nbr séjour dépt	29,5 %	29,5 %	29,5 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 20 et 40% du total séjour département	28	28	28
Concurrence forte : Part séjours EPS >40% et <60% sur total nbr séjour département	11,6 %	15,8 %	13,7 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 40 et 60% du total séjour département	11	15	13
Concurrence moyenne au bénéfice du public : Part séjours EPS >60% et < 80% total nbr séjour dépt	2,1 %	3,2 %	4,2 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 60 et 80% du total séjour département	2	3	4
Concurrence faible au bénéfice du public : Part séjours EPS > 80% total nbr séjour département	7,4 %	5,3 %	10,5 %
Nbre départements dont part séjour EPS >80% total séjour du département	7	5	10
Nombre de départements sans activité	2	3	3
Nombre de départements dont établissements prenant en charge le GHM provient d'un seul statut juridique	17	17	20

- Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1

	2014	2016	2019
Concurrence faible au bénéfice du privé : Part séjours EPS < 20% total nbr séjour département	0,0 %	1,1 %	5,3 %
Nbre départements dont part séjour EPS <20% total séjour département	0	1	5
Nbre de départements traités (France métropolitaine)	95	95	95
Concurrence moyenne au bénéfice du privé : Part séjours EPS >20% et <40% sur total nbr séjour dépt	5,3 %	9,5 %	5,3 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 20 et 40% du total séjour département	5	9	5
Concurrence forte : Part séjours EPS >40% et <60% sur total nbr séjour département	18,9 %	17,9 %	23,2 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 40 et 60% du total séjour département	18	17	22
Concurrence moyenne au bénéfice du public : Part séjours EPS >60% et < 80% total nbr séjour dépt	30,5 %	35,8 %	30,5 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 60 et 80% du total séjour département	29	34	29
Concurrence faible au bénéfice du public : Part séjours EPS > 80% total nbr séjour département	45,3 %	35,8 %	35,8 %
Nbre départements dont part séjour EPS >80% total séjour du département	43	34	34
Nombre de départements sans activité	0	0	0
Nombre de départements dont établissements prenant en charge le GHM provient d'un seul statut juridique	5	4	7

- Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire

	2014	2016	2019
Concurrence faible au bénéfice du privé : Part séjours EPS < 20% total nbr séjour département	46,3 %	42,1 %	47,4 %
Nbre départements dont part séjour EPS <20% total séjour département	44	40	45
Nbre de départements traités (France métropolitaine)	95	95	95
Concurrence moyenne au bénéfice du privé : Part séjours EPS >20% et <40% sur total nbr séjour dépt	34,7 %	40,0 %	35,8 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 20 et 40% du total séjour département	33	38	34
Concurrence forte : Part séjours EPS >40% et <60% sur total nbr séjour département	13,7 %	5,3 %	8,4 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 40 et 60% du total séjour département	13	5	8
Concurrence moyenne au bénéfice du public : Part séjours EPS >60% et < 80% total nbr séjour dépt	2,1 %	8,4 %	4,2 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 60 et 80% du total séjour département	2	8	4
Concurrence faible au bénéfice du public : Part séjours EPS > 80% total nbr séjour département	3,2 %	4,2 %	4,2 %
Nbre départements dont part séjour EPS >80% total	3	4	4
Nombre de départements sans activité	0	0	0
Nombre de départements dont établissements prenant en charge le GHM provient d'un seul statut juridique	6	8	6

- Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire

	2014	2016	2019
Concurrence faible au bénéfice du privé : Part séjours EPS < 20% total nbr séjour département	29,5 %	30,5 %	33,7 %
Nbre départements dont part séjour EPS <20% total séjour département	28	29	32
Nbre de départements traités (France métropolitaine)	95	95	95
Concurrence moyenne au bénéfice du privé : Part séjours EPS >20% et <40% sur total nbr séjour dépt	44,2 %	44,2 %	40,0 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 20 et 40% du total séjour département	42	42	38
Concurrence forte : Part séjours EPS >40% et <60% sur total nbr séjour département	14,7 %	14,7 %	15,8 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 40 et 60% du total séjour département	14	14	15
Concurrence moyenne au bénéfice du public : Part séjours EPS >60% et < 80% total nbr séjour dépt	8,4 %	4,2 %	5,3 %
Nbre départements dont la part séjour des EPS est comprise entre 60 et 80% du total séjour département	8	4	5
Concurrence faible au bénéfice du public : Part séjours EPS > 80% total nbr séjour département	3,2 %	6,3 %	5,3 %
Nbre départements dont part séjour EPS >80% total séjour du département	3	6	5
Nombre de départements sans activité	0	0	0
Nombre de départements dont établissements prenant en charge le GHM provient d'un seul statut juridique	3	4	4

