



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**LE DEVELOPPEMENT DES SUPPLEMENTS
D'HEBERGEMENT HOSPITALIERS A LA CHARGE DES
PATIENTS COMME FACTEUR D'INEGALITES D'ACCES
AUX SOINS**

– Groupe n° 27 –

- Audrey BACCI**
- Lucie BECHEREL**
- Thierry BRUGEAT**
- Nicolas COUZINET**
- Frédéric FORSANS**
- Samuel GALTIE**
- Sonia NOUCER**
- Denise PELLASY -
TARBOURIECH**
- Cécile RIGAUD**

Animateur

Guillaume GARDIN

Sommaire

Méthodologie

Introduction.....	1
1 Un cadre réglementaire favorable aux usagers, mis à mal par un contexte financier incitant au développement des suppléments d’hébergement hospitaliers.	3
1.1 Un cadre réglementaire protecteur pour l’usager des établissements de santé.....	3
1.1.1 Le développement du droit des usagers.....	3
1.1.2 En matière de suppléments d’hébergement hospitaliers, une obligation d’information et d’obtention du consentement du patient.....	4
1.2 L’égalité d’accès aux soins <i>a priori</i> peu impactée par la nécessaire facturation de suppléments d’hébergement hospitaliers par les établissements de santé.....	6
1.2.1 La nécessaire mise en œuvre de suppléments hospitaliers par des établissements en difficulté financière.....	6
1.2.2 Les suppléments d’hébergement hospitaliers, variables d’ajustement budgétaire des établissements de santé.....	7
1.2.3 Un impact contesté des suppléments d’hébergement hospitaliers sur les usagers	9
1.3 Les suppléments d’hébergement hospitaliers semblent générer davantage une inégalité de traitement entre les usagers qu’une inégalité d’accès aux soins	9
1.3.1 L’évolution de la société a conduit l’hôpital à s’humaniser, et à faire évoluer la notion de confort de séjour hospitalier	9
1.3.2 Les suppléments d’hébergement hospitaliers sont principalement considérés comme des prestations de confort par les différents acteurs du système de santé	11
1.3.3 La « qualité globale de prise en charge » comme critère d’égalité d’accès aux soins hospitaliers ?.....	12

2	Sans un encadrement des pratiques, la montée en charge des suppléments d'hébergement hospitaliers peut participer à une inégalité d'accès aux soins des usagers dans les établissements de santé franciliens et bretons.....	13
2.1	L'impact des suppléments d'hébergement hospitaliers sur les organismes complémentaires d'assurance maladie et sur le niveau de couverture complémentaire des usagers des établissements de santé.....	14
2.1.1	Une variation de la prise en charge des suppléments d'hébergement hospitaliers selon le type de couverture complémentaire.	14
2.1.2	Un accroissement des difficultés dans l'accès à la complémentaire santé face à l'augmentation des primes : de la baisse du niveau de garantie à la « désassurance ».	16
2.2	Des pratiques de suppléments d'hébergement hospitaliers variables selon les établissements de santé, à même de favoriser une absence d'inégalité dans l'accès aux soins hospitaliers	17
2.2.1	Une liberté tarifaire laissée à la discrétion des établissements de santé.....	17
2.2.2	Des modalités de mise en œuvre à géométrie variable.....	18
2.3	Prévenir les risques de dérives dans la politique de facturation	20
2.3.1	Contrôler les pratiques d'information et d'obtention du consentement	20
2.3.2	Contrôler la part des recettes liée aux suppléments d'hébergement hospitaliers et les taux de facturation de chambres individuelles au sein des établissements de santé.....	21
2.3.3	Plafonner les niveaux de suppléments d'hébergement hospitaliers	22
	Conclusion	24
	Bibliographie.....	27
	Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Le groupe tient à remercier M. Guillaume Gardin, Directeur de la Mutualité Française Bourgogne, pour son accompagnement du groupe, son soutien méthodologique et sa disponibilité durant ces trois semaines de travail.

Nous souhaitons remercier l'ensemble des personnes qui se sont rendues disponibles rapidement et qui ont bien voulu nous consacrer une partie de leur temps pour réaliser les entretiens.

Leurs regards sur la problématique et leur expérience professionnelle ont permis de compléter et d'enrichir la réflexion que nous avons menée sur cette thématique.

Enfin, nous tenons à remercier les organisateurs du module interprofessionnel, Mme Emmanuel Guevara et M. François-Xavier Schweyer, pour leur encadrement de ce projet

Liste des sigles utilisés

ACS	Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ES	Etablissements de Santé
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ESPS	Enquête Santé Protection Sociale
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
HAS	Haute Autorité de Santé
OCAM	Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie
PREF	Plan de Retour à l'Equilibre Financier
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
SAE	Statistiques Annuelles des Etablissements de santé
SHH	Supplément d'Hébergement Hospitaliers
TM	Ticket Modérateur

Méthodologie

Le développement de suppléments d'hébergement hospitaliers est aujourd'hui une réalité. Afin de mesurer l'ampleur du phénomène et de déterminer dans quelle mesure ces suppléments peuvent être un facteur d'inégalité d'accès aux soins, une définition précise des termes a été indispensable.

Pour cela, une réflexion théorique a été nécessaire avant de se confronter aux points de vue des différents acteurs afin de mieux cerner la problématique. Ainsi, la conduite d'entretiens semi-directifs nous a permis de recueillir des informations sur les pratiques, les attentes, les appréhensions et les intérêts pouvant être contradictoires entre les acteurs.

Dans le cadre de ce travail, nous avons mené quatorze entretiens auprès de différents acteurs se répartissant sur deux régions, l'Ile-de-France et la Bretagne. Nous avons rencontré des représentants d'organismes complémentaires d'assurance maladie, des représentants des usagers, des cadres de direction des établissements de santé (publics, privés d'intérêt collectif, privés lucratifs) et des responsables d'agence régionale de santé (ARS).

Pour mener à bien ce travail, le groupe s'est réparti les tâches de la façon suivante:

- l'ensemble du groupe a participé aux recherches documentaires autour de quatre axes: financier/juridique, accès aux soins/solidarité, positionnement des acteurs, humanisation/qualité.
- la trame d'un guide d'entretien a été élaborée collectivement, avant d'être déclinée, en sous-groupes, par catégorie d'acteur. Ces guides d'entretien figurent en annexe du présent rapport (Cf. annexes n°3 à 6).
- les entretiens, réalisés en Ile-de-France et en Bretagne, ont en partie été fixés grâce aux contacts professionnels des différents membres du groupe. La répartition de la tenue de ces entretiens a été faite selon les lieux de résidence ainsi que selon les aptitudes et compétences de chacun.

Chaque entretien a fait l'objet d'une synthèse communiquée à l'ensemble du groupe. Les éléments clé de ces entretiens ont été rassemblés dans une grille d'analyse ¹ et confrontés à des références théoriques permettant d'élaborer collectivement un plan détaillé.

Chaque membre du groupe a choisi le thème qu'il souhaitait rédiger. Enfin, une relecture globale a permis d'harmoniser le document final.

¹ cf. annexe n°7

Introduction

« *Le confort hôtelier que le public est en droit d'exiger à l'hôpital est à la fois matériel et moral ; [...] En résumé il faut « penser » le confort.* »²

En prenant conscience durant la seconde guerre mondiale de la nécessité de créer un système de solidarité nationale, le Conseil National de la Résistance inscrit la création de la Sécurité sociale dans son programme. Le fondement du système de santé français, reposant sur des objectifs d'universalité, est adopté le 15 mars 1944. Il prévoit : « *un plan complet de sécurité, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail* ». ³

Le préambule de la Constitution de 1946 étend les droits fondamentaux de chaque être humain dans le prolongement des principes énoncés par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (1789). Le principe de solidarité apparaît clairement : « *la Nation garantit à tous(...) la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et le loisir*».

Néanmoins l'objectif affiché d'universalité est mis à mal par un système contributif où les prestations offertes sont la contrepartie des cotisations versées. De plus, la non intégralité de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire justifie le développement de l'assurance maladie complémentaire reposant sur les contributions personnelles des individus. L'assurance maladie complémentaire permet de couvrir des prestations en nature, telles que le ticket modérateur, et en espèce, avec les compléments aux indemnités journalières.

La crise financière dans les années 1970 et la montée du chômage dans les années 1980 mettent à mal la notion d'Etat providence. Une segmentation apparaît entre les personnes protégées par leur activité professionnelle bénéficiant de droits complets et les personnes alternant les emplois précaires et le chômage, relevant de l'aide sociale. Ce dispositif, pour les populations les plus précaires, se révèle insuffisant et générateur d'importantes disparités. Face à ces disparités, le législateur est intervenu en 1999⁴ en créant la couverture maladie universelle (CMU) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). C'est une seule et même loi qui instaure les deux dispositifs, avec certes une mise en œuvre différée pour la CMU-C.

² Georges Poisson, hôpital d'Evreux, 1963

³ Penaud P. et all. *Politiques sociales*. Presses de Sciences Po et Dalloz. 2011, p76.

⁴ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

L'augmentation croissante de la consommation de biens et services médicaux associée à la détérioration des finances du régime général d'assurance maladie génèrent un transfert de son financement vers les organismes complémentaires et les ménages. Ce reste à charge pour les ménages correspond aux sommes non remboursées par l'assurance maladie obligatoire : le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier, le forfait à 18 euros pour les actes supérieurs à 91 euros et la contribution de solidarité de 1 euro ainsi que différentes franchises médicales sur les médicaments et les services paramédicaux.

A partir de 1983, une participation du patient hospitalisé aux frais hôteliers a été instituée. Cette participation prend la forme d'un montant journalier forfaitaire pour l'ensemble du séjour dans les établissements publics, privés et médico-sociaux, à l'exception des unités de long séjour et des établissements pour personnes âgées. A sa création, ce forfait était de 20 francs (3,04 euros), il est maintenant de 18 euros. A cette tarification, viennent maintenant s'ajouter des suppléments d'hébergement hospitaliers qui englobent un ensemble de prestations allant de l'hospitalisation en chambre particulière avec accompagnant à la mise à disposition de télévision, de linge de toilette ou de collations.

Dans le contexte financier contraint que connaissent aujourd'hui les établissements de santé, nous sommes interpellés par les augmentations croissantes des suppléments liés à l'hébergement, et par leurs modalités de mise en œuvre. Ces suppléments d'hébergement hospitaliers, en interrogeant les principes de solidarité qui régissent l'accès aux soins hospitaliers, constituent une véritable préoccupation pour les professionnels de santé, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) et les associations d'usagers.

Face à ce constat, on peut se demander dans quelle mesure les suppléments d'hébergement hospitaliers peuvent constituer un frein à l'accès aux soins en Bretagne et en Ile-de-France ?

Après avoir réalisé une revue de la littérature concernant ce thème, nous avons organisé des rencontres avec des acteurs concernés par cette problématique. Ces rencontres ont permis de mieux comprendre les enjeux en lien avec ces suppléments d'hébergements et les relations entre ces différents interlocuteurs sur ce sujet. Dans un premier temps, nous montrerons que le cadre réglementaire favorable aux usagers, mais mis à mal par le contexte financier, incite au développement des suppléments d'hébergements hospitaliers (I). Dans un second temps, nous verrons que sans un encadrement de ces pratiques, la montée en charge des suppléments d'hébergement hospitaliers peut participer à une inégalité d'accès aux soins hospitaliers (II).

1 Un cadre réglementaire favorable aux usagers, mis à mal par un contexte financier incitant au développement des suppléments d'hébergement hospitaliers.

Le cadre légal applicable aux suppléments d'hébergement apparaît comme un cadre permettant de garantir les droits des usagers. En effet, les obligations d'information et de recueil du consentement apparaissent comme des garanties à même de protéger le patient contre d'éventuelles dérives (1.1). Dans le même temps, face à un contexte financier tendu, les établissements de santé développent de nouveaux suppléments d'hébergement, qui semblent peu impacter directement les usagers (1.2). Pour autant, et à l'issue de notre enquête de terrain, il apparaît que nombreux sont nos interlocuteurs à considérer que la mise en place de suppléments d'hébergement constituerait plus une inégalité de traitement dans l'accès au confort qu'une inégalité d'accès aux soins *stricto sensu* (1.3).

1.1 Un cadre réglementaire protecteur pour l'utilisateur des établissements de santé

1.1.1 Le développement du droit des usagers

Jusqu'aux années 1970, les droits de la personne malade ne sont pas à l'ordre du jour puisque le patient bénéficie du « privilège » d'être soigné par des médecins qui font chaque jour reculer la menace des pathologies. C'est l'âge d'or des « mandarins », mais aussi le temps de la douleur rédemptrice et des salles communes⁵.

