



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale**

**Promotion 2005**

---

**Hôpital 2007 et les rapprochements  
public – privé : convergence,  
concurrence et coopération.  
Expérience en Languedoc-Roussillon**

---

**Nicolas JULIEN**

---

# Remerciements

---

Je tiens en premier lieu à remercier Madame Florin, ma maîtresse de stage à la DDASS de l'Hérault du mois de juin au mois de septembre 2004. Car elle a mis à ma disposition l'ensemble des ressources nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

En second lieu, je tiens à exprimer ma reconnaissance à Madame Aldebert et à Madame Lindeperg, toutes deux, inspectrices à la DDASS en charge du contrôle des établissements de santé. Elles m'ont sans hésiter associé à leurs travaux et m'ont montré leur confiance en me confiant certains de leurs dossiers. Intégré pleinement à l'activité du service, j'ai ainsi pu me familiariser avec les problématiques de notre système d'offre de soins.

Je suis aussi reconnaissant à Mme Darde, directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc - Roussillon pour m'avoir ouvert les portes de ses services et ainsi permis d'avoir accès à l'ensemble des informations dont j'avais besoin. Je remercie également ses chargés de mission qui m'ont guidé dans mes démarches et particulièrement Didier Bergeron qui s'est montré à mon égard d'une disponibilité sans faille.

Je remercie également les directeurs d'établissements qui en m'accordant un peu de leur temps m'ont apporté leur expérience et leur avis sur le plan Hôpital 2007 et particulièrement M. Boyer et M. TOMA pour leur franc parler.

Enfin, cette page ne serait pas complète si je ne mentionnais pas l'ensemble des agents de la DDASS ainsi que son directeur pour leur accueil chaleureux tout au long de mes stages.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 LA TARIFICATION A L'ACTIVITE : UN PAS DECISIF POUR LA CONVERGENCE DES MODES DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES</b> .....	<b>6</b>
1.1 LA GENESE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE.....	6
1.1.1 <i>L'origine historique de l'existence de deux modes de financements différents pour les secteurs public et privé</i> .....	6
A) Jusqu'en 1983, un principe de tarification hospitalière commun aux établissements publics et privés : le système du prix de journée .....	6
a) Le principe commun d'une tarification sur la base d'un prix de journée .....	7
b) Des différences d'application fonction du statut de l'établissement.....	8
c) Les critiques de la tarification au prix de journée .....	8
B) A partir de 1983, la fin d'un principe commun de tarification : le système du budget global limité aux seuls établissements publics et PSPH.....	9
a) Le principe du budget global .....	9
b) Les limites du système de la dotation globale.....	10
c) La consécration contestable de l'existence de deux systèmes de prise en charge différents.....	10
1.1.2 <i>Les premiers jalons de la T2A</i> .....	11
A) Le PMSI : un outil de comparaison commun au public et au privé.....	12
B) Une phase d'expérimentation de la tarification à la pathologie commune au public et au privé.....	13
1.2 LA T2A : UN COUT HOSPITALIER UNIQUE DES ACTIVITES MCO POUR LE PUBLIC ET LE PRIVE A L'HORIZON 2012.....	15
1.2.1 <i>La T2A : un système de financement unique des activités de soins MCO pour le public et le privé</i> 16	16
A) Les grands principes de la mise en œuvre de la T2A.....	16
B) Les modalités techniques d'application de la T2A.....	16
a) Le financement des séjours hospitaliers.....	17
b) Les suppléments pharmaceutiques .....	18
c) Les autres consultations et actes externes :.....	18
1.2.2 <i>Les aménagements au principe d'un mode de financement identique pour le public et le privé</i> 18	18
A) Une harmonisation limitée par le champ d'application de la réforme .....	19
B) Des modalités et un calendrier de passage différents. ....	19
a) Les modalités du passage à la tarification à l'activité concernant les établissements privés.....	19
b) Les modalités du passage à la tarification à l'activité concernant les établissements publics et participant au service public hospitalier .....	21
c) Les honoraires des médecins exclus des tarifs des établissements privés.....	22
<b>2 HOPITAL 2007 : LE DEVELOPPEMENT DES COMPLEMENTARITES ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES</b> .....	<b>23</b>
2.1 LE GCS : UN OUTIL JURIDIQUE RENOVE POUR DEVELOPPER LES COOPERATIONS PUBLIC - PRIVE.....	23
2.1.1 <i>Le GCS de 1996 : un outil de coopération public privé nécessaire mais inachevé</i> .....	24

A)	Les limites des dispositifs de coopération antérieurs au GCS.....	24
B)	Le GCS institué par l'ordonnance du 24 avril 1996 et le décret du 17 mars 1997 .....	25
C)	Des améliorations nécessaires mais insuffisantes .....	26
2.1.2	<i>La nouvelle version du GCS comme pierre angulaire de la coopération sanitaire.....</i>	<i>27</i>
A)	Une composition élargie .....	28
B)	Des buts diversifiés .....	28
C)	Des compétences augmentées .....	29
2.2	<b>LE VOLET INVESTISSEMENT : UN LEVIER FINANCIER POUR ACCOMPAGNER LES COOPERATIONS</b>	
	<b>PUBLIC – PRIVE.....</b>	<b>30</b>
2.2.1	<i>Une relance de l'investissement hospitalier commune au public et au privé.....</i>	<i>30</i>
A)	Un fonds de financement commun aux secteurs public et privé.....	31
B)	Des opérations éligibles intéressant toutes les catégories d'établissements. ....	32
2.2.2	<i>Des investissements faisant une part belle aux coopérations public - privé.....</i>	<i>32</i>
A)	Les statistiques nationales .....	33
B)	Les rapprochements public - privé : un axe important de l'ORPI Languedoc Roussillon .....	33
a)	L'ORPI Languedoc Roussillon : l'ambition bien présente d'un développement des rapprochements entre secteurs public et privé .....	34
b)	10% des crédits de l'ORPI destinés à des opérations de rapprochements public-privé .....	34
<b>3</b>	<b>ANALYSE : DES LIMITES PLAIDANT POUR UNE INTERVENTION ACCRUE ET</b>	
	<b>RENOVEE DES IASS .....</b>	<b>36</b>
3.1	<b>LES LIMITES DU RAPPROCHEMENT PUBLIC – PRIVE DEVELOPPE PAR LE PLAN HOPITAL 2007.....</b>	<b>36</b>
3.1.1	<i>La T2A : une mise en concurrence des établissements publics et privés mal acceptée.....</i>	<i>36</i>
A)	De la convergence tarifaire à la mise en concurrence.....	37
a)	Une seule enveloppe de régulation MCO pour le public et le privé.....	37
b)	La sous enveloppe MIGAC : une atténuation à la mise en concurrence .....	38
B)	Une mise en concurrence contestée par les établissements publics.....	39
3.1.2	<i>Le GCS : des incertitudes persistantes empêchant un réel développement.....</i>	<i>41</i>
3.1.3	<i>L'allocation des crédits d'investissement supplémentaires : une condition nécessaire mais non suffisante .....</i>	<i>42</i>
A)	La nécessité des crédits spécifiques .....	42
B)	Des opérations de coopération au succès conditionné .....	43
a)	Des difficultés « d'intérêts stratégiques » accentuées par la T2A .....	43
b)	L'expérience du Pôle santé de Lunel : un rapprochement réussi entre l'Hôpital Local et la Clinique des Platanes .....	44
3.2	<b>LA NECESSITE D'UNE INTERVENTION ACCRUE ET RENOVEE DES SERVICES DE L'ETAT ET DES IASS 47</b>	
3.2.1	<i>L'IASS comme garant d'une concurrence non faussée et sécurisée.....</i>	<i>48</i>
3.2.2	<i>L'IASS comme acteur d'une planification offensive.....</i>	<i>50</i>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>55</b>
	<b>ANNEXE : GRILLE D'ENTRETIEN .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

GCS : Groupement de Coopération sanitaire

T2A : Tarification A l'Activité

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

GHM : Groupe Homogène de Malades

GHS : Groupe Homogène de Séjours

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

DMI : Dispositifs Médicaux Implantables

OQN : Objectif Quantifié National

GIP : Groupement d'Intérêt Public

ORPI : Objectif Régional Pluriannuel d'Investissement

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

FMESPP : Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

FMCP : Fonds pour la modernisation des cliniques privées

FMES : Fonds de modernisation des établissements de santé

## INTRODUCTION

Lors de son discours de présentation du plan HOPITAL 2007<sup>1</sup>, le 20 novembre 2002, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées de l'époque, Jean-François MATTEI regrettait que « *les modalités de gestion des établissements d'hospitalisation publics et privés s'éloignent de plus en plus alors que tout devrait conduire à les rapprocher* » et ajoutait ensuite que « *la recomposition de l'offre hospitalière se fait trop lentement* ». Le rapprochement entre les établissements de santé publics et privés apparaît une fois encore comme un des axes essentiels de la récente réforme hospitalière engagée.

Cette volonté est effectivement loin d'être nouvelle. On la retrouve quasi systématiquement dans chaque réforme d'envergure, de la carte sanitaire commune au public et au privé de la loi de 1970<sup>2</sup> à la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>3</sup>. Cette dernière ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée contient d'ailleurs les points d'appui nécessaires aux rapprochements portés par le plan Hôpital 2007. On peut en ce sens mentionner son article 2 qui soumet les établissements de santé publics comme privés à une même procédure externe d'évaluation dénommée accréditation, et surtout son article 10 qui institue les agences régionales de l'hospitalisation, nouvelle catégorie de groupement d'intérêt public, permettant d'associer les services de l'Etat et l'assurance maladie et d'assurer une unité de décision vis-à-vis des établissements publics et privés, avec un mode d'action commun, à savoir les contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens. On peut également mentionner son titre VII qui est relatif aux actions de coopération entre établissements publics et privés, son article 41 permettant en outre la création de groupements de coopération sanitaire.

Ainsi, le plan hôpital 2007 ne serait, en matière de rapprochement public – privé que le simple prolongement d'un long processus engagé il y a 30 ans. Cette vision nous semble pourtant devoir être écartée ou du moins précisée, et ce pour au moins deux raisons.

---

<sup>1</sup> Le plan Hôpital 2007 n'est pas une loi mais un ensemble de mesures législatives et réglementaires contenues dans différents textes

<sup>2</sup> Loi du 31 décembre 1970

<sup>3</sup> L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

D'une part, le caractère générique du terme rapprochement ne doit pas occulter les natures différentes des ambitions auxquelles il peut renvoyer. En effet, il peut s'agir de soumettre les secteurs public et privé aux mêmes contraintes réglementaires et financières et nous sommes alors en présence d'un mouvement de convergence. Ou bien l'objectif poursuivi est le développement des coopérations voire des regroupements d'établissements appartenant à des secteurs différents.

Certains ne s'attarderont pas sur cette distinction et y verront même l'expression d'une logique saine : le second objectif n'étant que l'aboutissement du premier. Plus les réglementations, les fonctionnements et les modes de financement des établissements public et privé convergent, plus ces derniers sont susceptibles de pouvoir coopérer. Ainsi, J-M Budet et F Blondel dans leur ouvrage intitulé *L'hospitalisation publique et privée* affirment que « *La concurrence entre le secteur privé et le secteur public peut exister mais de plus en plus d'éléments font converger les deux secteurs : traitement unique par les ARH, application identique des normes réglementaires et prochainement, tarification à l'activité. Les circonstances, la démographie médicale, la transformation des attentes des patients et des pathologies, de même que le rythme intense du progrès des techniques médicales, imposent de plus en plus le partage de plateaux techniques, d'équipements ou de lits et la mise en place de gardes communes comme en chirurgie ou en obstétrique, notamment pour garantir la permanence des soins, ce qui confirme la nécessité de l'ouverture et des collaborations sans distinction de statut* ».

Or, cette logique est elle encore opérante avec le plan hôpital 2007 qui rajoute aux deux premières ambitions de convergence et de coopération, celle de mise en concurrence des secteurs public et privé ?

D'autre part, la récurrence de cet objectif assigné à chaque réforme peut être aussi perçu comme l'expression de l'échec au moins partiel de l'ensemble des précédentes. Se pose donc la question de la capacité du plan Hôpital 2007 à réussir là où les autres réformes ont échoué.

Ainsi, l'objet de ce mémoire est de voir dans quelle mesure et à quelles conditions le plan Hôpital 2007 peut, conformément à l'ambition affichée par ses rédacteurs parvenir à rapprocher les établissements de santé publics et privés. Ce point constitue la question principale que le mémoire cherche à vérifier.

Or, les enjeux de cette problématique se posent de manière accrue en Languedoc Roussillon. Car, pour cette région de 2 375 615 habitants, dans un contexte de

recomposition de l'offre de soins, une bonne articulation entre les acteurs publics et privés apparaît comme une première nécessité.

En effet, la région possède une offre de soins privée très importante, puisqu'elle représente<sup>4</sup> en hospitalisation complète près de la moitié des installations en lits et séjours MCO, 2/3 des séjours en chirurgie, et 64 % de l'hospitalisation de jour. En outre, les taux d'équipements en lits pour 1000 habitants y sont supérieurs à la moyenne nationale en chirurgie, obstétrique et SSR ainsi que la densité médicale libérale. Enfin, l'indice de vieillissement (65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) y est de 81,3 alors que la moyenne nationale est de 64,3.

Cette réflexion intéresse la pratique professionnelle des Inspecteurs de l'Action sanitaire et Sociale puisqu'elle entre dans le champ des missions des IASS en matière sanitaire telles que définies par le Décret n° 2002-1569 du 24 décembre 2002 portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale dont l'article 3 dispose que : « *Les membres du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale sont chargés, sous l'autorité des directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales, de la mise en oeuvre des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales de l'Etat et apportent, en tant que de besoin, leur concours à la mise en oeuvre des politiques dont sont chargées les agences régionales de l'hospitalisation.*

*A ce titre, ils assurent notamment des missions de planification, de programmation et d'allocation de ressources des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux... »*

Mais avant d'aller plus loin il convient à ce stade de délimiter plus précisément le champ d'exploration de ce mémoire :

Premièrement il fait volontairement l'impasse d'une réflexion sur les raisons traditionnellement avancées pour justifier le rapprochement public privé. Car, au delà des arguments de mutualisations des moyens ou de rééquilibrage avancés par le ministre de l'époque, il s'agirait *in fine* de porter un jugement relevant plus d'une prise de partie idéologique (certes non sans intérêt), telle que « *la privatisation rampante du système de santé* », ou « *sa modernisation* » que d'une recherche professionnelle qui est bien l'objet de ce mémoire. Cette étude se situe au contraire en aval. Elle acte le fait qu'afin d'améliorer notre système de santé le législateur a inclus dans ses objectifs celui de rapprocher les établissements public et privé de santé.