Source : Cour des comptes à partir des données issues du SNDS

Annexe n° 3 : prises en charge des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) par catégorie d'établissements de santé

**Tableau n° 18 : répartition des séjours en MCO,
par catégorie juridique d'établissements de santé
(exercices 2017-2022)**

Nombre de séjours	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Établissements publics	10 588 035	10 625 402	10 989 991	9 510 940	10 400 826	10 557 413
Établissements privés à but non lucratif	1 529 698	1 591 787	1 354 957	1 509 547	1 697 103	1 720 467
Établissements privés à but lucratif	6 355 198	6 412 779	6 464 618	5 646 398	6 415 989	6 527 037
Total	18 472 931	18 629 968	18 809 566	16 666 885	18 513 918	18 824 917

Parts de marché	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Établissements publics	57,3 %	57,0 %	56,8 %	57,1 %	56,2 %	56,1 %
Établissements privés à but non lucratif	8,3 %	8,6 %	8,8 %	9,0 %	9,2 %	9,2 %
Établissements privés à but lucratif	34,4 %	34,4 %	34,4 %	33,9 %	34,7 %	34,7 %

Source : Cour des comptes à partir des données Scan Santé de l'ATIH

Annexe n° 4 : complexité de la prise en charge des patients selon la catégorie d'établissements de santé

**Tableau n° 19 : nombre moyen de diagnostics (de pathologies)
par séjour (un séjour = un patient),
selon la catégorie d'établissements**

Catégorie d'établissements	2014	2016	2019	Évolution 2019/2014
Établissements publics de santé	5,2	5,6	5,9	13 %
Établissements de santé privés à but lucratif	2,8	2,8	2,7	- 2 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	4,0	4,0	3,7	- 7 %
Nombre de diagnostics par séjour (tous établissements)	4,0	4,2	4,1	-

Source : Cour des comptes, à partir du système national des données de santé (SNDS)

**Tableau n° 20 : niveau moyen de sévérité des séjours
par catégorie d'établissements**

2014					
Niveau de sévérité du séjour	1	2	3	4	Total
Établissements publics de santé	34,3 %	14,9 %	11,3 %	3,7 %	64,2 %
Établissements de santé privés à but lucratif	19,7 %	4,9 %	2,1 %	0,7 %	27,4 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	4,2 %	1,8 %	1,2 %	0,4 %	7,6 %
Total	58,7 %	21,7 %	14,8 %	4,8 %	100,0 %
2016					
Niveau de sévérité du séjour	1	2	3	4	Total
Établissements publics de santé	33,2 %	15,4 %	12,4 %	4,4 %	65,4 %
Établissements de santé privés à but lucratif	18,4 %	4,7 %	2,2 %	0,8 %	26,1 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	4,2 %	1,8 %	1,3 %	0,5 %	7,8 %
Total	56,2 %	22,1 %	16,1 %	5,7 %	100,0 %
2019					
Niveau de sévérité du séjour	1	2	3	4	Total
Établissements publics de santé	31,4 %	16,2 %	13,9 %	5,1 %	66,6 %
Établissements de santé privés à but lucratif	16,7 %	4,6 %	2,4 %	0,9 %	24,6 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	4,2 %	1,9 %	1,5 %	0,6 %	8,3 %
Total	52,6 %	22,9 %	17,9 %	6,6 %	100,0 %

Source : Cour des comptes, à partir du système national des données de santé (SNDS)

Annexe n° 5 : proportion de patients bénéficiaires de la CSS selon la catégorie d'établissements de santé

**Tableau n° 21 : taux national de prise en charge de patients
avec CSS (la CSS a remplacé la CMU en novembre 2019)**

Catégorie juridique d'établissement	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	6,7 %	6,2 %	8,7 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	6,5 %	3,2 %	3,1 %
Établissements de santé privés à but lucratif	4,8 %	4,8 %	5,7 %
Taux moyen national de prise en charge de patients avec CSS	6,4 %	4,8 %	6,2 %