C'est en 1974 que la démarche d'humanisation des hôpitaux, débouche sur la première rédaction et signature de la Charte du patient hospitalisé. Cette charte souligne dans sa circulaire de diffusion « *le droit pour le malade au respect de sa dignité et de sa personnalité* ». Cette dernière sera actualisée en 1995 et en 2006. Ces mesures ont été renforcées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ces modifications législatives et réglementaires sont rythmées par les évolutions de la société, du malade et de la place que ce dernier occupe désormais comme acteur de sa santé aux côtés des professionnels. Doté du pouvoir de choisir, de consentir ou de refuser, la personne hospitalisée est « libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge. Le service public

⁵ NARDIN A. et collectif. *L'humanisation de l'hôpital, mode d'emploi*. Musée de l'AP-HP, 2009, p143-149.

hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale [...] »⁶⁷.

L'article 9 de la Charte de la personne hospitalisée dispose que « *le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.* ». L'octroi d'une chambre particulière facilite le respect de ce droit ; facturer la chambre particulière ne pourrait-il pas à terme, aboutir à enfreindre ce droit ou tout au moins à limiter son accès aux personnes solvables ? Telles sont les questions qui ont ponctué nos entretiens avec les associations des représentants d'usagers et les interlocuteurs mutualistes. Les suppléments liés à l'hébergement, non pris en charge par un financement solidaire, pourraient en effet constituer une mesure paradoxale, si l'on s'en tient *stricto sensu* à l'application des droits reconnus par la Charte de la personne hospitalisée.

1.1.2 En matière de suppléments d'hébergement hospitaliers, une obligation d'information et d'obtention du consentement du patient

Les différentes prestations d'hospitalisation peuvent être regroupées en deux catégories : celles donnant lieu à une prise en charge par l'assurance maladie et celles ne donnant pas lieu à une prise en charge par la solidarité nationale, parmi lesquelles se trouvent les suppléments d'hébergement hospitaliers. Outre le forfait journalier⁸, les autres prestations d'hospitalisation liées à l'hébergement non prises en charge par les organismes obligatoires de la Sécurité sociale, mais donnant lieu à facturation par l'établissement de santé sont définies par l'article L.162-22-6 du Code de la Sécurité sociale (CSS). Elles sont déterminées par un décret pris en Conseil d'Etat après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Ainsi, l'article R.162-32-2 du CSS énonce, de manière limitative : « *l'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation ; l'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée ; la mise à disposition du patient, à la chambre, de moyens d'émission et de réception d'ondes radioélectriques, notamment la télévision et le téléphone ; les interventions de chirurgie esthétiques mentionnées à l'article L.6322-1 du Code de la santé publique ; les prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite,*

⁶ BASSET C., BRUN N. *Les chartes dans le domaine de la santé : des outils pour les représentants des usagers.* Paris : UNAF. 2007, 82p

⁷ Circulaire DHOS/E1/DGS/SDIB/SDIC/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

⁸ Art. L.174-4 du Code de la Sécurité sociale

dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement ».

L'obligation d'information du patient quant aux tarifs de ces prestations est prévue par l'article L.R.162-32-2 du CSS qui dispose que « *l'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations [celles ne donnant pas lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale] pour lesquelles il établit une facture conformément aux dispositions de l'article L.441-3 du Code de commerce* ». Les établissements rencontrés utilisent différents supports d'information notamment le livret d'accueil et des panneaux d'affichage. L'attribution de la chambre particulière au patient doit se faire sur la base de son consentement, selon les disponibilités du service, les règles de répartition des chambres et les nécessités médicales. Le consentement écrit, *a priori*, doit être recueilli pour facturer une chambre particulière. Cette organisation s'applique dès la programmation d'une hospitalisation et dans le cadre des procédures de pré-admission, une organisation administrative oriente le patient vers l'acceptation d'une chambre particulière. Conscient de l'obligation de recueillir le consentement écrit du patient, la plupart des établissements s'est dotée de formulaires précisant les modalités d'attribution de la chambre particulière et son montant, la part incombant aux OCAM et la possibilité d'un reste à charge pour le patient. La recherche du consentement du patient est érigée en principe par la majorité des acteurs rencontrés. Les interlocuteurs de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) précisent que leur rôle est de veiller au respect de la réglementation dans le cadre de ses missions de contrôle et d'inspection.

Il existe aujourd'hui de véritables enjeux en matière de droits. Il faut toutefois en promouvoir la connaissance par le patient et l'ensemble des acteurs de santé. Nos interlocuteurs représentants d'associations ont pointé ces faiblesses comme des marges possibles d'amélioration. La connaissance des droits par les usagers paraît d'autant plus importante qu'au nom de l'activité, de l'équilibre des recettes hospitalières, et des tensions qui s'exercent sur l'assurance maladie, les hôpitaux multiplient les mesures visant à augmenter leurs recettes.

1.2 L'égalité d'accès aux soins *a priori* peu impactée par la nécessaire facturation de suppléments d'hébergement hospitaliers par les établissements de santé

1.2.1 La nécessaire mise en œuvre de suppléments hospitaliers par des établissements en difficulté financière

Les établissements de santé connaissent des tensions financières importantes. Selon le rapport de la Cour des Comptes 2010⁹, le montant total des déficits des établissements publics et privés à but non lucratifs s'élevait en 2009 à 651 millions d'euros. La Cour constate que 51 % de ces établissements connaissaient un déficit mais que ce déficit se concentrait toutefois dans une grande partie sur des Centre Hospitalier Universitaire (CHU) / Centre Hospitalier Régionaux (CHR). Le retour à l'équilibre des établissements publics de santé est un objectif clairement affiché, que les ARS sont chargées d'accompagner¹⁰. La majorité des acteurs rencontrés a indiqué que la situation financière des établissements de santé publics et privés était a minima une préoccupation voire une urgence, tant en Bretagne qu'en Ile-de-France. La tension financière varie toutefois selon les établissements, entre établissements publics et privés, entre centres hospitaliers (CH) et CHU.

Lorsque les établissements de santé publics et privés à but non lucratif présentent un déséquilibre financier tel que prévu par le Code de la Santé Publique (CSP) ou si le directeur général de l'ARS l'exige, les établissements doivent mettre en œuvre un plan de retour à l'équilibre financier (PREF)^{11 12}. La vision du rôle de l'ARS dans l'élaboration de ce plan diffère toutefois selon les acteurs. Pour l'ARS rencontrée, les établissements publics de santé étant autonomes, ils déterminent librement leur stratégie de retour à l'équilibre, dans le respect de la réglementation. Chaque établissement propose des hypothèses de retour à l'équilibre. L'ARS évalue ensuite leur pertinence et leur faisabilité et le cas échéant les valide. Le PREF fait alors l'objet d'un avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et à ce titre, d'un suivi. Le rôle de l'ARS a été discuté par certains acteurs d'OCAM et représentants d'utilisateurs, considérant alors

⁹ Cour des comptes . La sécurité sociale : rapport. Paris : Cour des comptes. septembre 2010, p.261-292.

¹⁰ PEYRET P. "Déséquilibre financier, dégradation financière et retour à l'équilibre". *Finances hospitalières*. octobre 2008, n° 18.

¹¹ D. 6143-39 du Code de la Santé Publique

¹² Circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

que certaines mesures avaient pu être « imposées », comme par exemple la facturation de suppléments pour l'attribution d'une chambre particulière.

1.2.2 Les suppléments d'hébergement hospitaliers, variables d'ajustement budgétaire des établissements de santé

Les recettes provenant de l'assurance maladie étant fortement encadrées au niveau national par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), les dépenses à la charge des ménages se sont développées au fil des années. Au ticket modérateur, présent dès 1945, se sont progressivement ajoutés le forfait hospitalier, les franchises, les divers forfaits et d'autres suppléments d'hébergement hospitaliers. Ces derniers recouvrent des dimensions diverses : chambre particulière qui est le supplément le plus cité par les acteurs rencontrés, prestations pour accompagnants, parking, téléviseur, téléphone, peignoir, alimentation spécifique, aide aux démarches administratives, voire même la mise à disposition de chambre de qualité hôtelière haut de gamme. L'un des acteurs rencontrés, membre d'un OCAM, faisait part à ce titre de « *la grande imagination* » dont font preuve les directeurs d'établissement. D'une logique plutôt commerciale, propre aux établissements de santé à but lucratif, ces pratiques se sont rapidement développées dans les établissements privés à but non lucratifs puis, plus récemment, dans les établissements publics pour lesquels elles constituaient de vrais changements par rapport aux valeurs de service public.

Librement déterminées par les établissements, les prestations et les tarifs varient considérablement d'un établissement à un autre. Les établissements publics et privés proposent dans leur grande majorité des prestations pour accompagnants (lit d'appoint, repas), l'accès au téléphone et à la télévision. La facturation de chambre particulière est généralisée et assez ancienne dans les établissements privés, à la fois à but commercial et d'intérêt collectif. A quelques exceptions près¹³, cette pratique est plus récente dans les établissements publics. Bien que souvent sujette à débat, comme en témoigne la large opposition médicale à l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris (AP-HP) relayée médiatiquement¹⁴, cette pratique se généralise désormais dans la majorité des établissements publics dans le cadre de leur recherche d'équilibre financier. La notion même de chambre particulière évolue, puisque depuis 2011¹⁵, il est

¹³ Notamment un établissement rencontré dans l'ouest parisien présentant un contexte économique favorable

¹⁴ Communiqué AFP du 7 février 2011, 660 médecins s'opposent aux chambres individuelles payantes à l'APHP.

¹⁵ Décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé.

désormais possible de facturer un supplément en ambulatoire. Cette pratique se développe depuis dans les établissements tant publics que privés, avec des contours de prestation vraiment différents (chambre ou box notamment). Toutefois, dans un établissement rencontré, elle n'est que très peu sollicitée par les patients, qui refusent le plus souvent de payer un supplément pour une chambre dans laquelle ils ne dorment pas. En Ile-de-France, en 2010, la moitié des établissements publics et privés à but non lucratif facturait une prestation pour chambre particulière, pour un montant global de 27 millions d'euros. Tant le nombre d'établissements que le volume financier ont fortement augmenté depuis. En Bretagne, ce supplément existait dans à peine la moitié des établissements publics, dont les deux CHU, et majoritairement en Ile-et-Vilaine et dans les Côtes d'Armor. En 2012, cette proportion a fortement augmenté et les établissements ne facturant pas ce type de supplément sont peu nombreux.

Le volume généré par les recettes hôtelières augmente ainsi fortement. Dans les établissements privés, il constitue un montant de 8% du total des ressources¹⁶, ce qui d'après un acteur d'un établissement privé à but lucratif rencontré, permet d'équilibrer les comptes de ces structures. D'ailleurs, c'est la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) qui a mené un fort plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour pouvoir facturer des prestations de chambre individuelle en chirurgie ambulatoire. En 2010, les établissements publics et privés non lucratifs d'Ile-de-France dont les recettes liées aux chambres particulières sont les plus élevées sont des Etablissements de Santé Privés d'Intérêts Collectifs (ESPIC). Ce constat s'explique par la faible facturation de ce supplément par les établissements publics. Mais la situation évolue fortement, notamment avec la mise en place du dispositif à l'AP-HP. Ces recettes deviennent de plus en plus importantes, pouvant atteindre en 2011, 1.600.000 d'euros pour un CHU rencontré, près de 900.000 € pour un CH d'un budget d'environ 70 millions d'euros. Les établissements publics rencontrés suivent d'ailleurs avec attention le niveau de facturation de ces prestations, avec pour certains des objectifs de facturation, pour d'autres des rencontres régulières avec les cadres d'unité à l'occasion de conférences budgétaires.

Par cette tendance, certains acteurs rencontrés en concluent que les suppléments d'hébergement hospitaliers, à la charge des patients, deviennent une « variable d'ajustement » des budgets des établissements de santé, dont l'impact sur les usagers a souvent été contesté.

¹⁶ MERLE P. "L'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : Et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ?". *Finances Hospitalières*. septembre 2008, n°17, p. 4-9.2008

1.2.3 Un impact contesté des suppléments d'hébergement hospitaliers sur les usagers

Les OCAM sont libres de leur politique de prise en charge des dépenses de santé. Ainsi, ils décident de la prise en charge ou non des suppléments d'hébergement hospitaliers. Le supplément pour chambre particulière est vraisemblablement le supplément le plus fréquemment pris en charge par ces organismes. C'est le cas pour 75% des contrats de complémentaires santé. De nombreux acteurs rencontrés estiment d'ailleurs que cette prestation n'a pas d'impact sur l'utilisateur, dès lors qu'il a une couverture complémentaire santé et que le montant facturé est inférieur ou égal au montant de la prise en charge. En outre, la Mutualité Française développe un dispositif de conventionnement avec les établissements, qui a pour but de limiter l'augmentation des tarifs, de vérifier la qualité de la prestation et dans certains cas de négocier des tarifs pour leurs adhérents.

