



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale

## ANNEXE X Pilotage de la politique d'efficacité

SEPTEMBRE 2025

Anne **PERROT**  
Charles-Henry **GLAISE**  
Matthieu **LECLERCQ**  
Nicolas **SALEILLE**  
Joé **VINCENT-GALTIÉ**  
Mouad **EL ISSAMI**

Mathias **ALBERTONE**  
Paul-Marie **ATGER**  
Pierre **RICORDEAU**

**IGF**

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Inspection générale des  
finances

IGF N° 2025-E-023-02

Inspection générale des  
affaires sociales

IGAS N° 2025-030R

## RAPPORT

# FACE A LA GRAVITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS, RENFORCER L'EFFICIENCE PAR UNE INTÉGRATION TERRITORIALE Annexe X Pilotage de la politique d'efficience

Établi par

CHARLES-HENRY **GLAISE**  
Inspecteur des finances

NICOLAS **SALEILLE**  
Inspecteur des finances

MATTHIEU **LECLERCQ**  
Inspecteur des finances

Joé **VINCENT-GALTIÉ**  
*Data scientist*

MOUAD **EL ISSAMI**  
*Data scientist*

Sous la supervision de  
ANNE **PERROT**  
Inspectrice générale des  
finances

MATHIAS **ALBERTONE**  
Inspecteur général des affaires  
sociales

PIERRE **RICORDEAU**  
Inspecteur général des affaires  
sociales

PAUL-MARIE **ATGER**  
Inspecteur des affaires  
sociales

- SEPTEMBRE 2025 -

**IGF**

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES



## **ANNEXE X**

### **Pilotage de la politique d'efficience**



# SOMMAIRE

<b>1. LE DISPOSITIF STRUCTURÉ DE PILOTAGE DE L'EFFICIENCE HOSPITALIÈRE MIS EN PLACE À PARTIR DES ANNÉES 2000 A FONCTIONNÉ JUSQU'À LA FIN DES ANNÉES 2010.....</b>	<b>1</b>
1.1. Un dispositif structuré de pilotage de l'efficience a été progressivement mis en place à partir des année 2000.....	1
1.2. Le dispositif national de pilotage est relayé au niveau régional par les ARS qui bénéficient d'un arsenal complet vis-à-vis des établissements publics .....	3
<b>2. LA PANDÉMIE PUIS LE SÉGUR DE LA SANTÉ ONT CONDUIT À DÉPRIORISER LA PROBLÉMATIQUE DE L'EFFICIENCE DONT LE CADRE DE PILOTAGE A ÉTÉ AFFAIBLI.....</b>	<b>8</b>
2.1. Le Ségur de la santé met d'autres priorités que l'efficience en avant, notamment l'attractivité .....	8
2.2. Les outils du pilotage national de l'efficience semblent s'être affaiblis.....	9
2.3. Jusqu'à la circulaire du Premier ministre d'avril 2025, les ARS, auxquelles ont été fixées d'autres priorités d'action que l'efficience, avaient un mandat affaibli pour utiliser les outils de régulation de l'efficience à leur disposition .....	11
<b>3. REPRENDRE UNE STRATÉGIE D'EFFICIENCE CLAIRE ET ASSUMÉE ARTICULANT POLITIQUE PUBLIQUE DE L'ETAT ET LOGIQUE DE GROUPE DES ÉTABLISSEMENTS .....</b>	<b>12</b>
3.1. La nécessité d'une stratégie nationale de transformation.....	12
3.2. Reprendre la démarche de structuration d'une politique publique de l'efficience nationale .....	13
3.3. Le niveau national serait en charge du cadre, des outils et de l'évaluation.....	14
3.4. Au niveau régional, un dialogue ARS/établissement qui prendrait en compte une responsabilité territoriale renforcée dans une logique de groupe public.....	15

## 1. Le dispositif structuré de pilotage de l'efficience hospitalière mis en place à partir des années 2000 a fonctionné jusqu'à la fin des années 2010

### 1.1. Un dispositif structuré de pilotage de l'efficience a été progressivement mis en place à partir des années 2000

A partir de 2004, un pilotage national de la situation financière des établissements et de la politique d'efficience s'est structuré à l'occasion du déploiement de la T2A pour le financement des hôpitaux. Il a été renforcé dans le cadre de la loi HPST<sup>1</sup> de 2010 qui crée les ARS et met en place un certain nombre d'outils juridiques pour garantir le retour à l'équilibre financier avec les plans de redressement et contrats de retour à l'équilibre (PRE<sup>2</sup> et CREF<sup>3</sup>).

L'augmentation de l'endettement hospitalier après le plan hôpital 2007 conduit à compléter progressivement l'arsenal des outils : mise en place du réseau d'alerte DGOS/DGFIP en février 2010, encadrement des autorisations d'emprunt en 2012, mise en place des comités régionaux de veille des situations de trésorerie de veille (Corevat) en 2012.

En 2013, le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (Copermo) est instauré. Il examine les situations financières hospitalières à enjeu les plus complexes et assure la validation des grands projets d'investissement hospitaliers<sup>4</sup>. Le « Copermo performance » vient accroître la pression par un arbitrage national des situations les plus critiques alors que la gestion territoriale pouvait rencontrer des limites<sup>5</sup>. Le Copermo produit en parallèle une série d'outils et de références sur l'investissement et la performance<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>2</sup> le PRE (plan de redressement) qui a pour finalité le retour à l'équilibre financier de l'ES ; il est mis en place sur injonction de l'ARS lorsque un certain niveau de risque financier défini par décret est dépassé ou lorsque la situation financière de l'ES l'exige ; l'établissement peut également de son propre chef produire un PRE ; l'établissement définit les grandes actions permettant le retour à l'équilibre qui sont présentées à l'ARS ; le PRE est sous la responsabilité du chef d'établissement qui le présente au directoire ; le chef d'établissement mobilise ses équipes et s'assure de la mise en œuvre des actions définies.

<sup>3</sup> Le CREF (contrat de retour à l'équilibre financier) qui accompagne le PRE sous la forme d'un engagement contractuel entre l'ES et l'ARS ; le CREF a pour finalité le suivi du retour à l'équilibre financier de l'ES. Il fait l'objet d'un avenant au CPOM ARS/ES ; le CREF fixe une trajectoire de retour à l'équilibre et définit le suivi des chantiers prioritaires du PRE ; la durée du contrat est de 3 ans maximum ; l'atteinte des objectifs et des résultats est évaluée dans le cadre de revues conduites par l'ARS ; toute aide financière dans le cadre du retour à l'équilibre doit s'inscrire dans un CREF (avenant au CPOM) ; un CREF ne comprend pas forcément une aide financière.

<sup>4</sup> Le Copermo est donc double avec un « Copermo Performance » et un « Copermo Investissement »

<sup>5</sup> En 2008, la mission Igas portant sur « Le contrôle des mesures prises dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre par des hôpitaux perdants à la TAA » mettait en avant les limites de la démarche notait que :

- Les diagnostics se concentrent souvent sur les indicateurs financiers aux dépens de l'analyse de la performance médico-économique (durée moyenne de séjour DMS, taux d'occupation, nombre d'interventions par chirurgien...).
- Seule une minorité de contrats fixait des objectifs précis en matière de redéploiement des effectifs ou de maîtrise de l'évolution de la masse salariale. Quand elles existaient, les mesures de maîtrise de la masse salariale prévues concernaient pour une grande part le personnel non médical et beaucoup moins le personnel médical, même dans les cas où sa productivité est inférieure à la moyenne, qu'il s'agisse d'une sous-activité manifeste ou de doublons entre les sites.
- La conclusion des CREF observés par la mission n'avait pas été l'occasion de réexaminer l'ensemble de l'offre de soins du territoire.