Source : Cour des comptes, à partir du système national des données de santé (SNDS)

**Tableau n° 22 : taux national de prise en charge de patients
avec CSS, par pathologie et par catégorie d'établissements
(la CSS a remplacé la CMU en novembre 2019)**

- Mastectomies subtotales pour tumeur maligne

Part des séjours CSS / total des séjours	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	6,9 %	6,2 %	19,8 %
Établissements de santé privés à but lucratif	3,7 %	1,6 %	6,8 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	3,0 %	3,4 %	3,4 %
Moyenne (tous séjours)	4,8 %	3,7 %	11,8 %

- Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Part des séjours CSS / total des séjours	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	6,2 %	11,6 %	20,8 %
Établissements de santé privés à but lucratif	1,0 %	1,5 %	4,4 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	6,2 %	3,0 %	6,2 %
Moyenne (tous séjours)	3,7 %	5,4 %	10,8 %

- Poses d'un stimulateur cardiaque

Part des séjours CSS / total des séjours	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	9,6 %	8,6 %	19,5 %
Établissements de santé privés à but lucratif	1,4 %	1,9 %	8,6 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	3,7 %	0,5 %	2,1 %
Moyenne (tous séjours)	5,8 %	5,3 %	14,1 %

- Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1

Part des séjours CSS / total des séjours	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	5,8 %	6,4 %	19,7 %
Établissements de santé privés à but lucratif	1,8 %	2,2 %	1,5 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	0,2 %	1,2 %	0,7 %
Moyenne (tous séjours)	3,4 %	4,0 %	9,7 %

- Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire

Part des séjours CSS / total des séjours	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	23,3 %	21,6 %	38,8 %
Établissements de santé privés à but lucratif	2,6 %	2,9 %	11,0 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	9,0 %	6,6 %	15,4 %
Moyenne (tous séjours)	12,4 %	11,6 %	24,1 %

- Affections de la bouche, des dents, prothèses dentaires, en ambulatoire

Part des séjours CSS / total des séjours	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	30,7 %	32,5 %	46,4 %
Établissements de santé privés à but lucratif	10,3 %	9,6 %	16,2 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	13,7 %	18,3 %	20,5 %
Moyenne (tous séjours)	19,8 %	21,0 %	30,7 %

- Douleurs thoraciques, très courte durée

Part des séjours CSS / total des séjours	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	27,1 %	26,0 %	38,6 %
Établissements de santé privés à but lucratif	8,5 %	8,8 %	16,3 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	8,9 %	11,0 %	9,6 %
Moyenne (tous séjours)	17,4 %	17,5 %	26,1 %

Source : Cour des comptes, à partir du système national des données de santé (SNDS)

Tableau n° 23 : taux de couverture départementale de prise en charge (PEC), par pathologie, des patients avec CSS en 2014, 2016 et 2019 (proportion des départements dans lesquels un patient avec CSS est accueilli, pour une pathologie donnée - la CSS a remplacé la CMU en novembre 2019)

- Mastectomies subtotales pour tumeur maligne

Taux de couverture CSS (% département)	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	20 %	29 %	51 %
Établissements de santé privés à but lucratif	31 %	31 %	33 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	15 %	18 %	22 %

- Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Taux de couverture CSS (% département)	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	18 %	24 %	37 %
Établissements de santé privés à but lucratif	39 %	43 %	47 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	12 %	14 %	12 %

- Poses d'un stimulateur cardiaque

Taux de couverture CSS (% département)	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	44 %	40 %	57 %
Établissements de santé privés à but lucratif	24 %	25 %	25 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	7 %	6 %	11 %

- Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1

Taux de couverture CSS (% département)	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	44 %	40 %	64 %
Établissements de santé privés à but lucratif	20 %	16 %	16 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	1 %	5 %	5 %

- Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire

Taux de couverture CSS (% département)	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	81 %	83 %	93 %
Établissements de santé privés à but lucratif	86 %	84 %	87 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	23 %	24 %	27 %

- Libérations du médian au canal carpien, en ambulatoire

Taux de couverture CSS (% département)	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	85 %	88 %	98 %
Établissements de santé privés à but lucratif	83 %	81 %	82 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	23 %	24 %	25 %