Par ailleurs, la réglementation prévoit une exonération en raison de l'état de santé du malade. Ainsi, la chambre particulière ne peut être facturée lorsqu'elle est nécessitée par l'état de santé du malade ou de la séparation entre patients de sexes différents, de majeurs et de mineurs. En outre, au-delà de toute imposition réglementaire, certains établissements rencontrés choisissent d'exclure de la facturation certains services ou de ne mener une politique d'incitation à la facturation du supplément chambre particulière que dans certains services, tels la maternité ou le service de soins de suite et de réadaptation.

1.3 Les suppléments d'hébergement hospitaliers semblent générer davantage une inégalité de traitement entre les usagers qu'une inégalité d'accès aux soins

1.3.1 L'évolution de la société a conduit l'hôpital à s'humaniser, et à faire évoluer la notion de confort de séjour hospitalier

Le développement progressif des chambres individuelles à l'hôpital est indissociable du processus d'humanisation des hôpitaux qui s'est développé en France à partir des années 1940. Selon Anne Nardin, conservatrice en chef à l'AP-HP, il s'agit d'un mouvement de fond, qui trouve ses fondements dans les évolutions profondes de la société moderne.

Dans un premier temps, la loi de 1928 sur les assurances sociales qui autorise l'accès des classes moyennes à l'hôpital, fait apparaître un décalage entre « l'hôpital-hospice » d'alors, centré sur

l'accueil des indigents dans des salles communes, et le profil de la nouvelle population de malades accueillie, plus aisée et plus exigeante quant à ses conditions de prise en charge¹⁷.

Dans un second temps, au lendemain de la Seconde guerre mondiale, l'hôpital est érigé en service public par le décret du 17 avril 1945, dans un contexte où les droits de l'homme, qui emportent les concepts de respect et de dignité, prennent un sens nouveau.

Ces deux évolutions majeures interrogent le monde hospitalier, et lui imposent de nouvelles exigences quant à ses conditions matérielles et relationnelles de prise en charge. L'hôpital étant désormais ouvert à tous les patients et non plus aux seuls indigents, les notions émergentes de « mieux être » et de « confort » doivent idéalement bénéficier à tous. La Fédération Hospitalière de France (FHF) notamment, sera très active pour promouvoir ces nouvelles valeurs et favoriser leur mise en œuvre tout au long des années 1950 et 1960.

La suppression des salles communes est la première condition de cette évolution. Mais le chantier de l'humanisation est long et coûteux. Pour cette raison, il ne bénéficie pas à tous, tout de suite. En effet, les « cliniques ouvertes » instaurées en 1941, qui correspondent au sein de l'hôpital à des pavillons distincts composés de chambres individuelles ou à deux lits, sont réservées aux nouveaux « malades payants ». On peut y voir l'origine des suppléments d'hébergement hospitaliers « de confort », mais aussi les prémices d'une évolution de la norme d'accueil.

Quelques années plus tard, un arrêté du 20 mai 1944 relatif aux « conditions techniques et hygiéniques auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers » préconise la création de chambres à 1 ou plusieurs lits, 6 au maximum. Il faut cependant attendre la constitution d'un « corpus de textes précis, qui cadre le programme et énumère les moyens »¹⁸ avant de voir aboutir la disparition totale des salles communes à la fin des années 1970.

Concomitamment à la disparition progressive de ces dernières, la modernisation de « l'hôpital-hospice » implique, afin de s'adapter à l'évolution de niveau de vie de la société, de repenser le volume des chambres, les éléments de mobilier disponibles pour chaque patient autour de son lit

¹⁷ NARDIN A. et collectif. *L'humanisation de l'hôpital, mode d'emploi*. Musée de l'AP-HP, 2009, p25.

¹⁸ *Ibidem*, p.27. Cf. notamment la circulaire du 5 décembre 1958 relative à « l'humanisation de l'hôpital », qui aborde l'accueil et le fonctionnement des établissements, le « rapport Ducamin » de 1970, qui trace les orientations d'une politique volontariste, ainsi que la reconnaissance du droit des patients à travers la première Charte du malade hospitalisé de 1974.

ainsi que les sanitaires, les équipements d'accueil et de loisirs¹⁹.

Par ailleurs, à un moment où la médecine hospitalière « s'industrialise » du fait des progrès médicaux et de l'amélioration de la qualité des équipements techniques, et où les notions de rendement, de productivité et d'efficacité s'introduisent au sein des établissements, émerge la crainte que l'hôpital modernisé nuise à la condition humaine du malade²⁰, réduit à un simple « objet » de soins.

Dans ce cadre, « les techniques hôtelières doivent maintenir l'équilibre psychologique du malade »²¹. L'organisation de l'hôpital se trouve ainsi affectée par l'amélioration de la prise en charge quotidienne de plus en plus ajustée aux besoins des patients et/ou de leurs familles, aussi bien sur la question des horaires (de lever, de repas, des visites) que de la présence de loisirs (télévision, spectacle d'artistes).

1.3.2 Les suppléments d'hébergement hospitaliers sont principalement considérés comme des prestations de confort par les différents acteurs du système de santé

Il ressort de nos différents entretiens que les suppléments d'hébergement hospitaliers relèveraient principalement du « confort » hôtelier.

A la question de savoir ce à quoi correspondent les suppléments d'hébergement hospitaliers, la grande majorité des acteurs rencontrés répond spontanément qu'ils correspondent à la facturation de la chambre individuelle quand aucune raison d'ordre médical n'impose celle-ci au patient. Il s'agit d'une approche strictement réglementaire des suppléments d'hébergement hospitaliers, tels qu'ils sont définis dans le CSS²².

D'autres évoquent la facturation de la télévision, du téléphone, de l'accès à internet via le wifi, des prestations d'hôtellerie liées à l'hébergement d'un accompagnant (lit et repas) voir d'un emplacement de parking. Il convient de noter que ces définitions à géométrie variable du périmètre de recouvrement des suppléments d'hébergement ne sont pas fonction de la position occupée par les acteurs.

¹⁹ *Ibid.*, p.29.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ SCHWING M. "Le rôle humain de l'évolution du secteur hôtelier à l'hôpital". *Revue hospitalière de France*. 1963, n° spécial (n°6), pp.794-795, cité par NARDIN Anne, *op.cit.*, p.29.

²² « L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation » (article R162-32-2 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé).

Quant à la question de savoir si ces suppléments correspondent davantage à du « confort » ou à de la « qualité globale » de prise en charge, la plupart des acteurs répondent qu'il s'agit de prestations de confort, au sens hôtelier du terme. C'est notamment le cas de tous les OCAM et de trois établissements de santé interrogés (dont un CHU, un ESPIC et une clinique privée).

Cette représentation des suppléments implique de considérer différemment la prise en charge des dépenses de soins hospitaliers d'une part, et la prise en charge des dépenses d'hébergement hospitaliers d'autre part. Dans cette conception, il existe des dépenses pour subvenir aux besoins qui sont incompressibles pour tout un chacun (se loger, se nourrir, se blanchir). Dès lors, il apparaît normal de facturer au patient des prestations hôtelières supérieures à un strict minimum. Or tous les patients ne pouvant se permettre de financer ces suppléments d'hébergement, se retrouvent dans des conditions d'hébergement différentes, ce qui introduit l'idée d'une inégalité dans le traitement des usagers face au confort hôtelier, à défaut d'une inégalité dans l'accès aux « soins » *stricto sensu*.

1.3.3 La « qualité globale de prise en charge » comme critère d'égalité d'accès aux soins hospitaliers ?

Cette façon de considérer les suppléments d'hébergement hospitaliers n'est cependant pas partagée par toutes les personnes rencontrées. Ainsi, pour les représentants de l'un des deux CHU interviewés, la facturation de la chambre individuelle ne correspond pas à un « confort hôtelier supérieur » mais plutôt au bénéfice de la « tranquillité », de « l'intimité » et donc de la « qualité » de prise en charge qu'offre une chambre à un lit.

Une distinction plus aboutie entre « confort » et « qualité » de prise en charge nous a été donnée par l'un des représentants d'usagers rencontrés. Pour ce dernier, il convient de considérer que la norme sociale a évolué en matière d'hébergement à l'hôpital. Autrement dit, le minimum acceptable en matière de prestations hôtelières hospitalières n'est pas figé dans le temps. Le « confort » d'une chambre s'apprécie au regard de sa taille, de son calme. La « qualité » doit en revanche être entendue sous l'angle de la confidentialité des données de santé, du respect du droit à la dignité des patients et de la réduction des risques d'infections nosocomiales notamment.

Sur ce dernier point, une étude de l'Institut national de santé publique du Québec tend à démontrer que la chambre individuelle, lorsqu'elle s'accompagne d'une salle de toilette privative, permet de réduire ce type d'infections qui peuvent être contractées à l'hôpital, ainsi que les

risques d'erreurs dans l'administration des médicaments²³.

Dans cette optique, la chambre individuelle ne doit pas être considérée comme un luxe au risque d'introduire une inégalité de traitement entre les patients. L'amélioration des normes d'accueil, qui fait partie intégrante du projet d'humanisation de l'hôpital, n'aurait pas à être surfacturée aux patients.

Aussi, le développement des suppléments d'hébergement hospitaliers paraît introduire davantage une rupture d'égalité dans l'accès au confort et à la qualité globale de prise en charge (permise par la chambre individuelle) qu'une inégalité d'accès aux soins en tant que tels. Toutefois, nous avons constaté, dans le cadre de notre enquête, des pratiques variables des établissements qui pourraient remettre en cause l'égalité d'accès aux soins des usagers.

2 Sans un encadrement des pratiques, la montée en charge des suppléments d'hébergement hospitaliers peut participer à une inégalité d'accès aux soins des usagers dans les établissements de santé franciliens et bretons.

La mise en place de suppléments d'hébergement participe au mouvement de l'augmentation globale du montant des restes à charge, phénomène particulièrement perceptible depuis 2004. Interrogés à ce sujet, nos interlocuteurs ont estimé qu'il existait, à ce niveau, un risque de rupture dans l'égalité d'accès aux soins. Dans une vision plus prospective, ils ont en effet exprimé leur crainte de voir apparaître des difficultés supplémentaires dans l'accès à une complémentaire par la généralisation et l'augmentation attendues des suppléments d'hébergement (2.1). En effet, les modalités étudiées de mise en œuvre de ces suppléments laissent apparaître d'importantes disparités dans la fixation du tarif et dans la politique de facturation qui impactent directement les organismes complémentaires (2.2). Dès lors, les acteurs s'interrogent sur l'instauration d'une régulation des pratiques (2.3).

²³Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), "Proportion de chambres individuelles avec salle de toilette non partagée devant être disponibles dans les établissements de soins de santé physique du Québec". *Institut national de santé publique du Québec*. août 2010, p.8.

2.1 L'impact des suppléments d'hébergement hospitaliers sur les organismes complémentaires d'assurance maladie et sur le niveau de couverture complémentaire des usagers des établissements de santé.

2.1.1 Une variation de la prise en charge des suppléments d'hébergement hospitaliers selon le type de couverture complémentaire.

Les suppléments d'hébergement hospitaliers font partie du reste à charge supporté par les ménages et reporté sur les OCAM. Le marché de la couverture complémentaire se répartit entre les mutuelles, les sociétés d'assurance et les instituts de prévoyance. Les mutuelles jouent un rôle prépondérant sur le marché de la couverture complémentaire puisqu'elles couvrent plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire en France.

On constate une disparité dans la prise en charge par les OCAM des suppléments d'hébergement hospitaliers selon le type de couverture dont bénéficie l'adhérent. En matière de prise en charge hospitalière, les données statistiques de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) pour 2010 sur les frais de séjour en établissement de santé montrent qu'en matière de chambre particulière, on constate que 75% des contrats complémentaires prennent en charge la chambre particulière ; parmi ceux-ci seuls 24% de ces contrats prévoient un plafonnement d'une durée de trente jours. Les organismes complémentaires rencontrés soulèvent la problématique nouvelle de la facturation de la chambre particulière en hospitalisation ambulatoire permise par le décret du 28 février 2011. Ils soulignent le manque de transparence des établissements de santé sur la facturation de cette prestation induisant un coût supplémentaire pour ces organismes.

Face à ces pratiques qualifiées de « facturation d'opportunité », les OCAM, en particulier les mutuelles, ont trouvé des leviers pour maîtriser l'évolution des suppléments d'hébergement hospitaliers à travers le dispositif du conventionnement mutualiste avec les établissements de santé. Ce conventionnement permet de fixer un tarif conventionnel d'une durée de deux ans en matière de facturation de chambre particulière en hospitalisation complète. Cependant, ce conventionnement n'existe pas encore en matière d'hospitalisation ambulatoire. De nombreux organismes se sont positionnés contre le remboursement de cette prestation et dénoncent la tendance de plus en plus perceptible de financer l'hôpital par des fonds privés. Pour un acteur hospitalier rencontré, la dynamique actuelle d'évolution rapide du montant des suppléments d'hébergement hospitaliers pourrait conduire les OCAM à ne plus prendre en charge le montant de la chambre particulière pour maîtriser le niveau d'évolution des primes des contrats complémentaires.

