

# Comment l'État organise la privatisation du secteur hospitalier

Jean-Paul Domin\*

\* Économiste,  
Université de  
Reims Cham-  
pagne-Ar-  
denne.

Depuis le début des années 1980, le secteur hospitalier fait l'objet de réformes incessantes dont la pandémie du COVID 19 a mis en lumière les limites. D'un côté, l'État réforme en profondeur le secteur public hospitalier en intervenant de façon croissante dans la gestion des établissements, mais également en mettant en place un mode de financement ayant pour objectifs de mimer le fonctionnement d'un marché. De l'autre, les pouvoirs publics, après avoir organisé le retrait du secteur public hospitalier, favorisent le développement d'un secteur lucratif d'hospitalisation.

**L**e mouvement de réforme en cours au sein de l'hôpital est double. D'une part, l'État voit ses pouvoirs renforcés, notamment par l'intermédiaire des Agences régionales de santé qui constituent le bras armé des pouvoirs publics en matière de santé. D'autre part, un mouvement de privatisation se dessine. Il faut envisager ici la privatisation dans un double sens. C'est d'abord l'introduction de méthodes issues du secteur privé à l'hôpital (responsabilisation des soignants, introduction de nouvelles techniques de financement...). C'est ensuite le développement de groupes privés lucratifs de cliniques financés par des capitaux internationaux. Il faut voir dans cet événement le développement d'un complexe médico-industriel.

Nous verrons dans une première partie que l'hôpital public est partagé entre une intervention croissante des pouvoirs publics qui s'apparente à une étatisation et l'introduction de méthodes de gestion issues pour la plupart des entreprises privées. Nous montrerons ensuite que la privatisation de l'hôpital se traduit également par la montée en puissance du secteur privé lucratif.

## 1. L'hôpital entre intervention publique croissante et développement de méthodes issues du secteur privé

Depuis les années 1980, l'hôpital se caractérise d'abord par une intervention croissante de l'État (1.1) mais également par le développement de techniques issues du secteur privés: mise en œuvre de techniques de management et d'un mode de financement spécifique (1.2).

### 1.1. L'étatisation croissante de l'hôpital

L'intervention de l'État est la première cause du mal hospitalier. Toutes les lois consacrées à l'hôpital

depuis 1958 se caractérisent par le renforcement des pouvoirs du directeur (représentant de l'État) sur les autres instances de concertation, et notamment le Conseil d'administration (devenu Conseil de surveillance depuis la loi du 22 juillet 2009). Cet interventionnisme a été renforcé depuis la loi du 31 juillet 1991. Un autre élément participe à cette reprise en main: la mise en œuvre et le développement d'une courroie de transmission, l'Agence régionale de santé (ARS), entre le ministère de la Santé et le directeur de l'établissement. Désormais, l'ARS réorganise l'activité des établissements hospitaliers en fermant certains services et en réduisant le nombre de lits d'une part, et en transférant certaines activités rentables à des cliniques privées lucratives d'autre part.

La réorganisation du service public hospitalier est d'autant plus autoritaire que le fonctionnement des établissements est encadré par deux dispositifs contraignants: le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui conditionne le versement de fonds supplémentaires à la réalisation d'objectifs et l'autorisation administrative qui est un moyen supplémentaire pour contraindre les établissements à se débarrasser de services coûteux. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'intervention croissante de l'État dans le système hospitalier n'est pas contraire avec le développement de techniques managériales issues du secteur privé.