- Douleurs thoraciques, très courte durée

Taux de couverture CSS (% département)	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	94 %	95 %	100 %
Établissements de santé privés à but lucratif	51 %	49 %	51 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	23 %	23 %	25 %

- Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1

Taux de couverture CSS (% département)	2014	2016	2019
Établissements publics de santé	62 %	59 %	80 %
Établissements de santé privés à but lucratif	39 %	31 %	35 %
Établissements de santé privés à but non lucratif	13 %	14 %	13 %

Source : Cour des comptes, à partir du système national des données de santé (SNDS)

Annexe n° 6 : distorsions tarifaires dans le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO)

Les tarifs applicables dans le cadre de la T2A et les coûts mesurés par l'étude nationale de coûts sanitaire à méthodologie commune (ENC) ne sont pas directement comparables car ils recouvrent des périmètres différents. Les tarifs financent pour partie des charges de structure que les coûts issus de l'ENC n'intègrent pas. En sens inverse, la T2A n'est pas le seul financement employé pour couvrir les coûts. C'est pourquoi l'ATIH a développé une méthode alternative qui consiste à comparer, GHS par GHS¹²⁸, non pas le tarif et le coût en niveau absolu mais leur rang sur une échelle des coûts, d'une part, et sur une échelle tarifaire, d'autre part.

Écarts par rapport à la neutralité tarifaire, par racine de GHM

Pour le secteur "*ex-DG*", 668 racines de GHM¹²⁹ et deux forfaits sont présents dans l'étude, dont 244 présentent des écarts qui ne dépassent pas 5 % des coûts, en excès ou en insuffisance, et 427, des écarts qui ne dépassent pas 10 % des coûts. À l'opposé, 26 présentent des écarts supérieurs à 30 % par rapport aux coûts, le maximum s'établissant à 154 % pour la mise en œuvre de techniques spéciales d'irradiation externes, en séances.

Pour le secteur "*ex-OQN*", l'étude porte sur 428 racines de GHM et sur neuf forfaits, dont 107 présentent des écarts qui ne dépassent pas 5 % des coûts et 205 des écarts qui ne dépassent pas 10 %. À l'opposé, 43 présentent des écarts supérieurs à 30 % des coûts.

Les écarts les plus significatifs en montants sont présentés dans les tableaux suivants.

¹²⁸ Et sur quelques forfaits (dialyse) rattachés aux séances.

¹²⁹ Sur 663, la racine porte toutes les caractéristiques du GHM, sauf son niveau de sévérité.

**Tableau n° 24 : écarts par rapport à la neutralité tarifaire
au sein du secteur ex-DG, par racine de GHM,
en valeur monétaire et en proportion du coût**

	Écart (€)	Écart (%)
28Z18 – Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	132 743 673	71,5 %
01M30 – Accidents vasculaires intracérébraux transitoires	63 818 655	13,1 %
23Z02 - Soins palliatifs, avec ou sans actes	50 183 467	9,1 %
28Z11 – Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	42 244 148	154,0 %
28Z04 - Hémodialyse, en séances	37 029 391	6,3 %
27Z02 - Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	36 579 642	43,9 %
01C04 - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	31 949 984	15,5 %
28Z07 - Chimiothérapie pour tumeur, en séances	25 460 746	3,4 %
05C19 - Pose d'un défibrillateur cardiaque	23 341 649	14,9 %
17M09 – Leucémies aiguës, âge supérieur à 17 ans	19 311 380	19,9 %
17M15 – Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes	18 835 615	15,6 %
17M05 – Chimiothérapie pour leucémie aiguë	18 389 056	29,8 %
04M07 – Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	17 383 892	7,2 %
08C48 - Prothèse de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	17 370 973	9,3 %
23M20 – Autres symptômes et motifs de recours aux soins que la CMD 23	16 875 240	5,7 %
27Z03 - Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	16 173 536	34,1 %
07M02 - Affections des voies biliaires	- 15 772 244	- 8,5 %
14Z13 - Accouchements uniques par voie basse chez une primipare	- 16 001 202	- 3,3 %
05K10 – Actes diagnostiques par voie vasculaire	- 17 054 187	-6,4 %
13C03 - Hystérectomies	- 21 753 028	-23,4 %
10M16 -Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	- 23 749 769	-13,1 %
02C05- Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	- 30 318 010	- 9,2 %
28Z14- Transfusions, en séances	- 33 729 650	- 21,3 %
05M09-Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoires	- 34 483 713	-4,7 %
06K02 -Endoscopies digestives thérapeut. et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	- 34 525 438	-20,3 %
04M05-Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	- 41 277 978	-7,4 %
06K04- Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie en ambulatoire	- 42 003 672	-18,4 %
15M05- Nouveau-nés de 3 300 g et âge gestat. de 40 SA et assimilés (groupe nv-nés 1)	- 59 495 009	-9,7 %
28Z17- Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	- 61 867 083	-23,1 %
14C08- Césariennes pour grossesse unique	- 88 775 862	-21,3 %