Pour l'utilisateur, cette différence de prise en charge se joue principalement entre les personnes bénéficiant d'un contrat collectif et celles disposant d'un contrat individuel. Les contrats collectifs sont obtenus par leurs bénéficiaires dans le cadre de leur entreprise, qui participe à leur financement. Il a ainsi un coût global moins élevé pour son bénéficiaire qui, quel que soit son état de santé, dispose d'un niveau de couverture commun à tous les membres de l'entreprise.

Les contrats individuels offrent quant à eux un niveau de garantie inférieur alors que le montant des primes est majoré de 15% par rapport aux contrats collectifs, qui bénéficient d'une aide financière de l'Etat sous la forme d'exonérations sociales et fiscales.

Cette différence de couverture nous a été confirmée par les représentants d'utilisateurs et d'organismes complémentaires rencontrés. Par nature, les contrats collectifs couvrent majoritairement une population d'âge actif entre 25 et 59 ans, alors que les contrats individuels concernent davantage les moins de 25 ans et les plus de 60 ans. Cette meilleure couverture est la conséquence du dumping existant en matière de contrat collectif et de la concurrence existante sur le marché des complémentaires santé. Il y a donc une inégalité de départ face à l'accès à un bon niveau de couverture entre les bénéficiaires de ces deux types de contrats.

Toutefois, ces deux types de contrats doivent faire face à une augmentation du montant des primes due à la hausse tendancielle des dépenses de santé notamment en ce qui concerne les frais d'hébergement hospitalier. En effet, les suppléments d'hébergement hospitaliers viennent impacter, à la hausse, le montant du poste hospitalisation qui représente plus de 17% des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires. Ainsi, selon une étude de la FNMF de juillet 2011, le taux d'évolution du reste à charge des patients et des organismes complémentaires dans les établissements publics est, en 2010, de 4,3%. Ainsi, comme l'ont souligné plusieurs représentants d'organismes mutualistes rencontrés, les différents transferts de l'assurance maladie obligatoire vers les OCAM conduisent à une augmentation du coût des contrats de 4 à 5% en 2011. Cette augmentation a toutefois souvent été contestée par certains acteurs hospitaliers interrogés. A cette augmentation tendancielle du montant de la prime est venue s'ajouter une hausse de la taxation à 7% sur les contrats solidaires. Cette taxe particulièrement dénoncée par la Mutualité Française qui y voit « *une mesure injuste, incohérente et inefficace* » fait actuellement l'objet d'une pétition diffusée sur internet et relayée par des personnalités du monde de la santé. A terme ces augmentations viennent à réduire le revenu des ménages et rendent difficile l'accès à la complémentaire santé.

2.1.2 Un accroissement des difficultés dans l'accès à la complémentaire santé face à l'augmentation des primes : de la baisse du niveau de garantie à la « désassurance ».

D'après l'enquête santé protection sociale de 2008, une majorité de la population a aujourd'hui accès à la complémentaire santé. Sont aussi comprises les personnes bénéficiant du dispositif de la CMU-C et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Néanmoins, il resterait près de 4 millions de personnes n'ayant pas de complémentaire santé en France métropolitaine, soit 6% de la population. Le premier motif de non recours à une couverture complémentaire est le poids financier que représente l'adhésion à une complémentaire santé.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie rencontrés mettent en exergue les pratiques des établissements de santé en matière de facturation de chambre particulière. La facturation systématique de la chambre particulière des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire lors de l'admission est particulièrement dénoncée par les représentants de ces organismes. Ils y voient une distinction entre « des malades payants » et « des malades non payants » selon qu'ils ont ou non une couverture complémentaire. Ce type de pratiques aggrave le report de financement sur les organismes complémentaires qui se répercute sur le niveau des primes, et *in fine* sur les ménages.

L'augmentation des primes est un facteur important de difficultés rencontrées aujourd'hui dans l'acquisition ou le maintien d'une couverture complémentaire santé pour de nombreux ménages. En effet, le taux d'effort que les ménages consacrent à une couverture complémentaire varie de 3% pour les ménages les plus riches, à 10% pour les ménages les plus pauvres. Ce taux d'effort dépend fortement de la catégorie socioprofessionnelle et de l'âge du chef de famille. Ainsi, le niveau actuellement élevé des primes explique une croissance des contrats « entrée de gamme » limitant le champ des garanties ou diminuant les taux de prise en charge. La principale conséquence soulevée par les OCAM est la constatation d'une descente en gamme des contrats souscrits par les assurés des contrats individuels. Ainsi, dans un contexte de crise économique, les assurés deviennent plus sensibles au montant de la prime qu'aux différences de prises en charge entre les formules de contrats proposées. Comme le souligne une étude de Renaud Legal²⁴ « *le poids de la contrainte budgétaire semble prépondérant dans le processus de décision de l'assuré* ».

²⁴ LEGAL R. "L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en France, le marché de la santé". *Revue économique*. mars 2009, vol 60, n°2, p441-454.

A cela, vient s'ajouter un phénomène de « désassurance » de certains profils d'adhérents. Ce phénomène est particulièrement marqué dans deux catégories de la population : les jeunes s'estimant en bonne santé et les personnes de plus de 60 ans lors du passage à la retraite²⁵. Un représentant des organismes mutualistes justifie notamment la « démutualisation » des populations jeunes par le cumul de ces deux facteurs : non seulement leurs ressources sont faibles mais le spectre de la maladie est souvent assez éloigné ne les incitant pas à adhérer à une complémentaire santé. Les acteurs mutualistes estiment autour de 8% le taux de « démutualisation » annuel sans toutefois pouvoir en établir l'origine. En effet, les adhérents peuvent autant choisir de faire jouer la concurrence que de ne plus se protéger contre le risque santé.

Or l'absence de possession de couverture maladie complémentaire est un facteur important de renoncement aux soins. Selon l'enquête santé protection sociale de 2008, le taux de renoncement aux soins est de 30% pour les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire. Les acteurs des OCAM rencontrés soulignent l'importance de la maîtrise de l'évolution du montant des primes afin de ne pas entraîner un phénomène massif de « désassurance ».

Lors du colloque sur le renoncement aux soins du 22 novembre 2011²⁶, Agnès Bocognano a affirmé la nécessité d'un engagement des pouvoirs publics sur l'encadrement des prix pratiqués en santé, notamment en matière de forfait d'hébergement, afin de rendre les tarifs opposables.

2.2 Des pratiques de suppléments d'hébergement hospitaliers variables selon les établissements de santé, à même de favoriser une absence d'inégalité dans l'accès aux soins hospitaliers

2.2.1 Une liberté tarifaire laissée à la discrétion des établissements de santé

Si le CSS prévoit que le montant du forfait journalier « *est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie, des finances et du budget* »²⁷, aucune intervention des pouvoirs publics n'est prévue pour la fixation des tarifs des autres suppléments d'hébergement hospitaliers. Dès lors, c'est le principe de la liberté tarifaire qui

²⁵ EUROSTAF. "Les perspectives du marché des organismes complémentaires d'assurance maladie en France". *Perspectives stratégiques et financières* : étude. 2008.

²⁶ Colloque sur le renoncement aux soins, Paris, 22 novembre 2011. "Renoncement aux soins : actes du colloque". *DREES : collection études et statistiques*. 2011, pp. 133-134.

²⁷ Art. R. 174-5 du Code de la Sécurité sociale

prévaut. En effet, ni les trois grandes fédérations d'établissements, la FHF, la FHP et la FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitalier et d'Aide à la Personne) ni les ARS ne jouent de rôle dans la détermination des tarifs. Or, cette liberté laissée aux établissements de santé peut favoriser une rupture d'égalité dans l'accès aux soins hospitaliers dans la mesure où, en fonction du type d'établissement et des caractéristiques du territoire de santé, les usagers se verront appliquer des tarifs différents. Mais ces différences tarifaires ne sont pas nécessairement justifiées par des différences de prestations.

Par exemple, entre deux structures publiques franciliennes, les tarifs pour chambres particulières en médecine, chirurgie, obstétrique ne sont pas comparables : l'une facture ce supplément 45 euros la nuitée, l'autre 77 euros. Plus encore, si l'on compare ces deux tarifs au tarif de 38 euros pratiqué dans un établissement public breton, on se rend compte de la rupture d'égalité dans l'accès aux soins hospitaliers en fonction de la région où réside l'utilisateur.

Si l'on compare maintenant les tarifs en fonction de la catégorie (publique ou privée) des établissements situés sur un même territoire, on se rend compte que les tarifs pratiqués dans le secteur privé sont nettement plus importants. En effet, sur un même territoire breton, l'établissement public facture la chambre particulière 38 euros, alors que la structure privée à but lucratif la facture 56 euros s'il y a un conventionnement, et 62 euros dans les autres cas.

La liberté tarifaire conduit même certains établissements à segmenter leur offre et à proposer différents tarifs. Ainsi, une clinique privée propose plusieurs tarifs en fonction du standing et des services proposés : la chambre particulière simple à 56 euros s'il y a un conventionnement, et à 62 euros dans les autres cas, la chambre Premium à 76 euros et la chambre Prestige à 95 euros.

Toutefois, les caractéristiques socio-économiques de la population prise en charge peuvent venir pondérer cette liberté tarifaire. En effet, les établissements privés de santé soulignent l'importance du principe d'adaptation des tarifs aux caractéristiques socio-économiques de leurs patients. Par exemple, en Bretagne, les suppléments d'hébergement hospitaliers en secteur privé à but lucratif sont globalement plus élevés dans la région rennaise, où les indicateurs socio-économiques sont plutôt favorables, que dans la région de Morlaix où les indicateurs sont, à l'inverse, moins favorables. C'est ici une logique commerciale qui prévaut, l'adaptation de l'offre aux ressources économiques du public cible.

2.2.2 Des modalités de mise en œuvre à géométrie variable

S'il existe un principe de liberté tarifaire dans la fixation des tarifs des suppléments, à l'inverse, les dispositions législatives et réglementaires encadrent strictement les modalités de leurs mises

en œuvre afin de protéger le patient. On retrouve ici l'obligation d'information et de recueil du consentement qui incombe à chaque établissement de santé lorsqu'il propose des suppléments d'hébergement au patient. Rappelons ici que le but de l'obligation d'information étant de recueillir un consentement qui soit libre et éclairé, l'information délivrée doit donc avant tout être claire, loyale et appropriée.

Or, dans la pratique, il s'avère que ces obligations sont peu ou prou respectées par les établissements de santé, entraînant une rupture d'égalité dans l'accès aux soins. En effet, la majorité des établissements informent l'utilisateur par voie d'affichage dans les locaux ou par voie écrite dans le livret d'accueil. On peut dès lors s'interroger sur la compréhension par l'utilisateur de ces informations standardisées et sur la lecture effective du livret d'accueil. Une information par les personnels du bureau des admissions, voire, en amont de l'admission, par le secrétariat du praticien, mise en œuvre dans certains établissements interrogés, apparaît comme le meilleur moyen d'assurer une information effective garantissant l'égalité dans l'accès aux soins.

S'agissant du recueil du consentement, les établissements ont, dans la très grande majorité des cas, mis en place une procédure assurant le respect de cette obligation, notamment par la mise en place d'un formulaire de consentement. Les organismes complémentaires insistent cependant sur le fait que certains de ces formulaires n'ont aucune valeur juridique, dans la mesure où il s'agit, le plus souvent, d'une case à cocher et que le montant ne fait pas l'objet d'une reproduction manuscrite du patient. Cependant, un établissement se dispense du recueil du consentement du patient. Il s'agit d'un établissement public. Les professionnels de cet établissement expliquent que l'information et le recueil du consentement augmentant considérablement la charge de travail des personnels, il a été décidé de ne pas les mettre en œuvre. Cette liberté prise par l'établissement est à mettre en relation avec sa politique de facturation. En effet, cet établissement facture le supplément chambre particulière uniquement aux mutuelles.

Et c'est probablement au niveau de la facturation que les ruptures d'égalité sont les plus importantes. En effet, certains établissements publics de santé ont fait le choix de facturer la chambre particulière uniquement au patient ayant une complémentaire, voire, uniquement aux patients ayant une complémentaire couvrant une prise en charge financière intégrale. Or, le fait de ne pas avoir de complémentaire santé peut aussi être un choix, et les mutuelles elles-mêmes le soulignent. Et, dans le même temps, avoir une complémentaire offrant une bonne couverture des suppléments d'hébergement hospitaliers peut demander un effort financier important. Cela contrevient directement au principe d'égalité dans l'accès aux soins dans la mesure où c'est uniquement la présence d'une prise en charge par les organismes complémentaires qui enclenche

la facturation de la chambre. Il convient de souligner que le principe d'une facturation de la chambre particulière en fonction de la couverture complémentaire du patient n'a été observé que dans des structures publiques, l'une implantée en Ile-de-France et l'autre en Bretagne. Aucune des structures privées rencontrées, qu'elle soit à but lucratif ou à but non lucratif, n'ont mis en place un tel dispositif ; la facturation de la chambre particulière s'appliquant de la même manière quelle que soit la situation du patient.

