

Paris, le 7 Mars 2013

2013 : DIR/YJD/DC/SS

Monsieur Antoine DURRLEMAN
Président de la 6ème chambre
de la Cour des Comptes
13 rue Cambon
75100 Paris Cedex 01

Objet : Votre lettre en date du 7 février 2013, nous transmettant pour avis le relevé d'observations provisoires de l'enquête de la Cour des Comptes sur les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC).

deu Monsieur le Président,

Je vous remercie vivement de la transmission du projet de rapport cité en objet, qui présente pour la FEHAP le grand intérêt d'apporter l'éclairage de la Cour des Comptes sur le secteur sanitaire privé non lucratif, dont la perception est trop souvent estompée par une vision binaire du secteur hospitalier, soit de statut public, soit de statut privé, sous-entendu de droit commercial.

Le projet de rapport souligne à juste titre, en page 27, que nombre d'établissements de santé privés non lucratifs sont des établissements qui font référence pour leur expertise et leur qualité de gestion, avec une certification des comptes qui assure un recensement rigoureux des différents postes du passif (page 45). Les développements relatifs à l'analyse des activités des ESPIC, aux pages 19 à 28 apportent un éclairage valorisant sur le niveau d'expertise des ESPIC dans leurs domaines d'activité, souvent proche des CHU. Il me semble utile de porter à votre connaissance les conclusions d'un rapport de l'ATIH qui démontre que la proportion occupée par les activités hospitalières de recours, pour certains ESPIC, est bien supérieure à celle des CHU (« L'activité des CHU dans le PMSI : peut-on isoler « l'activité spécifique » des CHU ? ATIH, Mai 2009, pages 36 et suivantes).

Concernant l'équilibre général du rapport provisoire, la FEHAP souhaite toutefois vous faire part de deux observations et suggestions :

- **Sur le périmètre du statut d'ESPIC** : Le projet de rapport souligne à juste titre que ce nouveau statut issu de la Loi du 21 Juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), en lieu et place du sigle emblématique de PSPH, a eu du mal à s'imposer. Pour la FEHAP, il y a lieu de souligner que la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) s'est longtemps évertuée, contre toute évidence juridique, à énoncer qu'il ne s'agissait pas d'un statut mais d'un simple label, en dépit de l'article 1 de la Loi HPST, et des dispositions spécifiques figurant dans la Loi HPST. Cette situation anormale a cessé désormais, et de nouvelles dispositions législatives sont récemment intervenues pour élargir les conséquences juridiques du statut d'ESPIC (recrutement de médecins à titre étranger hors Union Européenne ; recrutement de praticiens territoriaux de médecine générale dans la LFSS pour 2013 ; qualification des biologistes dans la réforme législative en cours de la biologie). Mais en délimitant son champ d'étude des ESPIC au seul secteur du court séjour « conventionnel », qui ne représente que 8 % des activités de court séjour, le projet de rapport de la Cour donne du périmètre du statut d'ESPIC une lecture beaucoup trop restrictive de notre point de vue. En effet, ne sont pas pris en compte les activités sanitaires où le privé non lucratif est majoritaire (Hospitalisation à Domicile, Dialyse hors centre), ou très présent (les soins de suite et de réadaptation), ou proportionnellement plus présent qu'en court séjour conventionnel (en psychiatrie). Le système de santé comme la Loi HPST sont excessivement focalisés sur les soins aigus « conventionnels », comme le montre également la liste des 14 missions de service public issue de la Loi HPST. Il serait regrettable que l'angle d'étude adopté par le projet de rapport accentue cette perception. La FEHAP suggère que le rapport soit complété par un tableau transversal portant sur l'ensemble des activités sanitaires privées non lucratives, avec par exemple le nombre d'établissements et services, les capacités en lits et places, comme en activité réalisée. La FEHAP se permet également d'attirer votre attention sur le fait que le statut d'ESPIC supposerait que le rapport de la Cour porte également sur la situation des centres de lutte contre le cancer (CLCC), lesquels font également partie des ESPIC, sauf à justifier ce choix et à l'explicitier dès le titre du document.