Source : ATIH, Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs, 2019, traitements Cour des comptes

**Tableau n° 25 : écarts par rapport à la neutralité tarifaire
au sein du secteur ex-OQN, par racine de GHM, en valeur monétaire
et en proportion du coût**

	Écart (€)	Écart (%)
D11 – Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	54 945 657	16,9 %
28Z07 – Chimiothérapie pour tumeur, en séances	50 775 943	29,2 %
28Z04 – Hémodialyse, en séances	33 258 776	6,2 %
D13 – Forfait d'autodialyse assistée	27 527 005	11,6 %
08C48 – Prothèses de hanche	22 868 427	13,4 %
06K02 – Endoscopies digestives thérapeut. et anesthésie : séjours de moins de 2 jrs	22 519 106	13,4 %
08C24 – Prothèses de genou	17 585 137	8,0 %
08C34 – Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	12 761 477	36,9 %
10C13 – Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	12 143 617	14,8 %
05K06 – Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	10 957 572	7,6 %
14Z14 – Accouchements uniques par voie basse chez une multipare	-10 242 466	-8,8 %
05C19 – Poses d'un défibrillateur cardiaque	-10 807 454	-16,0 %
12C11 – Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes	-12 120 603	-20,9 %
05K10 – Actes diagnostiques par voie vasculaire	-12 930 229	-12,2 %
23Z02 – Soins palliatifs, avec ou sans acte	-13 326 254	-10,7 %
02C05 – Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	-15 593 397	-3,2 %
14C08 – Césariennes pour grossesse unique	-15 963 353	-18,0 %
14Z13 – Accouchements uniques par voie basse chez une primipare	-18 758 465	-16,8 %

Source : ATIH, *Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs, 2019, traitements Cour des comptes*

**Annexe n° 7 : secteur 1, secteur 2, secteur Optam,
« reste à charge nul après intervention des
assurances complémentaires de santé »**

Le coût net des prestations médicales pour les patients, au regard des tarifs facturés par les praticiens ou par les établissements de santé ainsi que des remboursements par l'assurance maladie et par les assurances complémentaires de santé, fait l'objet d'une classification par l'assurance maladie :

- un médecin conventionné en secteur 1 est un médecin, généraliste ou spécialiste, qui applique les tarifs fixés par la Sécurité sociale et ne pratique pas de dépassement d'honoraires, à l'exception de cas particuliers comme une consultation en dehors des horaires du cabinet ou au domicile du patient, par exemple ; un ticket modérateur peut rester à la charge du patient, sauf si son assurance complémentaire de santé le lui rembourse, en fonction des garanties qu'il a contractées ou que lui assure l'assurance complémentaire de santé solidaire (CSS) s'il y a droit ;
- un médecin conventionné en secteur 2 est un médecin, généraliste ou spécialiste, qui fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer des dépassements d'honoraires ; selon le niveau de couverture du patient par une assurance complémentaire de santé, ces dépassements peuvent être remboursés partiellement ou totalement ;
- les médecins de secteur 2 qui ont signé une convention Optam ("*Option de pratique tarifaire maîtrisée*") avec l'assurance maladie ont pris l'engagement principal de limiter leurs dépassements d'honoraires, ce qui réduit le reste à charge du patient après remboursement par l'assurance maladie et par son assurance complémentaire.

Un médecin, généraliste ou spécialiste qui n'a pas conclu de convention avec l'assurance maladie et applique ses honoraires de façon entièrement libre, est dit relever du *secteur 3*. La prise en charge par la Sécurité sociale d'une consultation chez un médecin de secteur 3 est très faible.