<sup>6</sup> Toujours disponible aujourd'hui sur le site internet du ministère de la santé

## Annexe X

Parallèlement à la construction du cadre de pilotage de l'efficacité, les outils d'audits et d'accompagnements nationaux sont mis en place. La mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH)<sup>7</sup> et la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH) créés en 2003 sont fusionnées au sein d'une nouvelle agence, l'ANAP qui fonctionne à partir de 2009.

Le dispositif des conseillers généraux des établissements de santé se met lui en place à partir de 2006 pour intervenir directement dans les établissements de santé en appui ou substitution de la direction en cas de difficulté, notamment par le biais d'administrations provisoires<sup>8</sup>.

Plusieurs programmes nationaux sont mis en place progressivement autour de logiques de recherche d'efficacité et notamment :

- ◆ le programme Phare sur les achats hospitaliers lancé en 2011 ;
- ◆ le programme national de gestion des lits<sup>9</sup> lancé en 2013 ;
- ◆ le programme Ophélie<sup>10</sup> (Outil de pilotage du Patrimoine Hospitalier pour les Etablissements de santé) sur la gestion patrimoniale mis à disposition à partir de 2014 ;
- ◆ le programme Simphonie qui fédère à partir de 2015 un certain nombre de process mis en place autour de la SIMplification du Parcours administratif Hospitalier des patients et Numérisation des Informations ;
- ◆ le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire lancé en 2015.

Les lois de financements de la sécurité sociale (LFSS) sont également l'occasion d'engager des programmes d'économies ciblées. Le durcissement des objectifs de dépenses pour permettre le retour à l'équilibre du régime général conduit à la mise en place du plan triennal Ondam 2015-2017 qui associe l'Etat et l'assurance maladie autour d'une série de programmes d'économies assortis d'objectifs de rendements précis fixés aux ARS et à leurs directeurs généraux, pour certains conjointement avec les CPAM et aux établissements.

Le plan comprend 4 axes d'action qui ne concernent pas que l'hôpital mais qui impliquent clairement de :

- ◆ concrétiser le « virage ambulatoire » et mieux adapter les prises en charge en établissement et en ville ;
- ◆ accroître l'efficacité de la dépense hospitalière et améliorer la qualité de l'offre hospitalière;
- ◆ poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques ;
- ◆ améliorer la pertinence et le bon usage des soins en ville et à l'hôpital.

---

<sup>7</sup> La MEAH s'adresse à tous les établissements de santé, publics et privés, MCO, SSR et psychiatrie. Sa mission est de faire émerger une meilleure organisation des activités hospitalières en combinant des objectifs d'amélioration de la qualité du service, d'amélioration de l'efficacité économique et d'amélioration des conditions de travail et d'emploi des personnels médicaux et non médicaux. Elle fait progresser les organisations par des actions de terrain conduites avec des équipes hospitalières volontaires et des activités de conseil qu'elle sous-traite par appel d'offres et qu'elle finance.

<sup>8</sup> Le dispositif des CGES est ensuite intégré à l'IGAS puis mis en extinction.

<sup>9</sup> Le programme permet de fluidifier le parcours patient (structuration d'une gestion centralisée et prévisionnelle, bonne orientation des patients et mise en place de règles d'hébergement, organisation de filières de prise en charge), de maîtriser les durées de séjour (analyse de la pertinence des journées d'hospitalisation, identification de cibles de progression, structuration du processus de sortie) et d'avoir un juste dimensionnement des modes de prise en charge et des capacités d'hospitalisation (adapter les modes d'hospitalisation aux types de prise en charge des patients, adapter les capacités aux évolutions des prises en charge et de l'activité, mutualiser et redimensionner les unités de soins). - Fiche 2-4 du dossier « efficacité » de la DGOS : La gestion des lits.

<sup>10</sup> OPHELIE, met à disposition un outil de référence dédié au secteur de la santé pour réaliser l'inventaire du patrimoine et se comparer entre établissements sur la base de 15 indicateurs de benchmark ; il permet d'identifier d'éventuelles sous-utilisations des biens immobiliers et des surfaces et de maîtriser le coût global annuel de son patrimoine immobilier. Fiche 2-9 du dossier « efficacité » de la DGOS : Ophélie

Le plan triennal est suivi en 2018, d'un plan pluriannuel 2018-2022 de transformation du système de santé qui, tout en desserrant la contrainte sur le taux d'Ondam et les tarifs hospitaliers, reprend des démarches d'efficacité et de pertinence hospitalières. A la différence du précédent le plan est accompagné d'un contrat pluriannuel conclu avec les fédérations hospitalières.

## **1.2. Le dispositif national de pilotage est relayé au niveau régional par les ARS qui bénéficient d'un arsenal complet vis-à-vis des établissements publics**

### **1.2.1. Un ensemble d'actions et de pouvoirs à la main des ARS pour améliorer l'efficacité**

Les ARS conduisent une politique de promotion de l'efficacité qui prend d'abord la forme d'une animation régionale à travers notamment l'organisation de benchmarks entre établissements<sup>11</sup>, en relayant les programmes de formation et partage de bonnes pratiques conduits par l'ANAP ou en facilitant l'accès de l'assurance maladie aux établissements pour déployer ses programmes dans le cadre du programme pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins<sup>12</sup> (par exemple diffusion des programmes Prado de retour à domicile après hospitalisation ou promotion de la chirurgie ambulatoire). Les ARS animent également une politique régionale de pertinence avec les professionnels de santé dans le cadre d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)<sup>13</sup> et signent avec les établissements de santé des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)<sup>14</sup>.

Mais c'est dans leur activité de tutelle, en particulier vis-à-vis des établissements en difficulté, que les ARS ont un impact le plus direct sur l'efficacité des établissements publics. Elles sont en effet en première ligne pour suivre la situation financière des établissements de santé publics avant que le niveau national soit saisi le cas échéant sur les situations à enjeu les plus difficiles dans le cadre du Copermo Performance.

---

<sup>11</sup>Plusieurs régions organisent ainsi des benchmarks sur la gestion des blocs opératoires ; l'ARSIF a mis en place des outils de parangonage (notamment pour comparer l'APHP avec les 10 plus gros chu - projet d'adapter pour tous les établissements de la région par dominantes d'activité) et organisé un webinaire de performance (partage de bonnes pratiques) avec les établissements en avance sur leur sujet.

<sup>12</sup> Article L182-2-1-1 du code de la sécurité sociale

<sup>13</sup>Les PAPRAPS sont prévus à l'article L162-30-3 du code de la sécurité sociale. Le dispositif a été mis en place dans la LFSS 2015. Le contenu des plans est détaillé à l'article Article D162-11. Ils comportent un diagnostic régional, des domaines d'action prioritaires et des actions.

<sup>14</sup> Le CAQES est prévu par l'article L162-30-2 du code de la sécurité sociale. Le contrat est obligatoire pour les établissements se situant sur des niveaux de pratique élevés ou potentiellement non conformes sur des priorités nationales définies par arrêté. Le dispositif a été modifié à compter de l'année 2022. Il comporte 3 volets dont un relatif à la pertinence. 15 indicateurs au total sont disponibles : 8 indicateurs nationaux et 7 indicateurs régionaux répartis dans les 3 volets. Deux types d'intéressement sont prévus. Celui sur les indicateurs nationaux ouvre la possibilité de récupérer 20% à 30 % des économies générées. Celui sur les indicateurs régionaux est déterminé à partir d'une enveloppe FIR.

## Annexe X

Elles bénéficient pour ce faire d'un arsenal juridique de tutelle qui s'est renforcé depuis le début des années 2000. Cet arsenal est toujours en vigueur aujourd'hui malgré la suppression du Copermo. Il est à noter que cet arsenal n'est pas que financier. Le directeur de l'ARS dispose également de compétences étendues pour reconfigurer l'offre de soins. Il peut aussi demander, aux termes de l'article L. 6131-2 du code de la santé, la mise en œuvre de coopérations, afin d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins tout en maîtrisant son coût, notamment lorsque la mise en place d'un administrateur provisoire n'a pas permis d'améliorer la situation financière d'un établissement. Sur la base de cet article, il peut également décider de la création d'un nouvel EPS par fusion des établissements concernés. Il peut également demander la suppression d'emplois médicaux, en application de l'article L. 6131-5 du code de la santé.

**Annexe X**

**Tableau : Dispositions principales confiant au DG ARS un pouvoir d'action sur les établissements de santé publics**

	<b>Code de la santé publique (sauf mention contraire)</b>	<b>Pouvoir confié au DG ARS</b>
<b>Autorisation de l'établissement et des activités</b>	L 6122-1 et s	Régime des autorisations des établissements et activités de soins
<b>Orientation stratégique de l'établissement</b>	L 6114-1 et s	CPOM ARS établissement
	L 6131-2 et L 6131-4	Pouvoir de demander la conclusion d'une convention de coopération, d'un GCS, d'une fédération médicale interhospitalière ou d'une fusion avec sanction en cas de refus
	L 6132-5	Pouvoir de demander des suppressions d'emploi en cas de restructuration avec leviers de mise en œuvre
	L 6132-2	Pouvoir de demander la modification de la convention constitutive du GHT y compris le PMP afin qu'il soit compatible avec le PRS
<b>Contrôle de l'équilibre économique et financier</b>	L 6143-4 et D 6145-31	Possibilité de s'opposer à certaines délibérations du conseil de surveillance et décisions du directeur ainsi qu'à l'EPRD et au PGFP
	L 6145-1 et L 6145-2	Pouvoir de demander un nouvel EPRD puis d'arrêter lui-même l'EPRD en cas de désaccord avec le directeur d'établissement ou en cas de carence de l'établissement
	L 6145-4	Pouvoir de demander la modification de l'EPRD pour contribuer au respect de l'ONDAM ou en cas d'évolution non anticipée de l'activité
	L 6143-3 et L 6114-2	Pouvoir de demande voire de mise en demeure de produire un plan de redressement financier et contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) inséré dans le CPOM
	L 6145-3 et L 6145-5	Pouvoir de mandatement d'office d'une dépense ou d'une recette en cas de carence du directeur
	D 6145-70	Autorisations des emprunts bancaires lorsque certains indicateurs financiers ne sont pas atteints
	L 6143-3-1	Mise en place d'une administration provisoire et possibilité de saisine préalable de la chambre régionale des comptes
<b>Gestion des directeurs d'établissement</b>	L 6143-7-2	Proposition au niveau national de la nomination des directeurs (hors CHU) - le retrait de fonction dépend du niveau national
	Décret n° 2020-719 du 12 juin 2020 et Décret n° 2012-749 du 9 mai 2012	Lettre d'objectif, évaluation annuelle des directeurs d'établissement et prime de fonction et de résultats
<b>Contrôle</b>	L 6116-1 et s	Contrôle des établissements
	R 6145-39	Mission d'enquête sur le fonctionnement et la gestion d'un établissement en difficulté
	Article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale	Contrôle de la tarification à l'activité

### 1.2.2. Un dialogue de gestion financier qui laisse la place à des mesures graduées de contrainte en cas de difficulté

Les ARS approuvent les EPRD et les plans globaux de financement pluriannuel (PGFP) avec la possibilité de rejeter des constructions budgétaires qui ne seraient pas assez maîtrisées.

Elles conduisent avec chaque établissement (en impliquant ou pas le GHT) un dialogue de gestion régulier dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'établissement, qui doit veiller à garantir l'équilibre économique de l'établissement. Il n'existe pas de cadre national pour ce dialogue de gestion et chaque ARS définit ses propres modalités en fonction de ses caractéristiques, de ses moyens et des enjeux qu'il souhaite prioriser.

#### Encadré 1 : Des modalités différentes d'organisation du dialogue de gestion ARS/établissement

##### Normandie

- Une gradation des interventions pour cibler les établissements en difficultés avec trois catégories d'établissements suivis soit à un rythme mensuel, trimestriel ou semestriel
- Les GHT font l'objet d'un dialogue de gestion stratégique annuel - en deux parties - enjeux de structuration d'offre, et deuxième partie de considération financière, achat, informatique, RH

##### Auvergne-Rhône-Alpes

- Dialogue stratégique et de gestion DSG avec chaque établissement avec travail préalable de l'établissement et de l'ARS - un arrêt sur image sur le positionnement : activité, trésorerie, territoire, ambulatoire etc...sans se perdre dans le détail en ciblant des indicateurs pertinents - 30aine de courriers pour demander des plans d'action pour donner un mandat aux directeurs.
- Pas de dialogue GHT mais dimension GHT dans le DSG

##### Ile de France

- Dialogue de gestion stratégique avec les GHT depuis 2023 sur trois sujets : le PMP, la structure d'exploitation et les investissements. A l'issue de ces dialogues on a fait une feuille de route précise, intégrée à des CPOM de GHT pour ne pas rester sur l'établissement, avec un suivi précis.
- En infra annuel - à 6 mois, uniquement sur les données de gestion - on reprend dans le détail toutes les données yc benchmark entre établissements.
- Cycle complémentaire pour les établissements les plus en difficulté (140 environ) avec suivi rapproché de chaque mesure du plan de performance couplé pour un trentaine avec le suivi Corevat avec la DGFIP.

##### Centre-Val de Loire

- Le travail est centré sur les EPRD avec dialogue en amont en cas de projet de rejet et travail sur un plan d'actions
- Certains établissements en difficulté font l'objet d'un suivi régulier dont une dizaine mensuellement

En cas de difficultés financières dans un établissement, l'ARS peut, dans un premier temps, engager avec l'établissement une démarche d'amélioration de l'efficacité, sans en passer par une démarche formalisée. Ainsi, sans recourir formellement au CREF, les ARS peuvent faciliter, voire financer la mise en place d'accompagnements auprès de l'établissement, le cas échéant à travers un plan d'amélioration de la performance et un contrat d'amélioration de la performance<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Le contrat performance désigne spécifiquement l'engagement contractuel tripartite (ARS, ES, ANAP) autour de l'accompagnement de l'ES qui se traduit par un projet performance ; le contrat performance constitue une annexe du CPOM ARS/ES.

## Annexe X

Pris à l'initiative de l'EPS ou à la demande de l'ARS, le plan d'amélioration de la performance définit les chantiers d'amélioration de la performance (Cohérence avec les priorités territoriales, Performance financière et économique, Qualité et pertinence des prises en charge, Performance opérationnelle de l'organisation, Performance de la gestion des ressources humaines, Performance des systèmes d'information, Pilotage de l'ES). Les objectifs sont priorisés, inscrits dans un calendrier et évaluables. Le plan est sous la responsabilité du chef d'établissement qui mobilise ses équipes et s'assure de la mise en œuvre des actions définies. La réalisation des actions est portée par l'ES et peut être accompagnée par l'ARS : ce plan peut s'inscrire dans le CPOM ARS/ES.

Si ces démarches n'ont pas porté leur fruit, ou si l'EPS connaît une grave dégradation de sa situation financière, l'ARS peut mettre en œuvre différentes actions plus coercitives :

- ◆ rejet de l'EPRD et demande d'un nouvel EPRD, voire exercice d'une forme de contrôle budgétaire, à l'image du contrôle exercé sur les préfets sur le budget des collectivités territoriales<sup>16</sup> en fixant directement l'EPRD en cas de désaccord ou de carence ;
- ◆ injonction de mettre en place un PRE puis de signer un CREF ;
- ◆ suivi de la trésorerie avec les DDFIP dans le cadre des Corevat ;
- ◆ examen des demandes d'autorisation d'emprunt lorsque les ratios financiers de l'établissement sont dégradés et rendent cette autorisation nécessaire ;
- ◆ accord d'une aide en trésorerie à l'établissement.

L'article L. 6143-3 du CSP dispose que le directeur de l'ARS demande à un EPS de présenter un plan de redressement lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ou lorsque le déficit de l'établissement dépasse un certain taux (2,5 % ou 3,5 % suivant les cas<sup>17</sup>). Il s'agit, en théorie du moins, d'une compétence liée.

La mise en place du Copermo en 2013 a cependant conduit à mettre en place une « doctrine » nationale et à structurer davantage les schémas de PRE/CREF en intégrant souvent explicitement des objectifs de réduction capacitaire et de réduction d'effectifs dans les contrats de retour à l'équilibre.

Enfin, en cas de perte de maîtrise de la situation, l'ARS peut saisir la CRC et/ou mettre en place une administration provisoire temporaire qui peut se substituer à la direction mais aussi le cas échéant au conseil de surveillance.

### **1.2.3. Mais l'arsenal juridique rencontre des limites importantes dans la mise en œuvre du fait de l'organisation du service public hospitalier**

Si l'arsenal des actions à la main des ARS est complet pour conduire les établissements à améliorer leur efficacité, le dispositif principalement contractuel souffre de diverses limites qui ont trait à la fois au statut de service public des établissements et à leur gouvernance.

En cas de difficultés financières, l'ARS se trouve en effet le plus souvent devant un dilemme entre la possibilité de contrainte sur l'établissement que lui offre le code de la santé publique pour prendre les mesures d'efficacité nécessaire et la réalité de l'impossibilité de ne pas accompagner financièrement un établissement qui n'a plus de trésorerie et ne peut plus payer les salaires.

---

<sup>16</sup> Aux termes des articles L. 1612-1 à L. 1612-20 du Code général des collectivités territoriales (CGCT), le préfet peut réformer les documents budgétaires des collectivités territoriales, dans le cadre d'un pouvoir de substitution qui lui permet de régler d'office et de rendre exécutoire le budget d'une collectivité afin, par exemple, d'inscrire et de mandater d'office des dépenses obligatoires ou de s'assurer de l'équilibre réel du budget.

<sup>17</sup> D 6145-63 du code de la santé publique

Le principe de la contractualisation du retour à l'équilibre trouve ici des limites d'autant plus fortes que la gouvernance des établissements peut s'opposer aux mesures d'efficience. Cela peut être le cas des élus au conseil de surveillance si des emplois ou une activité de soins sont en jeu. Cela peut être le cas des organisations syndicales si le dialogue social est insuffisant. Cela peut également être le cas parfois de la direction de l'établissement dont le sort ne dépend qu'indirectement de l'ARS mais aussi beaucoup du président de conseil de surveillance. Le DG d'ARS n'a pas la main sur le remplacement du directeur, sauf à lancer une procédure d'administration provisoire. Il peut formellement faire varier la notation et la part variable du directeur mais le dispositif rend dissuasifs les mouvements à la baisse, sauf à entrer dans des procédures proches de celles prévues pour une sanction disciplinaire<sup>18</sup>.

Seule l'administration provisoire permet en réalité potentiellement de débloquer des situations pour lesquelles l'action contractuelle de l'ARS trouve ses limites. Mais le dispositif est lui-même limité pour des raisons principalement pratiques liées à la difficulté à recruter un administrateur provisoire adapté aux enjeux de redressement. Il n'existe pas en effet de vivier d'administrateurs provisoires. Le CNG propose donc aux ARS uniquement des directeurs en instances d'affectation ou en congé spécial qui n'ont pas forcément le bon profil pour la mission. La complexité de la charge d'une administration provisoire nécessiterait par ailleurs souvent plutôt une équipe qu'un seul administrateur isolé. Aucun dispositif d'appui aux administrateurs provisoires n'existe. Au total le nombre d'administrations provisoires reste limité par rapport aux besoins<sup>19</sup> (une demi-douzaine par an moyenne selon le CNG) et celles qui ont lieu ne sont pas forcément décisives par rapport aux besoins des établissements.

## **2. La pandémie puis le Ségur de la santé ont conduit à déprioriser la problématique de l'efficience dont le cadre de pilotage a été affaibli**

### **2.1. Le Ségur de la santé met d'autres priorités que l'efficience en avant, notamment l'attractivité**

Le Ségur de la santé transforme profondément le contexte du pilotage de l'efficience. La politique conduite au cours de la décennie 2010 est décriée. La « course » à l'activité que la T2A aurait suscitée et la recherche d'efficience dans le cadre d'ONDAM très contraints auraient conduit à la fois aux difficultés rencontrées pendant la pandémie et à la perte de sens ressentie par la communauté hospitalière, traduite par une crise d'attractivité sans précédent. La priorité est placée sur l'attractivité pour répondre au problème de pénurie RH rencontrées par les établissements.

Dans ce contexte le Ségur de la santé se traduit à la fois par une remise à niveau financière (revalorisation RH, aide au désendettement, programme d'investissements) et par une transformation des outils de pilotage de l'efficience dont la pression est affaiblie notamment au niveau national :

- ♦ suppression du Copermo Performance, le Copermo investissement étant remplacé par un nouveau conseil stratégique pour l'investissement en santé (CSIS) qui n'intervient que pour les investissements supérieurs à un seuil relevé par rapport à celui du Copermo ; les ARS sont donc laissées seules en gestion des situations financières dégradées ;

---

<sup>18</sup> Le dispositif indemnitaire actuel de la PFR, permet en théorie une variation de la part résultats. Son taux décliné en points (6 maximum), atteint souvent son plafond au bout d'une dizaine d'années de carrière. Il est toujours possible de diminuer celui-ci, avec un rapport circonstancié. Le CNG indique que peu d'évaluateurs utilisent ce levier.

<sup>19</sup> Le CNG indique ne pas être en mesure de répondre à toutes les demandes des ARS.

## Annexe X

- ◆ prolongement de la garantie de financement jusqu'en 2024 sous la forme de la sécurisation modulée à l'activité (SMA), ce qui limite la pression sur les démarches d'efficacité ; le financement accordé aux établissements dans ce cadre n'est pas accompagné - même pour les établissements de santé connaissant une situation chronique de sous-productivité ou de déficit - de demandes portant sur des restructurations ou la mise en place de mesures contribuant à l'efficacité de ces établissements ;
- ◆ mise en veille des PRE/CREF ;
- ◆ mais signature, dans le cadre du versement de 6,5 Md€ consacrés à la restauration des marges financières, de contrats qui doivent prévenir le retour à une spirale d'endettement des établissements ; bien que l'intention des contrats soit de prendre des engagements d'efficacité en contrepartie des aides accordées, le contexte est peu favorable ; les contrats doivent être conclus avant le 31 décembre 2021 pour 10 ans. Dans les faits, la Cour des comptes<sup>20</sup> relève qu'il n'y a pas eu de contreparties précises demandées voire que le contrat recherchait des objectifs contradictoires en visant à la fois « l'amélioration de la capacité de financement des investissements nécessaires au service public hospitalier, donc sur son désendettement, et la restauration d'un niveau d'investissement courant minimum ».

## 2.2. Les outils du pilotage national de l'efficacité semblent s'être affaiblis

### 2.2.1. Un affaiblissement des outils nationaux après la pandémie

La réorganisation de la DGOS en 2023 continue à afficher une dimension « performance » avec la sous-direction du « financement et de la performance » qui prend la suite de la sous-direction du « pilotage de la performance des acteurs du système de soins ». La disparition du Copermo réduit cependant le périmètre et l'appréhension par la direction des questions d'efficacité et le travail de construction d'une doctrine qui y était liée. Jusqu'à la circulaire du Premier ministre de mai 2025, aucune circulaire centrée sur l'efficacité n'est publiée depuis le Ségur. Les différentes démarches (notamment les feuilles de route achat et HAD, dont les objectifs concourent à l'efficacité des EPS) ne sont pas rassemblées dans une stratégie unique portant sur l'efficacité. Elles ne font pas l'objet d'un suivi formalisé de la part de la DGOS.

Bien qu'elle ait été préparée en 2023, la deuxième génération de stratégie nationale de santé officielle, n'a pas été adoptée. Le projet ne consacre pas de développements spécifiques aux établissements publics de santé, alors que la première SNS décrivait l'évolution attendue du service public hospitalier, sur la base du rapport Couty.

---

<sup>20</sup> Cour des comptes - La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire - octobre 2023

## Annexe X

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus avec les ARS depuis le Ségur font également peu de place à l'efficacité hospitalière. Alors que la génération des CPOM 2018-2022 construits en cohérence avec le plan 2018-2022 de transformation du système de santé comportait plusieurs objectifs liés à l'efficacité<sup>21</sup>, la génération 2024-2028 n'inclut aucun objectif lié à l'efficacité, le volet efficacité étant renvoyé à un éventuel avenant, et ne conserve comme indicateur que le taux global de chirurgie ambulatoire<sup>22</sup>.

En termes de programmes nationaux, la DGOS semble également avoir réduit son périmètre d'intervention. Deux programmes nationaux principaux sont en vigueur :

- ◆ Phare, pour lequel une nouvelle feuille de route a été publiée au printemps 2025 ;
- ◆ Simphonie, autour de la simplification et de la digitalisation du parcours des patients et du pilotage de la facturation, des recettes et du recouvrement.

### 2.2.2. Une reprise progressive de la thématique d'efficacité

Si la DGOS semble moins présente sur l'efficacité interne, elle continue à produire des politiques importantes sur les orientations structurelles du système hospitalier. La réforme des autorisations aboutit en 2022 et 2023. Une feuille de route pour la HAD est mise en place pour la période 2021-2026 avec des objectifs de développement importants. L'ambulatoire continue à faire l'objet d'une promotion continue avec la poursuite de la fixation d'objectifs nationaux et régionaux et un accompagnement par l'assurance maladie renouvelé.

Parallèlement les modes d'intervention de l'ANAP sont transformés. L'agence met en place à partir de 2024 un nouveau mode d'intervention sous la forme d'un 360° pour répondre aux sollicitations des ARS et des établissements sur leur efficacité interne.

---

<sup>21</sup> L'objectif 4 « Améliorer la fluidité et la pertinence des prises en charge » vise d'une part à renforcer la démarche de pertinence des actes hospitaliers pour réduire les variations de pratiques médicales et d'autre part à promouvoir un développement ambitieux des prises en charge ambulatoires en substitution de l'hospitalisation complète et à adapter les organisations et capacités en conséquence.

L'objectif 7 « Accroître l'efficacité du système de santé » vise à accroître l'efficacité du système de santé en rationalisant le fonctionnement des établissements et notamment leurs achats, à améliorer la pertinence des prescriptions des établissements de santé et optimiser les dépenses de transports et de médicaments.

<sup>22</sup> L'indicateur taux global de chirurgie ambulatoire est inséré dans les CPOM Etat/ARS depuis plusieurs exercices. Dans cette génération de CPOM il est associé à la thématique « Accompagner la finalisation du virage ambulatoire dans l'offre de soins hospitalière » de l'objectif « 6. Garantir la pertinence, la qualité, la sécurité des prises en charge en mobilisant l'inspection contrôle et la gestion du risque ». Au total, avant ajustements régionaux, le modèle de CPOM propose 10 objectifs et près de 60 thématiques.

**Encadré 2 : Principaux outils mis en œuvre par l'ANAP**

L'ANAP propose aujourd'hui apporte aujourd'hui un ensemble d'outils et de référentiels de bonne pratique ainsi qu'un panel d'interventions sous la forme d'appuis collectifs ou individuels. Elle a mis en place à partir de 2024 une offre de diagnostic à 360° sur les établissements. 38 établissements ont été programmés en 2024 et 51 en 2025. 10 experts sont mobilisés en moyenne par intervention.

Un appui immédiatement opérationnel

**01** Par des Anapiens, experts hospitaliers

**100** Anapiens, experts de leur domaine (spécialités médicales, RH, finances, SI, DD, Immobilier, Soins...)

**+700** Experts du réseau, mobilisables en appui

**02** Thématiques abordées au cours du 360

- Process Finances & chaîne AFR (stocks, recouvrement, créances client, rythme de facturation, dette d'exploitation...)
- Fonctions supports (DIM, DAF, DAM, DSL...)
- Achats
- Process RH (paie, GTA, maquettes...)
- Organisations internes
  - Blocs, Urgences, Imagerie, Biologie
  - Maternité, Chirurgie, Soins critiques, Hospitalisation
  - Consultations et secrétariats, POSES...
  - Potentiel HAD
  - Médico-sociales le cas échéant
- Projet immobilier le cas échéant
- Développement durable
  - Le cas échéant Gouvernance : GHT, équipe de direction, communauté médicale

**03** 3 à 4 mois pour un diagnostic complet, un suivi du plan d'actions sur 24 mois

- Une durée de 3-4 mois incluant plusieurs journées de présence des experts sur site.
- La primeur de la restitution revient à l'ARS, commanditaire puis la restitution d'ordonne avec l'établissement
- L'équipe Anap assure, sous pilotage des ARS, un suivi du plan d'actions mis en œuvre par l'établissement pendant 24 mois.

Enfin la logique d'efficacité revient dans les priorités politiques à partir de 2025. Le dispositif de SMA est supprimé en 2025. Une enveloppe de 200M€ est mise en place pour les établissements en difficulté mais on retrouve la logique contractuelle des engagements d'efficacité en contrepartie qui préexistait à la pandémie. Enfin de manière inédite, le Premier Ministre signe en avril 2025 une circulaire aux ARS relative à l'efficacité et à la performance des établissements de santé qui repriorise clairement la politique d'efficacité.

**2.3. Jusqu'à la circulaire du Premier ministre d'avril 2025, les ARS, auxquelles ont été fixées d'autres priorités d'action que l'efficacité, avaient un mandat affaibli pour utiliser les outils de régulation de l'efficacité à leur disposition**

L'arrivée de la pandémie puis le Ségur de la santé modifie drastiquement le cadre de priorités fixées aux ARS. La période la pandémie est d'abord marquée par la mobilisation de l'ensemble des capacités de l'offre de soins pour parer aux défis de la prise en charge des malades et à la prévention de l'épidémie. Les moyens accordés par le niveau national ou mobilisés sur le FIR sont très importants pour accompagner les projets des établissements.

L'annonce du Ségur qui suit la première vague de l'épidémie renforce cette approche. Les ARS sont d'abord mobilisées pour distribuer les fonds mis à leur disposition pour l'investissement ou la restauration des marges financières. Si sur ce dernier aspect une contractualisation avec les établissements est nécessaire, le caractère automatique de l'aide à la restauration financière et les délais très courts laissés pour la contractualisation limitent la capacité à faire de cette contractualisation un véritable levier pour renforcer l'efficacité.

Le choix parallèle de prolonger le dispositif de garantie de financement puis de SMA jusqu'en 2024 contribue d'ailleurs à limiter les incitations à la relance des politiques d'efficacité. La problématique des pénuries RH, présente avant la pandémie mais amplifiée dans l'après pandémie, concentre les énergies sur les politiques d'attractivité et de recrutement.

Au total, de l'avis de l'ensemble des acteurs rencontrés, la période 2020-2024 a été marquée par un retrait général de toutes les politiques de pression sur l'efficacité des établissements.

Cela ne veut pas dire que les ARS et les établissements ont abandonné toute politique d'efficacité. Les procédures de dialogue de gestion ARS/établissement reprennent progressivement à partir de 2022, mais celle-ci n'est plus ni priorisée ni assumée jusqu'en 2024.

L'année 2025 change la donne. Le nouveau cadre réglementaire sur les CPOM avec les établissements de santé modifié début 2025 fait mieux apparaître les objectifs d'efficacité en indiquant qu'un des objets du CPOM est de déterminer « les mesures d'efficacité de gestion, dont les achats », mention qui n'existait pas précédemment<sup>23</sup>. Surtout la circulaire du PM d'avril 2025 donne clairement aux ARS un mandat politique de retour à la politique d'efficacité.

### **3. Reprendre une stratégie d'efficacité claire et assumée articulant politique publique de l'Etat et logique de groupe des établissements**

#### **3.1. La nécessité d'une stratégie nationale de transformation**

La gravité inédite de la situation financière des établissements de santé qui met en cause la soutenabilité des investissements prévus dans le cadre du Ségur pour répondre aux besoins des territoires ne peut que conduire à confirmer la repriorisation de la politique publique d'efficacité du système hospitalier intégrant une stratégie de transformation des établissements publics de santé. Il n'y a pas là qu'un objectif d'économie et de finances publiques mais également de pérennité d'un système hospitalier mis en grave danger.

Cette politique publique ne peut fonctionner dans l'organisation française qu'avec un mandat national fort pour susciter la dynamique nécessaire, fixer des priorités, accompagner et outiller les ARS et les établissements, évaluer les réalisations et une action régionale portée par ce mandat national.

Au vu de l'ampleur du défi financier, la mission a la conviction que la stratégie portée par cette politique publique ne peut se limiter à la mobilisation, certes nécessaire, des principales sources d'économie, mais porter également la transformation du système hospitalier public sans laquelle une perspective de consolidation est difficile à envisager.

Dans ce cadre la mission propose de réfléchir autour de quatre dimensions qui pourraient être déclinées de manière structurante au niveau de chaque région et de chaque territoire :

- ◆ un positionnement de l'hôpital public moins centré autour des lits mais pensé au sein de parcours portés par des filières de soins, des activités hospitalières de proximité, des plateaux techniques privilégiant l'ambulatoire ou l'HAD et gradués entre la proximité, le recours et l'hyper recours ;
- ◆ les établissements doivent percevoir leur avenir dans une logique de groupe public territorial, facilitant leur positionnement et apportant des gains économiques significatifs par la mutualisation des activités support et médico-techniques ;
- ◆ la culture de l'efficacité et de l'approche médico-économique pour le développement des activités de soins doit être généralisée au niveau des établissements de santé ;
- ◆ la promotion de la qualité et de la pertinence des activités hospitalières doit donner le sens nécessaire à la transformation.

---

<sup>23</sup> Décret n°2025-180 du 25 février 2025 – Le décret propose une simplification du contenu des CPOM. Les objectifs, passés sur la base du PRS, doivent être plus stratégiques, et le nombre d'indicateurs doit être limité. Les établissements doivent choisir au maximum 10 indicateurs, contre 32 lors de la campagne précédente.

Ces quatre dimensions pourraient servir de base à la construction d'une stratégie nationale qui constitue un cadre nécessaire pour lancer une dynamique d'action. Elle pourrait le cas échéant être intégrée à l'avenir, dans la nouvelle stratégie nationale de santé (SNS) lorsque celle-ci sera enfin publiée.

### **3.2. Reprendre la démarche de structuration d'une politique publique de l'efficacité nationale**

Compte tenu de la gravité de la situation financière des établissements de santé publics, la stratégie d'efficacité ne produira ses fruits que dans un cadre pluriannuel. Elle a besoin d'être portée par une organisation nationale structurée, capable de mobiliser les différentes ressources disponibles à ce niveau.

Les critiques portées sur le cadre national de pilotage de l'efficacité hospitalière préexistant à la pandémie ne militent pas pour un retour au dispositif antérieur, même si certains de ses leviers peuvent être repris.

La mission considère notamment que trois évolutions doivent être réalisées ou confirmées dans le cadre de la nouvelle architecture de pilotage.

#### **3.2.1. Le schéma pluriannuel doit se construire dans un cadre de concertation fixant l'horizon du redressement et mesurant clairement la part des efforts demandés aux établissements et aux financeurs (assurance maladie, mutuelles et particuliers)**

C'est ce cadre qui avait été esquissé avec le plan triennal et de manière plus concertée et structurée avec le protocole pluriannuel entre l'Etat et les fédérations, négocié en 2019 et signé début 2020. Quelque soient les choix de répartition arrêtés par l'Etat, la mission considère cet exercice de transparence et de concertation comme utile à la réussite de la dynamique d'efficacité qu'elle propose de renforcer. A défaut les managers hospitaliers pourraient être en difficulté pour défendre la transformation au niveau de leur établissement et de leur territoire.

#### **3.2.2. Le principe d'une responsabilisation des ARS sur l'ensemble des établissements de leur territoire**

Affirmé au moment du Ségur avec la suppression du Copermo performance ce principe correspond à une évolution pertinente, même si certaines situations extraordinaires, que la mission n'a pas examinées, pourraient faire exception selon des modalités à imaginer.

L'ARS est en effet la plus à même de mesurer les équilibres nécessaires et les équilibres possibles pour le redressement des établissements. L'approche par territoire ou GHT que la mission propose de privilégier est également plus facilement appréhendable au niveau de l'ARS, sauf à vouloir faire remonter au niveau national l'évaluation de l'ensemble des établissements d'un GHT. C'est enfin la gestion par l'ARS qui est la plus responsabilisante pour les acteurs locaux (éviter le recours au niveau politique national) et pour l'ARS (qui peut sans cela se vivre en « avocate » de l'établissement devant l'instance nationale). La disparition du Copermo performance comme instance de décision individuelle ne fait pas pour autant disparaître l'intérêt du Copermo performance comme instance productrice de référentiel (cf. *infra*).

### 3.2.3. La gouvernance doit réunir l'ensemble des acteurs publics concernés mais également associer les représentants des établissements

Même si, de par ses attributions, la DGOS doit conserver un rôle pilote dans la conduite de la politique d'efficacité, il est utile de pouvoir mobiliser l'ensemble des ressources administratives disponibles dans un cadre collectif qui doit notamment associer l'ensemble des administrations centrales compétentes mais aussi les ARS, l'assurance maladie et les opérateurs les plus directement intéressés.

L'expertise et l'agilité acquise par l'ANAP dont le cœur de métier est l'efficacité devrait lui permettre de jouer un rôle central dans ce cadre collectif pour ce qui est de la mise en œuvre opérationnelle et l'accompagnement des ARS et des établissements.

C'est ce mode de gouvernance nationale qui avait été adopté avec succès pour le pilotage du plan triennal ONDAM. Mais si ce principe doit être maintenu, la mission estime en revanche que la gouvernance doit être élargie aux représentants des établissements de santé publics afin que le cadre pluriannuel de la politique d'efficacité puisse être discuté, puis porté et suivi de manière partagée.

C'est une condition de sa réussite car il permet aux acteurs de comprendre ce qu'il est attendu d'eux, de faire valoir leurs attentes et leurs besoins et de les responsabiliser sur le succès du plan.

### 3.3. Le niveau national serait en charge du cadre, des outils et de l'évaluation

Dès lors qu'il n'interviendrait plus, sauf exception dans les dossiers individuels, le niveau national devrait se concentrer sur la stratégie nationale de sa définition à son évaluation. Cinq missions principales lui seraient dévolues :

- ◆ arrêter les éléments de cadrage et les objectifs financiers globaux de la politique d'efficacité hospitalière dans le cadre de la préparation des lois de financement de la sécurité sociale ;
- ◆ arrêter les priorités thématiques (pluriannuelles et annuelles) à traiter, les indicateurs pertinents partagés et les objectifs fixés sur ces priorités ;
- ◆ développer les outils nationaux de mesure de la performance hospitalière pour faciliter un suivi harmonisé des performances et permettre aux établissements de se comparer entre eux ; ces outils existent aujourd'hui pour partie mais ils couvrent assez mal les activités médico-techniques et les activités de soins, certains indicateurs clés de performance ne faisant pas l'objet d'un recueil national ; un tableau de bord national de la performance hospitalières pourrait par ailleurs être mis en place dans le prolongement de l'initiative en cours de l'ANAP, en sélectionnant certains indicateurs clés (avec le cas échéant des valeurs de référence ou des valeurs cibles à atteindre)<sup>24</sup> ;

---

<sup>24</sup> Par exemple :

- ◆ Développement de la chirurgie ambulatoire
  - Taux de réalisation ambulatoire des gestes MSAP
  - Taux global de chirurgie ambulatoire
- ◆ Améliorer la soutenabilité de la situation financière et patrimoniale
  - Résultat comptable
  - Taux de marge brute non aidée
  - Taux d'indépendance financière
  - Durée apparente de la dette
- ◆ Optimiser de l'organisation des plateaux techniques (bloc opératoire, imagerie, stérilisation, laboratoire)
  - Nombre d'ICR par salle d'intervention chirurgicale
- ◆ Développement de la HAD

## Annexe X

- ◆ apporter aux ARS et aux établissements les outils et l'accompagnement utiles pour mettre en œuvre ces priorités, y compris par l'animation de certains programmes nationaux prioritaires qui nécessitent un grand nombre d'actions, juridiques et opérationnelles et des financements dédiés ;
- ◆ enfin garantir le suivi harmonisé avec les tableaux de bord nationaux nécessaires, l'évaluation de l'action régionale et plus globalement l'évaluation de la stratégie nationale ou des programmes nationaux prioritaires.

Dans ce cadre, la mission estime notamment que de nouveaux programmes nationaux prioritaires devraient être relancés ou mis en place, en complément des feuilles de route sur la HAD, les achats et la facturation et le recouvrement (Simphonie), qui pourraient faire l'objet d'une actualisation en 2026 au vu des recommandations de la mission :

- ◆ La gestion patrimoniale, avec la relance d'un inventaire du patrimoine affecté aux soins et d'une démarche de valorisation du patrimoine non affecté aux soins
- ◆ Le virage ambulatoire, conçu tout à la fois comme le transfert de l'hôpital vers la ville, mais aussi le transfert d'activité intrahospitalière du conventionnel vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour, consultations)
- ◆ Le développement des coopérations hospitalières, par le biais de la mutualisation des fonctions supports et des fonctions médico-techniques au sein des GHT
- ◆ L'urbanisation des SI RH et finances hospitaliers
- ◆ L'automatisation des fonctions administratives et logistiques et l'impact de l'IA.

### **3.4. Au niveau régional, un dialogue ARS/établissement qui prendrait en compte une responsabilité territoriale renforcée dans une logique de groupe public**

#### **3.4.1. La responsabilité de l'équilibre financier repose d'abord sur l'établissement et le GHT**

L'efficacité de la politique d'efficacité passe d'abord par une clarification des rôles de chaque acteur. La complexité de la gouvernance hospitalière et l'importance des pouvoirs de tutelle des ARS sur l'ensemble des établissements d'un territoire a pu conduire parfois à confondre le rôle de l'établissement et de l'agence dans la politique d'efficacité.

Or la logique d'efficacité est d'abord une responsabilité de l'établissement qui doit prendre toutes les mesures pour la promouvoir ou la rétablir et conduire le dialogue interne nécessaire. La prise en compte dans la dynamique d'efficacité de la vision territoriale que propose la mission conduit logiquement à intéresser le GHT au processus.

Mais dans les deux cas l'agence n'intervient au titre de tutelle publique qu'en cas de défaillance ou de carence pour inciter, faciliter ou forcer à la prise des mesures qui relèvent de l'établissement ou du groupement et évaluer les résultats obtenus.

Le fait que l'efficacité doive se concevoir au niveau territorial et non plus seulement au niveau de l'établissement, permet de faciliter cette répartition des rôles. En effet, en introduisant le GHT on sort de la relation bilatérale exclusive ARS/Etablissement qui facilitait les stratégies de renvoi des responsabilités (c'est l'ARS qui impose les mesures). Dès lors que c'est bien au GHT d'avoir une politique d'efficacité au niveau territorial, dans une logique de groupe public et de prendre les mesures nécessaires pour promouvoir ou rétablir l'efficacité, il est plus difficile de renvoyer la responsabilité à l'ARS.

Dans sa relation contractuelle avec l'établissement pour le redressement, l'ARS est également moins enserrée dans le dilemme évoqué au point 1.2.3. dans la mesure où elle peut faire appel dans une certaine mesure à la solidarité des établissements parties au GHT.

### **3.4.2. Le dialogue de gestion des ARS doit s'appuyer davantage sur les GHT**

Dès lors que la stratégie proposée par la mission intègre les leviers territoriaux, il est nécessaire d'adapter le dialogue de gestion en renforçant l'importance de sa partie territoriale, comme l'on déjà engagé certaines ARS. Le dialogue de gestion avec les GHT présente par ailleurs l'avantage de faciliter le déploiement de la politique d'animation régionale de l'efficiency de l'ARS. Il permet notamment de développer les démarches de benchmark entre établissements et de partage des bonnes pratiques<sup>25</sup>.

Les ARS disposent déjà de leviers juridiques importants pour conduire cette évolution. Outre l'approbation de la convention constitutive du GHT et de son projet médical partagé, ainsi que de ces avenants, l'ARS a la possibilité de conclure un CPOM unique par GHT<sup>26</sup>. La mission considère que ce type de CPOM unique, en substitution aux CPOM d'établissement, devrait être privilégié et progressivement généralisé. Elle doit par ailleurs apprécier l'EPRD et le PGFP de chaque établissement soumis à son approbation « en prenant en compte l'ensemble des budgets d'établissement du GHT »<sup>27</sup>. Le comité stratégique du GHT doit lui-même donner un avis sur les EPRD des établissements membres<sup>28</sup>. La mission considère que ces dispositifs sont peu utilisés et qu'ils pourraient être confortés en définissant une méthodologie d'analyse des EPRD applicable au niveau du GHT.

Ces dispositions permettent d'organiser assez facilement un double dialogue de gestion avec les GHT et les établissements. Il ne semble pas utile à la mission de prescrire dans un texte des modalités particulières d'organisation du dialogue de gestion dès lors que ces modalités intègrent bien le niveau GHT suivant des modalités que chaque ARS peut fixer en fonction de sa taille et de ses choix d'organisation interne.

En revanche le dialogue de gestion pourrait être utilement outillé par un minimum de tableaux de bord harmonisés au niveau national<sup>29</sup> intégrant les référentiels les plus pertinents (Cf 3.3.).

### **3.4.3. Il doit pouvoir bénéficier de l'appui renforcé de l'ANAP**

L'expertise acquise par l'ANAP sur les questions de performance hospitalière est un atout qui doit pouvoir être mobilisé facilement par les ARS au profit de leur politique d'efficiency. La gamme des appuis collectifs et la possibilité de déclencher des appui individuels semble répondre correctement aux besoins des ARS. Le dispositif des 360 semble notamment particulièrement intéressant et il pourrait être utile qu'une démarche 360 sur un GHT soit également développée.

---

<sup>25</sup> Un plan d'actions régional de partage de l'efficiency pourrait d'ailleurs être construit de manière coordonnée avec les autres politiques d'animation régionale (promotion de la qualité et de la pertinence, programme régional de gestion du risque) en lien avec l'ANAP et l'assurance maladie.

<sup>26</sup> L 6132-5-1 du code de la santé publique

<sup>27</sup> L 6143-4 du code de la santé publique

<sup>28</sup> R6132-21 du code de la santé publique

<sup>29</sup> Aujourd'hui chaque ARS construit ses propres tableaux de bord.

## Annexe X

La mission n'a pas mené une étude précise sur le bon dimensionnement de l'appui ANAP. Néanmoins au regard des enjeux financiers en jeu et du plan de transformation qu'elle propose de conduire au niveau des GHT, il paraît raisonnable de considérer qu'un élargissement des capacités d'intervention de l'ANAP serait utile, dès lors que l'ANAP s'intègre bien dans un schéma de réponse à des commandes des ARS et non dans un processus auto-alimenté. Les postes qui seraient créés à ce titre pourraient d'ailleurs être en partie financés par les ARS à la commande. L'élargissement concernerait également l'appui d'experts aux équipes à constituer autour des managers de transition dans le cas par exemple d'une administration provisoire (cf. 3.4.5).

### **3.4.4. Le dispositif de contractualisation doit être rendu plus efficace en mobilisant l'ensemble des leviers disponibles dans un cadre territorial**

En cas de difficultés financières, l'ARS dispose d'un certain nombre de leviers à la fois juridiques et financiers pour discuter avec l'établissement concernés. Elle peut notamment demander la production d'un plan de redressement et contractualiser avec l'établissement pour le retour à l'équilibre financier. Des contreparties notamment financières peuvent être associées à cette contractualisation même si leur mise en œuvre est parfois compliquée (cf.1.2.3.).

Dès lors que le dialogue de gestion s'appuie également sur le GHT, le cadre contractuel doit être adapté pour intégrer la dimension territoriale, ce qui peut le rendre plus efficace. Le cadre du PRE/CREF pourrait être maintenu au niveau de l'établissement mais associer le GHT qui pourrait être cosignataire au titre de la responsabilité du groupe territorial.

Cette association du GHT au CREF permettrait de diversifier les leviers de la contractualisation pour la rendre plus efficace :

- ◆ le GHT pourrait apporter une partie des contributions au redressement de l'établissement sur les éléments nécessairement territoriaux de l'amélioration de l'efficacité (apport de compétences, réorganisation de l'offre, appui en RH etc.) ;
- ◆ le plan de redressement pourrait inclure des mouvements sur la mutualisation au sein du GHT ; l'ARS pourrait mobiliser l'article L 6131-2 du code de la santé publique pour demander la mise en œuvre de coopérations afin d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins ;
- ◆ au-delà des mesures de redressement, une forme de solidarité financière du GHT pourrait être mise en place ; de même que l'ARS apporte des financements conditionnés dans le cadre du CREF, de même le GHT pourrait être amené à apporter une partie de la contribution avec l'ARS ou s'engager à intervenir à la place de l'ARS en l'absence de réussite suffisante du redressement<sup>30</sup> ; l'intérêt financier partagé du GHT à la réussite du plan de redressement renforcerait clairement la crédibilité de la conditionnalité des aides de l'ARS accordées dans le cadre du plan de redressement.

---

<sup>30</sup> Par exemple par des prêts en trésorerie des autres établissements parties à l'établissement en difficulté en fonction de leur situation financière

### **3.4.5. Les leviers d'action de l'ARS sur la gouvernance en cas de problème important doivent être rendus opérants**

Bien que théoriquement important, les leviers d'action des ARS sur la gouvernance des établissements rencontrent dans les faits des difficultés de mise en œuvre (cf 1.2.3.). Il est donc nécessaire de traiter ces limites pour donner toute son efficacité à l'action des ARS en matière d'efficacité. Deux sujets devraient notamment être traités.

#### **La rémunération des directeurs d'établissement devrait pouvoir dépendre plus fortement de leur performance, notamment en matière d'efficacité**

Le dispositif indemnitaire actuel de la PFR pour la rémunération des directeurs est peu mobilisable pour mettre en œuvre une rémunération variable en fonction des résultats. De ce point de vue le retard de la fonction publique hospitalière à passer au mécanisme du RIFSEEP constitue un handicap. La mission considère que le passage du corps des directeurs d'hôpitaux au RIFSEEP doit être priorisé afin de faire apparaître une parts résultats (CIA) qui puisse véritablement dépendre de l'évaluation de l'action du directeur par l'ARS et donc varier à la hausse ou à la baisse. Les travaux préparatoires du projet de décret d'harmonisation pour la FPH des statuts haute fonction publique ont été conduits en 2024 mais ont été arrêtés par la dissolution de juin 2024. Une mise en œuvre rapide de la mesure devrait donc pouvoir être possible.

#### **La possibilité de recourir à une administration provisoire en cas de nécessité devrait être facilitée par la mise en place d'un vivier de managers de transition**

Le nombre et la qualité des administrations provisoire est aujourd'hui limitée par l'absence de vivier d'administrateurs provisoire. Au vu de l'ampleur des enjeux d'efficacité, la mission estime que la mise en place d'un tel vivier devrait être priorisée. Au-delà de l'administrateur provisoire, c'est souvent une équipe de transition ou un ensemble d'expertises professionnalisées qu'il faudrait pouvoir mobiliser au service de l'administration provisoire. Le CNG a proposé depuis deux ans de constituer un pool de 10 managers de transition formés, placés sur des emplois fonctionnels, rattachés au CNG, qui effectueraient une prestation de service remboursée au CNG par les EPS concernés. L'ANAP a également indiqué sa disponibilité pour contribuer au dispositif. La mission considère qu'une solution associant CNG et ANAP serait la plus adaptée pour mobiliser conjointement des administrateurs provisoires et des expertises spécialisées. Le principe du paiement de l'administration provisoire par l'établissement en difficulté permet d'autofinancer la mesure à la fois par un retour sur investissement direct et en évitant le recours à des cabinets de conseils en appui des établissements en difficulté. Sa mise en œuvre devrait donc être rapide pour être pleinement opérationnelle en 2026.