Lors de nos entretiens, des interlocuteurs ont estimé que la mise en place de ces dispositifs avait suscité des oppositions plus ou moins vives des professionnels impactant les modalités d'applications.

Pour autant, la mise en place d'un contrôle par les autorités publiques sur les suppléments d'hébergement permettrait uniquement de s'assurer que les établissements respectent bien leur obligation de recueil du consentement. Dès lors, la mise en place d'un plafonnement des tarifs peut apparaître comme le moyen ultime de garantir des tarifs déterminés « avec tact et mesure ».

2.3 Prévenir les risques de dérives dans la politique de facturation

2.3.1 Contrôler les pratiques d'information et d'obtention du consentement

Nous avons vu, que la réglementation imposant l'information et le consentement du patient n'était pas toujours respectée. Un contrôle accru des modalités mises en place par les établissements serait de nature à préserver le libre choix du patient et à prévenir les risques d'inégalité dans l'accès aux soins.

En premier lieu, cette démarche pourrait être conduite par les ARS. En effet, au titre de leur mission, celles-ci peuvent contrôler le fonctionnement des établissements de santé. Il reviendrait donc aux inspecteurs de contrôler le respect des dispositions de l'article R. 162-32-2 du CSS qui fixe l'obligation d'information.

Ce contrôle pourrait également s'appuyer sur la certification conduite par la Haute Autorité de santé (HAS). Le manuel de certification V2010²⁸ comporte deux critères qui font référence à l'information du patient : le critère 1.d. relatif à la « Politique des droits des patients » et le critère 16.a qui traite du « Dispositif d'accueil du patient ». Le critère 16.a précise notamment

²⁸ Haute Autorité de Santé - Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. "Manuel de certification des établissements de santé - V2010". HAS. Avril 2011, p18, p56.

que « *le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de sa prise en charge* ». Pour chacun des deux items, le manuel indique que l'établissement met en œuvre des processus d'évaluation et d'amélioration en lien avec la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Des exigences accrues des experts visiteurs de la HAS sur les pratiques d'information et de consentement du patient en matière de facturation de la chambre particulière inciteraient les établissements à mettre en place des procédures pour garantir le droit des patients. En outre, un travail réalisé en collaboration sur ce thème avec la CRUQPC permettrait d'accroître la vigilance sur ce point. En effet, un représentant des usagers en Bretagne que nous avons rencontré soulignait que les usagers étaient réellement considérés comme un partenaire au sein des hôpitaux et qu'ils avaient l'écoute des responsables d'établissements pour faire évoluer les pratiques.

Au-delà du respect du droit à l'information et au consentement de l'utilisateur, le montant des recettes engendrées par la facturation des chambres particulières devrait permettre d'alerter les autorités sur des dérives observées dans des établissements.

2.3.2 Contrôler la part des recettes liée aux suppléments d'hébergement hospitaliers et les taux de facturation de chambres individuelles au sein des établissements de santé

Actuellement, les ARS ont la possibilité d'avoir un regard sur le montant des recettes globales générées par les suppléments d'hébergement au travers du compte administratif des établissements : les comptes budgétaires « Majoration pour Chambre particulière » et « Chambres accompagnants » recensent en effet le produit de ces facturations. Cependant, la politique menée par les ARS n'est pas uniforme sur le territoire. Parmi les deux ARS relevant du champ de notre étude, une ARS a institué des tableaux de bord permettant un suivi, par établissement et dans le temps, de ces recettes subsidiaires mais uniquement pour les établissements publics et privé à but non lucratif.

Par ailleurs, la facturation des chambres individuelles est l'un des leviers du PREF que les établissements proposent à l'ARS. Dans ce cadre, l'Agence s'assure déjà de la cohérence et de la faisabilité de cette mesure. Il faut souligner cependant que ce contrôle s'effectue dans la perspective de l'amélioration de la situation financière de l'établissement davantage que dans une optique de régulation.

Le suivi des recettes globales permet à l'ARS de connaître les évolutions en tendance des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif. Il permet d'avoir une vision macro-économique du dispositif mais n'apporte aucun éclairage sur les tarifs pratiqués et sur le ratio EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012

entre le nombre de chambres facturées et le nombre total de chambres de l'établissement ou le nombre de chambres facturables.

Ces informations, si elles étaient collectées, permettraient d'alerter, et d'identifier des dérives. Il serait donc souhaitable de les collecter systématiquement dans le cadre d'une enquête annuelle telle que celle relative aux Statistiques Annuelles des Etablissements de santé (SAE)²⁹, notamment parce que cette dernière est complétée par les établissements publics et privés à but non lucratifs et lucratifs. Néanmoins se poserait la question de l'utilisation de ces données pour réguler les pratiques des établissements de santé. Un encadrement des niveaux de suppléments d'hébergement hospitaliers permettrait également de préserver l'accès aux soins des patients.

2.3.3 Plafonner les niveaux de suppléments d'hébergement hospitaliers

Le décret du 30 novembre 2005 pris en application de l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé³⁰, a supprimé les dispositions spécifiques du CSP déterminant le mode de calcul et fixant une limite maximale à la majoration pouvant être appliquée au régime des chambres particulières. Cette libéralisation laisse toute autonomie aux établissements de santé dans leur politique de facturation. Leur développement et les risques qui pourraient, à terme, en résulter pour l'accès aux soins des patients, peuvent amener à s'interroger sur la nécessité d'instituer un plafonnement des tarifs. Le représentant de l'ARS que nous avons rencontré évoque « *une ligne jaune* » que les établissements devraient ne pas dépasser, en matière de facturation de supplément d'hébergement hospitaliers. Certains ont pu s'interroger sur la difficile conciliation pour un établissement public de santé entre des pratiques de facturation parfois proches de véritables opérations de marketing et ses missions principales de service public, et finalement se demander si certaines prestations ne devraient pas relever exclusivement d'établissements privés. Au cours de nos différents entretiens, il est évoqué que l'éthique professionnelle des différents acteurs du milieu hospitalier constitue fréquemment un garde-fou pour prévenir les abus. Cette éthique est-elle suffisante pour garantir l'accès aux soins ? Un plafonnement des tarifs permettrait de pallier les risques, d'autant que tous nos interlocuteurs évoquent une augmentation de ces facturations dans les prochaines années. Cette perspective est à mettre en lien avec un fort développement des chambres particulières lors des restructurations des établissements de santé.

²⁹ Il s'agit d'une enquête réalisée chaque année par la DREES portant sur l'activité des établissements.

³⁰ La circulaire d'application n° DHOS/F4/2005/351 du 25 juillet 2005 a précisé le dispositif.

Il conviendrait alors de définir les critères du plafonnement. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées : la régulation pourrait être générale en ré-introduisant un dispositif dans le CSP. Les critères de plafonnement pourraient en outre s'appuyer sur la situation socio-économique des patients ou sur les secteurs de prise en charge (par exemple exonération en réanimation, soins palliatifs).

Au-delà de la question de la mise en place d'une régulation réglementaire, il faut souligner le rôle joué par les mutuelles de santé qui cherchent à se positionner, depuis quelques années, comme un acteur permettant de réguler les tarifs. Ainsi, Jean-Pierre Davant, ancien président de la Mutualité française, déclarait : « *En tant que 2^{ème} financeur de soins dans ce pays, nous devons essayer par nous-mêmes, collectivement, d'agir pour que l'organisation du système évolue structurellement* »^{31, 32}. Parmi les personnes que nous avons interviewées, cette même préoccupation transparaît : selon un représentant de la Mutualité Française, « *le poste des dépenses hospitalières a connu une croissance à deux chiffres depuis les quatre dernières années, notamment en ce qui concerne les frais annexes aux soins* ». Il indique que cela oblige les mutuelles à être de plus en plus vigilantes sur ce poste de dépenses car elles disposent de peu de marge pour la gestion du risque. L'attention des mutuelles a en outre été renforcée par la position des pouvoirs publics qui ont permis d'assouplir et d'étendre les mécanismes des suppléments d'hébergement hospitaliers. Les mutuelles ont fait part de leur inquiétude à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), en juillet 2011, par des courriers et lors de rencontres. Au-delà de la pratique du conventionnement qui permet d'encadrer les pratiques, il apparaît donc que les organismes complémentaires préconisent un meilleur encadrement de la tarification des chambres particulières.

Toutefois, le questionnement d'une réglementation plus stricte des tarifs peut faire débat. En effet, les suppléments d'hébergement hospitaliers semblent incontournables pour équilibrer la situation financière des établissements.

³¹ J.P. Davant, interview AFP, 7 juin 2006

³² CAIRE G. *La nouvelle logique d'action des mutuelles de santé la mise en place de « priorité santé mutualiste »*. Revue des études coopératives mutualistes et associatives. février 2009, n°311

Conclusion

Au terme de notre enquête de terrain, il nous apparaît que face à la montée progressive des droits des usagers du système de santé, on assiste à la remise en cause de certains principes de notre système de protection sociale. Le contexte financier contraint de notre système de santé a des répercussions négatives sur de nombreux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés et, par la même occasion, sur le système de solidarité nationale.

Pour faire face à cette situation, certains établissements de santé ont mis en place des suppléments d'hébergement hospitaliers. Ces suppléments sont facturés lorsque les usagers souhaitent disposer d'une chambre particulière et de prestations supplémentaires touchant au confort. Notre enquête a permis de démontrer une multiplicité de ces pratiques tant en Bretagne qu'en Ile-de-France. Les niveaux de tarification des suppléments, connaissent des différences au sein même des deux régions et semblent plus élevés en Ile-de-France. Toutefois les données recueillies dans le cadre de notre étude ne nous permettent pas d'affirmer qu'il existe une réelle différence entre ces deux régions ; les facteurs déterminants nous semblant être davantage le statut des établissements (public, privé, privé à but lucratifs, mais également entre CH et CHU) et les caractéristiques du bassin de population.

Même si à première vue ce genre de pratiques peut être facteur d'inégalités d'accès aux soins, il apparaît qu'à l'heure actuelle elles sont davantage facteurs d'inégalités de traitement entre les usagers. En effet, très peu de renoncements aux soins sont causés directement par ces suppléments d'hébergement.

Cependant, sans un encadrement des pratiques, les suppléments d'hébergement hospitaliers pourraient participer, à l'avenir, à une inégalité d'accès aux soins. En effet, ces suppléments, qui constituent les seules marges de manœuvre financières des établissements de santé, ont un impact sur les OCAM et sur le niveau de couverture complémentaire des usagers. Le coût de ces assurances sociales est appelé à croître, ce qui pourrait entraîner un phénomène de « désassurance » important. De plus, l'hétérogénéité des pratiques dans la tarification des suppléments d'hébergement hospitaliers fait planer des risques d'inégalité dans l'accès aux soins hospitaliers. Au vu de cela, il apparaît donc indispensable de prévenir les risques de dérives dans la politique de facturation de ces suppléments.

Au-delà de la problématique des suppléments d'hébergement hospitaliers, c'est la question du financement privé de l'hospitalisation qui est posée. En effet, le niveau global des restes à charge ne cesse d'augmenter. Parallèlement aux dispositifs encadrés tels que le forfait journalier ou le

ticket modérateur, on assiste au développement de dispositifs non encadrés comme les dépassements d'honoraires. Cette problématique a été soulevée par la grande majorité des acteurs que nous avons rencontrés au cours de notre enquête. Ce mouvement conduit à laisser une part de plus en plus importante du financement des biens et services médicaux aux organismes complémentaires d'assurance maladie et donc, par la même occasion, aux ménages.

Ceci paraît peu compatible avec le principe constitutionnel du «*droit à la protection de la santé*»³³ qui «*suppose de garantir l'accès aux soins, en particulier du point de vue financier*». Le Conseil constitutionnel a précisé que la participation des assurés sociaux au financement des biens et services médicaux «*ne doit pas dépasser un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du 11^e alinéa du Préambule de la Constitution de 1946*»³⁴. Parallèlement à cela, la définition des restes à charges retenue par cette même institution comprend non seulement les sommes non remboursées par les organismes d'assurance maladie mais également le coût d'une couverture maladie complémentaire.

Au vu de ces éléments, le développement des différents restes à charges, qu'ils soient des dépassements d'honoraires ou des suppléments d'hébergement hospitaliers, pose des questions d'un point de vue éthique mais également d'un point de vue constitutionnel.