- **Sur la part occupée dans le rapport par les 10 établissements de santé privés non lucratifs fonctionnant majoritairement avec des médecins libéraux** : en proportion, le projet de rapport consacre des développements importants aux 10 établissements de santé privés non lucratifs se trouvant dans cette position historique originale, avec des appréciations justes et nuancées aux pages 33 et 34, et des commentaires que nous ne partageons pas toujours aux pages 71 à 82 puis 92 (confer infra). Au-delà des aspects techniques du sujet, il nous semblerait utile de rappeler qu'il ne s'agit que de 10 établissements sur les 700 établissements de santé privés non lucratifs adhérents de la FEHAP, qui fonctionnent donc pour leur quasi-totalité en médecine salariée exclusive de toute activité libérale, et coopèrent avec des libéraux en tarif opposable.

Sur des points plus particuliers, il me semble possible de vous faire part de nos observations et suggestions en les regroupant en deux catégories :

- La rectification possible de ce qui nous apparaît comme des erreurs matérielles, ou une présentation susceptible d'une erreur d'interprétation ;
- La prise en compte de nuances ou de différences d'appréciation ou d'interprétation de notre part.

- **La rectification possible de ce qui nous apparaît comme des erreurs matérielles ou une présentation susceptible d'erreur d'interprétation :** Nous avons noté, en page 59, l'emploi du terme « actionnaires », qui ne nous paraît pas approprié au statut privé non lucratif des personnes morales : peut-être serait-il logique de préférer le terme « d'organismes et institutions représentés au sein des conseils d'administration » ?

Nous avons aussi noté, page 59, votre interrogation sur la critique de « poches de sous-productivité » pour certains ESPIC, mais il nous semble que vous ne tirez pas pleinement, dans les conclusions et les recommandations de votre projet de rapport, des conséquences de l'invalidation globale de cette critique par vos constats factuels successifs : A la page 68, vous soulignez une appréciation positive issue des travaux de l'ATIH sur les coûts des ESPIC, avec un « moindre coût des activités cliniques ». A la page 85, vous indiquez aussi la neutralisation par une « meilleure productivité » d'une partie du différentiel de charges sociales subi par les ESPIC. Pour ce qui concerne les coûts de structure, en page 61 et en se fondant sur les données de l'ATIH et du projet de rapport, il s'avère que les charges de titre 4 représentent 6.9% des charges globales des ESPIC en 2011 contre 7,7 à 12,4% des charges globales des établissements publics (hormis les petits Centres Hospitaliers au budget inférieur à 20M€). Parallèlement, les dettes financières pèsent 35% dans le passif total des ESPIC, alors qu'elles pèsent entre 45 % et 49% dans le secteur public (pour les CHU-CHR et Centres Hospitaliers Généraux), et jusqu'à 64% pour les Syndicats Inter-Hospitaliers (SIH) en 2011 (toujours d'après les données de l'ATIH et du rapport).

D'une manière générale, nous vous proposons une approche nuancée, liée à la grande diversité interne des ESPIC, tant du point de vue de la taille que des activités cliniques. Cette situation très différente des CHU et Centres Hospitaliers Généraux rend très délicate, voire illégitime d'un point de vue statistique, les raisonnements sur des données financières moyennes sans les référer également à des écarts-type ou des coefficients de variation. La plupart des ESPIC ont d'ores et déjà mené des réorganisations importantes et courageuses ; d'autres doivent sans aucun doute consentir d'autres efforts.

Dans notre esprit, les faiblesses qui demeurent des ESPIC se situent plutôt dans des effectifs administratifs et logistiques parfois encore un peu trop importants en proportion, au regard des personnels soignants souvent très bien gérés. Par ailleurs, nous constatons que le niveau de qualification comparée de certains personnels spécialisés (IADE, IBODE, cadres de santé) est souvent proportionnellement plus présent que dans nombre de structures privées lucratives ou publiques, avec lesquelles nous effectuons des comparaisons. Mais une réduction excessive de ces personnels peut également être significative d'impasses dangereuses réalisées sur la coordination, la qualité et la sécurité des soins.