À ces quatre catégories, le présent rapport ajoute la notion de « *reste à charge nul après intervention des assurances complémentaires de santé* » dont le champ d'application est plus large que les honoraires médicaux. Cette notion désigne la limitation volontaire – afin d'améliorer l'accessibilité financière des soins – par un praticien ou par un

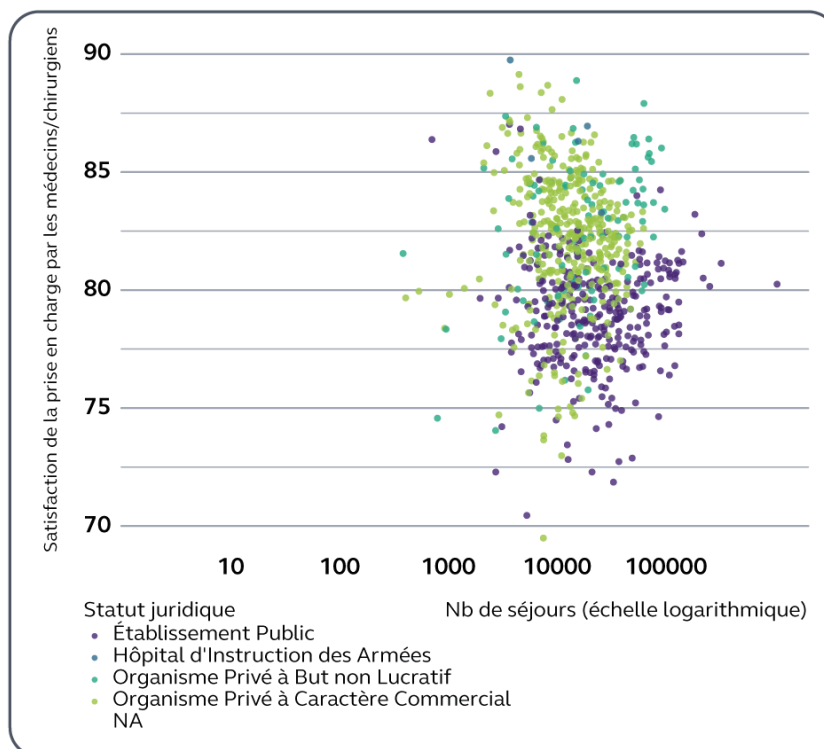
établissement de santé, de la facturation d'honoraires ou de prestations annexes au niveau de garanties de remboursement dont dispose le patient, assurance complémentaire de santé incluse. Dans un établissement de santé, cette notion couvre la facturation de chambres particulières, principale prestation annexe dans les EPS, ENBL comme EBL.

Annexe n° 8 : résultat de la certification par la HAS et de satisfaction *e-satis* des établissements de santé rapporté à leur volume d'activité

Les résultats de la certification sont parfois contestés au sens où ils seraient trop dépendants de la dimension des établissements examinés : disposer d'une taille importante impliquerait un handicap structurel pour les résultats des établissements de santé. Cette relation statistique a été examinée par la Cour et elle ne se vérifie pas. La position relative des établissements de santé de grande taille ne comporte pas cette caractéristique.