De cette problématique dépend la survie de certains des principes de la solidarité nationale face à une privatisation rampante du financement de notre système de santé.

³³ Alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946

³⁴ Décision CC 12 août 2004 n°2004-504, à propos de la participation forfaitaire, décision n°2007-558 du 13 décembre 2007

Bibliographie

Textes réglementaires:

- Code de la santé publique
- Code de la sécurité sociale
- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Décret n° 2011-211 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé.
- Circulaire n° DHOS/F4/2005/351 du 25 juillet 2005 relative au nouveau régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés antérieurement financés par dotation globale.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SDIB/SDIC/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- Circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.
- Circulaire DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

Ouvrages:

- BASSET C., BRUN N. *Les chartes dans le domaine de la santé : des outils pour les représentants des usagers*. Paris : UNAF. 2007, 82p.
- CLEMENT J.-M.. *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République*. Les études hospitalières. 2010, 544p.
- KERVASDOUE J. (sous la dir.). *Carnet de santé de la France*. Dunod-FNMH. 2009, 250 p
- GRIMALDI A., TABUTEAU D., BOURDILLON F., PIERRU F., LYON-CAEN O. *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*. Odile Jacob, 2011. 190 p.

- NARDIN A. et collectif. *L'humanisation de l'hôpital, mode d'emploi*. Musée de l'AP-HP, 2009. 244 p.
- PALIER B. *Gouverner la sécurité sociale*. PUF, 2005.502p.
- PENAUD P. et all. *Politiques sociales*. Presses de Sciences Po et Dalloz. 2011, p.76.
- POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. (sous la dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 2010, 380p.

Articles, rapports:

- ANDRE J.M., TURQUET P. "L'Assurance Maladie Complémentaire en France : état des lieux et perspectives". *Revue de Droit Sanitaire et Social*. mars-avril 2011, n°2, p. 210-223.
- BRIET R., FRAGONARD B. "Mission bouclier sanitaire". Paris : *La Documentation Française*, rapport du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 2007, 57p.
- CAIRE G. "La nouvelle logique d'action des mutuelles de santé la mise en place de « priorité santé mutualiste »". *Revue des études coopératives mutualistes et associatives*. février 2009, n°311.
- CNAMTS, Ministère de la santé. "Abécédaire chirurgie ambulatoire". CNAMTS-Ministère de la santé. 2009.
- COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-GABRIELLI V. "Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine". DREES : Etudes et Résultats. juin 2011, n°764.
- Comité sur les Infections Nosocomiales du Québec (CINQ). "Proportion de chambres individuelles avec salle de toilette non partagée devant être disponibles dans les établissements de soins de santé physique du Québec". *Institut National de Santé Publique du Québec*. août 2010, p8.
- DEBRAND T. et SORASITH C. "Déremboursement des dépenses de santé et évolution des restes à charge : une analyse à partir du modèle de microsimulation Arammis". *Document de travail Irdes*. novembre 2010.
- DESPRES C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F. "Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique". *Questions d'économie de la santé*. octobre 2011, n°169.
- DESPRES C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F. "Le renoncement aux soins pour raisons financières". *Questions d'économie de la santé*. novembre 2011, n°170.
- ELBAUM M. "Participation financières des patients et équilibre de l'assurance maladie". *lettre de l'OFCE*. 2007, n°301.
- EYMERY M. "Sécurité sociale et solidarité : quel avenir ?". *Sève, les tribunes de la santé*. 2007, n°17.

- Fédération Nationale de la Mutualité Française. "Les dépenses d'assurance maladie et du ticket modérateur à fin décembre 2011 : Fiche de conjoncture trimestrielle n°45". *Fédération Nationale de la Mutualité Française*, Direction santé. n°45.
- GARNERO M., RATTIER M.-O. "Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2007". *DREES, série statistiques* – document de travail. février 2011, n°151.
- GARNERO M., RATTIER M.-O. "Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008". *DREES : Etudes et résultats*. février 2011, n°752.
- GAUTHIER P. "Quelques réflexions sur les usagers de l'hôpital". *Empan*. 2006/4 n°64, pp.28-31.
- GILLES L., LAUTIE S. "Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : exemple de l'optique". *AMELI : Points de repère*. février 2012, n°37.
- IRDES. "Enquête sur la santé des Français et la protection sociale en 2008". *IRDES : rapport*. juin 2010, n°1800.
- IRDES. "Historique du ticket modérateur en France". *Irdes*, Pôle documentation. janvier 2011, 12p.
- JUSOT F. "L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective", in *Au chevet de la santé : quel diagnostic ? quelles réformes ?*. *La découverte*. avril 2010, n°5.
- KERVASDOUE (DE) J. "Les effets indésirables de la franchise médicale". *Le monde*. 6 juin 2007.
- LACHAUD C., ROCHAIX L. ET LARGERON C. "Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale". *Economie et statistique*. 1998, n°315, pp. 51-72.
- LEGAL R. "L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en France, le marché de la santé". *Revue économique*. mars 2009, vol 60, n°2, p441-454.
- MARIE R. "Financement des dépenses de santé et accès aux soins". *Revue de Droit Sanitaire et Social*. mars-avril 2011, n°2, p. 312-321.
- MERLE P. "L'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : Et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ?". *Finances Hospitalières*. septembre 2008, n°17, p. 4-9.
- MERLE P. "La facturation des majorations pour chambre particulière: quelle marges de manœuvre pour les établissements?". *Finances Hospitalières*. février 2010, n°33, p. 5-6.
- Ministère chargé de la santé. "Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé". Paris : Ministère chargé de la santé. 2009.

- NARDIN A (propos recueillis par BIENVAULT P.). "Le souci de l'humanisation de l'hôpital remonte à la fin des années 1920". *La Croix*. 13 avril 2010.
- OLIVIER V., "La santé ? Trop cher pour moi !", *L'express*. 14 mars 2012, n°3166.
- PERRONNIN M., PIERRE A., ROCHEREAU T. "La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès". *Irdes: Question d'économie de la santé*. janvier 2011, n°161
- SOLARD J, EVAIN F. "Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités". *DRESS : Etudes et Résultats*. mars 2012, n°794.
- PEYRET P. "Déséquilibre financier, dégradation financière et retour à l'équilibre". *Finances hospitalières*. octobre 2008, n° 18.
- TABUTEAU D. "La métamorphose silencieuse de l'assurance maladie". *Droit social*. 2010, 1, p. 85-92.
- TABUTEAU D. (propos recueillis par CANNASSE S.). "Vers une nouvelle loi de droit des patients". *Revue du praticien médecine générale*. 2012, n°871.
- TOUZARD J. "L'hôtel hospitalier: un outil utile pour concilier qualité et efficience dans les établissements de santé". *Finances Hospitalières*. mars 2012, n°56, p. 14-17.
- VIOUJAS V. "Note sous l'arrêt CE 26 juillet 2011". *Revue de Droit Social et Sanitaire*. 2011, p. 957
- "Cliniques : les usagers contre le forfait administratif". *Ouest France*. 9 avril 2012
- "Les hôpitaux de Paris veulent faire payer les chambres individuelles". *Le Parisien*. 5 octobre 2010.
- "Tous les tarifs des chambres particulières", *Le particulier*. mars 2010, n°1047.
- "L'Hôpital du XXIème siècle". *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux* : éditions AP-HP. 2000.
- EUROSTAF. "Les perspectives du marché des organismes complémentaires d'assurance maladie en France". *Perspectives stratégiques et financières* : étude. 2008
- Colloque sur le renoncement aux soins, Paris, 22 novembre 2011. "Renoncement aux soins : actes du colloque". *DREES : collection études et statistiques*. 2011, pp. 133-134.
- Cour des comptes . "La sécurité sociale : rapport". Paris : Cour des comptes. septembre 2010, p.261-292.
- Haute Autorité de Santé - Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. "Manuel de certification des établissements de santé - V2010". HAS. Avril 2011, 112p

Communiqués de presse, Dépêches:

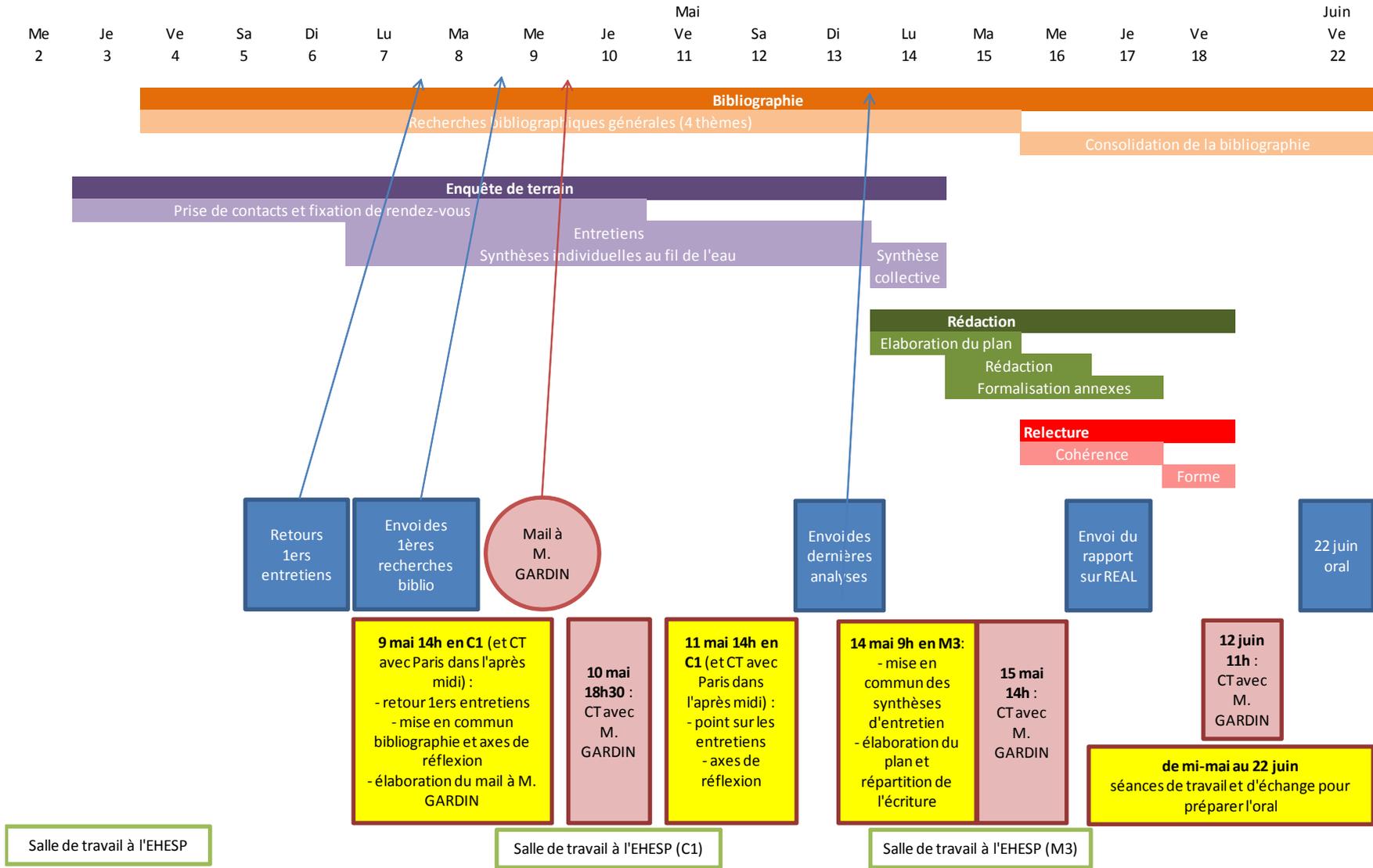
- Communiqué de Presse de l'APHP. Facturation des chambres individuelles demandées par le patient à l'APHP : mise en place d'une expérimentation. janvier 2011.
- Communiqué de Presse du CISS. Les cliniques Vitalia inventent l'impôt privé. 27 mars 2012
- Communiqué de Presse du CISS Bretagne. Les associations d'utilisateurs contre le forfait administratif dans les cliniques. 2012
- Dépêche AFP. 600 médecins s'opposent aux chambres individuelles payantes à l'APHP. AFP. 7 février 2011, 15:27.
- Dépêche FPH. Facturation des chambres particulières en ambulatoire. FPH. 3 mars 2011.