Sur un autre plan, nous notons avec surprise, en page 86 et concernant la compensation du différentiel de charges sociales des ESPIC, que « *Cette dotation ne devrait pas subsister en 2013* ». Pour ce qui nous concerne, il s'avère que cette dotation a été intégrée pour sa totalité dans la base 2012 des enveloppes MIGAC, lesquelles n'ont pas diminué dans leur programmation pour 2013. Par ailleurs, le différentiel de charges sociales n'a pas diminué, et risque même de s'accroître en 2013 avec l'impact de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) et les négociations en cours sur les retraites complémentaires (Agirc-Arrco). Il est exact - le projet de rapport le souligne pertinemment - que la DGOS a longtemps combattu la prise en compte de cette mesure de compensation légitime, étant trop souvent focalisée dans ses approches sur

les seuls hôpitaux publics qu'elle considère trop souvent comme ses services déconcentrés, confondant ainsi ses responsabilités de régulateur et des réflexes de promoteur du seul secteur public hospitalier. Cette mesure de compensation du différentiel de charges sociales est, pour la FEHAP, un excellent marqueur du niveau d'objectivité des pouvoirs publics dans le secteur hospitalier. Elle permet également de tenir compte de la profonde dissymétrie entre établissements publics et privés non lucratifs, quoiqu'ils assument les mêmes missions de service public : à la différence des premiers qui sont invulnérables statutairement face aux déficits cumulés et aux ruptures de trésorerie, les seconds peuvent connaître des cessations de paiement, le redressement et la liquidation judiciaires.

- La prise en compte de nuances ou de différences d'appréciation ou d'interprétation de notre part : Le projet de rapport fait état, pages 38 et 39, d'une détérioration financière des résultats des ESPIC de 2008 à 2011, avec un recul de 12 millions d'euros. Toutefois, en page 50, le projet de rapport souligne à juste titre que les ESPIC ont été victimes d'une politique tarifaire partielle, privilégiant les CHU et les CLCC tout en n'étant pas conforme à un principe de cohérence entre l'échelle des tarifs et des coûts, aujourd'hui appelée « neutralité tarifaire » depuis le rapport de l'IGAS sur la tarification à l'activité de juillet 2012. La perte de recettes à ce titre a été chiffrée à 15 millions d'euros par votre rapport, chiffre dont la FEHAP ne disposait pas auparavant et dont nous vous sommes reconnaissants.

Ce que nous regrettons est qu'à aucun moment, le lien de cause à effet n'est établi de manière synthétique entre la dégradation financière de la situation des ESPIC et ces choix discutables du régulateur public à leur détriment, de même que pour la baisse sensible des crédits MIGAC de 2008 à 2010, en page 47 du projet de rapport, pour près de 35 millions d'euros. Il nous semble que ces constats mériteraient à nouveau une formulation de synthèse dans vos conclusions et recommandations.

Pour ce qui concerne les investissements et une dynamique plus modeste dans le secteur des ESPIC en la matière, page 42, le projet de rapport indique plus loin, page 54, que les ESPIC ont été nettement moins aidés que les établissements publics de santé. Et sans doute n'ont-ils pas connu les mêmes surinvestissements et déboires que pour certaines opérations hospitalières publiques, devenues tristement célèbres.

C'est plus particulièrement en ce qui concerne la page 55 que nous souhaitons vous faire part de plusieurs désaccords sur l'interprétation qui est faite des attributions de crédits au titre de la permanence des soins hospitalière, ou encore sur les enveloppes budgétaires relative à la précarité : Pour le premier point et à la différence du secteur public hospitalier, le droit du travail ne se prête pas à des décalages entre le travail effectif et les rémunérations qui interviennent en conséquence. Les Agences Régionales de Santé ont simplement privilégié les établissements publics de santé dans les attributions des MIG permanence des soins hospitalière (PDSH), comme pour les aides à l'investissement ou d'autres crédits MIGAC. Pour ce qui concerne les enveloppes précarité, le caractère techniquement aléatoire des débasages des tarifs en 2009 pour créer l'enveloppe PDSH et l'enveloppe précarité ont été largement et justement critiquées par la Cour et l'IGAS dans des travaux précédents. Les critères d'allocation des crédits précarité comportent la prise en compte de patients bénéficiaires de la CMU et de la CMUC, ce qui est en réalité beaucoup plus un signal d'inclusion sociale bien organisée que d'exclusion, ainsi que des logiques de seuil dans la répartition des crédits, pénalisant les établissements de petite et moyenne taille. Du

coup, il est très étonnant que le projet de rapport fasse découler de ces répartitions d'enveloppes précarité une proximité des ESPIC avec les cliniques commerciales, et avance une appréciation péjorative sur des bases aussi incertaines : « *ce qui bat en brèche l'idée d'une orientation non lucrative et la prise en charge d'un public disposant de moyens limités* » ?

Enfin et pour conclure, il convient d'apporter des éléments complémentaires et quelques nuances concernant les 10 ESPIC fonctionnant majoritairement avec des médecins libéraux, au regard de l'interpellation de la DGOS en page 76, et de la proposition de recommandation 4 b en page 92. Tout d'abord, et le projet de rapport l'explique fort bien, il s'agit de constructions historiques singulières, du fait des options exercées lors des Ordonnances de 1996 pour les établissements précédemment sous Prix de Journée Préfectoral (PJP), ou encore à la demande des Agences Régionales de l'Hospitalisation à l'occasion de réorganisations hospitalières, et de reprise de cliniques en difficulté et des contrats d'exercice libéral en cours. Il ne s'agit en rien de dérives de gestion, qui seraient méconnues des autorités de tarification et de contrôle et seraient intervenues ultérieurement à l'inscription de ces établissements dans le cadre de l'échelle publique des tarifs. La FEHAP a tenté à plusieurs reprises, dans le cadre de propositions d'amendement, d'apporter une solution à la fois équitable et qui présente une voie de sortie praticable et viable, pour régler ces situations. Ensuite et à l'aune de l'activité libérale au sein des établissements publics de santé, il y a lieu de souligner que ces 10 ESPIC financent les honoraires en secteur 1 sur leur budget, tandis que l'activité libérale au sein des hôpitaux publics correspond à un double paiement par l'assurance-maladie du temps médical correspondant, comme le projet de rapport le souligne en page 34. Il y a lieu aussi de noter que 3 des 10 ESPIC cités ont d'ores et déjà pris leurs dispositions pour résoudre cette situation historique.

Cette capacité dépend évidemment du contexte territorial et des tensions qui s'exercent sur le vivier de compétences médicales salariées et libérales, en fonction des activités exercées. Dans ce cadre, il est tout à fait net que, sauf à vouloir délibérément déstabiliser *sine die* des établissements importants et reconnus, dans lesquels les dépassements d'honoraires sont souvent bien plus modestes que dans le cadre des hôpitaux publics voisins, tant en volume qu'en proportion, l'objectif de transformation des contrats d'exercice libéral avant le 11 août 2013 n'est pas tenable. Plusieurs des ESPIC concernés ont engagé des discussions approfondies avec leur communauté médicale libérale, pour les orienter vers une politique d'accessibilité financière aboutissant à un « *reste à charge zéro après intervention des organismes complémentaires* ». Pour la FEHAP, seul un échelonnement progressif des étapes à conduire peut permettre raisonnablement de demander aux responsables d'établissements d'encadrer un droit à dépassement que les praticiens tirent de leur statut libéral et des dispositions conventionnelles. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pourrait être un cadre adapté pour conduire une évolution de cette nature, de même que pour l'encadrement de l'activité libérale des hôpitaux publics ou des cliniques commerciales. La FEHAP avait élaboré une proposition d'amendement en ce sens pour les travaux du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (confer en pièce jointe). C'est également ce que suggère le rapport de l'IGAS récemment paru sur les cliniques commerciales, concernant l'activité libérale dans les hôpitaux publics (note 483, page 188).

Pour résumer, il serait injuste de demander à ces 10 ESPIC d'atteindre en quelques mois des objectifs que le Ministère et la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie ne se sont

pas estimés en mesure de faire consentir aux praticiens hospitaliers avec une activité libérale, dans le cadre de l'avenant n°8.

Nous vous remercions très vivement de l'attention avec laquelle vous prendrez connaissance de nos différentes analyses et suggestions. Il nous semble que les propositions de recommandation, figurant en page 92, mériteraient sans doute d'être ajustées en fonction de l'accueil que vous ferez à nos observations écrites. Pour la FEHAP, la première d'entre elle serait sans doute que le Ministère de la Santé aborde les ESPIC avec le même degré d'attention et de priorité que les EPS et les CLCC. La Loi HPST - dont il est question aujourd'hui de la déconstruire pour la remodeler profondément et redéfinir le service public hospitalier - avait fait disparaître le sigle emblématique de PSPH et avait signé un net recul du point de vue de la prise en compte équitable par la puissance publique de l'intérêt de l'existence d'une offre de soins privée non lucrative.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations respectueuses *et de nos vœux sincères*

Le Directeur Général


Yves-Jean DUPUIS