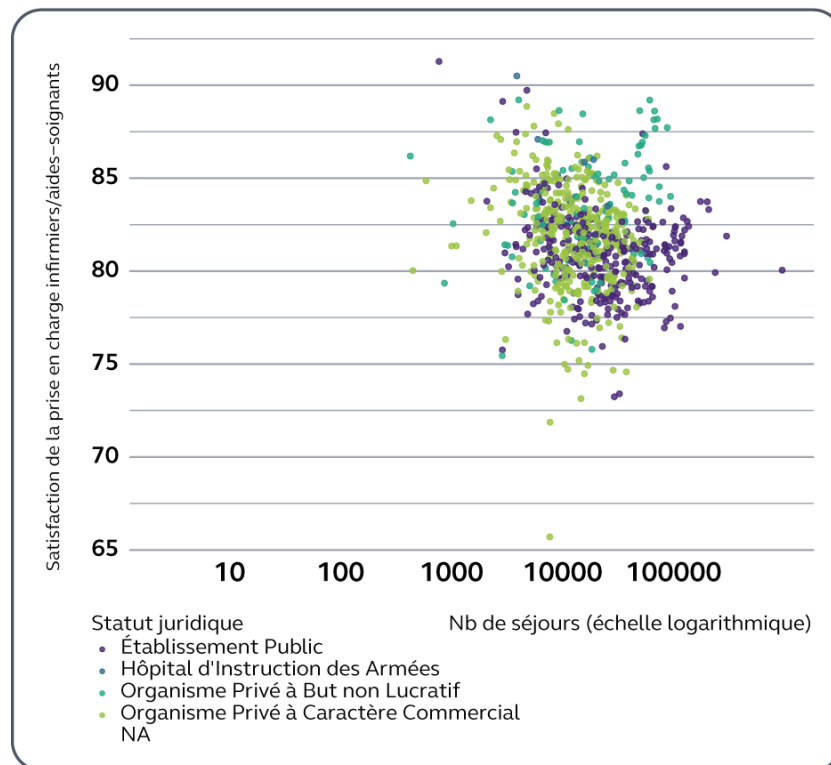
Les trois graphiques ci-après complètent ces constats, du point de vue de la satisfaction des patients : les volumes d'activité figurent en abscisse (nombre de séjours en 2019) et les résultats des enquêtes de satisfaction par établissement en ordonnées, concernant les relations avec les médecins, les infirmiers et les aides-soignants, ainsi que le niveau de recommandation par les patients de l'établissement qui les a soignés (chaque point situe un établissement, avec un code couleur par catégorie juridique d'établissement).

Graphique n° 6 : niveau de satisfaction des patients pour les relations avec les médecins et les chirurgiens, par statut et selon le volume d'activité (courts séjours, hors séances, en 2019)



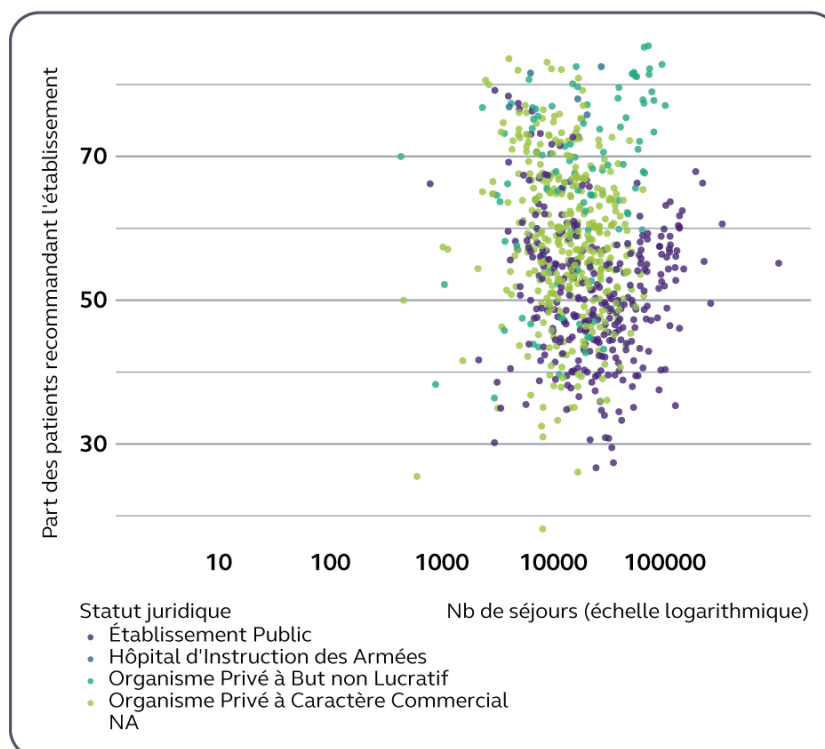
Source : Cour des comptes, Haute Autorité de Santé, données e-satis, octobre 2021

**Graphique n° 7 : niveau de satisfaction des patients
pour les relations avec les infirmiers et les aides-soignants,
par statut et selon le volume d'activité en 2019**



Source : Cour des comptes, Haute Autorité de Santé, données e-satis, octobre 2021

Graphique n° 8 : niveau de recommandation des patients de l'établissement de santé, par statut et selon le volume d'activité en 2019



Source : Cour des comptes, Haute Autorité de santé, données e-satis, octobre 2021