Filmographie

- OUALID J.-P. Humanisons l'hôpital : Parlons médecine. in INA. Disponible sur : <http://www.ina.fr/economie-et-societe/vie-sociale/video/CPB79057408/humaniser-l-hopital.fr.html>

Liste des annexes

ANNEXE 1: Rétro planning pour l'organisation de travail du groupe	II
ANNEXE 2: Planning des entretiens	III
ANNEXE 3: Fiche de présentation orale de la démarche MIP pour les entretiens	IV
ANNEXE 4: Guide d'entretien pour les établissements de santé	V
ANNEXE 5: Guide d'entretien pour les ARS	VI
ANNEXE 6: Guide d'entretien pour les organismes complémentaires	VII
ANNEXE 7: Guide d'entretien pour les représentants des usagers	VIII
ANNEXE 8: Synthèse de la grille d'analyse des entretiens	IX



ANNEXE 2: Planning des entretiens

Fonction personne à rencontrer	DATE	LIEU	Elèves Concernés
Directeur organisme complémentaire	7 mai, 11h	Ile-de-France	AB / NC
Directeur organisme complémentaire	7 mai, 14h	Bretagne	SN / SG
Représentant national organisme complémentaire	7 mai, 14h	Ile-de-France	AB / NC
Représentant association usagers Ile de France	9 mai, 9h30	Ile-de-France	DPT / NC
Délégué organisme complémentaire	9 mai, 14h30	Bretagne	LB / CR
Représentant d'établissement public de santé CHU	<i>9 mai, 14h30</i>	Ile-de-France	DPT / NC
Représentant d'établissement de santé privé ESPIC	<i>10 mai, 14h</i>	Ile-de-France	DPT / SN
Représentant d'établissement de santé public CH	<i>11 mai, 9h30</i>	Ile-de-France	DPT /SG
Représentant d'établissement de santé privé lucratif Clinique	<i>11 mai, 10h</i>	Bretagne	FF / AB
Représentant d'association d'usagers Bretagne	<i>11 mai, 14h</i>	Bretagne	CR / TB
Représentant d'établissement de santé public CHU	<i>11 mai, 14h</i>	Bretagne	SN / LB
Représentant de l'Agence Régionale de Santé	<i>11 mai, 16h</i>	Ile-de-France	DPT / SG
Représentant de fédération d'établissement de santé privé lucratif	<i>14 mai, 11h</i>	Bretagne	TB / FF
Représentant national conventionnement organisme complémentaire	14 mai, 14h	Bretagne	TB / FF

Différents acteurs contactés n'ont pas répondu notre demande d'entretien pour des raisons diverses (pas de disponibilité, pas réponse, etc.):

- cinq établissements de santé privés lucratifs de Bretagne,
- la direction nationale d'un groupe d'établissements de santé privés lucratifs,
- un établissement public de santé de Bretagne,
- l'agence régionale de Santé de Bretagne.

ANNEXE 3: Fiche de présentation orale de la démarche MIP pour les entretiens

Bonjour, je suis... X, élève Y, Z, élève V. Nous sommes actuellement en formation à l'école des hautes études en santé publique.

Nous réalisons actuellement une enquête de terrain sur les suppléments d'Hébergement hospitalier dans les établissements de santé publics et privés, en Bretagne et Ile-de-France ; dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire, de 9 personnes comprenant des élèves directeurs d'hôpital, direction d'établissement sanitaire, social et médico-social, directeur des soins, attaché d'administration hospitalière, inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

Les objectifs de ce travail, dénommé MIP, sont de :

- Travailler en interfiliarité sur une thématique de santé publique et de dégager les concepts qui s'y rattachent ;
- Définir un diagnostic, poser une problématique, et de mettre en œuvre une méthodologie pour y répondre à partir d'une enquête de terrain et de recherches bibliographiques ;
- Rédiger un rapport d'une trentaine de pages, de le soutenir face à un jury ; rapport qui pourrait éventuellement donner lieu à une publication

Nous partons du constat d'un développement des suppléments d'hébergement hospitalier. et nous nous interrogeons sur les *conséquences de ce développement dans les établissements de santé de Bretagne et d'Ile de France.*

Nous réalisons à cette fin une quinzaine d'entretiens avec des établissements de santé (publics, privés et établissements privés d'intérêt collectif) et des acteurs institutionnels (ARS, organismes de protection complémentaire, associations d'usagers).

Nous vous avons sollicité pour vous rencontrer en raison de votre place dans le paysage sanitaire et nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter de nous consacrer du temps.

L'entretien se déroulera à partir d'un questionnaire que nous avons élaboré et durera une heure environ. Nous allons prendre en note nos échanges, et les informations recueillies à cette occasion seront confidentielles et resteront anonymes dans notre rapport.

Si vous le voulez bien, nous allons commencer l'entretien.

ANNEXE 4: Guide d'entretien pour les établissements de santé

I - Question préalable : pouvez-vous nous présenter vos fonctions et votre établissement ?

- ⤴ Quel est le niveau du budget de votre établissement, les types d'activités qui y sont exercées, et son nombre de lits ?
- ⤴ Appartient-il à un groupe (cf. ESPIC, cliniques notamment) ?
- ⤴ Quel est le contexte territorial de votre établissement (cf. caractéristiques socio-économiques du territoire de santé et du bassin hospitalier) ?

II - A quoi correspondent pour vous les SHH ?

NB : *L'interlocuteur donne-t-il spontanément une définition légale ou extra-légale des SHH ?*

III - Votre établissement a-t-il mis en place des SHH ?

- ⤴ **Si oui lesquels, et dans quel contexte ?**
 - ⤴ Quels sont les prestations concernées par les SHH dans votre l'établissement ?
 - ⤴ Quel a été le contexte de mise en œuvre des SHH :
 - Par rapport au contexte financier ? (CREF ?)
 - Par rapport au positionnement territorial de l'établissement ? (*Concurrentiel ou non?*)
 - ⤴ Que représentent pour votre établissement les SHH ? (*Variable d'ajustement budgétaire ou non ?*)
- ⤴ **Sinon, pour quelles raisons ? Envisagez-vous d'en mettre en place ?**

IV - Quelles sont les modalités de mise en œuvre de ces SHH ?

- ⤴ Comment définissez-vous le montant des SHH ? A quel niveau est défini la politique de facturation (injonction externe -ARS-siège du groupe d'appartenance- ou bien choix de la direction interne) ?
- ⤴ Comment la tarification des SHH a-t-elle évolué ces dernières années ?
- ⤴ Quel est le processus permettant d'enclencher la facturation de la chambre individuelle ?
- ⤴ Existe-t-il des différences de tarification selon les activités ou le niveau de couverture des patients ? Comment travaille le service social de l'établissement pour assurer la solvabilité des usagers ?
- ⤴ Quelles relations entretient votre établissement avec les organismes complémentaires d'assurance-maladie au sujet de la prise en charge des SHH ?
- ⤴ Quels sont les taux de facturation (ratio chambres facturées/chambres facturables) au niveau de l'établissement/au niveau des pôles ?
- ⤴ Comment les professionnels de santé de votre établissement perçoivent-ils les SHH ?

V - Comment l'établissement informe-t-il les usagers en matière de SHH ?

NB : *L'interlocuteur évoque-t-il spontanément ses obligations relatives au droit des usagers ?*

- ⤴ Au moment de l'admission, quelles sont les modalités d'information des usagers et d'obtention de leur consentement ?
- ⤴ Quelle promotion est faite des prestations d'hébergement facturées en supplément ?
- ⤴ Le cas échéant, comment s'organise la gestion des réclamations et des contentieux (impayés, facturations non justifiées) ?

VI - Quelles sont les répercussions sur la prise en charge des patients ?

- ⤴ Selon vous, les SHH sont-ils un facteur d'inégalité face au confort ou à la qualité de prise en charge globale des patients ? Débat qualité-confort
- ⤴ Selon vous, dans quelle mesure l'augmentation des SHH peut-elle avoir un impact sur l'assurance complémentaire
- ⤴ Peuvent-ils être considérés comme un facteur potentiel de sélection/d'exclusion de patient, et donc d'inégalités d'accès aux soins hospitaliers ?

ANNEXE 5: Guide d'entretien pour les ARS

I - Question préalable : pouvez-vous nous décrire vos fonctions, l'agence et son territoire?

- ⤴ Quel est le niveau du budget, les types d'établissements (publics/privés), description de l'offre sur le territoire?
- ⤴ Quel est le contexte territorial et les caractéristiques socio-économiques du territoire de santé ?

II - A quoi correspondent pour vous les SHH ?

NB : *L'interlocuteur donne-t-il spontanément une définition légale ou extra-légale des SHH ?*

III - Les établissements de votre territoire de santé ont-ils mis en place des SHH ?

- ⤴ **Si oui lesquels (établissements, SHH), et dans quel contexte ?**
 - ⤴ Quels sont les prestations concernées par les SHH au sein du territoire de santé ?
 - ⤴ Quel a été le contexte de mise en œuvre des SHH :
 - Par rapport au contexte financier ? (*CREF ?*)
 - Par rapport au positionnement territorial de l'établissement ? (*Concurrentiel ou non?*)
 - ⤴ Que représentent pour l'ARS les SHH ? (*Variable d'ajustement budgétaire ou non ?*)
- ⤴ **Sinon, pour quelles raisons ? Les établissements envisagent-ils à court et moyen terme d'en mettre en place ?**

IV - Quelles sont les modalités de mise en œuvre de ces SHH ? Quel est le rôle, le regard de l'ARS ?

- ⤴ Comment sont définis le montant des SHH ? A quel niveau est défini la politique de facturation (injonction ARS, choix de la direction interne, etc.) ?
- ⤴ Comment la tarification des SHH a-t-elle évolué ces dernières années ?
- ⤴ Existe-t-il des différences de SHH entre les différents établissements et entre public/privé ou selon la démographie médicale ?
- ⤴ Au niveau du territoire de santé, quel est le taux d'établissements ayant mis en place des SHH?
- ⤴ Comment les professionnels de santé du territoire de santé perçoivent-ils les SHH ?

V - Comment l'ARS peut garantir l'information des usagers en matière de SHH ?

NB : *L'interlocuteur évoque-t-il spontanément les obligations relatives au droit des usagers ?*

- ⤴ Au moment de l'admission, quelles sont les modalités d'information des usagers et d'obtention de leur consentement (certification via HAS, ou autorisation) ?
- ⤴ Quelle promotion/information est faite des prestations d'hébergement facturées en supplément ?
- ⤴ Le cas échéant, comment s'organise la gestion des réclamations et des contentieux (impayés, facturations non justifiées) ?

VI - Quelles sont les répercussions sur la prise en charge des patients ?

- ⤴ Selon vous, les SHH sont-ils un facteur d'inégalité face au confort ou à la qualité de prise en charge globale des patients ? Débat qualité-confort
- ⤴ Dans quelle mesure l'augmentation des SHH peut-elle avoir un impact sur l'assurance complémentaire
- ⤴ Peuvent-ils être considérés comme un facteur potentiel de sélection/d'exclusion de patient, et donc d'inégalités d'accès aux soins hospitaliers ?

ANNEXE 6: Guide d'entretien pour les organismes complémentaires

I - Question préalable : pouvez-vous nous présenter vos fonctions et votre organisme ?

- ⤴ Quel est le niveau d'implantation de votre organisme sur le territoire ?
- ⤴ Quelle part de marché représente les organismes mutualistes dans le secteur des OCAM (Assurances/Prévoyance versus Mutuelles) au niveau régional ?
- ⤴ le nombre d'assurés, les caractéristiques socioéconomiques des assurés au niveau régional ?

II - A quoi correspondent pour vous les SHH ?

NB : *L'interlocuteur donne-t-il spontanément une définition légale ou extra-légale des SHH ?*

- ⤴ **Que prennent en charge les organismes mutualistes en matière de restes à charge « soins hospitaliers » (TM, forfait actes lourds) et restes à charge « hébergement hospitalier » (forfait journalier 18 euros et SHH) ?**

III – Vos assurés/adhérents ont ils été confrontés à des SHH ?

- ⤴ **Avez vous connaissance de l'existence des SHH ? dans votre région ?**
 - ⤴ Dans les ES publics et privés.
 - ⤴ Quelle est l'ampleur du phénomène ? sur votre région ? (depuis combien de temps ? dans quelle proportion ?)
- ⤴ **Que représente pour vous l'évolution des SHH ?**
 - ⤴ Par rapport au contexte financier des établissements de santé?
 - ⤴ Par rapport à l'évolution des profils des adhérents mutualistes ?
- ⤴ **Comment se sont positionnés /adaptés les organismes mutualistes face à la montée en charge des SHH ?**
 - ⤴ en terme d'offre de prestations quelles sont les répercussions ?
 - ⤴ Quel est le niveau de couverture des SHH par les organismes mutualistes ? Comment définissez-vous le montant de remboursement des SHH ?
 - ⤴ Existe-t-il des différences de remboursement selon les activités ou le niveau de couverture des patients ?
 - ⤴ Est ce que les mutuelles font de la montée en charge des SHH un argument de promotion de leur offre de prestations ?

IV - Quelles connaissance avez vous de la mise en place des SHH dans les établissements ?