### 1.2. La mise en œuvre de techniques managériales

La deuxième cause du malaise hospitalier repose sur la mise en œuvre et l'essor des techniques de management issues du secteur privé. Leur objectif est de contrecarrer la soi-disant lourdeur bureaucratique des établissements de soins par le développement de méthodes de management censées responsabiliser les

soignants. Depuis le début des années 1980, la tendance est d'inciter les praticiens hospitaliers à se muer en gestionnaires, responsables du développement de leur unité. La loi du 19 janvier 1983 constitue un premier tournant. La mise en place du budget global favorise le découpage des établissements en centres de responsabilité. Cette mesure inaugure une phase d'expérimentation des méthodes de direction par objectifs (DPO). L'innovation repose sur les nouvelles attributions des médecins responsables de services (détermination du budget, mise en œuvre de dispositifs d'information et de concertation). Mais la réforme échoue notamment à cause de l'opposition d'un grand nombre de médecins hospitaliers.

Le développement de l'hôpital-entreprise va s'accélérer avec la réforme du 31 juillet 1991. La démarche par projet y est au cœur. L'objectif est de fédérer les forces antagonistes autour d'un projet commun : le projet d'établissement. La loi oblige les hôpitaux à élaborer ce type de document et favorise implicitement le développement de sociétés de conseil proposant aux établissements publics de soins de nouveaux schémas managériaux. Dans les faits, la révolution managériale n'a pas eu lieu. Elle s'est limitée au seul discours et son application a été peu suivie dans les établissements. Les dispositions de la loi ont été mises en œuvre dans une relative indifférence et la démarche par projet n'a pas permis d'abolir les cloisonnements professionnels. Les techniques de rationalisation de l'activité ont favorisé une évaluation des personnels fondée sur le chronométrage qui a généré de nombreuses formes de contestation. L'application des techniques managériales s'est accélérée à partir du début des années 2000, avec l'arrivée de Jean-François Mattei au ministère de la Santé. L'objectif affiché de la réforme est de favoriser la mise en œuvre de mécanismes de contractualisation interne au sein des établissements. L'ordonnance du 2 mai 2005 modifie de façon substantielle l'organisation des hôpitaux en leur imposant une structure pyramidale : unité fonctionnelle, service et pôle. L'unité fonctionnelle représente la composante élémentaire de l'établissement, sa mission est de prendre en charge le patient. L'unité fonctionnelle est dirigée par un médecin hospitalier. Le service est composé d'unités fonctionnelles rattachées à la même discipline. Enfin, le pôle est composé de services. L'ordonnance du 2 mai 2005 laisse la liberté aux pôles de s'organiser. Un conseil de pôle est mis en place, le nombre de sièges dépend du nombre de services.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité s'apparente, pour ses partisans, à un mécanisme dit de concurrence fictive. Les patients sont désormais classés dans des groupes homogènes de séjours (GHS)<sup>1</sup>. Ceux-ci rassemblent des malades avec des caractéristiques communes (pathologie, thérapie envisagée). Si le coût réel du séjour du malade est inférieur au tarif du GHS, alors l'établissement hospitalier génère un surplus. En revanche, si le coût est supérieur, l'hôpital perd de l'argent. Le GHS constitue donc pour les hôpitaux un élément essentiel dans la rentabilisation d'un séjour. Désormais, dans chaque établissement, une cellule est chargée de classer chaque patient dans le GHS optimal ; en d'autres termes, celui qui permet de rentabiliser le

séjour. Certains établissements se sont même dotés d'une direction de la patientèle, voire même d'un service *marketing* chargé d'étudier les possibilités de captation de patientèle.

La T2A entraîne d'abord trois types d'effets indésirables pour les usagers. D'abord, parce que l'hôpital a intérêt soit à choisir un malade dont le coût d'hospitalisation sera inférieur au tarif du GHS, soit à le placer dans un GHS plus rémunérateur. Cette technique, qualifiée de surcodage (*up coding*), est problématique dans la mesure où elle revient d'une part à faire peser sur la Sécurité sociale un coût plus important. D'autre part, elle peut également conduire certains établissements à refuser des patients dont le coût d'hospitalisation sera plus élevé que le tarif du GHS. Ensuite parce que les hôpitaux ont intérêt, pour ne pas perdre d'argent, à accélérer la sortie des patients (dans la mesure où ils sont remboursés à prix fixe). La sortie rapide des patients pose deux types de problèmes. Le premier est que le malade qui se retrouve trop tôt à domicile peut être mal pris en charge et risque de revenir à l'hôpital. Le second est plus insidieux : le patient traité à domicile est moins bien pris en charge par la Sécurité sociale qui rembourse les soins hospitaliers à hauteur de plus de 90 % contre 65 % pour les soins de ville. Enfin, parce que les établissements peuvent être incités à se concentrer sur des spécialités qui peuvent s'avérer rentables (chirurgie orthopédique) et à délaisser celles qui s'avèrent trop coûteuses (médecine interne, urgences...).

La T2A accentue également la souffrance des soignants qui sont soumis à des contraintes de rythme croissantes. D'abord des contraintes de rythme marchandes : le salarié voit son rythme de travail imposé par une demande extérieure (d'un malade par exemple). Ensuite, des contraintes de rythme industrielles qui cherchent à contrôler l'effort des agents, notamment par des normes de production. Ces contraintes ont explosé à l'hôpital depuis la mise en œuvre de la T2A en 2003. En 1998, 79 % des travailleurs de l'hôpital étaient soumis à une contrainte au moins. Ils étaient 85 % en 2013. Elles renforcent la pression temporelle et participent à la détérioration de la perception que les agents hospitaliers ont de leur travail. Elles alimentent notamment ce qu'on

1. En 2019, il existe un peu plus de 2 600 groupes homogènes de séjours (GHS).



L'application des techniques managériales s'est accélérée à partir du début des années 2000, avec l'arrivée de Jean-François Mattei au ministère de la Santé. L'objectif affiché de la réforme est de favoriser la mise en œuvre de mécanismes de contractualisation interne au sein des établissements.



peut appeler un sentiment croissant de qualité empêchée. En d'autres termes, les soignants ont le sentiment de faire des choses qu'ils désapprouvent; ceci renforce l'idée d'un conflit de valeur. La T2A est donc à l'origine de mutations profondes au sein du système hospitalier.

## 2. Le développement d'un secteur concurrentiel privé et ses conséquences

En 2017, le chiffre d'affaires des cliniques privées s'établit à 15 milliards d'euros, son plus haut niveau depuis 2006 et en hausse de 2,1 % par rapport à 2016. En 2010, ce chiffre d'affaires était de 12,5 milliards d'euros. Le développement rapide de ce secteur prend appui sur la construction d'un complexe médico-industriel (2.1) dont la montée en puissance a été accélérée par la tarification à l'activité (2.2).

### 2.1. Le complexe médico-industriel au service du secteur privé lucratif

Depuis le début des années 2000, le secteur privé lucratif se transforme de façon profonde, notamment avec le développement d'un complexe médico-industriel composé de groupes internationaux cotés en bourse et rassemblant des entreprises assez diverses, des sociétés d'assurance, des structures financières. Ces groupes privés de santé sont assez différents des cliniques des années 2000 qui étaient essentiellement familiales et peu capitalistiques. Aujourd'hui, quatre grands groupes semblent émerger.

La Générale de santé en constitue le premier exemple. Ce groupe est créé en 1987 par la Compagnie générale des eaux. Au début des années 2000, elle se recentre autour des activités de médecine, chirurgie et obstétrique et des soins de suite et de réadaptation. En 2014, elle est rachetée par un groupe britannique (Ramsay Healthcare UK) associé à la filiale assurance du Crédit Agricole (Prédica). Elle poursuit sa croissance en 2018 en rachetant Capiro, un groupe d'hospitalisation suédois qui possède 22 cliniques en France et d'autres en Suède, au Danemark, en Norvège et en Allemagne. Aujourd'hui, Ramsay santé appartient majoritairement à Ramsay Healthcare limited (52,5 %), Prédica SA (39,6 %) la filiale assurance du Crédit Agricole et à André Attia (6,59 %). Celui-ci est médecin, propriétaire d'Hexagone hospitalisation qui compte 15 établissements en région parisienne et qui a cédé en 2006 dix cliniques à la Générale de santé.

Le groupe Elsan constitue, avec 120 cliniques, le second groupe privé. Il est né en 2015 de la fusion des groupes Védici et Vitalia. En 2017, il rachète Médipôle partenaires et devient le deuxième groupe d'hospitalisation privée. Il est essentiellement présent en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mais également en cancérologie, en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie. Il est aujourd'hui la propriété de CVC Capital Partners (un fonds de capital investissement créé en 1981 et un des dix plus puissants au niveau international...) à hauteur de 70 % et de Téthys Invest (le fonds de placement de la famille Bettencourt), pour 15 %. Le reste appartenant aux deux fondateurs du groupe: Jérôme Nouzarède et Michel Bodkier à hauteur de 15 %.



Depuis le début des années 2000, le secteur privé lucratif se transforme de façon profonde, notamment avec le développement d'un complexe médico-industriel composé de groupes internationaux cotés en bourse et rassemblant des entreprises assez diverses, des sociétés d'assurance, des structures financières.



Le groupe Vivalto constitue la troisième entité sur le marché. Le groupe est né en 2009 du rachat du groupe breton Cliniques privées associées par Parquest Capital associé à BNP Paribas et le Crédit mutuel Arkéa. 150 praticiens libéraux sont venus compléter le tour de table. Depuis 2016, le groupe est détenu à 67 % par Vivalto Santé Holding. Cette structure rassemble des groupes bancaires (BNP Paribas, le Crédit Agricole, le Crédit mutuel Arkéa) auxquels se sont associés une filiale de la Caisse des dépôts et Consignations (CDC International Capital), un groupe financier émirati (Mubadala) et la Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF).

D'autres structures se placent sur des segments de marché un peu différents. C'est notamment le cas de Korian qui s'est initialement implanté sur le secteur des maisons de retraite médicalisées et qui se développe maintenant sur les soins de suite et de réadaptation. Korian est détenue à hauteur de 23 % par Prédica, la filiale assurance du Crédit Agricole, mais aussi par Investissements PSP, un fonds de pension canadien (13 %) et Malakoff Médéric, l'institution de pension qui est actionnaire de 6 % du capital. Une autre structure, Orpea, s'est quant à elle placée sur le secteur des maisons de retraites et sur le juteux marché des soins psychiatriques (leur rentabilité nette est de 6 % du chiffre d'affaires).

### 2.2. La T2A profite au secteur privé lucratif

Les cliniques privées ont su tirer profit du tournant de la T2A en se spécialisant sur les actes ambulatoires (hospitalisation partielle) qui sont survalorisés par rapport aux actes avec hospitalisation et de l'existence d'une double T2A, une pour les établissements publics et privés non lucratifs, une autre pour les structures privées lucratives. En 2003, lors de la mise en place de la T2A, le législateur a souhaité accélérer la convergence tarifaire entre les établissements publics et privés, pour laquelle milite la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). Depuis la loi du 22 juillet 2009, les établissements privés lucratifs peuvent recevoir des enveloppes budgétaires liées aux

missions d'intérêt général (urgences, recherche...) et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette situation accélère le processus de convergence tarifaire entre les secteurs privé et public. La convergence a été abandonnée, mais elle revient de façon récurrente, portée par les thuriféraires du marché de la santé qui pensent que seule la concurrence permettra de diminuer les coûts.

La concurrence tarifaire entre le privé lucratif et le secteur public tourne pour l'instant au bénéfice du premier. Trois raisons expliquent le coût supérieur du service public. La première est liée à l'organisation même de l'hôpital public. Celui-ci se caractérise en effet par un large éventail de cas traités, le *case mix*. En d'autres termes, il reçoit un grand nombre de patients atteints de pathologies assez différentes les unes des autres qui nécessitent l'organisation d'une large gamme de services, qui est nécessairement plus coûteuse que des services mutualisés. C'est moins le cas pour les cliniques privées qui se spécialisent sur quelques créneaux seulement, et notamment les plus rentables (chirurgie orthopédique, par exemple). Les obligations de service public génèrent des coûts supplémentaires liés à l'impossibilité pour certains établissements de réaliser des économies d'échelle. Dans le même ordre d'idée, les obligations de service public entraînent également des contraintes qui se reportent sur les coûts d'organisation.

La deuxième raison est liée à la structure de la patientèle des cliniques privées lucratives. Les patients qui y sont traités appartiennent en effet majoritairement à des catégories sociales aisées. Ils sont médicalement bien suivis et sont donc moins coûteux à soigner. La fréquentation d'un établissement privé est fortement liée à la profession ou la catégorie sociale. En 2007, près des deux tiers des personnes hospitalisées cadres ou appartenant aux professions intellectuelles supérieures l'ont été exclusivement dans une clinique privée. La proportion est plus importante que pour les ouvriers (deux hospitalisés sur cinq) et les chômeurs. Le gradient social est particulièrement marqué en obstétrique dans la mesure où 79 % des femmes (cadres ou professions intellectuelles supérieures) fréquentent un établissement privé contre 37 % des femmes exerçant une profession intermédiaire, 14 % des employées et 10 % des ouvrières. *A contrario*, le gradient social n'est pas le même selon la catégorie majeure de diagnostic. Ainsi, les pathologies lourdes sont davantage prises en charge dans les établissements publics hospitaliers que dans les cliniques privées à but lucratif.

La troisième raison est liée au coût de la propriété immobilière qui constitue un autre exemple de contrainte liée aux services publics. Les structures privées n'ont pas ce type de coûts dans la mesure où elles sont locataires de sociétés immobilières. Deux structures dominent le secteur. La première, Icade santé, est une filiale d'Icade qui est elle-même une filiale de la Caisse des dépôts et consignations. Cette structure s'est spécialisée sur le marché de l'immobilier sanitaire. Elle possède un portefeuille de 135 établissements de santé valorisé à hauteur de 5,5 milliards d'euros. Elle est déjà partenaire de marques reconnues (Elsan, Ramsay Santé, Vivalto) ainsi que des groupes régionaux. Icade souhaite également investir le marché des EHPAD et annonce un accord de partenariat avec le groupe Korian. La seconde structure, Primonial Reim, possède plus de 200 établissements (EHPAD, MCO, SSR...) sur le territoire après l'acquisition de la Gécimed en 2016. Primonial est la propriété de la Caisse des dépôts et consignation et de Prédica à hauteur de 18,5 %. Cette solution permet aux grands groupes privés de limiter leurs coûts immobiliers.

### Conclusion

Trois solutions semblent s'imposer aujourd'hui. Il apparaît d'abord nécessaire de revoir en profondeur la gouvernance des établissements publics hospitaliers, notamment en revalorisant le rôle du conseil d'administration. L'organisation de celui-ci doit être revue, notamment en donnant plus de poids aux représentants des personnels, mais aussi en l'élargissant à la population locale. Cette solution irait dans le sens d'un renforcement de la délibération démocratique dont l'hôpital public a besoin.

La deuxième solution est d'en finir définitivement avec les méthodes de management et de redonner du sens au travail des soignants. Bon nombre d'enquêtes montrent aujourd'hui que le manque de temps pour effectuer leur travail génère chez les soignants un sentiment de qualité empêchée qui entraîne un conflit de valeurs. Enfin, il devient, d'une part, urgent de réfléchir à une alternative à la T2A qui pénalise les établissements publics hospitaliers par rapport à leurs concurrents privés, et d'autre part, de relâcher la contrainte de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année par les parlementaires. La crise du Covid 19 a mis en évidence les effets délétères des politiques libérales sur le système de santé. ■