Ce mémoire s'attache à voir dans quelle mesure le plan Hôpital 2007 peut y parvenir.

Deuxièmement, alors que le plan Hôpital 2007 s'organise autour de cinq grandes orientations : soutien volontariste à l'investissement, rénovation du mode de financement

des établissements, amélioration des outils de coopération, assouplissement des règles de planification et mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance au sein des établissements. Le mémoire fait l'impasse sur cette dernière car elle ne fait pas partie des champs d'intervention de l'IASS et elle a peu de conséquences sur la problématique étudiée. En outre, la nouvelle réglementation concernant le régime des autorisations et la planification ne sont pas étudiés en tant que tels mais ils sont intégrés comme des éléments de contexte plus ou moins favorables à l'objectif du rapprochement public – privé.

La méthodologie utilisée pour répondre à la problématique étudiée a été la suivante :

La question principale est déclinée en questions secondaires dont l'analyse (partie 3) doit permettre de se forger de manière ascendante une opinion, et d'aboutir ainsi à des préconisations concernant la pratique professionnelle des IASS.

Notre analyse s'est s'attachée à répondre aux trois interrogations suivantes :

La tarification à l'activité (T2A) instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004<sup>5</sup> permet-elle d'harmoniser les modes de financement des établissements de santé publics et privés ?

Les nouveaux moyens juridiques et financiers donnés aux ARH par l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>6</sup> permettent-ils le développement des complémentarités et des coopérations entre établissements de santé publics et privés ?

Les 3 branches du plan hôpital 2007 étudiées, à savoir la mise en place de la tarification à l'activité, les crédits supplémentaires d'investissement et la rénovation du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) s'articulent elles correctement pour aboutir à un phénomène général de rapprochement, pris au sens large entre les établissements publics et privés ?

Pour répondre à ces questions, le mémoire s'appuie sur l'analyse du contenu des deux principaux textes précités, ainsi que leurs circulaires d'application et les différents commentaires que le ministère de la santé a fait lors de leur publication.

Ensuite cette analyse a été confrontée aux données récoltées et à l'avis des acteurs de terrains de la région Languedoc-Roussillon, obtenus par la conduite d'entretiens<sup>7</sup> de type semi directifs.

---

<sup>4</sup> STATISS juillet 2004, les régions françaises

<sup>5</sup> La loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 portant financement de la sécurité sociale pour 2004

<sup>6</sup> L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

<sup>7</sup> cf. grille d'entretien en annexe

Ces derniers ont été menés avec :

La Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (DARH)

Les chargés de mission de l'ARH respectivement en charge du suivi des opérations retenues dans l'Objectif Régional Pluriannuel des Investissements (ORPI), de l'accompagnement de la T2A, de l'élaboration du SROS.

5 directeurs d'établissements : le Directeur financier du Centre Hospitalier intercommunal du Bassin de Thau (public), le directeur de l'Hôpital local de Lunel (public), le directeur de l'institut Saint pierre établissement (privé participant au service public hospitalier (PSPH)), le directeur de la cliniques des platanes (sous OQN) et le directeur de la clinique Champeau (sous OQN).

Ces entretiens ont été enrichis des propos recueillis à l'occasion de séminaires à destination des établissements concernant le plan Hôpital 2007 et du contact quotidien des inspecteurs de la DDASS de l'Hérault en charge du contrôle des établissements de santé.

Ce mémoire étudie donc le plan Hôpital 2007 à l'aune de la volonté affichée par ses auteurs de développer le rapprochement des établissements de santé publics et privés et ce quelle que soit la forme qu'il prenne : convergence ou coopération.

Il présente donc dans un premier temps le pas décisif que la tarification à l'activité réalise en terme de convergence des modes de financement des établissements de santé publics et privés (1).

Puis dans une seconde partie, il s'intéresse aux nouveaux moyens qu'il apporte en terme de développement des complémentarités entre établissements de santé publics et privés (2).

Enfin, la dernière partie de ce mémoire réalisée, à partir des éléments récoltés dans la région Languedoc Roussillon est consacrée à l'analyse. De cette dernière, il ressort les limites et les obstacles du plan Hôpital 2007 en terme de rapprochement public – privé dont le dépassement implique une réflexion sur l'action des IASS (3).

\* \* \*

# **1 LA TARIFICATION A L'ACTIVITE : UN PAS DECISIF POUR LA CONVERGENCE DES MODES DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES.**

Avant de voir dans quelle mesure la réforme de la tarification à l'activité constitue une étape majeure en terme de convergence des modes d'allocations de ressources des établissements publics et privés en conduisant à un coût hospitalier unique pour le public et le privé à l'horizon 2012 (1.2) ; il convient de se replonger dans l'histoire de la tarification hospitalière pour retrouver la genèse la tarification à l'activité (1.1).

## **1.1 La genèse de la tarification à l'activité**

Cette genèse trouve son origine dans l'existence de deux modes de financement différents pour les secteurs public et privé (1.1.1) dont les effets pervers ont conduit le législateur à poser les premiers jalons de cette réforme (1.1.2)

### **1.1.1 L'origine historique de l'existence de deux modes de financements différents pour les secteurs public et privé**

Jusqu'aux ordonnances du 30 décembre 1958, le système français de prise en charge des malades est caractérisé par la liberté d'initiative laissée aux promoteurs publics et privés. Ces ordonnances vont pour la première fois tenter réellement d'y mettre un peu d'ordre. Consécutivement à la réforme hospitalière de cette époque, les pouvoirs publics, par les décrets modifiés du 11/12/1958 et du 29/12/1959 mettent en place un principe de tarification commun aux établissements publics et privés sur la base d'un prix de journée (A).

Mais, les défauts apparus avec le temps, ajouté à la nécessité absolue de maintenir les dépenses de santé dans des limites acceptables pour notre économie ont amené, en 1983 le législateur à mettre un terme, et ce uniquement pour le secteur public, au système du prix de journée pour le remplacer par la dotation globale (B).

- A) Jusqu'en 1983, un principe de tarification hospitalière commun aux établissements publics et privés : le système du prix de journée

Si effectivement le principe du prix de journée établi en 1958 est commun aux secteurs publics et privés (a), il ne doit pas pour autant occulter l'existence de différences importantes entre les deux secteurs (b). En outre, il n'était pas exempt de critiques (c).

a) *Le principe commun d'une tarification sur la base d'un prix de journée*

De 1958 à 1983, les principales ressources des établissements sont constituées par la facturation des frais de séjour et des traitements externes auxquels il convient d'ajouter la facturation des honoraires médicaux<sup>8</sup>.

Aux deux catégories de malades traités dans les établissements publics et privés (les consultants externes et les hospitalisés) correspondent deux systèmes de tarification très différents :

- principe du paiement forfaitaire à la journée pour les hospitalisés.
- principe du paiement à l'acte pour les consultants externes

Le prix de journée hospitalier constitue la recette essentielle du budget : les frais de séjour, produit du nombre de journées d'hospitalisation par le prix de journée représentent 90% du total des recettes des établissements.

Il s'agit d'un « tout compris ». Seuls, les honoraires médicaux sont facturés à part. Aussi comprend-il tous les frais afférents à l'hébergement et aux soins donnés aux hospitalisés. Il comprend toutes les charges par nature : frais de personnel, denrées et fournitures consommables, dépenses hôtelières, dépenses médicales et pharmaceutiques, amortissement des biens meubles et immeubles. Les dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes y sont également incorporées selon des modalités particulières.

Des prix de journée différents sont fixés pour les sections hôpital, hospice, chroniques convalescents, quartiers psychiatriques, sections de réduction pour alcooliques etc.

Dans la section hôpital on distingue les catégories de services qui ont à leur tour un prix de journée particulier : médecine, chirurgie, obstétrique.

Ce principe commun d'un financement des établissements publics et privés reposant sur le prix de journée n'empêche pas dans son application l'existence de différences importantes suivant le statut de l'établissement.

---

<sup>8</sup> Les honoraires effectués par les médecins lors des actes externes sont comptabilisés hors budget dans ce qu'il est convenu d'appeler les « masses médicales ».

b) *Des différences d'application fonction du statut de l'établissement*

D'une part, la nature de l'autorité fixant le prix de journée dépend du statut de l'établissement : Les établissements publics et les établissements privés Participant au service Public Hospitalier (PSPH), ainsi que certains établissements à but non lucratifs non PSPH ont un prix de journée fixé par le préfet.

Les établissements privés à but lucratif ont pour la quasi-totalité<sup>9</sup> un prix de journée dit tarif conventionnel arrêté par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

D'autre part, les prix de journée du secteur public ne peuvent être comparés au prix de journée du secteur privé car les éléments que recouvrent ces deux notions ne sont vraiment pas comparables :

Le prix de journée de l'hôpital est « *tout compris* », celui de la clinique privée ne comprend pas, ni les frais de salle d'opération, ni la fourniture des médicaments coûteux, ni les analyses de laboratoire, ni les examens et les actes d'électroradiologie, ni les frais de transfusion sanguine qui sont décomptés à part.

Enfin, les actes médicaux dans le secteur public sont sous cotés, en moyenne de 10%, par rapport aux actes médicaux identiques pratiqués dans le secteur privé.

c) *Les critiques de la tarification au prix de journée*

Dès les années 1970<sup>10</sup>, la pertinence du système de tarification au prix de journée qualifié d'inflationniste est remis en cause.

Les principaux reproches à la notion de prix de journée sont les suivants :

Le prix de journée n'est pas un critère de bonne ou mauvaise gestion : il faut lier les notions de prix de journée et de durée de moyenne de séjour. Ainsi, une diminution de la durée de séjour entraîne une augmentation du prix de journée car les charges sont réparties sur un plus petit nombre de journées.

---

<sup>9</sup> Un infime partie des cliniques où les prestations sont qualifiées « haut de gamme » fixent librement leur prix

<sup>10</sup> L'article 52 de la loi du 31 décembre 1970 posait déjà le principe d'une réforme de la tarification au prix de journée en stipulant « une réforme de la tarification des soins dispensés dans les établissements devraient dans un délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi »

Le prix de journée est une fiction économique qui a de moins en moins de rapport avec le prix de revient du service auquel il se rapporte sans pour autant renseigner sur le coût réel d'un malade : il n'est qu'une moyenne entre les cas graves et les cas bénins.

L'ensemble de ces défauts ajouté à la nécessité absolue de maintenir les dépenses de santé dans des limites acceptables pour notre économie ont amené le législateur de 1983 à opter pour le système du budget global<sup>11</sup>.

B) A partir de 1983, à fin d'un principe commun de tarification : le système du budget global limité aux seuls établissements publics et PSPH.

La dotation budgétaire globale a été instaurée par le décret du 11 août 1983. Son principe (a) ne concerne que le secteur public et les établissements privés PSPH. A l'épreuve du temps le budget global a montré ses limites (b). Enfin, son application limitée aux seuls établissements publics et PSPH, les établissements privés à but lucratifs restant sous l'empire du système de tarification issu de la réforme de 1958, a conduit à entériner l'existence de deux catégories d'établissements qui engendrent deux catégories de malades hospitalisés selon deux systèmes de prises en charge différents (c).

a) *Le principe du budget global*

La formule du budget global consiste à attribuer en début d'année, à l'établissement une dotation globale calculée à partir des dotations de l'année précédente, de l'activité, et des objectifs poursuivis par l'établissement dans le cadre de la politique gouvernementale. Il tient compte du projet médical et du projet d'établissement, maillons du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Cette dotation budgétaire évolue par l'intermédiaire d'un taux directeur défini au niveau national<sup>12</sup>. Elle est financée par les organismes de sécurité sociale, par l'intermédiaire des caisses-pivôts sous forme de versements par douzième. Elle peut être révisée au moment de l'arrêt du compte administratif, les éventuelles régularisations entre l'établissement et les organismes payeurs s'ensuivront alors.

---

<sup>11</sup> Parmi les deux expérimentations lancées en 1978 « le budget éclaté » et le « budget global ». cf. loi du 4/1/1978 et décret du 24/03/1978

<sup>12</sup> A partir de 1996 ce taux est fixé par l'ARH

b) *Les limites du système de la dotation globale*

Bien que pour certains à l'instar de Arthur SOENE, dans son ouvrage *L'hôpital sous la Vème République*, le budget global « demeure une démarche audacieuse qui bouleverse les esprits et les idées reçues dans le monde économique difficile qui l'a fait naître » et que dans un premier temps il ait réussi son pari de contenir l'évolution des dépenses hospitalières, le système s'est vite avéré insuffisant, voire pernicieux.

Car, la dotation budgétaire initiale des établissements a été calculée sur la base du budget octroyé sous le système du prix de journée, faute d'instruments capables de déterminer les moyens financiers réellement nécessaires. Les disparités budgétaires entre établissements ont donc été reconduites. Ce système a en outre favorisé les « mauvais » gestionnaires, ceux qui avaient détourné le système du prix de journée à leur avantage et qui avaient, par là, contribué à la hausse des dépenses hospitalières.

Le mécanisme du taux directeur, en tant qu'instrument d'évolution de la dotation globale, est un système qui exclut toute prise en compte de l'évolution de l'activité hospitalière puisqu'il se contente de reconduire à la hausse le budget précédemment fixé. Appliqué uniformément aux établissements hospitaliers, ce principe postule que l'activité de ces derniers est stable dans le temps, au taux directeur près. Ce mode d'allocation budgétaire a donc figé les inégalités existantes.

Enfin, l'objectif de maîtrise des dépenses hospitalières n'a été que partiellement atteint avec le budget global. Les effets restrictifs de ce mécanisme ont été atténués anarchiquement par les marges de manœuvre instaurées au niveau national, régional et départemental et inflationnistes. Mais, faute de reposer sur une évaluation des besoins des établissements, la répartition des moyens supplémentaires a été aléatoire.

c) *La consécration contestable de l'existence de deux systèmes de prise en charge différents.*

La réforme du budget global n'a concerné que les établissements public et PSPH. Le secteur privé à but lucratif est resté sous l'empire du système du prix de journée issu de la réforme de 1958.

Cette distinction des modes de financements des secteurs public et privé implique nécessairement *in fine* l'existence de deux systèmes de prises en charge différents pour

des mêmes malades ayant théoriquement les mêmes droits. Ce point a dès le début été contesté par les professionnels du secteur public.

De plus, les établissements privés ont ainsi bénéficié d'une tarification avantageuse et d'une planification clémente qui leur a permis de rattraper des retards en équipements lourds et d'investir dans des secteurs de pointe. Les cliniques privées ont donc pu, mieux que les hôpitaux publics, financer leur croissance et capter une partie de la clientèle du secteur public.

Enfin, la reconduction du prix de journée dans le secteur privé a même été qualifiée, à l'instar de Carin Mathy dans son ouvrage *La régulation Hospitalière* de « *déconcertante puisque cela laisse supposer que les effets inflationnistes de ce système se limitent au secteur public* ».

Deux explications sont traditionnellement avancées pour expliquer le choix des pouvoirs publics d'avoir distingué les modes de financement du secteur public (et PSPH) du secteur privé à but lucratif :

Les pouvoirs publics pensaient pouvoir maîtriser les trois-quarts de la dépense hospitalière en introduisant le budget global dans les seuls établissements publics. Il ne paraissait alors pas nécessaire de s'attaquer à des intérêts privés, souvent sensibles. Par exemple, les praticiens privés auraient vite fait de dénoncer les dispositions législatives nouvelles comme une entrave au libre choix du malade, du médecin et des établissements de soins, éléments considérés en France comme une liberté fondamentale.

Ils voulaient introduire des mécanismes concurrentiels susceptibles de dynamiser le secteur hospitalier public.

En tout état de cause, les dysfonctionnements du secteur hospitalier ont été reconduits. Ce mélange des genres ni tout à fait « libéral », ni tout à fait « administré » dans le secteur hospitalier a rendu inefficace la régulation. De façon caricaturale on a pu dire que le bon gestionnaire hospitalier public était celui qui transférait son activité vers la clinique privée dont le mode de tarification était largement fondé sur l'activité tout en conservant son budget global.

### **1.1.2 Les premiers jalons de la T2A**

L'existence de ces nombreux effets pervers liés au mode de tarification des établissements de santé issu de la réforme de 1983, a abouti à une réflexion sur la réforme du système de tarification ayant pour but de tenir compte de l'activité réelle des établissements au moment de l'allocation des ressources et donc d'inciter à une optimisation des coûts. Mais l'expérimentation (B) et la mise en œuvre d'une telle réforme supposent toutefois de réunir de nombreux préalables techniques, dont celui de disposer d'un dispositif de description de l'activité de soins suffisamment précis et détaillé pour refléter la diversité de l'activité médicale tout en permettant un traitement statistique et financier de l'information recueillie, d'où l'instauration du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (A).

#### A) Le PMSI : un outil de comparaison commun au public et au privé

En terme d'informations concernant l'activité hospitalière, la tutelle étudie, dès 1982, la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI).

Il a été créé pour répondre à un double objectif : d'une part, mieux connaître l'activité médicale de l'hôpital (types et quantification des activités) et les modes de prise en charge des patients, d'autre part, réduire les inégalités pour permettre une évaluation budgétaire par hôpital et donc une maîtrise des dépenses.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information consiste en un recueil d'informations administratives (âge, durée de séjour....) et médicales (diagnostic, actes pratiqués...) sur chaque séjour de patient réalisé dans un établissement de santé de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Ces informations sont codées à partir de deux classifications : l'une pour les diagnostics, l'autre pour les actes pratiqués.

Le croisement des données administratives avec des informations médicales livrées par le médecin est inscrit à la sortie du patient dans un Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Ce Résumé est une synthèse des Résumés d'Unité Médicale (RUM). Il permet de rattacher le patient à un Groupe Homogène de Malade (GHM).

Les GHM sont l'adaptation française du système américain des «*Diagnosis Related Groups* » développé en 1980 par le Pr. Petter qui indiquait que les DRG ont été construits selon l'idée qu'« *un produit hospitalier est un ensemble de prestations fournies à un malade et faisant partie du processus thérapeutique contrôlé par son médecin. Si chaque malade est unique, il partage cependant avec d'autres malades des caractéristiques thérapeutiques qui déterminent le niveau des prestations qu'il reçoit. Si ces catégories de malades, ayant les mêmes caractéristiques cliniques et des profils de soins semblables,*

*peuvent être identifiés, alors le cadre à l'intérieur duquel regrouper des malades en type de cas est établi. »*

Le PMSI n'a été généralisé qu'en 1989 et aux seuls hôpitaux publics et PSPH ayant plus de 100 lits de court séjour en MCO par la circulaire n°303 du 24 juillet 1989.

Puis la loi du 31 juillet 1991 est venue préciser que tous les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'évaluation et l'analyse de leur activité, et l'expérimentation de 1992 concernant 84 cliniques privées et celle du Languedoc-Roussillon en 1994 ont montré la faisabilité d'une description de l'activité et des coûts des cliniques privées par le PMSI.

Le décret n°94-666 du 27 juillet 1994 a alors généralisé le PMSI à tous les établissements publics et privés.

La mise en place du PMSI et la classification de l'activité de soins de courts séjours en groupes homogènes de malades (GHM) à laquelle il aboutit ont permis de poser les jalons nécessaires à une réforme du système de tarification qui tiendrait compte de l'activité réelle des établissements au moment de l'allocation des ressources. A partir de là, le début d'une expérimentation d'un système d'allocation de ressources fondé sur la tarification à la pathologie dans les secteurs public et privé était possible.

B) Une phase d'expérimentation de la tarification à la pathologie commune au public et au privé

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a rendu possible l'expérimentation par le gouvernement, à compter du 1er janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics et privés, fondés sur une tarification à la pathologie.

Un « comité de pilotage d'une tarification à la pathologie » composé d'acteurs de l'hospitalisation publique et privée a été installé en janvier 2000. Les débats menés au sein de ce comité de pilotage ont permis, malgré les difficultés relevées, d'obtenir les points d'accord nécessaires à la poursuite de l'évaluation et qui préfigurent largement la réforme de la T2A.

Ces axes principaux sont :

- Le système de tarification à la pathologie repose principalement sur les outils existants : le PMSI et les GHM, ces derniers doivent en outre être améliorés pour mieux prendre en compte les séjours s'écartant de la moyenne (poly-pathologies).
- Le système combine une tarification au GHM de l'activité de soins et des financements spécifiques pour les activités de service public et d'intérêt général.
- le tarif au GHM est établi selon le principe de la concurrence par comparaison (à une prise en charge médicale donnée correspond un prix identique quel que soit l'établissement ou le secteur, calculé par référence aux coûts moyens observés) et sera prospectif (connu à l'avance).
- l'objectif final d'une grille tarifaire unique des séjours est affirmé. Toutefois, les différences de structures entre les deux secteurs (écarts de rémunération, rémunération à l'acte des professionnels de santé exerçant en clinique) imposent une période intermédiaire où pourront s'appliquer des tarifs propres à chaque secteur.

Pour mettre en œuvre ces principes, de nombreux travaux ont été engagés sur la base d'un programme adopté en décembre 2000 : travaux d'amélioration du PMSI, élaboration des paramètres de calcul et de répartition de certaines enveloppes spécifiques pour les activités de service public et d'intérêt général (urgences, accueil social, recherche et innovation thérapeutique) et une première simulation financière d'une application de la réforme effectuée en 2002 révèle les difficultés de l'objectif de convergences tarifs publics et privés.

Ensuite, en 2003, dans le cadre de l'expérimentation prévue par l'article 25 de la LFSS pour 2003 : six régions<sup>13</sup> et soixante établissements, ainsi que les établissements participant déjà à l'étude nationale des coûts hospitaliers, ont été retenus pour participer à cette expérimentation, à l'issue d'un appel d'offres.

Enfin, Les GHM ne forment pas réellement une classification des « pathologies » mais plutôt des séjours hospitaliers (peuvent être regroupés dans une même classe des séjours relevant de pathologies différentes), le terme de « tarification à l'activité » est désormais préféré à celui de « tarification à la pathologie ».

---

13 Ile de France, Rhône-Alpes, Provence – Alpes - Côte d'Azur, Bretagne, et La Réunion.

Malgré les difficultés pointées lors de ces expérimentations, le législateur par la LFSS pour 2004 met en place la réforme de la tarification à l'activité avec l'ambition de tendre vers un coût hospitalier unique pour le public et le privé à l'horizon 2012.

## **1.2 La T2A : un coût hospitalier unique des activités MCO pour le public et le privé à l'horizon 2012**

La loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2004 consacre la volonté du législateur de mettre fin au système du budget global institué en 1983 dans le secteur public. Elle met en place la tarification à l'activité, dite T2A dans les secteurs public et privé.

Les bénéfices attendus de cette réforme que certains n'ont pas hésité à qualifier de « révolution » sont nombreux : la reconnection du budget et de l'activité dans les établissements antérieurement sous dotation globale ; une plus grande médicalisation du financement, le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés ; et surtout une plus grande équité entre les établissements, rémunérés en fonction de leur activité réelle et des prestations qu'ils fournissent sur la base d'un tarif fixé au plan national.

Parmi ces objectifs, l'un intéresse particulièrement notre étude. Il s'agit de l'harmonisation des modes de financement du public et du privé pour les activités de soins de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

La première lettre d'information de la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins de Juin 2003 annonçant la mise en place de la Mission T2A, dirigée par le Docteur Aoustin est particulièrement révélatrice sur ce point.

En effet, ce dernier déclare que l'objectif de la T2A est bien « de rénover et d'harmoniser les modes de financement des établissements publics et privés tout en respectant leur spécificité ».

Il s'agit donc de tendre vers un système de financement unique des activités MCO pour le public et le privé (1.2.1) même si, dès le départ, l'existence de différences justifiant la nécessité d'aménagements est admise dans son principe (1.2.2).

### **1.2.1 La T2A : un système de financement unique des activités de soins MCO pour le public et le privé**

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 définit les grands principes de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) (A). Puis le pouvoir réglementaire a précisé tout au long de l'année 2004 les modalités techniques d'application (B)

#### A) Les grands principes de la mise en œuvre de la T2A

A ce stade, il convient de préciser que le champ d'application de la T2A est limité aux activités de MCO quelles que soient leurs modalités : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile ainsi que les consultations et soins externes.

Dans le système de financement mis en place par la T2A, l'activité des établissements de santé publics et privés est mesurée grâce à une approche médicalisée et économique utilisant la classification en groupes homogènes de malades (GHM).

Un GHM caractéristique d'un séjour définit un groupe homogène de séjour (GHS) correspondant qui, lui-même, permet de définir un tarif forfaitaire de séjour comprenant l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement du patient pour un diagnostic donné. Dans ce schéma, la concurrence par comparaison au tarif de référence doit inciter les établissements de santé à optimiser leurs coûts.

C'est l'Etat qui fixe les éléments de tarification relatifs à l'allocation de ressources aux établissements publics et privés : les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation, les montants des forfaits annuels et les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels des établissements implantés dans certaines zones géographiques. Ces coefficients correcteurs exceptionnels reflètent les éventuels facteurs spécifiques modifiant de manière manifeste, permanente et substantielle, le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée. Des coefficients géographiques ont été arrêtés pour l'île de France, la Corse et les DOM TOM.

#### B) Les modalités techniques d'application de la T2A

La tarification à l'activité concerne le financement des séjours hospitaliers, des suppléments pharmaceutiques et des autres consultations et actes externes.

a) *Le financement des séjours hospitaliers*

A la sortie de l'hôpital, pour chaque patient il est effectué un Résumé d'Unité Médicale (RUM) qui permet de classer le patient dans un Groupe Homogène de Séjour (GHS). A ce GHS va correspondre un tarif fixé nationalement à hauteur duquel sera rétribué l'établissement pour sa prise en charge. Par exemple, le GHS transplantation cardiaque correspond à 74052 euros et le GHS Appendicectomie non compliquée à 2645 euros.

A ce principe général, il faut ajouter 3 exceptions :

*Les séjours extrêmes* : ce sont les séjours supérieurs ou inférieurs à un seuil. Les séjours très courts, inférieurs à la borne basse sont rétribués par un tarif spécial inférieur au tarif de base issu de la CM24. Alors que, les séjours très longs, supérieurs à la borne haute sont rétribués par un supplément au tarif de base, jugé généralement peu intéressant. Car ce supplément ne doit pas inciter les établissements à allonger leur durée moyenne de séjour.

*Les séjours avec passage en Réanimation* : Si un patient, au cours de son séjour, est amené à passer en service de soins intensifs, de réanimation ou de surveillance continue, un supplément est ajouté au tarif de base par jour de présence dans ce type de service.

*Les transferts de patient* d'un établissement A vers et un établissement B :

Si ce transfert est d'une durée inférieure à 48h, un seul GHS est comptabilisé pour l'établissement A.

Si ce transfert est d'une durée supérieure à 48h, un GHS et un GHS «bas » sont comptabilisés pour l'établissement A et un GHS pour l'établissement B.

Il convient ici de souligner que l'établissement dépend de son activité facturée et non réelle. La feuille du RUM constitue la facture, ce qui nécessite un codage de qualité et une saisie de l'activité en temps réel. Par exemple, pour un patient de 45 ans avec une appendicectomie avec complications, un mauvais codage d'appendicectomie non compliquée entraînera une tarification de 2646 euros au lieu de 3658 euros, ce qui correspond à un différentiel de 1012 euros.

Pire si l'activité n'est pas transmise dans les délais, elle est perdue.

### *b) Les suppléments pharmaceutiques*

Par principe, les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) sont inclus dans les GHS, exception faite de certains médicaments coûteux (anticancéreux) et certains DMI (stimulateurs cardiaques) qui sont remboursés en sus mais sous 3 conditions :

? Ils doivent être dans une liste nationale qui fixe quels produits pharmaceutiques peuvent bénéficier de cette exception.

? Ils seront remboursés seulement à hauteur de leur tarif dit de responsabilité, ce dernier étant fixé nationalement par le Comité Economique des Produits de Santé.

? Mais ce remboursement est assorti à la condition qu'un contrat de bon usage (dispensation nominative, gestion informatisée des médicaments...) ait été signé avec l'ARH et respecté.

Si le prix d'achat est supérieur, l'établissement sera remboursé à hauteur du tarif de responsabilité. A l'inverse, si le prix d'achat est inférieur au tarif de responsabilité, le remboursement s'effectue à hauteur du prix d'achat plus une majoration qui représente une marge d'intéressement.

### *c) Les autres consultations et actes externes :*

Ils sont rétribués sur la base de forfaits techniques (scanner, IRM) et des tarifs de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). En effet, parallèlement à la mise en place de la T2A, une réforme de la tarification des actes est engagée.

La CCAM doit remplacer la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) utilisée pour la tarification des actes en secteur libéral (honoraires) et pour la facturation des actes externes des établissements hospitaliers sous dotation globale.

Elle constitue une liste d'actes codés, commune aux secteurs public et privé.

## **1.2.2 Les aménagements au principe d'un mode de financement identique pour le public et le privé**

Tout d'abord, le champ d'application limité de la réforme restreint de lui-même la portée de l'harmonisation des modes de financement (A).

De plus, les pouvoirs publics actant des spécificités propres de chacun des secteurs, ont prévu des modalités et un calendrier de passage différents (B). Enfin, ils ont posé une exception majeure au principe d'un système de financement unique pour les établissements de santé publics et privés : l'exclusion des honoraires des médecins et des examens des tarifs du secteur le privé à but lucratif (C).

A) Une harmonisation limitée par le champ d'application de la réforme

En effet, le champ d'application de la T2A est limité aux activités de MCO quelles que soient leur modalité : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile ainsi que les consultations et soins externes. Sont donc exclus du champ de la réforme, les domaines de la psychiatrie, des soins de suite ou de réadaptation et les soins de longue durée qui demeurent financés selon le modèle d'allocation des ressources antérieurement en vigueur.

Ainsi la LFSS pour 2004, dispose que les SSR et la psychiatrie des établissements privés à but lucratif restent régis par les règles relatives à la classification des prestations d'hospitalisation des établissements de santé privés sous objectif quantifié national (OQN). L'article 26 de la loi précitée redéfinit les conditions de financement des activités de soins non MCO des établissements antérieurement financés par dotation globale. Il instaure une dotation annuelle de financement pour les activités de soins de suite ou de réadaptation (SSR), de psychiatrie et les soins de longs séjours des établissements publics et privés, antérieurement financés par dotation globale.

Enfin, sont exclus du champ d'application de la réforme les hôpitaux locaux, les établissements du service de santé des armées, les établissements nationaux de Fresnes et de l'Institution nationale des invalides, ainsi que les établissements de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte.

B) Des modalités et un calendrier de passage différents.

S'agissant de la mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité, il convient de distinguer les modalités applicables au secteur privé et celle applicable au secteur public et participant au service public hospitalier.

a) *Les modalités du passage à la tarification à l'activité concernant les établissements privés*

La LFSS pour 2004 avait prévu que la tarification à l'activité soit applicable à 100%, dès le 1er octobre 2004 aux établissements privés à but lucratif privés ayant contractualisé avec l'ARH. Mais cette entrée en application a été repoussée au 1er décembre 2004.

Ce report s'explique par les modalités de tarification par séjour, directement à l'assurance maladie, qui ont engendré un très important travail de modification des systèmes d'information et de tarification des cliniques privées. Ce nouveau report ne semble d'ailleurs pas suffisant pour permettre la résolution des problèmes techniques puisque l'article 7 du projet de LFSS pour 2005 ouvre la faculté aux caisses de sécurité sociale de recourir au versement d'avance de trésorerie.

En outre, l'impact important du changement de modalités d'allocation de ressources sur le revenu des établissements a conduit le législateur à prévoir un dispositif de transition qui régule dans le temps l'évolution des recettes des établissements.

Cette disposition transitoire prévoit que les tarifs de prestations de chaque établissement seront égaux au tarif national, éventuellement corrigé du coefficient géographique, auquel s'applique un coefficient de transition et, le cas échéant, un coefficient de haute technicité propre à l'établissement.

Le coefficient de haute technicité est lié au classement de l'établissement, pour les activités de médecine ou de chirurgie à soins particulièrement coûteux.

Le coefficient géographique reflète les éventuels surcoûts géographiques.

Ces deux coefficients sont pérennes.

Le coefficient de transition est destiné à permettre de gérer une période de convergence des tarifs des GHS propres aux établissements vers les tarifs nationaux. Il permet de limiter l'impact de la réforme et d'assurer la progressivité de sa montée en charge. La composante transition sera supérieure à 1 pour les établissements dont les tarifs historiques sont supérieurs aux tarifs nationaux et inférieur à 1 dans le cas contraire. Elle est destinée à converger progressivement vers 1, au plus tard en 2012.

La convergence des coefficients de transition est organisée à un double niveau :

Au plan national, chaque année, l'Etat arrête, outre les éléments de tarification relatifs à l'allocation de ressources aux établissements publics et privés, les coefficients moyens régionaux ainsi que les écarts maximums qui peuvent être maintenus entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements des régions après application des coefficients de transition.

Au plan régional, l'Etat fixe les règles de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région dans le respect du coefficient régional et de l'écart maximum autorisé. Les tarifs de chaque établissement sont ensuite fixés par application du coefficient de transition de l'établissement au tarif national, éventuellement corrigé du coefficient géographique, dans un avenant au contrat d'objectifs et de moyens.

*b) Les modalités du passage à la tarification à l'activité concernant les établissements publics et participant au service public hospitalier*

Pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, auparavant financés par la dotation globale de financement, la gestion de la transition destinée à lisser dans le temps l'effet revenu (ou perte) induit par la mise en œuvre de la tarification à l'activité ne se fait pas par l'application d'un coefficient correcteur comme pour le secteur privé mais par l'application d'un mécanisme spécifique.

Ce mécanisme consiste en la prise en charge des prestations d'hospitalisation MCO par les organismes d'assurance maladie sous la double forme d'une fraction du tarif, évolutive au cours du temps, et d'une dotation annuelle complémentaire.

La part de la ressource dépendant de l'activité a vocation à augmenter d'une année sur l'autre :

En 2004, 10 % des dépenses correspondant au champ de la réforme ont été financées à l'activité.

En 2005, 25 % des dépenses correspondant au champ de la réforme doivent être financées à l'activité. En outre cette année verra la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire, impliquant une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements sur la base d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Pour l'année 2006, il est couramment mentionné un montant de 30% des dépenses correspondant au champ de la réforme devant être financées à l'activité. Quoiqu'il en soit, cette année sera marquée par la facturation directe à l'assurance maladie sans l'interface de l'ARH.

En 2008, 50 % des dépenses correspondant au champ de la réforme devront être financées à l'activité.

En 2012, 100 % des dépenses correspondant au champ de la réforme devront être financées à l'activité.

La dotation annuelle complémentaire, correspondant à la fraction non couverte par le tarif est allouée forfaitairement et doit décroître au fur et à mesure (90%, 75%...)

La part des ressources issues de la facturation des tarifs et celle correspondant à la dotation annuelle complémentaire est fixée chaque année par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Enfin il convient de préciser d'une part que le financement des actes et consultations externes est intégré au dispositif d'application progressive de la T2A, conduisant à augmenter chaque année la proportion du budget des activités de MCO financée sur la base de tarifs à l'activité (de 10 % en 2004 à 100 % en 2012).

C) Les honoraires des médecins exclus des tarifs des établissements privés.

Il convient ici de souligner que si la mise en œuvre de la T2A est commune aux établissements publics et privés, et vise à une harmonisation de leur mode d'allocation des ressources, la réforme s'inscrit toutefois dans une démarche de financement hors honoraires des professionnels de santé du secteur privé.

Les échelles relatives de tarifs seront donc spécifiques à chaque secteur et indépendantes l'une de l'autre. Deux barèmes de tarifs seront fixés, l'un applicable aux établissements antérieurement financés par dotation globale de financement et intégrant notamment les rémunérations des personnels médicaux, l'autre applicable aux cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) excluant la rémunération des praticiens financés à l'acte.

Car, le principe de l'intégration des honoraires de médecins afin de pouvoir construire une échelle commune avec les établissements publics, s'est heurtée aux réticences puis à l'opposition des médecins libéraux, qui craignaient que cette intégration ne crée pour eux un lien de subordination avec les cliniques et que ces honoraires ne soient intégrés à l'OQN des cliniques privées.

Il convient toutefois de relever que leur intégration demeure envisagée<sup>14</sup> afin de pouvoir faire converger les barèmes pour obtenir à terme un seul et unique barème de tarifs recouvrant des charges identiques.

Le plan hôpital 2007 ne se limite pas à la convergence des modes d'allocation de ressources des établissements publics et privés. Il donne, dans le même temps aux ARH de nouveaux moyens pour accélérer une recomposition de l'offre de soins, axée sur le développement des complémentarités entre hôpitaux et cliniques privées.

## **2 HOPITAL 2007 : LE DEVELOPPEMENT DES COMPLEMENTARITES ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES.**

Le plan hôpital 2007 met à disposition des ARH de nouveaux moyens devant leur permettre de développer les complémentarités entre les établissements publics et privés de leur région.

D'une part, l'ordonnance du 4 septembre 2003 met à la disposition des ARH de nouveaux outils juridiques devant permettre le développement des coopérations entre secteurs public et privé. Parmi ces outils nous étudierons seulement<sup>15</sup> le nouveau groupement de coopération sanitaire qui nous paraît être le plus essentiel (2.1).

D'autre part, grâce à la relance des investissements contenue dans le plan Hôpital 2007, les ARH disposent de crédits supplémentaires pour accompagner une restructuration de l'offre tournée vers les coopérations public - privé (2.2).

### **2.1 Le GCS : un outil juridique rénové pour développer les coopérations public - privé.**

---

<sup>14</sup> Cf. Avis présenté par M. Jean-Jacques JÉGOU, sénateur, au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005,

<sup>15</sup> L'ordonnance prévoit également des nouveaux instruments juridiques en terme d'investissements croisés, par exemple le recours aux baux emphytéotiques et aux marchés globaux (conception, réalisation, maintenance) est rendu possible, facilitant ainsi l'intervention des entreprises privées, des collectivités territoriales, des sociétés d'économie mixte et des offices de HLM dans ces opérations de construction et d'aménagement immobilier.

La volonté du pouvoir politique de favoriser les coopérations entre établissements publics et privés à but lucratif n'est pas en soi nouvelle. En sus des conventions particulières de partenariat public - privé qui existaient déjà, l'ordonnance du 24 avril 1996 et le décret n°97-240 du 17 mars 1997 instituaient déjà une première version du GCS dont c'était la vocation (2.1.1)

Mais devant les résultats décevants des outils de coopération antérieurs, le plan hôpital 2007 par le biais de l'ordonnance du 4 septembre 2003 crée une nouvelle version de GCS afin de pallier aux limites de la précédente (2.1.2).

### **2.1.1 Le GCS de 1996 : un outil de coopération public privé nécessaire mais inachevé**

Le GCS a été créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 (A) pour répondre aux inconvénients des outils de coopération antérieurs (B). Mais malgré plusieurs améliorations nécessaires, cet outil n'a pas rencontré le succès escompté (C).

#### A) Les limites des dispositifs de coopération antérieurs au GCS

La coopération entre établissements de santé existait bien avant la création du GCS. La participation de certains établissements de santé privés au service public en constitue un premier élément.

Le législateur avait déjà mis à la disposition des établissements plusieurs formules juridiques de coopération.

Les Syndicats Inter Hospitaliers (SIH) créés par la loi de 1970 et relancés par la loi du 3 janvier 1984 permettaient les coopérations entre établissements publics et établissements privés participant au service public hospitalier. Les établissements à but lucratifs en étaient donc exclus.

Afin d'ouvrir les formules de coopération, la loi du 31 juillet 1991 a permis le recours à la création de groupements d'intérêt public (GIP) et d'intérêt économique (GIE) aux côtés de la convention, formule la plus souple et la plus large (art L.6134-1).

Mais les GIP et GIE se sont révélés à l'épreuve de la pratique comme étant insuffisants :

Le premier implique une domination des personnes publiques qui en étaient membres. Il n'est pas parvenu à attirer les cliniques à but lucratif.

Le second a l'inconvénient majeur d'imposer une solidarité illimitée des associés.

Ces lacunes ont conduit les pouvoirs publics à créer par le biais de l'ordonnance du 24 avril 1996 une nouvelle structure : le GCS.

B) Le GCS institué par l'ordonnance du 24 avril 1996 et le décret du 17 mars 1997

Au titre du renforcement de la coopération public - privé, l'article 39 de l'ordonnance de 1996 a créé une nouvelle structure de coopération, le GCS, conçu pour être principalement un instrument de coopération entre établissements publics et établissements privés à but lucratif.

L'article 39 de l'ordonnance codifié à l'article 6133-1 du CSP dispose que : « *le GCS peut être constitué par deux ou plusieurs établissements qui ne remplissent pas entre eux les conditions prévues à l'article L.6132-2 pour constituer entre eux un syndicat inter hospitalier. Le groupement de coopération sanitaire réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux.* »

Le GCS de 1996 est ouvert à tous les établissements de santé, quel que soit leur statut public, privé PSPH ou privé à but lucratif mais les personnes physiques ne peuvent pas y adhérer.

Il est doté de la personnalité morale, mais ce n'est pas un établissement de santé. Il ne peut donc avoir d'activité d'hospitalisation.

Son but n'est pas de réaliser des bénéfices et il ne peut pas être employeur. Le groupement peut détenir des autorisations d'équipements lourds.

Sa nature juridique n'est pas précisée par les textes, ce qui rend les actions en responsabilité particulièrement complexes si bien que les auteurs à l'instar de J-M Budet l'ont qualifié de « *structure sui generis* ».

Le GCS est créé par une convention constitutive devant être approuvée par le DARH et publiée au BO du ministère de la santé. Cette convention précise le siège du groupement, s'il est ou non constitué avec un capital, et dans l'affirmative, indique les apports respectifs de chacun de ses membres. Les membres peuvent participer au GCS sous forme de participation financière au budget annuel, sous forme de mise à disposition

gratuite personnels, de locaux ou de matériels, sous toute autre forme de contribution au fonctionnement du groupement dont la valeur est appréciée d'un commun accord.

Au cours de son existence, le groupement peut accepter de nouveaux membres ou exclure l'un de ses membres en cas de faute grave.

Le GCS est dissous de plein droit par l'arrivée du terme de sa durée conventionnelle et par la réalisation ou l'extinction de son objet. Il peut également prendre fin par décision de l'assemblée générale et par le retrait de l'un de ses membres s'il n'en comptait que deux.

Une assemblée générale composée de l'ensemble des membres du groupement, chacun ayant au moins deux représentants, se réunit au moins une fois par trimestre. C'est elle qui adopte le budget annuel, fixe les participations respectives des membres, approuve les comptes et délibère pour toute modification de la convention constitutive ou pour l'exclusion d'un membre. Elle est également chargée de la nomination et de la révocation de l'administrateur chargé d'assurer le fonctionnement du groupement et désigné pour une durée de trois ans, maximum non renouvelable.

Les personnels qui sont mis à disposition du groupement par les membres, bien que placés sous l'autorité fonctionnelle de l'administrateur du groupement conservent leur statut d'origine. Leurs employeurs respectifs continuent d'assurer à leurs égards les obligations prévues par leur statut ou les conventions collectives.

### C) Des améliorations nécessaires mais insuffisantes

Mais, cette ambition textuelle de coopération public - privé s'est très vite révélée être sans déclinaisons réelles. Car si le GCS constituait une ouverture pour certains établissements privés jusqu'alors exclus d'une coopération lourde, il demeurait marginal - la règle de la coopération entre établissements de santé était le SIH pour la gestion de services -. En outre, il ne pouvait être assimilé à un établissement de santé, réaliser des bénéfices ou encore être employeur.

Conscient des limites de cette innovation, le législateur a souhaité élargir le champ d'action du GCS. Il l'a fait à l'occasion de l'adoption de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture maladie Universelle (dite loi CMU) et de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

L'article 50 de la loi CMU a permis aux GCS de détenir des autorisations d'installations (lits et places) et d'activités de soins visées à l'article L.6122-1, alors qu'antérieurement, les groupements ne pouvaient détenir des autorisations que pour les seuls matériels lourds.

L'article 87 de la loi du 4 mars 2002 a modifié les deux premiers alinéas de l'article L6133-1, en prévoyant qu'un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé publics ou privés. Auparavant, il fallait qu'il y ait nécessairement un établissement privé à but lucratif.

En outre, l'article L6133-1 est complété en permettant au groupement, pour compte de ses membres de réaliser et gérer des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques.

Mais, malgré ces améliorations législatives successives, et nonobstant quelques réussites<sup>16</sup>, la formule du GCS a peu séduit. Ainsi, un état des lieux réalisés en 2002 auprès de la DHOS et des ARH a montré que seulement neuf GCS existaient sur le territoire national : cinq en Nord-Pas-de-Calais, deux en Franche-Comté et un en Midi-Pyrénées.

Face à ce constat d'échec, les rédacteurs de l'ordonnance du 4 septembre 2003 ont donc tenté de pallier aux faiblesses juridiques du GCS et aux difficultés engendrées par les différences de statut des personnels en rénovant à nouveau le régime juridique du GCS de 1996 avec l'ambition d'en faire la pierre angulaire de la coopération sanitaire.

### **2.1.2 La nouvelle version du GCS comme pierre angulaire de la coopération sanitaire**

Avec l'ordonnance du 4 septembre 2003, le Groupement de Coopération Sanitaire tend à devenir l'outil de référence en matière de coopération sanitaire. Si les GIP, les GIE et les conventions d'associations subsistent, les SIH, les communautés d'établissements et les réseaux coopératifs de santé eux disparaissent.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> dans certains bassins de santé, inférieurs à 150000 habitants, le GCS a pu aboutir à une véritable fusion immobilière, généralement incitée par les caisses et l'Agence dans un contexte économique précis, avec construction d'un pôle public-privé

<sup>17</sup> plus exactement ceux qui existent déjà demeurent mais il n'est pas possible d'en constituer de nouveaux

L'esprit du premier GCS que Philippe Rault-Doumax dans son ouvrage *Hôpitaux, Cliniques, Quel futur ?* publié en 2004 décrit comme étant des « *entreprises de type intermédiaire réalisant un partenariat symbiotique entre deux secteurs n'appartenant plus au même champ concurrentiel* » et ses grands principes de fonctionnement antérieurs (cf. *supra*) sont conservés.

Mais lui sont ajoutés la polyvalence, la souplesse et les compétences qui lui manquaient. Ainsi, sa composition est élargie (A), ses buts diversifiés (B), et ses compétences augmentées (C).

#### A) Une composition élargie

Le GCS peut être constitué entre des établissements de santé (public, PSPH et privés à but lucratif), des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux mentionnés à l'article L.4111-1, sous réserve pour les médecins libéraux ayant un contrat d'exercice avec un établissement de santé privé, du respect des engagements souscrits avec celui-ci.

D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un groupement de coopération sanitaire en vue de leur association aux activités du groupement.

Cependant un des membres au moins du GCS doit être un établissement de santé.

#### B) Des buts diversifiés

Un GCS peut être constitué à plusieurs fins, ainsi le nouvel article L.6133-1 précise qu'un GCS a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres et qu'à cet effet, il peut :

Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres ou associés du groupement.

Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L.6122-1.

Devenir un cadre juridique *ad hoc* pour un réseau de santé.

### C) Des compétences augmentées

Les nouvelles compétences du GCS résultent de la volonté de permettre une intégration plus poussée de ses membres.

L'innovation majeure et fort attendue est la possibilité désormais offerte au GCS d'être employeur.

Ensuite, il peut être autorisé par le directeur de l'agence, à la demande des établissements membres, à exercer les missions d'un établissement de santé. Mais ce n'est toujours pas un établissement de santé.

Enfin, non seulement comme dans son ancienne version il peut détenir des autorisations, mais en sus il peut être autorisé par le directeur de l'agence à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres. Il peut donc dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux. Ce changement doit permettre de pallier à la réticence des établissements privés de transférer leurs autorisations.

Il faut noter pour terminer que la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 codifiée à l'article L6133-5 du code de santé publique prévoit que : *« Pendant une durée maximale de trois ans à compter du 1er janvier 2004, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser des groupements de coopération sanitaire à conduire une expérimentation portant sur les modalités de rémunération des professionnels médicaux des établissements membres de ces groupements et des médecins libéraux pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements et sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés par ces groupements lorsqu'ils sont autorisés dans les conditions définies à l'article L. 6133-1. »*

Cette nouvelle formule qui favorise la coopération entre établissements publics et privés le recours à des médecins non salariés, le regroupement des activités médicales et la mutualisation des tâches logistiques paraît avoir conformément à l'ambition de ses créateurs tous les atouts pour séduire les opérateurs.

Le plan Hôpital 2007 va au-delà de la simple rénovation des outils juridiques utiles à la coopération sanitaire entre secteurs public et privé. Car il apporte également aux ARH les moyens financiers de l'accompagner voire de la susciter.

## **2.2 Le volet investissement : un levier financier pour accompagner les coopérations public – privé**

Dans son *discours du 20 novembre 2002*, J. Mattei annonçait que «*l'Etat doit aussi prendre sa part de responsabilité en accompagnant les évolutions et la recomposition de l'offre hospitalière. C'est l'objet à la fois du plan de soutien à l'investissement...et de la rénovation des outils de coopération hospitalière.* »

Dès le vote de LFSS pour 2003, il confirmait le lancement du volet investissement du plan Hôpital 2007. Ce volet doit permettre de financer 10,2 milliards d'euros d'investissements supplémentaires entre 2003 et 2007 grâce à la participation de l'assurance maladie, à hauteur de 6 milliards d'euros, et au financement complémentaire réuni par les établissements de santé, essentiellement par recours à l'emprunt.

Ces sommes s'ajoutent aux 2,7 milliards d'euros d'investissements annuels habituels.

Ce plan d'investissement est destiné à apporter une réponse au retard pris en matière de renouvellement des patrimoines hospitaliers, en particulier dans le secteur public, comme l'a souligné le rapport sur l'investissement public publié par le conseil économique et social en novembre 2002. En effet, le désengagement, à partir de 1985 de l'Etat et de l'assurance maladie, a incité les établissements à privilégier les équipements médicaux, puis sous la contrainte budgétaire persistante, à reporter dans le temps une partie de leurs investissements. A titre d'exemple le taux de vétusté des équipements de 68,6 % en 2000 a augmenté de 3% entre 1997 et 2000.

En outre, ce plan doit permettre d'assurer l'application des textes en vigueur sur les normes de sécurité (en 2002, 24 % des bâtiments des centres hospitaliers universitaires avaient reçu un avis défavorable des commissions préfectorales de sécurité).

Ce volet investissement du plan hôpital 2007 contribue au rapprochement entre secteurs public et privé à plusieurs titres. D'abord, il a pour vocation de s'adresser à la fois aux établissements de santé publics, PSPH et privés sous OQN (1.2.1). Ensuite, il a pour ambition de favoriser une recomposition de l'offre de soins axée sur le développement des coopérations public - privé (1.2.2).

### **2.2.1 Une relance de l'investissement hospitalier commune au public et au privé**

Cette relance des investissements hospitaliers contenue dans le plan hôpital 2007 est en partie financée par un fonds commun au secteur public et privé (A). De plus, elle concerne des opérations intéressant les établissements publics et privés, participant ou non au service public hospitalier (B).

A) Un fonds de financement commun aux secteurs public et privé

La LFSS pour 2003 prévoit deux sources de financement pour ce plan.

D'une part, des aides en capital seront versées par le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (crédits hors ONDAM) à hauteur de 1,6 milliard d'euros (300 millions d'euros en 2003 et 300.8 millions en 2004) aux trois catégories d'établissements de santé.

L'article 26 de la LFSS pour 2003 a fusionné le Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) et le Fonds de modernisation des établissements de santé (FMES), pour aboutir à la création du nouveau FMESPP, devenu le support financier unique de l'aide à l'investissement des établissements de santé.

D'autre part, des aides en fonctionnement pour les établissements publics et privés sous dotation globale (il s'agit de crédits intégrés à l'ONDAM), destinés à financer le surcoût des emprunts mobilisés ainsi que les dotations aux amortissements, doit permettre de générer 4.4 milliards d'euros d'investissements pour une dotation annuelle de 80 millions d'euros (70 millions en 2003 et 90.4 millions en 2004).

Dans les deux cas, l'attribution de l'aide fait l'objet d'une contractualisation entre l'ARH et l'établissement. Elle prend la forme d'un avenant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou d'un engagement contractuel spécifique.

Néanmoins en raison de systèmes de financements distincts (la dotation globale d'un côté, la rémunération à la journée de l'autre), les aides en fonctionnement ne peuvent être versées dans les mêmes conditions aux établissements de santé publics et privés. Les ARH ont donc privilégié le recours aux aides en capital pour financer les investissements destinés aux établissements privés sous objectif quantifié national (OQN).

La fusion du FMCP et du FMES dans le FMESPP rationalise le dispositif d'aide à l'investissement hospitalier et révèle la volonté des pouvoirs publics de présenter à nouveau les établissements publics, PSPH et privés à but lucratif comme les acteurs d'un seul et même système de santé.

Cette volonté transparaît également au niveau des opérations éligibles.

B) Des opérations éligibles intéressant toutes les catégories d'établissements.

Le champ des opérations concernées est relativement large, il s'agit aussi bien d'équipements médicaux, techniques ou hôteliers, des équipements lourds ; des systèmes d'information que des opérations immobilières.

Ainsi, ces opérations ont bénéficié à l'immobilier qui représente 58 % du montant des investissements, aux équipements techniques et médicaux pour 21 % et aux équipements hôteliers et informatiques pour 21 %.

Il est conçu pour l'ensemble du parc hospitalier, aussi bien public que privé.

En outre, l'article 39 de la LFSS pour 2004, a étendu le bénéfice des aides du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés aux groupements de coopération sanitaire (*cf. supra*).

L'utilisation de ces fonds est confiée au niveau régional. Chaque ARH a donc sélectionné librement les opérations retenues dans son Objectif Régional Pluriannuel d'Investissements (ORPI) avec comme seule contrainte que ces opérations soient limitées et structurantes. Les agences pour y parvenir disposaient de l'appui de la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et des vingt-six chargés de missions régionaux recrutés à cet effet.

Ensuite les ORPI, une fois validés par la MAINH et la DHOS sont devenus les Programmes Régionaux Pluriannuels d'Investissements. Ces derniers contiennent les opérations bénéficiaires des fonds d'hôpital 2007 pour la période 2003 - 2007.

Or l'analyse des ORPI et des opérations sélectionnées révèle que les opérations mettant en jeu des coopérations public - privé y occupent une place importante.

## **2.2.2 Des investissements faisant une part belle aux coopérations public - privé**

Ainsi, selon le sénateur Alain VASSELLE, rapporteur au nom de la commission des Affaires sociales) du PLFSS pour 2005 « *le Gouvernement a souhaité mettre à profit le volet investissement du plan Hôpital 2007 pour accélérer les recompositions et les*

*collaborations entre établissements* ». Cette volonté transparaît également dans le choix des opérations retenues par les ARH comme l'illustrent les statistiques nationales (A) et l'exemple de la région Languedoc Roussillon (B).

#### A) Les statistiques nationales

A l'issue de la phase de concertation préalable organisée par le ministère de la santé, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont présenté une liste de 937 opérations susceptibles de bénéficier d'un soutien financier dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Ces opérations ont été agréées par le ministre chargé de la santé. Le montant total des investissements nécessaires à la réalisation de ces projets s'établit à 10,2 milliards d'euros.

Les premières statistiques disponibles font apparaître que sur les 937 opérations retenues 51 opérations concernent des opérations de regroupement ou de coopérations entre des établissements publics et privés représentant des investissements supplémentaires correspondants à 1.05 milliard<sup>18</sup> soit 10.2 % du total des investissements supplémentaires permis par le plan Hôpital 2007.

Cette volonté de promouvoir par le plan Hôpital 2007 les opérations de coopération public - privé se retrouve logiquement au niveau régional à l'instar de l'ORPI de la région Languedoc Roussillon.

#### B) Les rapprochements public - privé : un axe important de l'ORPI Languedoc Roussillon

La présentation du volet investissement du plan Hôpital 2007 en Languedoc-Roussillon, a été faite par la directrice de l'ARH lors de la conférence de presse du 17 septembre 2003. Les propos de la directrice de l'ARH ont confirmé la volonté d'inscrire les opérations de rapprochements public - privé parmi les priorités de l'ORPI (a) que l'analyse du Plan Régional d'Investissement ne vient pas démentir (2).

---

<sup>18</sup> Source ministère de la Santé et disponible dans le rapport de la commission des Affaires sociales du PLFSS pour 2005

a) *L'ORPI Languedoc Roussillon : l'ambition bien présente d'un développement des rapprochements entre secteurs public et privé*

D'abord, il est clairement rappelé par l'ARH que les crédits du plan Hôpital 2007 ne concernent pas que les établissements publics.

La directrice de l'ARH a ainsi tenu à souligner qu'étant donné le poids important de l'hospitalisation privée, l'ORPI Languedoc Roussillon (ORPI LR) devait prendre en considération les projets majeurs présentés par les établissements privés sous OQN. En effet, la région compte au total 160 établissements dont 96 sous OQN, représentant 38% des lits et places autorisés et même 50% de l'activité de courts séjours. Ces projets représentent environ 15% des investissements totaux de l'ORPI LR. Les réunions de concertation ont associé autant la FHF que la FHP.

Ensuite, parmi les critères de sélection ayant permis de retenir 47 opérations sur les 500 projets déposés par une centaine d'établissement celui de la participation à « *la recomposition de l'offre de soins s'appuyant sur des regroupements/coopérations, qu'ils soient entre établissements publics, privés ou encore entre des établissements de statuts différents (public/privé)* »<sup>19</sup> apparaît en bonne place<sup>20</sup>. Cette volonté a été réaffirmée le 9 mars 2004 lors de la présentation de l'ORPI aux directeurs d'établissements.

Cette volonté de promouvoir une recomposition de l'offre hospitalière axée sur les coopérations public - privé a été confirmée lors de l'entretien avec la directrice de l'ARH mi septembre 2004.

b) *10% des crédits de l'ORPI destinés à des opérations de rapprochements public-privé*

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, la région Languedoc-roussillon (hors département de la Lozère) s'est vue allouer une enveloppe, à répartir sur les 5 ans à venir, de 46 millions d'euros en subventions et de 14 millions d'euros en dotations budgétaires spécifiques, ce qui représente 196 millions d'aides pour des investissements supplémentaires.

A ces 196 millions, il convient d'ajouter les 7,8 millions d'aides affectées de manière particulière à la Lozère, soit un total de 203,8 millions.

---

<sup>19</sup> Cf. conférence de presse du 17 septembre 2003

Les crédits d'investissement du plan Hôpital 2007 vont permettre de financer 47 opérations pour un volume d'investissements supplémentaires estimé à 451 millions d'euros et aidé à hauteur de 46%. Ainsi, les établissements du LR dépenseront un volume moyen d'investissements annuels supplémentaires de 85 millions qu'il faut ajouter aux 136 millions d'investissements moyen annuel (avant hôpital 2007), soit une augmentation de 60% des investissements hospitaliers annuels.

Les 47 opérations se répartissent comme suit <sup>21</sup>:

- ? 15 sites concernés par des opérations de regroupement sur 6 sites
- ? 6 projets de complémentarité
- ? 15 projets destinés à renforcer l'offre de soins dans les domaines prioritaires pour la Santé Publique : Urgences, Cancer, Périnatalité et Personnes Agées.
- ? 11 projets de modernisation d'établissements

5 projets concernent une opération de regroupement ou de coopération public – privé que l'on a détaillé sous la forme d'un tableau.

Opérations public-privé retenues dans l'ORPI L-R	Aides Hôpital 2007 (millions)	Montant de l'opération (millions)
Pôle santé de Lunel : regroupement HL Lunel et clinique Les platanes	5,34	13,70
Constitution d'un GCS entre CH de Bagnols et la Clinique La Garaud (transferts de lits)	0,26	1,70
Pôle logistique entre CH de Carcassonne et 2 cliniques privées	8,90	19,00
Regroupement HL Marvejols et clinique Gévaudan	5,30	10,80
Financement d'une étude pour envisager le regroupement des maternités de la clinique Champeau et du CH de Béziers	0,04	0,04
Total	19,84	45,24
ORPI LR	203,80	451,00
<b>Pourcentage public-privé / ORPI</b>	<b>9,74%</b>	<b>10,03%</b>

Ainsi l'ORPI LR, conformément à la moyenne nationale, contient 10% d'opérations d'investissements supplémentaires concernant un regroupement ou une coopération public - privé.

<sup>20</sup> au même niveau que le respect des priorités du SROS et les plans nationaux

<sup>21</sup> source ARH Languedoc-Roussillon

Les mesures du plan hôpital 2007 susceptibles d'avoir un impact sur le rapprochement des secteurs public et privé, tant en terme de convergence, avec la mise en place de la T2A que de coopération, avec la nouvelle version du GCS et la relance des investissements ont donc été présentés dans les 2 parties précédentes. Il convient donc maintenant dans une troisième partie de confronter ces potentiels à l'analyse théorique, à la réalité du terrain et au ressenti des acteurs pour évaluer leur potentiel de succès.

### **3 ANALYSE : DES LIMITES PLAIDANT POUR UNE INTERVENTION ACCRUE ET RENOVEE DES IASS**

La confrontation des objectifs affichés en terme de rapprochement des secteurs public et privé avec la réalité, constatée sur le terrain au milieu de cette année 2004, soit 2 ans après le lancement du plan Hôpital 2007 fait apparaître les limites de ce dernier (3.1). Cette analyse nous incite à réfléchir sur le rôle que doivent jouer les services de l'Etat, et notamment les IASS pour espérer, si ce n'est y remédier au moins en limiter les effets négatifs sur notre système de santé. (3.2)

#### **3.1 Les limites du rapprochement public – privé développé par le plan Hôpital 2007**

D'abord la réforme de la T2A est mal acceptée par les acteurs car elle n'est pas seulement une convergence des modes de financement mais bien une mise en concurrence directe des établissements publics et privés. (3.1.1). Ensuite le GCS ne connaît pas le développement escompté du fait des incertitudes persistantes qui l'entourent (3.1.2). Enfin, l'allocation des crédits d'investissement supplémentaires est une condition nécessaire à la réalisation de ce type de coopérations mais loin d'être suffisante (3.1.3)

##### **3.1.1 La T2A : une mise en concurrence des établissements publics et privés mal acceptée**

Le principe de la T2A est en grande majorité accepté tant par les hôpitaux publics que les cliniques privées. Mais son « corollaire » pour certains ou « *le ver dans le fruit* » pour d'autres qu'est la mise en concurrence directe des secteurs public et privé (A) est très contestée par les acteurs de l'Hôpital Public (B). En effet, la T2A semble beaucoup mieux acceptée dans les cliniques privées même si certains dénoncent le « *scandale du maintien de tarifs différents par clinique par le jeu des coefficients de transition (cf .supra) pour encore 8 ans* »

A) De la convergence tarifaire à la mise en concurrence

En effet, la LFSS pour 2004 ne s'est pas contentée d'harmoniser les financements des activités, médecine, chirurgie et obstétrique des secteurs public et privé. Elle a en outre modifié le découpage de l'ONDAM et les règles d'imputation des dépenses dans les différents objectifs et enveloppes pour arriver à une seule enveloppe de régulation MCO pour le public et le privé (a) posant *de facto* un principe de mise en concurrence des établissements publics et privés.

Néanmoins, ce principe de concurrence, est atténué, dans la mesure où cette enveloppe contient une sous enveloppe étanche destinée à financer les Missions d'Intérêt général et d'Aide à la Contractualisation (b).

a) *Une seule enveloppe de régulation MCO pour le public et le privé*

En effet, avant l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, les dépenses d'assurance maladie relatives aux établissements de santé de la métropole se répartissent en trois grands sous-ensembles : l'ONDAM des établissements de santé financés par la dotation globale, l'ONDAM des cliniques privées et une partie de l'ONDAM des soins de ville (ni les honoraires des professionnels libéraux intervenant dans les cliniques, ni les dispositifs médicaux utilisés par ces intervenants libéraux ne sont comptabilisés dans le champ de l'ONDAM établissements de santé mais dans le champ des soins de ville).

Or avec l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, la décomposition de l'ONDAM dans le champ des établissements de santé est complètement revue.

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 met en place un mécanisme de régulation des dépenses des activités MCO commun aux établissements publics et privés consacrant leur appartenance à un même système de soins.

Le législateur a en effet fait le choix de fusionner les dépenses MCO des établissements sous dotation globale et des établissements sous OQN dans une seule enveloppe (l'objectif de dépenses médecine chirurgie obstétrique (ODMCO)) sur laquelle seront désormais imputées les dépenses MCO de tous les établissements publics et privés. La régulation nationale se faisant par une négociation prix/volume, sans distinction des secteurs publics et privés.

Dans le champ des activités MCO, le principe de la concurrence entre établissements publics et privés est donc posé.

C'est cet aspect de la réforme qui est contesté par les acteurs de l'hospitalisation publique, pourtant initialement favorable à la réforme de la tarification à l'activité arguant des différences existant entre le public et privé.

*b) La sous enveloppe MIGAC : une atténuation à la mise en concurrence*

Ce principe de concurrence est néanmoins atténué dans la mesure où l'enveloppe MCO se décompose en sous enveloppes, certes également communes au public et au privé mais qui ne sont pas toutes régies par un système de tarification à l'activité réduisant d'autant la masse financière sur laquelle s'exerce réellement la concurrence.

En effet, l'article 25 précité, procède à un financement mixte distinguant :

? *les missions de soins ayant vocation à être financées directement à l'activité (cf supra). C'est sur ces activités de soins qu'il existe une mise en concurrence des établissements publics et privés.*

? *Certaines activités de soins particulières financées par une modalité particulière de financement mixte correspondant à un montant de ressources annuelles fixe mais déterminé en fonction de l'activité réalisée, consistant dans le versement d'un forfait annuel pour financer les coûts fixes d'une activité.*

Par exemple les passages aux urgences font l'objet d'un double financement : un forfait annuel fonction d'une fourchette de passages et un tarif au passage de 25 euros, auxquels il faut ajouter les actes réalisés<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> En revanche, si le passage au service d'urgence est suivi d'une hospitalisation, seul le tarif correspondant au GHS de l'hospitalisation est comptabilisé.

? *Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)*, qui recouvrent d'une manière générale toutes les missions et activités non couvertes par le PMSI, pour le secteur public comme le secteur privé, et qui sont financées par une dotation de financement fixée indépendamment de l'activité réalisée.

Il s'agit de reconnaître, d'une part, qu'un certain nombre de missions n'ont pas vocation à être financées par les modalités de la tarification à l'activité car leurs ressources ne doivent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée – ce sont les missions d'intérêt général (par exemple : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, SMUR, Institut de Formation en soins Infirmiers, Toxic-Méthadone, Equipe Mobile de Soins Palliatifs), et d'autre part, d'identifier une ressource de financement spécifique d'aide à la contractualisation, destinée à accompagner la démarche de contractualisation entre les établissements de santé publics et privés et les ARH.

Malgré ces atténuations, l'enveloppe commune aux deux secteurs, « *sorte de réforme cachée* » pour reprendre l'expression de M. Boyer directeur financier du CHIBT, demeure mal vécue par les acteurs de l'hospitalisation publique car elle place les EPS et les EPSPH en concurrence avec les établissements privés à but lucratif, et par là même modifie la nature de la T2A. En tout état de cause, ce principe de concurrence ne pourra jouer de manière juste que dans la mesure où les MIG seront correctement définies et évaluées.

#### B) Une mise en concurrence contestée par les établissements publics

En préambule, les opérateurs publics entrent dans cette mise en concurrence avec deux pénalités issues de l'histoire hospitalière. D'abord, le principe de la T2A nécessite pour les établissements publics de procéder à une véritable « *révolution culturelle* » car aujourd'hui, les personnels médicaux et soignants des EPS ne sont pas sensibles aux arguments à finalité financière. Ensuite, les « *reports de charge* » dus à l'ancien mode de financement continuent à peser sur les budgets hospitaliers que l'annonce du 25 mai 2004 par M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale de 300 millions d'euros, attribués aux établissements les plus en difficulté et ayant des reports de charges significatifs, est loin d'avoir épuisé la question.

Mais au-delà de ces handicaps historiques, les établissements publics de santé font part de contraintes spécifiques qui les empêcheront toujours de faire jeu égal avec les

cliniques privées. Ces contraintes spécifiques que les EPS doivent surmonter engendrent des surcoûts entendus *lato sensu*<sup>23</sup>. Les principaux désavantages dénoncés par les directeurs d'établissements publics et qui sont loin d'être exhaustifs sont les suivants.

D'abord, le mode de rémunération des personnels médicaux dans un contexte de tarification à l'activité est plus favorable au secteur privé.

Car les praticiens hospitaliers des EPS sont rétribués de manière forfaitaire et donc peu incités au développement de l'activité. Au contraire, dans le secteur privé, les médecins sont rétribués à l'acte. Il existe ainsi pour eux un lien étroit entre leur revenu et l'activité.

En outre, les médecins libéraux intervenant dans les cliniques privées sont particulièrement bien implantés dans les réseaux de médecine libérale dont ils sont issus, ce qui est un gage pour le recrutement de nouveaux patients. A l'inverse les praticiens hospitaliers sont souvent sans attache dans la cité.

Puis, la population des patients accueillie est différente à l'hôpital et en clinique ; les cas les plus lourds, les patients les plus âgés et les polyopathologies se retrouvent souvent à l'hôpital public : la répartition par groupes homogènes de séjour (GHS), base méthodologique de la tarification à l'activité, peine parfois à retranscrire cette réalité. En outre, il est avéré que c'est vers l'hôpital que se tournent les populations les plus fragiles et les plus défavorisées.

Ensuite, l'hôpital public fait moins d'interventions programmées. Or, une activité non programmée a un coût plus élevé qu'une activité programmée, puisqu'elle impose le maintien d'une surcapacité (lits disponibles et équipes de permanence). L'hôpital public est très polyvalent ; en revanche, les cliniques, en se spécialisant, parviennent à produire des effets d'économies d'échelles.

Pour conclure, sur la perception de cette mise en concurrence par les opérateurs publics on peut citer M. Boyer, directeur financier du Centre Hospitalier Intercommunal du Bassin de Thau :

*« Les modalités de la T2A procurent au secteur privé un avantage certain, alors que les EPS doivent prendre en charge des patients spécifiques, intrinsèquement générateurs de créances irrécouvrables, tout en assurant des missions coûteuses que le secteur privé n'a pas à assumer. Ils doivent, en outre, composer avec les lourdeurs que suscitent le statut de la fonction publique et la complexité des réglementations qui leur sont applicables.*

---

<sup>23</sup> qu'ils affectent les finances ou l'efficacité

*Enfin, l'absence de connexion à l'activité de la rémunération des praticiens hospitaliers grève la potentialité de développement des établissements publics de santé.*

*La T2A accentue les disparités préexistantes entre les EPS et les cliniques, mais en crée aussi d'autres, alors que l'objectif de cette réforme est de parvenir à une juste rétribution des secteurs public et privé.*

*Dès lors comment envisager une concurrence entre des établissements qui ne sont ni comparables, ni astreints aux mêmes obligations ? »*

### **3.1.2 Le GCS : des incertitudes persistantes empêchant un réel développement**

D'abord un manque de lisibilité est pointé par certains auteurs à l'instar de Maxence Cormier<sup>24</sup> sur la composition et la nature juridique du GCS qui peut être :

Soit une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel.

Soit une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privés.

Et enfin dans les autres cas, au choix soit une personne de droit privé, soit une personne publique.

Ensuite, de nombreux points demeurent obscurs, ainsi, avec la mise en place de la T2A se pose la question de savoir à quel établissement de santé doivent se rattacher les soins délivrés à un GCS. De même, la capacité à faire travailler des médecins de statut différents -le principe étant qu'ils conservent le statut dont il relève dans leur établissement- n'est toujours pas avérée.

D'ailleurs, le système des rémunérations des médecins demeure incertain même si la LFSS pour 2004 organise une expérimentation fondée sur le principe d'un forfait arrêté conjointement par le directeur de l'ARH et celui de l'URCAM ainsi que sur la possibilité, pour les médecins salariés du service public, de bénéficier d'une rémunération particulière au titre de leur intervention dans le cadre d'un GCS.

En conclusion, on peut dire que l'ensemble de ces éléments fait qu'à l'heure de la rédaction de ce mémoire, le GCS « *nouvelle génération* », comme son prédécesseur, ne

---

<sup>24</sup> Cf. n°40 de la revue de droit sanitaire et sociale, 1<sup>er</sup> trimestre 2004

parvient pas à convaincre les opérateurs qui demeurent dans une position attentiste. Ainsi, dans la région Languedoc-Roussillon, aucun projet de GCS n'a été sérieusement étudié dans le cadre des opérations de coopération financées par le plan Hôpital 2007. Il demeure toujours au stade de «*possibilité envisagée mais repoussée*».

La Directrice de l'ARH du Languedoc - Roussillon interrogée sur le sujet répondait qu' «*il faut comprendre que tous les décrets d'application du nouveau GCS ne sont pas sortis, que l'adaptation des règles fiscales n'est toujours pas faite et que les médecins ne sont pas des gens qui s'engagent à la légère* ».

### **3.1.3 L'allocation des crédits d'investissement supplémentaires : une condition nécessaire mais non suffisante**

L'attribution de crédits spécifiques pour mener à bien une opération de coopération entre établissements appartenant à des secteurs différents est une condition nécessaire (a). Mais, cela n'est pas suffisant car le succès du projet dépend de nombreux autres paramètres (b).

#### **A) La nécessité des crédits spécifiques**

L'interrogation des acteurs concernés fait apparaître la nécessité de l'attribution de crédits spécifiques et nouveaux, comme ceux du plan Hôpital 2007, pour impulser ce type d'opérations de coopération public – privé.

La nécessité de ces crédits trouve son origine généralement dans l'une des deux raisons suivantes :

Soit les crédits supplémentaires apparaissent comme une incitation quasi contraignante : le planificateur n'est prêt à aider financièrement des établissements en difficulté à se moderniser (modernisation du bloc de la clinique à condition de transférer son activité de maternité à l'hôpital etc...) qu'à la condition que ceux-ci participent à une opération de complémentarité.

Soit les crédits alloués constituent un accompagnement indispensable : les deux établissements sont désireux de coopérer voire de se regrouper mais ont besoin d'investissements supplémentaires pour y parvenir (construction d'un nouveau bâtiment pour accueillir l'activité des deux établissements...).

Pour autant si l'allocation de ressources spéciales est nécessaire à la réalisation de ces opérations de coopérations, elle est loin de constituer une condition suffisante pour en garantir le succès comme nous l'indique l'exemple du Languedoc-Roussillon.

#### B) Des opérations de coopération au succès conditionné

En effet, les informations et les données récoltées en Languedoc-Roussillon, en septembre 2004, soit plus d'un an après l'arrêt de l'ORPI, font apparaître que la majorité des opérations de coopération public - privé, sont au point mort. Les acteurs sont sceptiques quant à leur réalisation future, quand ces opérations ne sont pas tout simplement enterrées.

Ainsi sur les cinq opérations de coopération public – privé retenues par l'ORPI du Languedoc-Roussillon, quatre sont en passe d'échouer face aux difficultés endogènes à ce type d'opération et que la T2A va accentuer (a) et une seule est sur le point d'aboutir de manière exemplaire car elle satisfait toutes les conditions requises (b)

##### a) *Des difficultés « d'intérêts stratégiques » accentuées par la T2A*

Si les obstacles avancés par les acteurs de terrain afin d'expliquer l'échec de ces opérations sont pléthores, et de natures diverses : technique, financière... ils ne sont souvent en fait la que traduction protéiforme de deux types d'attitude : la suspicion vis-à-vis de l'autre partenaire et la certitude de pouvoir l'emporter au final.

On peut par exemple citer le cas du refus du directeur de la clinique *La Garaud* de réaliser l'opération dont le but était un transfert des lits de chirurgie de la polyclinique LA GARAUD sur le site du CHG Louis PASTEUR, en échange d'un transfert des lits de SSR de l'Hôpital à la polyclinique.

Il y a certes des obstacles matériels qui ont été avancés : « la charge financière occasionnée par le déplacement » et l'absence de place suffisante au CHG « pour déménager toute la logistique qui va avec la chirurgie : pharmacie, bureaux de consultations, parking... ».

Mais l'élément principal qui semble avoir empêché le dépassement de ces obstacles techniques est la peur qu' « *un déplacement de la chirurgie dans le secteur public de l'activité discrédite la société et nuise à l'image de marque de qualité des soins.* »

Au final, la clinique n'est réellement intéressée que pour la réalisation de la seconde partie de l'opération c'est à dire le transfert des lits de SSR de l'hôpital à la clinique. Cette option ne pouvait bien sur être acceptée par l'hôpital qui s'estimait devenir alors le grand perdant de l'opération

Ces obstacles que l'on peut qualifier « d'intérêts stratégiques » par opposition aux obstacles techniques souvent avancés pour masquer les premiers sont bien sûr exacerbés lorsque les établissements sont en concurrence dures sur certaines disciplines depuis plusieurs années.

Ces conflits « d'intérêt stratégique » vont être accentués par le passage à la T2A. En effet, si la T2A peut être dans certains cas un catalyseur puissant des opérations de coopération comme par exemple lorsque l'établissement sait qu'un financement à l'activité de l'une de ses activités va entraîner des pertes que le budget de l'établissement ne pourra plus supporter (*cf. infra*), dans d'autres cas elle se révèle être un frein.

Ainsi, des opérations de coopération envisagées de longue date par le planificateur régional n'ont pu être inscrites dans l'ORPI car elles étaient devenues impossibles à mettre en place dans un contexte de tarification à l'activité.

Des directeurs d'établissements publics sont tentés de se positionner dans une position d'attente stratégique : *« j'attends que la clinique crève puis l'hôpital récupèrera son activité de maternité sans devoir négocier quoique ce soit »*.

Ou encore des directeurs de clinique sont persuadés que *« la T2A et la disparition de la carte sanitaire qui limitait son activité vont permettre à la clinique de récupérer de fait 90% de la chirurgie de l'hôpital grâce à la notoriété de ses chirurgiens »*.

A l'inverse, une des opérations de regroupement public – privé inscrite dans l'ORPI est engagée sur la voie de la réussite car toutes les conditions nécessaires étaient réunies. Il s'agit de la création du Pôle de Santé de Lunel.

- b) *L'expérience du Pôle santé de Lunel : un rapprochement réussi entre l'Hôpital Local et la Clinique des Platanes*

Cette opération a été approuvée par le CA de l'Hôpital local de Lunel le 22 juillet 2004 et a reçu un avis favorable de la commission exécutive de l'ARH le 28 juillet 2004.

Elle remplissait toutes les conditions pour réussir.

**Premièrement, elle était souhaitée par tous les acteurs concernés qui se sentaient gagnants et par le planificateur régional qui accomplissait ainsi un des objectifs du SROS.**

Deux établissements de santé sont présents sur la commune de Lunel.

La clinique des platanes, établissement privé à but lucratif a une activité autorisée par la carte sanitaire de 8 lits de chirurgie et de 9 places de chirurgie ambulatoire.

L'Hôpital Local de Lunel offre des services de médecine (28 lits), de soins de suite et de réadaptation (20 lits), de soins de longue durée (120 lits), de maison de retraite (35 lits) et de soins infirmiers à domicile (27 places).

La clinique devait trouver une solution puisque depuis le transfert des lits de maternité à Montpellier, elle rencontre, compte tenu de sa faible capacité, de grosses difficultés financières qui mettent en danger la continuité de son activité. Le secteur de Lunel risque donc à terme de voir disparaître toute offre de chirurgie sur son territoire.

De même l'hôpital y avait intérêt car l'Hôpital local pour sa part ne dispose pas d'un plateau technique suffisant pour répondre aux besoins des habitants du secteur. Ce manque entraîne de nombreux transports de patients vers Montpellier et Nîmes qui nuisent à la qualité de la prise en charge.

Le planificateur régional soutenait pleinement ce projet dans la mesure où il correspondait à la satisfaction de besoins de soins, car le contexte d'explosion démographique du secteur (+29 % entre les 2 recensements) laisse présager pour les années à venir encore une augmentation de la population du territoire et par conséquent des besoins de santé. L'opération est très soutenue car elle s'inscrit pleinement dans le renforcement de l'offre de soins sur le secteur de Lunel préconisé par le SROS 2.

Elle a d'ailleurs bénéficié d'un gros soutien financier, le plan Hôpital 2007 apporte une subvention d'investissement de 1.487.550 € et une aide en crédits d'exploitation de 350.000 € par an.

Le projet est également appuyé par la mairie de Lunel. Elle a cédé à titre gracieux la parcelle de terrain nécessaire aux travaux et a acquis les terrains alentours en prévision d'extensions ultérieures de l'Hôpital.

Le but du projet était donc d'associer les moyens des acteurs de santé publics et privés intervenant à Lunel afin de garantir l'existence d'une offre de soins suffisante et pérenne pour répondre aux besoins grandissant de la population environnante. Il s'agit de construire sur un terrain cédé à titre gracieux par la mairie un bâtiment neuf qui hébergera « un pôle santé ».

Ce pôle santé regroupera sur un même site : les activités de chirurgie et d'imagerie de la clinique, les activités de médecine et de SSR de l'Hôpital Local, les activités de médecine générale d'une maison médicale ainsi que qu'une partie des activités délocalisées d'autodialyse du Centre d'Hémodialyse du Languedoc Méditerranéen (11 postes). Le bâtiment et les terrains environnants offrent la possibilité en fonction des besoins de développer et d'étendre les activités (rapatriement des services de longue durée, d'administration générale de l'Hôpital, développement de l'activité chirurgicale de la clinique...).

L'hôpital local de Lunel est le maître d'ouvrage de l'opération. Les autres partenaires seront locataires de l'Hôpital et verseront à ce titre des redevances proportionnelles à leur utilisation des locaux. Les partenaires n'excluent pas par la suite de former un Groupement de Coopération Sanitaire pour gérer le « Pôle Santé ».

### **Deuxièmement, cette opération est le fruit de nombreuses concertations**

Des réunions ont eu lieu à la DDASS, les 4 Juin et 5 Juillet, avec l'Inspection Régionale de l'Équipement, le délégué aux travaux (DDAF) et les représentants de l'ensemble des partenaires du projet : l'Hôpital Local de Lunel, la Clinique des Platanes, la Maison Médicale et le Centre d'Hémodialyse du Languedoc Méditerranée.

En sus des 2 réunions précédentes, une rencontre entre les techniciens du maître d'ouvrage et du cabinet d'architecte et M. le délégué aux travaux et de Madame l'Ingénieur régional de l'Équipement a permis de parvenir à une vision partagée de l'ouvrage.

### **Le Financement du projet était assuré et chacun y trouvait son compte.**

L'hôpital est maître d'ouvrage et sera propriétaire des lieux. Les autres partenaires feront des économies par rapport à leur situation actuelle.

Le financement de l'investissement évalué à 13 710 300 € se répartit comme suit : de l'Autofinancement à hauteur de 727 135 €, la subvention Hôpital 2007 à hauteur de 1 487 550 €, le reste étant financé par l'emprunt soit 11 495 615 €.

Les surcoûts estimés à 801 000 € TTC seront financés par les redevances des partenaires à hauteur de 412 100 €<sup>25</sup>, par l'aide d'exploitation d'hôpital 2007 attribuée à l'hôpital soit 350 000 € et par le remboursement des prestations diverses (services techniques, pharmacie, transports...) par les partenaires soit 38 900 €.

Cette opération de coopération entre un établissement public et une clinique privée à but lucratif a pu réussir car chaque opérateur y avait un intérêt stratégique et était sûr de ne pas être perdant financièrement. En outre, elle a fait l'objet d'un long processus de concertation. Enfin, il faut noter que à la fois pour le directeur de l'Hôpital et pour le directeur de la clinique « *aucune des activités des deux établissements ne sont jamais rentrées en concurrence avec celles de l'autre.* »

Le nombre limité d'opérations de coopération public – privé réussies illustre la rareté de situation où tous les paramètres nécessaires sont réunis alors même que les impératifs de santé publique peuvent exiger le développement de ce type d'opérations.

### **3.2 La nécessité d'une intervention accrue et renouvelée des services de l'Etat et des IASS**

Comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, le plan hôpital 2007 participe de la volonté de rapprocher les acteurs publics et privés du système de santé. L'objectif fixé est bien de passer de deux systèmes de prise en charge jugés trop cloisonnés à un seul système de santé, au sein duquel les établissements, plus libres de leur stratégie et quel que soit leur statut public, privé PSPH, privés seront en situation concurrentielle qui n'exclue pas (voire au contraire encourage dans certaines situations) des coopérations ou des complémentarités.

---

<sup>25</sup> dont 285.000 € pour la clinique, 62.500 € par le cabinet d'imagerie, 35.300 € pour le centre d'autodialyse et enfin à hauteur de 29.300 € par les médecins de la maison médicale.

Cette évolution ne peut pas être sans conséquence sur la place des services déconcentrés de l'Etat (ARH, DRASS et DDASS) et la pratique professionnelle des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale. Les services d'allocation de ressources aux établissements de santé ne pourront pas continuer à fonctionner comme auparavant alors qu'à terme les établissements seront les seuls maîtres de leur budget. On ne peut également pas envisager un planificateur sanitaire qui serait le simple spectateur des mouvements de recomposition de l'offre de soins au gré des choix des différents opérateurs.

Cette réforme doit donc nécessairement s'accompagner d'une nouvelle réflexion sur le positionnement des services de l'Etat et la place que les IASS doivent y occuper dans la mesure où ils assurent notamment des missions d'inspection et de contrôle, de planification, de programmation et d'allocation de ressources des établissements sanitaires et qu'ils apportent, en tant que de besoin, leur concours à la mise en oeuvre des politiques dont sont chargées les agences régionales de l'hospitalisation.

Ainsi, dans une évolution du système de santé vers un marché à prix administré, les services de l'Etat doivent se positionner comme les garants d'une concurrence non faussée et donc renforcer l'exercice des compétences de contrôle et de sécurité sanitaire (3.2.1). Mais cela n'est bien évidemment pas suffisant dans la mesure où en charge de la planification sanitaire ils sont également le garant de l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé publique. Or le contexte d'autonomisation des acteurs les oblige à mener une politique de planification offensive (3.2.2).

### **3.2.1 L'IASS comme garant d'une concurrence non faussée et sécurisée**

Même les plus grands zéloteurs d'une libéralisation du système de santé s'accordent pour reconnaître la nécessité d'un « gendarme » garant du caractère non faussée de la concurrence et de la sécurité des usagers - clients.

Or dans la mesure où le système mis en place par la tarification à l'activité incite les acteurs à développer une plus grande activité à des coûts moindres, les risques d'une détérioration de la qualité des prises en charge ou de sélection des patients vont grandir, renforçant la nécessité des contrôles.

Conscients de cette nécessité, les rédacteurs de l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>26</sup> ont donné aux ARH la totalité des outils de contrôle<sup>27</sup>. Les ARH sont désormais compétentes à la fois au titre du contrôle technique prévu à l'article L6115-1 du code de la santé publique et au titre du contrôle de la sécurité sanitaire organisé à l'article L6116-5 du code précité. Il pourrait donc être opportun que les directeurs d'ARH constituent à partir des agents des DDASS et des DRASS de véritables pôles d'inspection et de contrôle. Ces pôles devront être, au vu des enjeux, plus étoffés et plus spécialisés que ne le sont aujourd'hui les équipes en charge du contrôle des établissements.

Les IASS devront occuper une place essentielle dans ce renforcement des contrôles puisque l'article 1 de l'ordonnance du 4 septembre 2003 codifié à l'article 6116-1 dispose que « *L'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique est contrôlée, à l'intérieur des établissements sanitaires et sociaux, par les médecins inspecteurs de santé publique, les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les autres fonctionnaires de catégorie A ou agents assimilés des services déconcentrés du ministère de la santé et les membres de l'inspection générale des affaires sociales.* »

En outre, le plan Hôpital élargit le champ de ces contrôles même s'ils ne concernent pas tous les IASS.

L'article 23 de l'ordonnance reconnaît explicitement aux ARH une compétence de contrôle et d'analyse économique et financière des établissements de santé privés. Ces contrôles peuvent donc y être investis par les IASS et permettront aux ARH d'exercer efficacement leur mission de contrôle des fonds de l'assurance maladie.

Les médecins inspecteurs de santé publique vont quant à eux être sollicités pour les contrôles de codification accompagnant la réforme de la T2A. Car la LFSS pour 2004 instaure des mécanismes de sanctions applicables aux établissements de santé publics et privés en cas de fraude.

L'objectif de ce contrôle est double :

? repérer des erreurs de codage données PMSI susceptibles d'induire un paiement injustifié par l'assurance maladie.

---

<sup>26</sup> Article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance du 4 septembre 2003

<sup>27</sup> Sans pour autant dessaisir les préfets en matière de sécurité sanitaire. On parle de compétence conjointe.

? s'assurer que les établissements se conforment bien à leurs obligations de produire de l'information médicalisée de qualité.

Ce contrôle peut être effectué sur pièces ou sur place par deux corps de contrôle : les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie. Si les comparaisons entre la prestation facturée, le groupe homogène de malade (GHM) et le dossier médical du patient ne sont pas cohérentes avec la nature du patient pris en charge ou les soins délivrés, un dispositif de sanction financière est applicable.

Mais l'Etat ne doit pas se limiter à son rôle nécessaire de garant de la qualité des soins, il doit également faire en sorte que, malgré l'autonomisation des acteurs, l'offre de soins continue de répondre de manière satisfaisante aux besoins de la population.

### **3.2.2 L'IASS comme acteur d'une planification offensive**

La mise en concurrence des établissements de santé instaurée par la T2A va rendre plus difficile les coopérations pourtant nécessaires dans un contexte de pénurie des ressources médicales et de maîtrise des dépenses.

De plus, la subordination des ressources des acteurs à leur activité met en place une régulation à un niveau micro économique qui peut conduire à une transformation très rapide de l'offre de soins potentiellement risquée.

En effet, rien ne dit que les établissements publics et privés n'abandonneront pas les mêmes activités. Tous les besoins peuvent alors ne plus être satisfaits. Il existe également un risque de disparition de l'offre sur certains territoires jugés non rentables.

Ainsi l'intérêt économique des opérateurs peut aller à l'encontre de la satisfaction des besoins de santé sur un territoire. Cette distorsion entre l'offre et les besoins a d'autant plus de chance de se produire que les tarifs des GHS sont fixés au niveau national. Leur caractère plus ou moins incitatif peut en effet ne pas répondre à la spécificité des besoins de telle ou telle région.

L'effet puissant de recomposition de l'offre que porte en elle la T2A ne doit donc pas être sans conséquence sur la conduite de la planification sanitaire.

Il oblige les ARH à mener une politique de planification plus offensive, incitative voire contraignante.

Heureusement, l'ordonnance du 4 septembre 2003 lui en donne les moyens.

L'ARH peut elle même susciter des coopérations pour développer la complémentarité plutôt que la concurrence et permettre le maintien d'une offre de proximité. En effet un des éléments fondamentaux de la réforme est la possibilité désormais offerte aux directeurs d'ARH par l'article L6122-15 du CSP, de « *demander* » aux EPS de créer un GCS en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population.

Le pouvoir des ARH est également renforcé par le nouveau régime des autorisations d'activité car celles-ci deviennent beaucoup plus précaires et ce pour au moins trois raisons. Car bien qu'elles soient délivrées pour une durée qui ne peut être inférieure à 5 ans, elles peuvent en réalité être remises en cause à tout moment à l'occasion de la révision de l'annexe du SROS<sup>28</sup>.

De plus, dans le cas où les objectifs quantifiés d'activité fixés par le COM seraient « *insuffisamment atteints* » l'autorisation peut au terme d'une procédure contradictoire être révisée voire retirée.

En outre, les nouvelles conditions de délivrance des autorisations suppriment les garanties que la carte sanitaire donnait encore aux promoteurs.

Enfin, c'est à elle qu'il reviendra *in fine* de fixer le volume et la nature des activités développées sur un territoire par le truchement de l'Objectif Quantifié du Territoire qui sera indiqué dans l'annexe du SROS. Elle peut également par le biais de sa politique contractuelle avec les établissements, à condition que les crédits correspondants soient suffisants orienter selon ses objectifs de santé publique l'offre de soins.

Dans ce nouvel environnement, les IASS doivent se positionner comme des déclencheurs de nouvelles opérations de coopération et des aiguillons en charge de la santé publique au moment de l'élaboration des projets médicaux de territoire. Ils doivent impérativement pour cela acquérir et conserver une parfaite connaissance des territoires et de leurs opérateurs.

---

<sup>28</sup> Cf article L 6121-2 qui dispose que les autorisations qui sont incompatibles avec la mise en œuvre de l'annexe doivent être révisées au plus tard dans les 2ans suivant la publication du schéma

## CONCLUSION

Le plan Hôpital 2007 qui s'annonce comme l'une des plus vastes réformes de l'hôpital depuis 1958 a parmi ses objectifs affichés celui de continuer la convergence des secteurs public et le privé avec en ligne de mire la constitution d'un seul système (ou marché ?) de soins dans le quel tous les établissements seront soumis à des conditions réglementaires et financières identiques quel que soit leur statut public ou privé.

La T2A, de ce point de vue constitue une avancée essentielle puisque de manière progressive, elle conduit les établissements publics et privés à entrer dans un même champ concurrentiel.

Pour autant, son succès est loin d'être assuré dans la mesure où des points essentiels demeurent incertains à l'instar de la question de la délimitation du contour de la MIGAC, on peut en ce sens citer le point de vue du député Yves Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, « *le périmètre et le niveau adéquat des dotations des missions d'intérêt général – recours, enseignement, innovation et recherche \_ et d'aides à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'intenses débats. Là encore, il est nécessaire que la fixation du champ et du montant des MIGAC ne conduise pas à dénaturer l'application de la tarification à l'activité. (...) Il est à noter que les cliniques privées pourront bénéficier d'une dotation MIGAC dans la mesure où il sera reconnu qu'elles exercent des missions d'intérêt général. La liste des MIGAC devrait être connue en décembre* » Ainsi, cette évaluation constitue pour l'ensemble des acteurs publics comme privés le véritable enjeu de l'année 2005 et apparaît déjà au cœur des préoccupations.

En outre, d'autres éléments portent en eux le germe de l'échec puisque la différence de mode rémunération des médecins entre les deux secteurs conduit inéluctablement à l'instauration d'une concurrence vécue comme faussée par les acteurs.

Mais le plan hôpital 2007 appréhende également le rapprochement en tant que développement des coopérations public – privé, il devient alors une solution pour s'adapter au contexte de pénurie des ressources médicales, c'est l'objectif assigné à la nouvelle version du GCS.

Ce développement peut en sus s'appuyer sur les crédits d'investissements supplémentaires dont une bonne part doit être utilisée en ce sens.

Cependant, cette coopération public – privé paraît difficile à mener à la fois pour des raisons anciennes mais aussi parce qu'elle entre en contradiction avec la logique de la T2A qui autonomise les établissements et accentue la concurrence entre eux.

Dans ce contexte, la tâche du planificateur régional, et donc de manière incidente des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale auxquels sont confiés les rôles de régulateur et de planificateur, se transforme. Il doit s'assurer que les acteurs dans ce système concurrentiel respectent les mêmes contraintes de qualité des soins tout en continuant à vérifier l'adéquation entre l'offre et les besoins.

Conscient de cette nécessité, le législateur lui a confié de nouveaux pouvoirs en terme de planification. L'enjeu de demain est donc pour les IASS de s'en saisir pleinement s'ils veulent accomplir leur mission de veiller à l'amélioration continue de la prise en charge des usagers de son territoire.

« Convergence, concurrence et coopération » telle est l'équation à trois inconnues que devront résoudre demain les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale s'ils veulent continuer à adapter l'offre de soins aux besoins de la population.

D'autant plus que dans un contexte d'approche de la santé toujours plus complexe et éclatée : ARS et GRSP, régionalisation et territorialisation,... ce sont eux qui *in fine* doivent donner du sens et une certaine logique à l'action de l'Etat.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires :**

Type de document : texte de loi

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Loi n°2002-11487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. Journal officiel de la République française, 24 décembre 2002

Type de document : texte de loi

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. Loi n°2003-1198 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Journal officiel de la République française, 19 décembre 2003

Type de document : texte de loi

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. Loi n°2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel de la République française, 17 Août 2004.

Type de document : Ordonnance

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Ordonnance n°200-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux. *Journal officiel de la République française*, 6 septembre 2003.

Type de document : projet de loi

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. n°1830. déposé le 5 Octobre 2004.

Disponible sur : [www.assemblee-nat.fr/12/projets/pl1830.asp](http://www.assemblee-nat.fr/12/projets/pl1830.asp)

## **Les circulaires :**

Type de document : circulaire

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES,2003. Circulaire n°DHOS/2003/139 du 20 mars 2003 relative au Plan d'investissement national " Hôpital 2007. *Non paru au JO.*

Type de document : circulaire

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES,2004. Circulaire n°DHOS/2004/141 du 26 mars 2004 relative au financement en 2004 par FMES-PP du plan d'investissement "hôpital 2007". Non paru au JO.

Type de document : circulaire

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES,2003. Circulaire n°DHOS/2003/485 du 13 octobre relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°200-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux.

Type de document : circulaire

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES,2004. Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Type de document : circulaire

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES,2004. Circulaire n°DHOS/F2/2004/149 du 30 mars 2004 relative au déroulement de la campagne budgétaire 2004 des établissements financés par dotation globale.

## **Les ouvrages :**

Type de document : ouvrage

RAULT-DOUMAX P. *Hôpitaux, cliniques, quel futur ?*  
L'Harmattan. 2004. 298p.

Type de document : ouvrage

BUDET J-M. *L'hospitalisation publique et privée : Des ordonnances de 1996 au plan Hôpital 2007.* Berger-Levrault. 2004. 414p.

Type de document : ouvrage collectif

SYNDICAT DES CLINIQUES SPECIALISES. *Le livre ouvert de l'hospitalisation privée*. SCS. Octobre 2003. 28p.

## **Les Discours et conférences :**

Type de document : Discours

MATTEI JF. *Hôpital 2007 : Un pacte de modernité avec l'hospitalisation* [en ligne]. Paris : Ministère de la Santé, 20 Novembre 2002. disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007/index.htm>

Type de document : conférence de presse

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DU LANGUEDOC ROUSSILLON. *Plan hôpital 2007, le volet investissement en région Languedoc Roussillon*, Montpellier 13 septembre 2003.

Type de document : Présentation aux directeurs d'établissements publics et PSPH

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DU LANGUEDOC ROUSSILLON. *Plan hôpital 2007, Objectif régional pluriannuel d'investissement Languedoc Roussillon*, Montpellier 9 mars 2004.

## **Les communications écrites :**

Type de document : Lettre d'information

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Lettre d'information de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins n°1 Juin 2003. Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007/index.htm>

Type de document : Lettre d'information

LE MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Lettre d'information de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins n°2 Octobre 2003. Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007/index.htm>

## **Les articles :**

Type de document : Dossier de périodique

DRESS. "La tarification à la pathologie : les leçons de l'expérience étrangère". La Documentation Française. *Dossiers solidarité et santé*. Hors série juillet 2002.

Type de document : article de périodique

CENTRE DE DROIT DU CNEH. "Le groupement de coopération sanitaire et l'ordonnance du 4 septembre 2003". *Actualités JuriSanté* n°44/45-Décembre 2003.

Type de document : article de périodique

MARZOUG S. "Le bail emphytéotique hospitalier, nouvel instrument de financement et de réalisation des opérations d'investissement hospitalier". *Actualités JuriSanté* n°44/45-Décembre 2003.

Type de document : article de périodique

CORMIER M et DE FORGES J-M. "La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003". *Revue de droit sanitaire et social*. 1er trimestre 2004

Type de document : article de périodique

DOGIMONT R. "Groupement de coopération sanitaire, Transcription juridique d'incertitudes politiques". *Gestions Hospitalières* . janvier 2004

Type de document : article de périodique

COHEN.F. "Financement privé des infrastructures hospitalières : de nouvelles opportunités". *Gestions hospitalières*. Avril 2004

Type de document : article de périodique

DE FORGES J-M. "Le groupement de coopération sanitaire". *La semaine juridique Administration et Collectivités territoriales*. mai 2004

## **Les mémoires :**

FINOIS.E. *De la DGF à la T2A : Les E.P.S entre économie administrée et économie de marché* .Disponible à La direction des finances et des affaires contentieuses du Centre Hospitalier Intercommunal du Bassin de Thau.

## **Les rapports parlementaires :**

VASSELLE A. « Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales du sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 », [www.senat.fr](http://www.senat.fr)

BUR Y. « Avis présenté au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan de l'assemblée nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 », [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)

---

## **Annexe : Grille d'entretien**

---

### **Exemple d'une grille d'entretien avec un directeur d'établissement :**

Votre point de vue en tant que directeur financier du CHIBT m'intéresse à plusieurs titres. J'aimerais aborder avec vous les pistes de réflexion suivantes :

La T2A est elle une incitation ou un frein aux rapprochements public - privé ?

La T2A impose t'elle à terme l'atteinte de taille critique ?

La T2A a t'elle les mêmes impacts pour le privé et le public ?

La T2A développe t'elle les coopérations ou les concurrences ?

Quels sont selon vous les conditions d'un rapprochement public-privé réussi ?

De manière générale, que pensez vous du plan Hôpital 2007, de son volet investissement, du nouveau GCS, de la T2A et de l'ordonnance du 4 septembre 2003 ?