- ⤴ Quelle est votre connaissance du processus d'élaboration des SHH dans les ES?
- ⤴ Quelle connaissance avez vous de leurs pratiques de facturation lors de l'admission de l'utilisateur, problème du statut de l'utilisateur (ex : CMU...)

V – Quelle connaissance avez vous de l'information des usagers en matière de SHH ?

- ⤴ Quelles relations entretient votre organisme avec les services sociaux des établissements de santé au sujet de la prise en charge des SHH ?
- ⤴ Au moment de l'admission, quel regard portez vous sur les pratiques d'information des usagers en matière de SHH ?

VI - Quelles sont les répercussions sur la prise en charge des patients ?

- ⤴ Selon vous, les SHH sont-ils un facteur d'inégalité face au confort ou à la qualité de prise en charge globale des patients ? Débat qualité-confort
- ⤴ Dans quelle mesure l'augmentation des SHH peut elle avoir un impact sur l'accès à l'assurance complémentaire ? (les SHH ont ils une influence sur le prix des prestations d'assurance complémentaire)
- ⤴ Peuvent-ils être considérés comme un facteur potentiel de sélection/d'exclusion de patient, et donc d'inégalités d'accès aux soins hospitaliers ?

ANNEXE 7: Guide d'entretien pour les représentants des usagers

I - Question préalable : pouvez-vous nous présenter vos fonctions et votre association ?

- ⤴ Quelle est l'organisation de votre association
- ⤴ Quel est le mode de financement de votre association
- ⤴ Quel est le contexte territorial, nombre d'adhérents

II - A quoi correspondent pour vous les SHH ?

NB : *L'interlocuteur donne-t-il spontanément une définition légale ou extra-légale des SHH ?*

III – La mise en place des SHH dans les établissements

- ⤴ **Si oui lesquels, et dans quel contexte ?**
 - ⤴ Qu'est-ce qui peut légitimer ou expliquer la mise en place des SHH ?
 - ⤴ Selon vous, quel est le contexte de mise en œuvre des SHH :
 - Par rapport au contexte financier ? (CREF ?)
 - Par rapport au positionnement territorial de l'établissement ? (Concurrentiel *ou non*?)
 - ⤴ Que représentent pour vous, les SHH pour les établissements ? (Variable d'*ajustement budgétaire ou non* ?)
- ⤴ **Selon vous, quelles évolutions envisagez-vous concernant la mise en place de ces dispositifs ?**

IV - Quelles sont les modalités de mise en œuvre de ces SHH ?

- ⤴ Comment à votre avis est défini le montant des SHH dans les structures publiques et privées ? A quel niveau est définie la politique de facturation (injonction externe -ARS-siège du groupe d'appartenance- ou bien choix de la direction interne), la place des conférences régionales et nationales de santé ?
- ⤴ Comment la tarification des SHH a-t-elle évolué ces dernières années ?
- ⤴ Quel est le processus permettant d'enclencher la facturation de la chambre individuelle ?
- ⤴ Existe-t-il des différences de tarification selon les activités ou le niveau de couverture des patients ? Comment travaillent les services sociaux pour assurer la solvabilité des usagers (lettre de réclamation des usagers) ?
- ⤴ Quelles relations entretiennent les associations d'usagers avec les établissements, avec les OCAM au sujet de la prise en charge des SHH ?
- ⤴ Quels sont les taux de facturation (ratio chambres facturées/chambres facturables) au niveau des établissements ?
- ⤴ A votre avis, comment les professionnels de santé perçoivent-ils les SHH ?

V – Selon vous, comment l'établissement informe-t-il les usagers en matière de SHH ?

NB : *L'interlocuteur évoque-t-il spontanément ses obligations relatives au droit des usagers ?*

- ⤴ Au moment de l'hospitalisation, quelles sont les modalités d'information des usagers et d'obtention de leur consentement ?
- ⤴ Quelle promotion est faite des prestations d'hébergement facturées en supplément ?
- ⤴ Votre collaboration a-t-elle été sollicitée au moment de la mise en place de ces dispositifs
- ⤴ Le cas échéant, comment s'organise la gestion des réclamations et des contentieux (impayés, facturations non justifiées) ?

VI - Quelles sont les répercussions sur la prise en charge des patients ?

- ⤴ Selon vous, les SHH sont-ils un facteur d'inégalité face au confort ou à la qualité de prise en charge globale des patients ? Débat qualité-confort
- ⤴ Dans quelle mesure l'augmentation des SHH peut-elle avoir un impact sur l'assurance complémentaire
- ⤴ Peuvent-ils être considérés comme un facteur potentiel de sélection/d'exclusion de patient, et donc d'inégalités d'accès aux soins hospitaliers ?

ANNEXE 8: Synthèse de la grille d'analyse des entretiens

Questions	Synthèse des entretiens avec les mutuelles, représentants des usagers, établissements et ARS
II - A quoi correspondent pour vous les SHH ?	
- Définition spontanée	- 1ère définition : Chambre Particulière car le plus important au niveau financier. - autres SHH : services pour le patient - cliniques: prestation de gamme type hôtel, luxe - développement important depuis quelques années
Reste à charge pris en charge par les OCAM	- variable selon les OCAM (entre différents mutuelles, les contrats : individuels/collectifs) et les types d'OCAM (mutuelles / assurances) - chaque mutuelle fixe ses taux de couvertures et les critères - assurances : questionnaire santé
III - Votre établissement a-t-il mis en place des SHH ?	
si oui :	
- Prestations concernées	- Chambre particulière (hospitalisation, ambulatoire + ou - en cours de mise en place), télévision, téléphone, prestations pour accompagnants - selon l'établissement prise en compte de l'état de la chambre et/ou du type de service pour la facturation - pour les cliniques : en plus: peignoirs, menu à la carte, collation, etc.
- Ampleur du phénomène	- recettes importantes pour les établissements - selon M. Gardin ~8% des recettes (biblio) / constat ~1% des recettes - public ~privé
- Evolution du profil des adhérents (mutuelles)	- peu de connaissances sur l'évolution du profil. - Risque de démutualisation
- Positionnement des organismes mutualistes (offre de prestations, niveau de couverture, modalités de remboursement)	- autonomie des mutuelles - négociation avec les ES pour fixation / limitation des tarifs des chambres particulières => conventionnement - intérêt des mutuelles pour les SHH => adaptation aux offres et à la demande
- "Marketing" autour du remboursement des SHH	- contrainte de l'équilibre pour les mutuelles? - Publicité réglementée, mais argument de négociation dans les contrats collectifs
- Contexte de mise en œuvre des SHH (contexte financier, concurrence ...)	- situation financière des ES avec mise en œuvre plus ou moins ancienne - public : déficit / privé : déficit + commercial - demande des patients
- Motif de mise en place des SHH (ajustement budgétaire ?) / légitimité des SHH	idem précédent + pour usager légitimité pour le respect de l'intimité et le confort + "vigilance" ARS pour éthique
- Perspectives d'évolution à court et moyen terme	montée en charge des SHH 1 / volume 2 / prix (? / concurrence)

Questions	Synthèse des entretiens avec les mutuelles, représentants des usagers, établissements et ARS
IV - Quelles sont les modalités de mise en œuvre de ces SHH ?	
- Modalités de définition des tarifs	- tarifs fixés par les ES (liberté) avec regard par rapport à la prise en charge des mutuelles, à la concurrence, au niveau de déficit (selon les mutuelles) - pas de consultation des usagers - ARS : cohérence territoire / PREF
- Injonctions externes ou internes, rôle des instances nationales et régionales ?	- Pas/peu d'injonction d'ARS - volonté interne des établissements - ARS : dans le cadre du PREF, impose le retour à l'équilibre! - pour les mutuelles : pression ARS, Ministère
- Evolution des tarifs	- évolution des tarifs pour les établissements - limite éventuelle avec la concurrence - volonté des mutuelles de limiter les hausses via le conventionnement
- Modalités d'attribution des chambres individuelles	- attribution à la demande du patient selon disponibilité dans le service - intéressement des services en développement, objectif de facturation - recherche du consentement en pré-adm : réalité ?
- Différences de tarification (activités, niveau de couverture ...) / selon catégories d'ES	selon les établissements : tarifs différents selon le type de PEC (MCO, SSR, HDJ) selon l'état des chambres, selon les couvertures des patients
- Taux des ES ayant mis en place des SHH sur la région	+ de 50% sur les 2 régions étudiées
- Intervention du service social (pb de solvabilité)	non
- Ratio chambres facturées / chambres facturables	selon les établissements des objectifs de facturation peuvent être définis
- Ressenti des professionnels de l'ES	- prise de conscience de la nécessité des SHH pour l'établissement - sensibilisation et rappel permanent auprès des personnels soignants
V - Comment l'établissement informe-t-il les usagers en matière de SHH ?	
- Modalités d'information	- via les mutuelles (par téléphone, Internet, livret d'accueil...) - lors de la pré admission (procédures) - affichage dans les établissements - compréhension de l'info, connaissance des droits par le patient?
- Modalités d'obtention du consentement	- l'obtention du consentement dépend de l'établissement sans contrôle par les ARS - globalement insuffisant, notamment dans le public
- Promotion autour du dispositif	- peu de marketing (aspect réglementaire)
- Gestion des réclamations et du contentieux	- peu de contentieux, si réclamation les établissements en tiennent compte. - Contentieux dans le privé et public ne respectant pas les obligations réglementaires - si peu de contentieux => bonne info ?
- Consultation / négociation / participation de votre organisme pour la mise en place des SHH	- dans le cadre des conventionnements - peu d'association des usagers
VI - Quelles sont les répercussions sur la prise en charge des patients ?	
- Les SHH sont-ils un facteur d'inégalité (confort, qualité) ?	globalement pas de facteur d'inégalité d'accès aux soins, mais d'accès à un confort de la prise en charge.
- Impact des SHH sur l'assurance complémentaire	- hausse du prix des complémentaires : plusieurs facteurs (reste à charge, taxes, ...) - poste des dépenses en hospitalisation en hausse : méconnaissance des conséquences directes des SHH sur l'augmentation du coût des mutuelles
- Facteur potentiel de sélection/d'exclusion de patient ?	- pas de facteur de sélection /d'exclusion - en particulier selon les modalités de fonctionnement des étabs (facturation OCAM...)
- Facteur d'inégalités d'accès aux soins hospitaliers	- pas de refus de soins! - Renoncement aux soins : ?, essentiellement dépassement honoraires
- Perspectives / évolution / solutions pour ne pas limiter l'accès aux soins	- hausse de financement privé pour la santé (public et privé)

Thème n°27. Animé par Guillaume GARDIN, Directeur de la Mutualité Française Bourgogne

Le développement des suppléments d'hébergement hospitaliers à la charge des patients comme facteur d'inégalités d'accès aux soins

Audrey BACCI (D3S), Lucie BECHEREL (AAH), Thierry BRUGEAT (DS), Nicolas COUZINET (IAS), Frédéric FORSANS (AAH), Samuel GALTIE (DH), Sonia NOUICER (D3S), Denise PELLASSY TARBOURIECH (DS), Cécile RIGAUD (D3S)

Résumé :

Le développement des suppléments d'hébergement hospitaliers s'inscrit dans un contexte où la part des dépenses non remboursées par l'Assurance Maladie est croissante. Leur mise en place est justifiée par la plupart des établissements comme un moyen de retour à l'équilibre financier. Les suppléments d'hébergement hospitaliers concernent, parallèlement au forfait journalier hospitalier instauré en 1983, des prestations hôtelières particulières répondant à des demandes des patients. Dès lors que ces suppléments accroissent la part des restes à charge du patient, on peut se demander dans quelle mesure, en Bretagne et en Ile-de-France, ils peuvent constituer un frein à l'accès aux soins.

L'enquête montre qu'en Bretagne et en Ile-de-France il existe des pratiques différentes dépendant plus du statut de l'établissement et de son environnement socio-économique que de sa région d'implantation. Cependant, les professionnels soulignent davantage une inégalité de traitement qu'une inégalité d'accès aux soins. Toutefois, face à l'autonomie dont disposent les établissements pour instaurer les suppléments d'hébergement, certains acteurs, dont les organismes complémentaires d'assurance maladie, mettent en évidence les dangers potentiels: l'accroissement des restes à charge se reporte sur le coût des cotisations pouvant aboutir, *in fine*, à une démutualisation et par conséquent, à des inégalités d'accès aux soins.

Des pistes d'amélioration se dégagent des échanges avec les professionnels et les associations d'usagers. Elles s'articulent d'une part autour de l'amélioration de l'information et du consentement des usagers, d'autre part autour d'un encadrement de la tarification. Pour cela, les ARS et les associations d'usagers auront un rôle central.

Mots clés : accès aux soins; suppléments d'hébergement hospitaliers; assurance maladie; organisme complémentaire d'assurance maladie; humanisation; droit des usagers

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs