

Les établissements de santé à but non lucratif en France

par **Valentin Petkantchin**, chercheur associé à l'Institut économique Molinari

Les cliniques privées à but lucratif sont l'un des piliers du système français de soins hospitaliers. Elles ont permis – aux côtés des hôpitaux publics – d'offrir un choix supplémentaire aux patients français. Cette concurrence entre établissements a limité les files d'attente, bien moins longues que celles que l'on peut constater ailleurs. Une troisième catégorie d'établissements, privés eux aussi, mais sans but lucratif, favorise également cette concurrence. Pénalisés par différents obstacles réglementaires, leur rôle reste néanmoins limité. Alors que l'État cherche à réformer l'hôpital en France, sa priorité devrait être de lever ces obstacles.

Une partie importante des budgets publics de la santé est consacrée au financement des soins hospitaliers. Dans le débat public concernant la fourniture de ces soins, les cliniques privées à but lucratif sont généralement opposées aux hôpitaux publics, supposés être les seuls dépositaires du « service public hospitalier ». Or, les hôpitaux privés sans but lucratif (HPSBL)¹ sont généralement ignorés, alors même que la plupart d'entre eux assurent aussi ce « service public ».

Avec des obligations identiques à ceux des hôpitaux publics, ils sont néanmoins gérés de façon moins rigide. Ils sont ainsi davantage susceptibles de s'adapter aux futurs besoins de santé de la population. Ils sont un pilier important de la fourniture de soins hospitaliers en Alsace et représentent la quasi-totalité des établissements aux Pays-Bas. S'il veut réellement réformer le système de santé français, l'État devrait étudier l'alternative qu'ils offrent.

L'OFFRE HOSPITALIÈRE PRIVÉE SANS BUT LUCRATIF

La consommation de soins hospitaliers représentait au total plus de 75 milliards d'euros en 2008, soit 44,1 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux en France. Plus des trois quarts (77,1 %) sont consacrés au « service public hospitalier »².

Ce qui est souvent ignoré, c'est que 554 établissements sur un total de 782 HPSBL participaient à ce « service public » en 2007. Appelés aussi des « établissements privés participant au service public hospitalier » (PSPH), ils représentaient en termes de capacités d'accueil près de 28 % de tous les établissements hospitaliers, 14 % des lits (plus de 60 000 lits) et 18,4 % des places en France (voir Figure 1).

Le secteur hospitalier privé est souvent accusé de ne prendre en charge que les malades les plus « rentables » et de laisser les cas les plus « lourds » aux hôpitaux publics. Même si cela peut s'avérer vrai dans le cas de certaines cliniques privées à but lucratif, ce n'est pas le cas des HPSBL.

En effet, selon les estimations officielles du « poids moyen des cas traités » (PMCT), les HPSBL traitent en moyenne des cas plus graves que ceux des hôpitaux publics. La « lourdeur » des cas traités est supérieure à celle de la majorité des petits et moyens hôpitaux publics et est assez comparable à celles des grands centres hospitaliers universitaires (voir Tableau 1, p. 2)³.

DES ÉTABLISSEMENTS PRESTIGIEUX

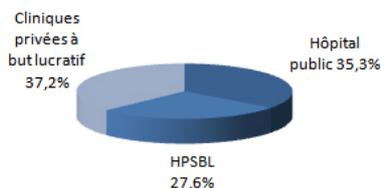
D'origine religieuse ou confessionnelle, ou encore fruits de la charité et de l'initiative d'individus privés⁴, les HPSBL sont historiquement des pionniers dans le domaine hospitalier. Ils sont encore aujourd'hui des établissements à la pointe de ce qui se fait en médecine.

Le grand public ne s'est sans doute pas aperçu que dans des classements annuels des hôpitaux en France comme celui du magazine *Le Point*, les HPSBL occupent le haut du « pavé » dans plusieurs spécialités (voir Tableau 2, page suivante).

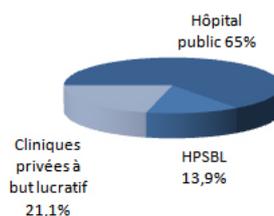
Figure 1

Les capacités hospitalières en France en 2007

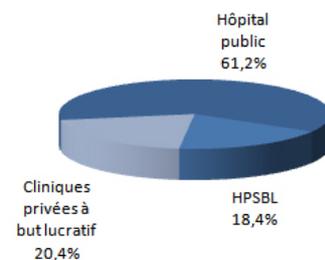
Établissements hospitaliers



Lits



Places



Source : DREES, SAE 2007, données statistiques (France métropolitaine) ; calculs de l'auteur.

1. Dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (loi Bachelot) de 2009, ils sont désignés en tant qu'ESPIC (Établissements de santé privés d'intérêt collectif).
2. Source DREES, *Comptes de la santé*, 2009. Les cliniques privées à but lucratif représentent donc seulement le dernier tiers.
3. Voir Denise Silbert *et al.*, « Hôpital : le modèle invisible », Institut Montaigne, 2005, p. 42-43.
Disponible à : http://www.institutmontaigne.org/medias/documents/hopital_le_modele_invisible.pdf.
4. Voir Denise Silbert *et al.* 2005, *Op. cit.*, p. 15 et suivantes, sur la diversité des origines et des statuts des HPSBL en France.

Tableau 1

Gravité des cas traités dans les hôpitaux publics et dans les HPSBL	
Comparaison (base=100 correspondant à la moyenne nationale) entre hôpitaux publics et HPSBL	
Hôpitaux publics	
Dont Centres hospitaliers régionaux universitaires	113,3
Dont Centres hospitaliers	91,5
Hôpitaux privés sans but lucratif	
Dont Centres de lutte contre le cancer	110,2
Autres	105,2

Source : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2005.

Des établissements comme le Groupe hospitalier catholique de Lille, le Centre chirurgical Marie Lannelongue (créé grâce au don d'une famille d'industriels) ou l'Institut Arnault Tzanck (créé par un médecin) jouent un rôle important dans la fourniture de soins hospitaliers dans leurs régions respectives⁵.

UN SECTEUR PÉNALISÉ

Ces performances ont été atteintes en dépit de plusieurs obstacles réglementaires⁶ qui ont entravé le développement des HPSBL au cours des dernières décennies.

Le différentiel de charges sociales et le report de charges en sont deux exemples majeurs qui les ont désavantagés par rapport notamment aux hôpitaux publics⁷.

Le différentiel de charges sociales

Les coûts de main-d'œuvre correspondent généralement à environ 70 % des coûts totaux d'un établissement de santé. Or, dans ce domaine, les HPSBL sont pénalisés par des charges sociales obligatoires plus élevées que celles des hôpitaux publics. Ces derniers bénéficient en plus de la garantie de l'emploi du statut de la fonction publique ce qui leur permet d'attirer plus facilement le personnel hospitalier.

Selon des estimations officielles de 2007⁸, le niveau des charges sociales s'avérait 27,1 % plus élevé en moyenne pour tous les HPSBL confondus dans l'emploi de personnel médical. Cela signifie que pour un salaire net de 1000 euros, le coût total du travail dans les hôpitaux publics est d'environ 1870 euros (870 euros de charges sociales au total), alors qu'il est de 2105 euros pour un HPSBL, soit 235 euros de plus (voir Figure 2, p. 3)⁹.

Ceci est particulièrement pénalisant dans le cadre du système actuel de T2A (tarification à l'activité). Les pouvoirs publics appliquent en effet les mêmes tarifs aux hôpitaux publics et aux HPSBL, mais désavantagent ces derniers en leur infligeant des charges obligatoires plus élevées.

Le report de charges

Couramment pratiqué jusqu'en 2006 par les hôpitaux publics, le report de charges était interdit aux HPSBL. Il s'agit d'« une dépense qui aurait, normalement, dû être financée sur l'exercice en cours et qui, par insuffisance de

Tableau 2

Exemples de HPSBL dans le classement du Point en 2009 (liste non exhaustive)	
Nom du HPSBL	Pathologie/Classement
Institut mutualiste Montsouris	Cancer de la prostate/1er Cancer du rein/1er Chirurgie du pied/1er Cancer du poumon/2e Chirurgie du colon et de l'intestin/2e Chirurgie du rectum/4e, Adénome de la prostate/2e, etc.
Groupe hospitalier Diaconesses/Croix-Saint-Simon	Proctologie/1er Vésicule biliaire/1er Prothèse de genou ou de hanche/1er Incontinence urinaire/3e Chirurgie du rectum/5e Chirurgie du pied/6e, etc.
Fondation Rothschild	Chirurgie de la myopie/1er Rétine/1er Anévrisme cérébral/2e Strabisme/2e Cataracte/3e Glaucome/3e Sclérose en plaques/4e, etc.
Hôpital Foch, Suresnes	Tumeurs de vessie/2e Adénome de la prostate/3e Cancer de la prostate/6e, etc.
Hôpital Saint-Joseph, Paris	Glaucome/1er Chirurgie du pied/3e Varices/7e, etc.
Hôpital Saint-Joseph, Marseille	Calculs urinaires/2e Chirurgie des carotides/6e Tumeurs de vessie/7e, etc.
Clinique mutualiste, Saint-Étienne	Traumatologie du genou/2e
Polyclinique d'Hénil-Beaumont (groupe AHNAC)	Vésicule biliaire/3e Varices/10e
Clinique mutualiste Jules-Verne, Nantes	Vésicule biliaire/2e Adénome de la prostate/5e Incontinence urinaire/6e, etc.
Hôpital Sainte-Blandine, Metz	Varices/1er
Institut Curie	Cancer du sein/1er
Institut Gustave-Roussy	Cancer du sein/2e Cancer ORL/2e
Centre Oscar-Lambret	Cancer ORL/1er

Source : Le Point, 2009.

crédits, a finalement été payée sur l'exercice suivant, avec les crédits de l'exercice suivant¹⁰, fussent-ils même des crédits destinés à financer le pourvoi de postes de médecins vacants.

Le « report de charge » est une pratique qui peut prendre plusieurs formes – pas toujours explicites – et qui a permis aux hôpitaux publics de dissimuler *in fine* des déficits et une situation financière intenable. Comme le souligne la Cour des comptes, « il faut, pour les détecter, effectuer un examen sur pièces »¹¹.

5. *Ibid.*

6. Voir à cet égard l'article « Situation financière difficile : l'inquiétude des hôpitaux privés sans but lucratif », *Revue Francophone des Laboratoires*, janvier 2006, N°378, p. 12.

7. Voir Denise Silbert *et al.*, 2005, *Op. cit.*, p. 50-51. Voir aussi Pierre Bauchet, « Observation sur le système français d'hospitalisation », *Comptes Rendus Biologies* 331, 2008, p. 930-932.

8. D'autres obstacles réglementaires ont également joué un rôle à cet égard, à l'image des législations facilitant la transformation des HPSBL en hôpitaux publics, etc.

9. Voir *Rapport N°RM2007-053P*, « Tarification à l'activité et écarts de coût du travail entre les établissements publics et PSPH », IGAS, mars 2007, calculs de l'auteur.

10. *Ibid.*

11. Voir « Analyse des reports de charge dans les hôpitaux », Fédération Hospitalière de France, 2004, p. 3. Disponible à : [http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Gestion-Finances/divers-dossiers-ayant-des-incidences-financieres-et-budgetaires/analyse-des-reports-de-charge-2003/\(language\)/fre-FR](http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Gestion-Finances/divers-dossiers-ayant-des-incidences-financieres-et-budgetaires/analyse-des-reports-de-charge-2003/(language)/fre-FR).

12. Voir le rapport de la Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, septembre 2007, p. 101. Disponible à : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000560/0000.pdf>. La Cour estime aussi que 26 % des hôpitaux publics ne s'acquittaient pas en temps et en heure de la taxe sur les salaires due à l'État – reportant ainsi une charge fiscale de 86 millions d'euros.

À force d'accumuler des charges passées, des établissements publics se sont retrouvés dans des situations financières dangereuses. Le centre hospitalier d' Hirson (dans l'Aisne) par exemple, établissement de relativement petite taille, a pratiqué un montant de reports de charges de 2005 sur 2006 de plus de 2,6 millions d'euros, soit « 19 % des dépenses d'exploitation du budget principal »¹².

Le report a permis aux hôpitaux publics de creuser davantage leur déséquilibre sans avoir à opérer des réductions de coûts et de personnel, impopulaires au niveau local. Cette pratique s'est développée au détriment d'une gestion saine des établissements publics et a reporté dans le futur la gestion des déséquilibres de leurs comptes.

Ainsi, près de 2,2 milliards d'euros ont été reportés au total entre 2002 et 2005, avec un pic de 713,6 millions d'euros pour l'ensemble des établissements publics en 2004¹³!

Contrairement aux hôpitaux publics, l'apparition de déficits dans les comptes des HPSBL exige généralement de couper dans les effectifs ou de trouver les moyens de réduire les coûts ailleurs pour revenir à l'équilibre. Comme l'explique Patrick Hontebeyrie, directeur du Centre chirurgical Marie Lannelongue (CCML) : « Le CCML a été déficitaire et n'a pu renouer avec l'équilibre financier en 2004 qu'au prix d'une réduction de 20 % de ses effectifs, allant de pair avec une forte augmentation de sa productivité, + 10 % d'activité (...) »¹⁴.

Les HPSBL ont une structure plus souple que les hôpitaux publics et une plus grande réactivité à leur environnement. Cependant, dans le contexte français d'une maîtrise comptable des coûts de santé et d'une inégalité de traitement vis-à-vis des hôpitaux publics, cette souplesse s'est paradoxalement transformée en handicap. Elle a débouché sur une diminution du rôle qu'ils jouent dans le système de soins, favorisant de fait l'expansion et la place relative de l'hôpital public.

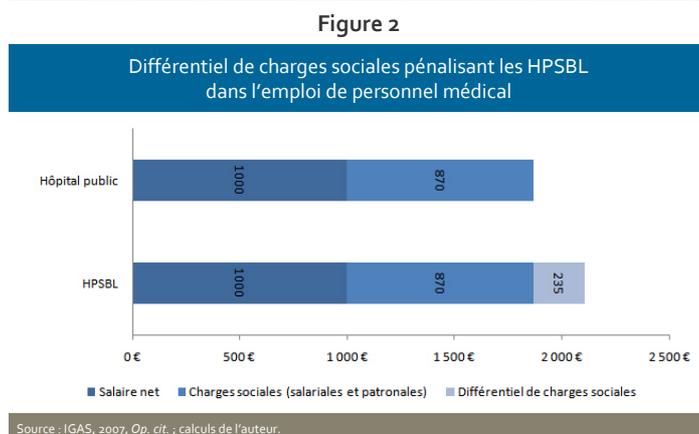
Par exemple, entre 1998 et 2007, la diminution du nombre total de lits (hospitalisation complète) a été de 16,8 % dans le cas des HPSBL, alors qu'il n'a été que de 6,5 % dans les hôpitaux publics¹⁵. Cette perte n'a été que partiellement compensée par une augmentation de 11,9 % des places d'hospitalisation partielle durant cette période, alors que le chiffre est de 25,6 % pour les hôpitaux publics.

La part des établissements publics dans l'activité hospitalière totale – en nombre d'entrées, en nombre de journées ou en nombre de venues – a ainsi augmenté entre 1998 et 2006 (voir Tableau 3, p. 4). Les parts des établissements privés, aussi bien lucratifs que non lucratifs, ont décliné dans la plupart des cas.

Comme le conclut un spécialiste français, « [I]es PSPH, hôpitaux français non lucratifs d'intérêt général, chargés du service public d'hospitalisation, présentent une structure moins rigide que le reste du secteur public hospitalier et bénéficient d'une gestion moins dispendieuse. Malheureusement, ils régressent parce que la réglementation actuelle les pénalise en raison de dispositions réglementaires défavorables »¹⁶.

LE CAS DE L'ALSACE : UNE EXCEPTION EN FRANCE

Pour des raisons historiques, la présence des HPSBL est beaucoup plus forte



en Alsace qu'ailleurs sur le territoire national. Le statut local d'association 1908, issu du droit allemand, permet par exemple de poursuivre un objectif économique, voire à but lucratif¹⁷.

En 2004, les HPSBL comptaient 69 établissements sur un total de 121 – soit 57 %. En excluant les quatre plus grands établissements, les HPSBL représentaient près de la moitié des capacités totales restantes dans la région (lits et places de court, moyen et long séjour et en psychiatrie) – contre 44 % pour les petits et moyens hôpitaux publics.

LES HPSBL AUX PAYS-BAS : UN ATOUT DANS LA RÉFORME DE SANTÉ

Le rôle que jouent les HPSBL est encore plus important aux Pays-Bas. Plus de 90 % des hôpitaux sont privés et sans but lucratif¹⁸.

Le cas des Pays-Bas illustre tout aussi bien les dangers de la maîtrise publique des dépenses de santé que la possibilité qu'ils offrent de passer une authentique réforme de la santé, à l'image de celle initiée en 2006¹⁹.

En effet, avant cette réforme, les HPSBL subissaient de plein fouet les conséquences de la maîtrise comptable des coûts, opérée par l'État. Cette étatisation – similaire à celle en cours en France – a été à l'origine de files d'attente croissantes pour les patients. En 2001, 244 000 malades attendaient pour des soins hospitaliers. Le coût des files d'attente en termes de pertes de bien-être, de revenus et de productivité, de handicaps à long terme, etc., a été estimé à 3,2 milliards d'euros par an, soit 6,1 % des dépenses totales de santé du pays cette année-là!

La réforme de 2006 qui visait à résoudre ces problèmes a donné le choix aux assurés de souscrire une couverture maladie auprès d'une multitude d'assureurs privés mis en concurrence. Le monopole du régime public de couverture maladie qui couvrait pourtant les deux tiers de la population a été aboli – un sujet encore tabou en France.

Les professionnels de santé et les HPSBL se sont vus confier une plus grande liberté dans la négociation des arrangements de fourniture de soins et des tarifs des actes médicaux²⁰. Ils ont donc une multitude de sources de revenus et ne sont plus soumis au diktat du monopole du régime public et des pouvoirs

12. *Ibid.*

13. Source : Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie - Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) - Comptes de gestion ; calculs de l'auteur. Le report de charges nettes, i.e. déduction faites du report de recettes, a représenté 472 millions d'euros en 2004.

14. Cité dans Denise Silbert *et al.*, 2005, *Op. cit.*, p. 47-48.

15. Sources : DREES, SAE 1998 et 2007 ; calculs de l'auteur.

16. Pierre Bauchet, 2008, *Op. cit.*, p. 932.

17. Voir Denise Silbert, 2005, *Op. cit.*, Annexe 1 et 2, sur le cas de l'Alsace.

18. Voir André den Exter *et al.*, *Health systems in transition: Netherlands*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2004, p. 71.

Disponible à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/95136/E84949.pdf.

19. Voir Valentin Petkantchin, « La réforme de la santé aux Pays-Bas », Note économique, Institut économique Molinari, 2010.

Disponible à : <http://www.institutmolinari.org/la-reforme-de-la-sante-aux-pays,958.html>.

20. Une partie croissante des actes médicaux aux Pays-Bas est aussi laissée à la libre négociation, soit 34 % des dépenses hospitalières en 2009. Cette partie est censée augmenter dans le futur.

Tableau 3

Évolution des parts respectives des établissements publics et privés, 1998-2006

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif	
	1998	2006	1998	2006	1998	2006
Nombre d'entrées en hospitalisation complète en						
Soins de courte durée (MCO)	61 %	64 %	9 %	8 %	30 %	28 %
Médecine	80 %	81 %	8 %	8 %	12 %	11 %
Chirurgie	43 %	44 %	9 %	8 %	48 %	47 %
Obstétrique	62 %	67 %	7 %	7 %	31 %	26 %
Nombre de journées en hospitalisation complète en						
Soins de courte durée (MCO)	63 %	69 %	9 %	8 %	28 %	23 %
Médecine	79 %	82 %	9 %	8 %	13 %	10 %
Chirurgie	43 %	49 %	10 %	9 %	47 %	42 %
Obstétrique	58 %	66 %	8 %	8 %	34 %	27 %
Nombre de venues en hospitalisation partielle en						
Soins de courte durée (MCO)	38 %	40 %	10 %	10 %	52 %	50 %
Médecine	60 %	64 %	14 %	13 %	26 %	23 %
Chirurgie	9 %	12 %	8 %	8 %	83 %	80 %
Obstétrique	74 %	76 %	4 %	5 %	22 %	19 %

Source : SAE 1998, 2006 ; données statistiques (France métropolitaine) ; reproduit dans le *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital* (rapport Larcher), 2008, p. 88.

publics comme en France où ils financent près de 91 % des dépenses hospitalières²¹.

La réforme, la réactivité et la souplesse des HPSBL ont permis une réduction des files d'attente qui ne sont plus perçues comme un problème par la population. La réduction a pu se faire alors que les dépenses totales de santé ont augmenté moins vite après la réforme, entre 2006 et 2008 (+5,3 % en moyenne par an), qu'avant elle, entre 1998 et 2005 (+7,6 %).

CONCLUSION

Les HPSBL offrent une réelle alternative à l'hôpital public et méritent d'être étudiés. En Alsace, ils occupent déjà une place importante dans la fourniture de soins hospitaliers. Aux Pays-Bas, c'est sur eux que repose le système de

santé.

Ces établissements sont parmi les plus prestigieux en France : ils allient une gestion privée plus souple et ne souffrent pas des rigidités qu'implique le statut de la fonction publique. Pourtant, plusieurs obstacles réglementaires pénalisent ces acteurs du « service public hospitalier » par rapport notamment aux hôpitaux publics.

En proie à des déficits à répétition et face à la dégradation des finances publiques, les hommes politiques tentent de réformer l'hôpital et le système de santé en France. À cet égard, ils devraient avoir comme priorité de lever l'ensemble des obstacles qui étouffent le développement des HPSBL au détriment des patients français.

21. Sources : DREES, *Comptes de la santé*, 2009.



Valentin Petkantchin

M. Petkantchin détient un doctorat ès sciences économiques et est diplômé du Magistère média et formation économique de l'Université d'Aix-Marseille III. Entre 1996 et 2003, il a été chercheur au Centre d'analyse économique et a enseigné l'économie à la Faculté d'économie appliquée, ainsi qu'à la Faculté de droit, au sein de cette même université. Il compte à son actif plusieurs publications scientifiques et travaux de recherche portant sur divers sujets. De janvier 2004 à mai 2006, il a été directeur de la recherche à l'Institut économique de Montréal. Il a rejoint l'IEM en juin 2006.

L'Institut économique Molinari (IEM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant et sans but lucratif.

Il s'est fixé comme mission de proposer des solutions alternatives et innovantes favorables à la prospérité de l'ensemble des individus composant la société.

Reproduction autorisée à condition de mentionner la source

Directrice générale : Cécile Philippe
Maquette et montage : Gilles Guénette

www.institutmolinari.org