



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

ANNEXE XII Leviers d'efficacité interne

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 XII Leviers d'efficacité interne**

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 XII

Leviers d'efficience interne

SOMMAIRE

1. TABLEAU DE SYNTHÈSE DES PRINCIPALES THÉMATIQUES POUVANT CONSTITUER POUR LES ÉTABLISSEMENTS DES LEVIERS D'AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE INTERNE	7
2. FICHE GESTION FINANCIÈRE ET COMPTABLE / RECOUVREMENT ET TRÉSORERIE.....	20
2.1. Un double enjeu de rapidité et de niveau de recouvrement des recettes	20
2.1.1. <i>Le niveau et le délai de facturation.....</i>	<i>21</i>
2.2. La qualité du recouvrement.....	23
2.2.1. <i>Les comptes des établissements publics montrent une certaine maîtrise du recouvrement.</i>	<i>23</i>
2.2.2. <i>Pour autant l'ANAP estime que près de la moitié du reste à charge des bénéficiaires des soins (3% de la facturation hospitalière) n'est pas recouvré.....</i>	<i>23</i>
2.2.3. <i>Le sujet spécifique de la part des étrangers non assurés sociaux en France représente des montants relativement faibles.....</i>	<i>25</i>
2.3. Un programme national Simphonie ambitieux mais encore insuffisamment mobilisé par les établissements.....	25
2.3.1. <i>Un déploiement encore insuffisant.....</i>	<i>25</i>
2.3.2. <i>Le recouvrement de la part mutuelle – l'enjeu du déploiement de ROC.....</i>	<i>28</i>
2.3.3. <i>Des enjeux RH probablement significatifs mais qui sont laissés à l'appréciation des établissements.....</i>	<i>28</i>
2.4. Les autres pistes pour améliorer la trésorerie et maîtriser le besoin en fonds de roulement.....	29
2.4.1. <i>La maîtrise du délai de paiement des charges.....</i>	<i>29</i>
2.4.2. <i>La maîtrise des stocks.....</i>	<i>29</i>
3. FICHE ACHATS.....	30
3.1. Les achats représentent plus de 34 Md€ par an.....	30
3.2. Les montants d'achats des EPS ont augmenté de +36 % entre 2019 et 2023.....	30
3.3. Dès 2003-2005, la DGOS a engagé un chantier sur la rationalisation des achats hospitaliers	30
3.4. L'intermédiation hospitalière en matière d'achats a été largement développée durant les années 2010 à travers les centrales d'achats et les groupements de commande.....	32
3.5. Si la mutualisation des achats dans le cadre des GHT a déjà été recommandée, elle n'a pas été suivie d'une mise en œuvre complète	33
3.5.1. <i>La mise en œuvre, par le pouvoir réglementaire, des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé sur la fonction achat a conduit à son démantèlement.....</i>	<i>33</i>
3.5.2. <i>Pour renforcer l'efficacité des EPS, il convient de mutualiser les compétences expertes au niveau des GHT, soit la première intention du législateur</i>	<i>35</i>

3.6. L'évolution récente des coûts des médicaments invite urgemment à repenser son dispositif d'achat.....	37
3.7. Un meilleur référencement des dispositifs médicaux, à toutes les échelles, pourrait permettre de réaliser des gains d'achat importants.....	40
4. FICHE IMAGERIE.....	42
4.1. L'activité d'imagerie est en forte croissance.....	42
4.1.1. <i>Un nombre d'équipements initialement inférieur aux autres pays développés mais en forte croissance depuis quelques années.....</i>	42
4.1.2. <i>Malgré les coopérations, une forte concurrence entre l'hôpital public et le secteur privé.....</i>	43
4.2. Une activité <i>a priori</i> rentable pour les établissements publics de santé.....	44
4.2.1. <i>Une activité imagerie rentable.....</i>	44
4.3. Des gains de productivité réguliers.....	44
4.4. Une activité marquée par des problèmes RH et des difficultés d'organisation territoriale.....	45
4.5. Les principaux enjeux d'efficience.....	45
4.5.1. <i>L'optimisation de l'utilisation des équipements.....</i>	46
4.5.1.1. <i>Les déterminants de l'utilisation optimale dépendent principalement de l'organisation.....</i>	46
4.5.1.2. <i>Des indicateurs de performance qui sont identifiés mais ne sont pas partagés entre les établissements.....</i>	47
4.5.1.3. <i>Des marges d'amélioration probables sur les indicateurs d'utilisation des machines.....</i>	48
4.6. Une organisation territoriale mutualisée en développement mais encore inaboutie.....	49
4.7. Des actions de pertinence des actes à développer.....	50
4.8. Un impact potentiellement très important de l'intelligence artificielle en termes de qualité mais aussi d'efficience.....	50
5. FICHE SYSTÈMES D'INFORMATION : DES ENJEUX DE RATIONALISATION ET DE SÉCURISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION IMPORTANTS.....	51
5.1. La faiblesse de moyens consacrés aux systèmes d'information nuit à l'efficience des établissements publics de santé.....	51
5.2. Alors que le parc applicatif des EPS est extrêmement diversifié, la convergence n'a pas encore été réalisée au niveau des GHT.....	52
5.3. Neuf ans après la loi de 2016, il faut finaliser le processus de convergence des SI au niveau des GHT et initier le processus de convergence des logiciels de gestion administrative des malades, de gestion économique et financière et de gestion RH sur le plan national.....	53
6. FICHE IA : UN IMPACT POTENTIELLEMENT MAJEUR DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE SUR LA QUALITÉ ET L'EFFICIENCE.....	55
6.1. Un impact multidimensionnel potentiellement important mais encore peu de chiffres disponibles.....	55
6.2. Des usages déjà opérationnels et des perspectives à court terme.....	57
6.3. Des freins au développement de l'intelligence artificielle à prendre en compte pour permettre au secteur de mobiliser le potentiel.....	57
6.3.1. <i>Les freins restent importants aujourd'hui.....</i>	57
6.3.2. <i>Une politique publique de promotion de l'IA encore modeste.....</i>	58
6.3.3. <i>Au vu des enjeux liés à l'IA, l'hypothèse d'une politique plus pro-active peut être posée.....</i>	59

Introduction

Il était demandé à la mission qu'elle identifie les principaux domaines et leviers opérationnels susceptibles d'améliorer la performance de la gestion des établissements publics de santé.

L'analyse documentaire et les échanges nombreux avec l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap) ont conduit la mission à établir les constats suivants :

- ◆ **les facteurs constitutifs de la performance interne des établissements de santé sont nombreux.** Il couvre les fonctions cardinales de la gestion d'unités de production (fonctions RH, administratives, financières, la politique achat, la gestion patrimoniale, la politique d'investissement...) comme l'organisation de la prise en charge des patients et la mobilisation des fonctions médico-techniques qui y contribuent (structuration des activités au sein de l'hôpital, configuration des unités de soins, adéquation activité/moyens, optimisation des économies d'échelle...). L'efficacité dépend en outre de facteurs organisationnels, de l'outillage en matière médico-économique des établissements, de la sensibilisation et de la formation des communautés hospitalières aux enjeux de performance ;
- ◆ **chaque situation hospitalière est singulière.** La performance est le produit de facteurs structurels, liés à l'environnement socio-démographique et sanitaire de l'établissement. Les calculs réalisés pour la mission montrent qu'ils n'expliquent cependant qu'une partie des écarts (cf. annexe VII relative aux déterminants de la capacité d'autofinancement). Elle est également liée aux choix de gestion, à la qualité des outils et du pilotage, à la culture médico-économique de la communauté hospitalière, au niveau d'engagement des personnels de chaque établissement. Au total, ces facteurs externes et internes expliquent les écarts de performance, parfois importants, mis en évidence entre établissements (cf. annexes I relative à l'évolution de la situation financière des établissements publics de santé). Si certains paramètres peuvent justifier une attention systématique, tels que la productivité des ressources humaines ou l'adéquation et le dimensionnement des projets immobiliers aux besoins de santé du territoire et aux capacités financières des établissements, l'amélioration de l'efficacité de chaque structure hospitalière doit procéder d'une analyse spécifique et de l'adoption de mesures adaptées aux enjeux les plus prégnants ;
- ◆ **les démarches d'amélioration de la performance les plus réussies sont celles qui examinent l'ensemble des leviers d'amélioration.** A la fois parce qu'il est peu fréquent que la sous efficacité ne réside que dans un ou quelques processus, parce que l'amélioration globale résulte le plus souvent des marges de progression cumulées d'un ensemble de facteurs et enfin parce que cette approche permet d'impliquer et de mettre à contribution l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Dans la situation où se trouvent les EPS, ce sont donc tous les leviers d'amélioration de l'efficacité qui doivent de principe être exploités et par tous ;
- ◆ **une démarche d'efficacité solide dépend donc plus de l'impulsion d'une dynamique collective que de l'adoption de quelques mesures emblématiques.** Dans les établissements que la mission a visités et qui obtiennent des résultats économiques probants, une culture médico-économique partagée est apparue comme un facteur clef de cette dynamique. L'efficacité est appréhendée de manière positive comme la condition, et donc un des moteurs du développement, de la réalisation des projets de la communauté hospitalière et de la réponse aux besoins. Cette culture médico-économique était parfois ancienne mais elle a aussi été acquise dans certains après une période difficile de retour à l'équilibre ;

- ◆ **une partie des logiques d'efficience renvoie aux effets de mutualisation, de taille et de spécialisation, mis en évidence par les théories économiques de la production** (cf. annexe IX relative aux coopérations hospitalières). La politique d'efficience ne peut donc se concevoir uniquement au niveau des établissements. C'est particulièrement le cas pour les établissements de santé les plus petits. La politique d'efficience doit s'appréhender dans le cadre d'une approche de groupe, à l'instar des modalités mises en œuvre par les cliniques, à l'échelle des GHT s'agissant des établissements publics de santé ;
- ◆ **le pilotage de la performance des EPS et la remontée d'indicateurs au niveau national ne permettent pas de comparer le niveau d'efficience des paramètres/processus de gestion entre établissements ou vis à vis de cibles, définies à l'échelle nationale ou régionale.** Si cela est possible sur quelques indicateurs, tels que les délais de facturation ou de paiement des fournisseurs, des dettes fiscales ou sociales, le coût de production du B en biologie, cela ne l'est pas pour des indicateurs importants, tels que la configuration des unités de soins, les taux d'utilisation des blocs ou des équipements d'imagerie, les ratio d'encadrement, les choix des modes de gestion en régie ou sous traitée de certaines fonction, la structuration et la fonctionnalités des SI, spécificités et contraintes de l'organisation spatiale des établissement ;
- ◆ **la documentation des principaux leviers d'efficience interne appellent une mission à part entière.** Cela nécessiterait des questionnaires ciblés auprès des EPS permettant de recueillir, pour chaque processus considéré, les informations pertinentes relatives aux aspects organisationnels, de productivité, à la prise en compte d'éventuelles spécificités locales, aux résultats obtenus, aux difficultés rencontrées. Une telle démarche n'était pas compatible avec les contraintes de délais de la mission ;
- ◆ **de nombreux travaux portant sur des leviers d'efficience hospitalière ont été réalisés par les inspections, la Cour des comptes ou l'Anap.** On peut citer à titre d'exemple, les rapports Igas IGF récents sur la pertinence et l'efficience des dépenses de biologie et de radiologie ou les guides nombreux réalisées par l'Anap visant à aider les établissements à améliorer la gestion de leur chaîne « Accueil Facturation Recouvrement » ou la performance de leurs blocs opératoires. Les objectifs, périmètres et méthodes d'investigation de ces travaux diffèrent. Pour autant, ils peuvent constituer une ressource utile pour les acteurs hospitaliers à l'appui de leurs démarches d'amélioration de l'efficience.

Il existe un grand nombre de références, guides ou outils d'accompagnement pour conduire des démarches de performance ; le dispositif d'audit 360° mis en place par l'Anap depuis 2024 a utilement enrichi cet arsenal. Ces audits montrent que certaines mesures très simples à mettre en œuvre peuvent avoir des effets très rapides et significatifs. Aussi, sans avoir été produits par la mission, il a semblé pertinent de rassembler leviers d'amélioration de l'efficience issus de ces travaux au titre de ressource d'appui.

La présente annexe consacrée aux leviers d'efficience interne est conçue comme un outil opérationnel au service des communautés hospitalières et des ARS. Un outil mobilisable par les établissements dans le cadre des démarches de questionnement de leurs enjeux d'efficience et d'identification des leviers à utiliser pour mobiliser leurs marges de progrès. Un outil mobilisable également par les ARS, comme une check-list d'enjeux à envisager dans le cadre de leur dialogue de gestion avec les GHT et les établissements. Cette annexe constitue un outil de sensibilisation et d'appui, pas un référentiel normatif. Elle doit être appréhendée comme un socle appelé à être enrichi par les administrations centrales, en lien avec l'Anap, de nouveaux leviers/types de mesures d'efficience et complété, en particulier pour améliorer la quantification des gains potentiels, renforcer les outils d'analyses comparatives par exemple.

Annexe XII

L'annexe est organisée autour :

- ◆ **d'un tableau rassemblant les principaux leviers que les EPS pourraient mobiliser pour améliorer leur efficacité interne.** Il couvre un champ volontairement large, mais non exhaustif, d'environ 80 mesures d'efficacité potentielles, reflet de l'amplitude du spectre des enjeux de l'efficacité hospitalière. Certaines des mesures présentées relèvent d'un portage national, elles sont mentionnées en italique ;
- ◆ **de fiches traitant de manière plus détaillée de thématiques** que la mission a pu approfondir au cours de ses travaux pour affiner l'approche de certains enjeux.

Les leviers identifiés dans cette annexe pourront apparaître aux yeux des gestionnaires hospitaliers comme des fondamentaux de gestion. La grande hétérogénéité des résultats comptables des EPS comme l'analyse des diagnostics 360° réalisés par l'Anap montrent qu'ils sont variablement maîtrisés, ce qui renforce l'intérêt d'un examen systématique.

Ces leviers sont par ailleurs complémentaires à ceux à envisager dans le cadre de mutualisations de fonction administratives, financières, techniques et médico-techniques au sein des GHT. Certains sont mentionnés dans le tableau et dans les fiches.

1. Tableau de synthèse des principales thématiques pouvant constituer pour les établissements des leviers d'amélioration de l'efficacité interne

Gestion des fonctions administratives, financières et techniques

Champs d'action	Types de leviers	Mesures d'efficacité potentielles	Points d'attention / Ressources techniques et documentaires
Gestion financière et comptable	Facturation des prestations Délais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la qualité/délais du codage des actes (conformité des CR médicaux aux recommandations HAS, taux d'exhaustivité des dossiers PMSI, délais de saisie) <ul style="list-style-type: none"> • Sécurisation des facturations FICHSUP et FICHCOMP (molécules onéreuses/ATU, examens de biologie/RIHN, transports sanitaires) • Amélioration du délai de facturation des prestations à l'assurance maladie, aux organismes complémentaires et aux patients en optimisant l'utilisation des différents outils à disposition • Facturation des prestations hôtelières aux patients (chambres particulières) • Amélioration du délai de facturation des prestations inter-établissements (dont mises à disposition de personnel (1)) • Facturation au fil de l'eau des remboursements de frais de formation professionnelle à l'ANFH • Mise en œuvre des prescriptions du CASF en matière de facturation des prestations 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme SIMPHONIE • Outils FIDES, CDRi, ROC, PES-ASAP • Obligations réglementaires d'utilisation des outils insuffisamment impératives et contrôlées <p>(1) La réduction du délai de facturation des prestations inter établissements constitue un jeu à somme nulle à l'échelle du système hospitalier, toutefois elle participe d'une amélioration globale de la rigueur du processus de gestion et peu contribuer à soulager les difficultés de trésorerie d'établissements particulièrement en difficultés, surtout lorsqu'ils sont établissement support de GHT</p> <p>NB : dans le cadre du programme FIDES, une prestation facturée à l'AMO pourrait n'être payée par l'Assurance maladie que si (et seulement si) la documentation y afférente (compte-rendu, images, résultats de biologie, ...) ont été déversés dans</p>

Annexe XII

		<p>en EHPAD (terme à échoir, dépôts de garantie) et généralisation du prélèvement automatique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconfiguration de services intégrant les gains d'efficacité attendus du déploiement de l'ensemble des outils à disposition • <i>Limitation de la fréquence d'actualisation des nomenclatures permettant d'alléger la charge de mise à jour dans les établissements et de sécuriser la chaîne de facturation (2)</i> 	<p>MonEspaceSanté ; ce qui suppose la correcte qualification de l'INS du patient</p> <p><i>(2) Mesure nationale. Nécessité d'une étude d'opportunité et de faisabilité pilotée par la DSS et la CNAM</i></p>
	<p>Facturation des prestations Taux de recouvrement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du taux de recouvrement des prestations facturées aux organismes complémentaires • Utilisation des voies de recouvrement forcé auprès des organismes complémentaires par les trésoreries hospitalières • Amélioration du taux de recouvrement des prestations facturés aux assurés sociaux • Amélioration du taux de recouvrement des prestations facturées aux non assurés sociaux • Application des « avances sur devis » aux patients non assurés sociaux • <i>Rendre obligatoire l'utilisation de PES-ASAP par les ordonnateurs (refus de prise en charge des ASAP non dématérialisés par les trésoreries hospitalières) (3)</i> 	<p><i>(3) Mesure nationale. Nécessité d'une étude d'opportunité et de faisabilité impliquant la DSS, la DGOS et la DGFIP</i></p>

Annexe XII

	Délais de paiement fournisseurs et des charges sociales et fiscales	<ul style="list-style-type: none"> • Règlement des cotisations à date due et non à la date de paiement des rémunérations • Utilisation des escomptes pour règlement anticipé comme incitation au paiement rapide, clauses à intégrer systématiquement dans les CCAP des marchés publics • Faciliter le recours à l'affacturage inversé en allégeant les contraintes de forme (4) 	(4) A date, le vecteur juridique de l'affacturage inversé est la cession de créance dailly qui nécessite la conclusion de conventions tripartites (entre l'établissement, le factor et le fournisseur) et le report d'une mention « cession de créance dailly » sur la facture. Ce mécanisme pourrait être assoupli en laissant les établissements plus libres de céder leurs dettes tout en encadrant ce volume de cession par des règles prudentielles.
	Gestion des stocks	<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation du processus global de gestion des stocks entre pharmacie/magasins centraux, zones de stockage secondaires et stocks de services • Ajustement du délai du cycle de renouvellement des stocks (5) • Systématisation de la production d'un inventaire annuel <i>a minima</i> des inventaires (cibler médicaments et DM ?) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'Anap propose un appui terrain sur la professionnalisation de la supply chain et des outils sur le pilotage des stocks, ainsi que la fonction logistique d'étagage, permettant d'affiner les besoins de stocks des services de soins. <p>(5) Cible Anap proposée à 28 j (cadencement sur 3 semaines +1 de sécurité) exception faite des produits (médicaments ou DM) en tension</p>
Parcours du patient	Procédure d'admission	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'un portail patients permettant, pour le plus grand nombre de patients possible, de dématérialiser et d'interfacer la prise de rendez-vous, et les préadmission • Optimisation de la procédure de vérification de l'identité des patients via un recours systématique à l'INS (identifiant national de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • A inscrire dans une stratégie d'ensemble des canaux de contact à l'établissement

Annexe XII

	Procédure de sortie	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité / délai des lettres de sortie conformément aux recommandations HAS, optimisation du recours aux logiciels métiers dédiés 	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation d'outils d'IA pour automatiser le « contrôle qualité » des lettres de sortie, permet également de sécuriser les financements IFAQ pour les établissements
Gestion des ressources humaines	Procédures générales	<ul style="list-style-type: none"> • Systématisation et mise à jour régulière des maquettes d'organisation des activités • Mécanismes de solidarité inter services de soins • Procédure de validation des recrutements dans le cadre de créations de postes • Remise en place des tableaux permanents des emplois rémunérés (TPER) avec numérotation des postes dans les établissements (6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils "maquette organisationnelle" et "maquette simplifiée" de l'ANAP • « Bibliothèque des cycles de travail » et « outil de création des cycles de travail » de l'ANAP • Création d'un référentiel de bonnes pratiques en matière de dialogue de gestion RH <p><i>(6) Cette mesure peut relever d'une initiative locale, d'une demande de l'ARS ou d'une mesure nationale</i></p>
	Productivité médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du montant moyen de recettes T2A par ETP médical sénior (7) • Suivi du temps de travail et régulation du temps de travail additionnel en adéquation avec l'activité et les ressources • Réexamen de la conformité des activités à temps partagées hors de l'établissement avec les orientations stratégiques de l'établissement • Procédure de validation des recrutements médicaux dans le cadre de remplacements (départ, retraite) 	<p><i>(7) Référentiel à développer par catégories (et strates) d'établissements (pour les CHU et le CHG) ; intérêt de développer progressivement des référentiels spécifiques pour les principales spécialités</i></p>

Annexe XII

	Productivité non médicale	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration du montant moyen de recettes T2A par ETP non médical (8) 	<ul style="list-style-type: none"> (8) Référentiel à développer par catégories (et strates) d'établissements (pour les CHU et le CHG); intérêt de développer progressivement des référentiels spécifiques pour les filières soignantes, administratives et techniques
	Absentéisme	<ul style="list-style-type: none"> Plan de réduction de l'absentéisme Procédure de remplacement de l'absentéisme selon les motifs et types d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> Création d'un référentiel de bonnes pratiques en matière de gestion de l'absentéisme et d'encadrement des pools de remplacement
	Permanence des soins	<ul style="list-style-type: none"> Réexamen du plan de gardes et d'astreintes au regard du schéma régional de la PDSES, des besoins effectifs de l'établissement et des possibilités de mutualisations à l'échelle territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité également d'initier une réflexion sur les mutualisations envisageables au titre de la continuité des soins
	Gestion des compétences spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> Priorisation de l'affectation des professionnels aux activités à plus forte plus value (cf. IADE et IBODE au BO vs en SSPI ou en endoscopie,) 	
Politique achats	Dispositifs médicaux	<ul style="list-style-type: none"> Resserrement des références dans le cadre d'une démarche pilotée par le COMEDIMS 	<ul style="list-style-type: none"> Lien étroit avec la gestion des stocks et le cadencement des approvisionnements Démarche à conduire dans l'idéal à l'échelle du GHT pilotée par un COMEDIMS de groupe
		<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre des directions des achats communes véritablement intégrées à l'échelle des GHT. 	

Annexe XII

	<p>Unifier la fonction achat au niveau des GHT pour renforcer son efficience</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Revenir à l'esprit de la loi et aux dispositions du décret de 2016, mettre fin au démembrement de la fonction achat opéré par le décret de 2017, en revenant de façon à définir les besoins au niveau des GHT, et à limiter la complexité des procédures</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mesure nationale</i> • <i>Intégrer l'unification de la fonction achat, de l'estimation des besoins jusqu'à l'exécution des marchés, dans le programme PHARE.</i>
	<p>Réaliser des économies sur l'achat de molécules onéreuses grâce à la mutualisation des achats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tester des procédures de négociation communes sur une sélection de molécules innovantes avec l'Allemagne, l'Espagne, et les pays de l'initiative Benelux par exemple</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mesure nationale</i>
<p>Mode de gestion des activités</p>	<p>Sous-traitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Externalisation de la réalisation d'une ou de plusieurs prestations non directement liées aux soins : restauration, blanchisserie, bio nettoyage, sécurité, maintenance bâtementaire ... 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Réticences au principe de la sous-traitance assez forte au sein de la communauté hospitalière</i> • <i>Les projets d'évolution des modes de gestion doivent faire l'objet d'études d'opportunité, de faisabilité et de rentabilité couplées à une étude de marché local</i> • <i>Prise en compte importante des enjeux de continuité d'activité, de résilience et de reprise du personnel dans les cahiers des charges des projets de sous-traitance</i> • <i>Absence de cartographie et d'outils opérationnels élaborés par l'Anap pour conduire les études préalables et élaborer les cahiers des charges. un mandatement de l'agence sur ce sujet pourrait être envisagé</i>

Annexe XII

	<p>Mutualisation de fonctions logistiques avec d'autres acteurs non sanitaires du territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Projet commun ou achat de prestations à une plateforme locale permettant de partager les charges fixes 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires potentiels : collectivités locales, services publics, autres établissements de santé ou médico-sociaux non-membres du GHT, entreprises...) • Option envisageable pour la restauration et la blanchisserie à titre principal
	<p>Réalisation de prestations pour le compte de tiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un centre de profit par la vente de prestations à des tiers du territoire (prestation médico-techniques biologie, stérilisation...) ou non (restauration, blanchisserie...). 	
<p>Systèmes d' information</p>	<p>Terminer la convergence des SI des EPS à l'échelle du GHT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre des directions des SI communes à l'échelle des GHT. • <i>Modifier le décret de 2016 afin de fixer au plus tard au terme du plan de consolidation du système hospitalier public la date limite de mise en œuvre d'un SI convergent</i> • <i>Conditionner les aides à l'investissement, dans le domaine du numérique, à la mise en œuvre d'une convergence réelle de l'ensembles des systèmes d'information des EPS à l'échelle des GHT.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures nationales
	<p>Mutualiser les investissements dans le matériel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un schéma directeur technique et immobilier comprenant les investissements dans le matériel informatique, notamment les serveurs. 	

Annexe XII

	<p>Initier un processus de convergence des logiciels "ressources" (GAM, GEF, GRH) afin d'améliorer le pilotage des EPS par l'Etat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Définir les fonctions de ces logiciels et les exigences techniques, fonctionnelles et ergonomiques à respecter pour permettre aux éditeurs d'obtenir un référencement</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mesure nationale à conduire par la DNS dans le cadre du programme Hop'EN.2</i>
<p>Gestion immobilière et patrimoniale</p>	<p>Mieux gérer le patrimoine non affecté aux soins grâce à la création d'une foncière dédiée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Etudier l'opportunité de la création d'une foncière, sous la forme d'un établissement public industriel et commercial de l'Etat, afin de mieux connaître et de mieux valoriser le patrimoine non affecté aux soins</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mesure nationale / Recommandation de la mission</i> • Le fait que le patrimoine des EPS ait intégré le patrimoine de l'Etat depuis la loi HSPT serait de nature à faciliter ce transfert à une foncière constituée sous forme d'un établissement public industriel et commercial de l'Etat • L'expertise de cette foncière pourrait être mobilisée pour réviser, à la demande des EPS, les conditions des legs et des donations. • Cette foncière pourrait intervenir auprès des petits établissements, qui ne disposent pas d'une expertise suffisante pour valoriser un patrimoine disparate et sous exploité. • Elle pourrait être mobilisée, dans le cadre des PRE, pour valoriser le patrimoine des EPS et accompagner leurs plans de redressement.
	<p>Professionnaliser la maîtrise d'ouvrage hospitalière</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Étudier l'opportunité et la faisabilité de la création d'une structure de maîtrise d'ouvrage publique entièrement dédiée au secteur hospitalier</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mesure nationale</i> • Les comparaisons avec l'APIJ, l'EPAURIF et l'OPPIC sont régulièrement évoqués comme des pistes de réflexion, notamment dans les rapports des corps d'inspection, mais n'ont jamais fait l'objet d'une étude de faisabilité et de réalisation d'un business plan.

Annexe XII

<p>Politique d'investissement</p>	<p>Réexaminer l'ensemble des projets du Ségur de l'investissement, en analysant notamment leur soutenabilité financière</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reprendre l'analyse de la soutenabilité financière de tous les projets, au vu de l'évolution des ratios d'exploitation, notamment du taux de marge brute, et des ratios d'endettement • Estimer l'augmentation du niveau de subventionnement que l'Etat pourrait être amené à consentir si les projets n'étaient pas modifiés. • Proposer une nouvelle version des PGFP en intégrant tous les leviers d'efficience, tant au niveau des établissements que des GHT, qui pourraient contribuer à améliorer leur capacité d'autofinancement. • Pour les projets qui n'ont pas encore été validés, envisager la faisabilité d'une rénovation sur site en substitution d'un projet de construction neuve, tout comme la possibilité d'une mutualisation des équipements lourds avec les autres établissements membres du GHT. • Lorsque les projets sont encore en cours d'instruction, et notamment lorsque les porteurs de projet ont une CAF nette négative ou que le ratio d'indépendance financière excède 50 %, demander aux EPS de retravailler leurs projets, y compris le capacitaire, pour en améliorer la soutenabilité financière. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les projets en cours d'instruction seraient suspendus durant six mois, afin de pouvoir le réétudier selon la méthodologie proposée (étude de la soutenabilité financière, élaboration d'un plan d'efficience à l'échelle de l'établissement et dans le cadre du GHT, réflexion sur le projet médical de territoire, étude de faisabilité sur un projet de rénovation ou de réhabilitation, étude des possibilités de phasage ou de redimensionnement). • Les porteurs de projets seraient donc invités à présenter à l'appui de leur demande le schéma directeur technique et immobilier de leur GHT, complément nécessaire du projet médical partagé. • Le réexamen des projets devra intégrer une réflexion sur l'évolution du capacitaire, en lien avec le virage ambulatoire, et sur la recomposition de l'offre de soins à l'échelle d'un territoire, dans une logique de gradation de soins. • Pour les projets de plus de 20 M€, la validation définitive devrait être conditionnée à la réalisation d'un audit patrimonial, comme l'Igas le préconisait en 2024. • L'impact du changement climatique devrait être pris en compte de façon systématique, comme cela était d'ailleurs demandé dans la circulaire du 10 mars 2021
--	--	---	--

Gestion des activités de soins

Champ d'action	Type de leviers	Mesures d'efficience potentielles	Points d'attention / Ressources techniques et documentaires
Organisation des activités de soins	Amélioration des performances capacitaires	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration du taux d'occupation des lits (9) Amélioration de la durée moyenne de séjour (mesurée via l'IPDMS) (10) 	<p>(9) Cible à définir en concertation avec l'ARS au regard des caractéristiques de l'établissement</p> <p>(10) Cible Anap : 1,00</p>
	Développement des alternatives à l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la part de l'activité de chirurgie ambulatoire (9) Augmentation de la part de l'activité de médecine ambulatoire (9) Augmentation du taux de transfert en HAD (11) 	<p>(11) Cible Anap 1%</p>
	Gestion du capacitaire et des parcours patients	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de gestionnaires d'établissements et territoriaux 	
Organisation des activités médico-techniques	Activités d'imagerie	<ul style="list-style-type: none"> Optimisation du taux d'utilisation des équipements lourds (amplitude horaire, nombre moyen d'actes par heure, réduction des vacances « perdues ») (12) Mise en place d'un pilotage resserré des indicateurs d'efficience des équipements lourds d'imagerie dans le cadre du pilotage médico-économique 	<p>(12) Possibilité de s'appuyer, en tant que de besoin, sur les dispositions de l'arrêté du 4/11/16 relatif à la valorisation des activités en première partie de soirée pour augmenter l'amplitude d'utilisation des équipements</p>

Annexe XII

	<p>Activités d'imagerie</p>	<p>des pôles (y compris des pôles cliniques « clients »)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'adéquation équipements disponibles / RH mobilisées / activité réalisée • Renforcement de la coopération / complémentarité territoriale en s'appuyant sur les potentialités de la télé radiologie ; mise en place d'un PIIM 	
	<p>Activités de biologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser systématiquement une analyse sur l'intérêt d'une ré internalisation des activités de biologie externalisées à des laboratoires de ville • Mutualiser les laboratoires de biologique au niveau des GHT par le biais d'un GCS le cas échéant • Renforcer la coopération / complémentarité territoriale en en articulation notamment avec la biologie délocalisée / décentralisée • Soutenir toutes les expérimentations permettant le développement de la biologie décentralisée (livraisons d'échantillons biologiques par drone, par exemple) 	

Annexe XII

	<p style="text-align: center;">Gestion des blocs opératoires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation des indicateurs d'efficacité des infrastructures existantes : taux d'ouverture, d'occupation et d'utilisation (paramétrage et maîtrise de l'utilisation des logiciels métiers, fluidification de l'amont et de l'aval du passage au BO) (8) • Réorganisation des plateaux opératoires pour faciliter l'identification de blocs/circuits dédiés à la chirurgie ambulatoire • Développement des projets de chirurgie « hors du bloc » • Mise en place d'un pilotage resserré des indicateurs d'efficacité des blocs dans le cadre du pilotage médico-économique des pôles • Examen systématique et approfondi de l'utilisation des infrastructures existantes préalablement à l'instruction de tout projet de création de nouveaux BO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cibles Anap : 10h / jour, 5 jours par semaine + le samedi matin • Cible Anap TROS/TVO : 85% • Possibilité de s'appuyer, en tant que de besoin, sur les dispositions de l'arrêté du 4/11/16 relatif à la valorisation des activités en première partie de soirée pour augmenter l'amplitude d'utilisation des blocs opératoires
	<p style="text-align: center;">PUI / stérilisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation de la robustesse et de l'efficacité du circuit du médicament • Automatisation des PUI • Renforcer la coopération / complémentarité territoriale, partielle (activités de pharmaco-technie) ou totale des PUI entre plusieurs établissements du territoire • Création d'une stérilisation commune à plusieurs établissements du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> • L'interfaçage des SI de pharmacies avec les autres SI des services de soins constitue un point de vigilance signalé. Ils sont rarement conçus comme des outils transversaux connectés • Le CSP permet des formes variées d'organisations (PUI par établissement, PUI multisites, répartitions de compétences / spécialisation entre différentes PUI)

Annexe XII

	PUI / stérilisation		<ul style="list-style-type: none">• Prise en compte importante des enjeux de continuité d'activité et de résilience dans les projets de mutualisation• Pour l'éloignement maximum acceptable/performant/écologiquement responsable, possibilité de s'inspirer de ce qui a été mis en place par SPF pour la délivrance des vaccins pendant le Covid (PUI pivot)• En cas de projets de multi mutualisations (médicaments, stérilisation, blanchisserie), des tournées de livraison multifonction peuvent être envisagées afin de limiter l'impact des livraisons sur sites• L'implication clinique du pharmacien doit être maintenue en proximité
--	----------------------------	--	--

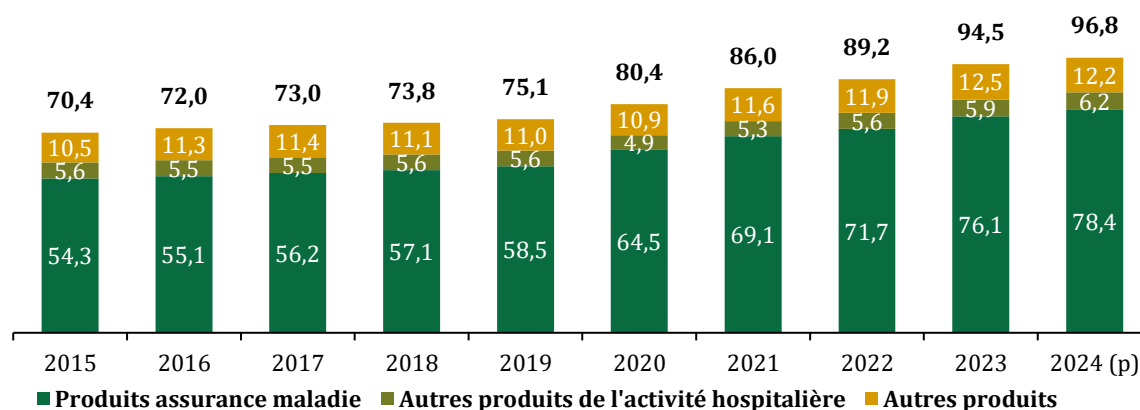
2. Fiche Gestion financière et comptable / Recouvrement et trésorerie

2.1. Un double enjeu de rapidité et de niveau de recouvrement des recettes

Les recettes totales des établissements publics de santé sont désormais proches de 100 Md€.

La part des recettes issues de l'assurance maladie est prédominante (81 % en 2024) et en croissance (78 % en 2019). Le poids des ressources issues de la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2) est à l'inverse en diminution (6,4 % en 2024 contre 6,5 % en 2019). Les autres produits (titre 3¹) sont également en décroissance relative (12,6 % en 2024 contre 14,5 % en 2019).

Graphique : Évolution par titre des produits des établissements publics de santé sur la période 2015-2023 après retraitement (en Md€)



Source : DIAMANT (cube DGFIP pour les années 2015-2023) et DGOS, traitements et calculs de la mission.

La gestion des recettes pose deux enjeux principaux :

- ◆ un enjeu sur **le niveau du recouvrement** qui impacte directement le résultat financier de l'établissement de santé. L'ANAP a chiffré à près de 550 M€ par an de créances à charge des patients qui ne sont pas recouvrés. Les admissions en non valeur (ANV) s'élèvent à un peu plus de 200 M€ chaque année ;
- ◆ un enjeu sur **la rapidité du recouvrement**, qui dépend à la fois de la rapidité de facturation puis de l'efficacité du processus de recouvrement, qui impacte directement principalement la trésorerie de l'établissement et, de manière secondaire, le résultat financier à travers le coût de financement du besoin de trésorerie.

¹ Ils correspondent, par exemple, aux recettes issues des prestations non médicales en direction principalement des patients et des accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

2.1.1. Le niveau et le délai de facturation

La facturation est une activité essentielle pour la gestion de l'équilibre financier et la trésorerie des établissements.

La complexité de la réglementation de la tarification crée un enjeu fort de qualité de la facturation². On connaît les démarches engagées dans les établissements sous l'impulsion des départements de l'information médicale (DIM) pour « optimiser » le codage Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'utilisation croissante d'outil d'intelligence artificielle³ pour préparer le codage renforce ces démarches, plus ou moins mobilisées par les établissements. Au-delà du PMSI, d'autres pan de la facturation méritent une attention particulière. Selon l'ANAP, les dépenses de transports financées sur les marchés des établissements sont parfois mal facturées et on constate une décorrélation entre la dépense de transport et le montant facturé⁴.

A la qualité de la facturation doit s'ajouter la rapidité de la facturation dont le relâchement a un impact immédiat sur la trésorerie.

Les enjeux peuvent concerner les recettes assurance maladie lorsque l'exhaustivité des remontées PMSI⁵ est moyenne le premier mois de facturation.

Une défaillance dans le système de remontée peut rapidement coûter cher en trésorerie compte tenu du poids des recettes d'assurance maladie dans le total des recettes. Dans le cas spécifique de parcours de soins inter-établissements, l'intervention de l'ensemble des DIM des établissements du parcours de soins peut rallonger le délai de facturation parfois à un an. L'ANAP considère que la bonne pratique conduit à une exhaustivité le premier mois de 95 %. L'ANAP constate que ce taux est seulement de 80 % dans un ensemble d'établissements⁶.

Les enjeux de facturation se concentrent néanmoins principalement sur le titre 2 et le recouvrement auprès des mutuelles et des particuliers ainsi que sur certaines recettes du titre 3.

Dans le cadre de ses audits 360° auprès des établissements, l'ANAP calcule un délai de facturation en rapportant les factures émises en période complémentaire entre janvier et mars de l'année n+1 au total des factures concernées relevant de l'année n. En nombre de jours le délai de facturation acceptable est évalué à 30 jours. Les calculs ANAP montrent qu'en 2023, ces délais se situent en moyenne plutôt entre 50 et 150 jours suivant les catégories de recettes concernées.

² La simplification de la tarification peut donc permettre d'améliorer la facturation et le recouvrement. C'était par exemple un des objectifs de la réforme du forfait patient aux urgences. Depuis le 1^{er} janvier 2022, un forfait tarifaire unique est mis en place pour les passages aux urgences nécessitant des soins non suivis d'une hospitalisation. Ce FPU (forfait patient urgences) est fixe quelle que soit l'intensité des soins reçus et des actes pratiqués. Il se substitue à l'ensemble des paiements précédents, trop complexes à boucler avant la sortie des patients ne nécessitant pas d'être hospitalisés². Le FPU rend le coût du passage aux urgences plus lisible mais facilite également le recouvrement des paiements correspondants par les établissements de santé sur un volume de près de 12 millions de facturations suite à un passage aux urgences chaque année.

Pour les patients pour lesquels le tiers-payant complémentaire ne peut pas être mis en œuvre, la création du FPU a permis de rendre possible la facturation au moment du passage, laissant le choix à l'assuré de son mode de règlement (sur place, en ligne...), et permettant aux établissements de réduire le recours à l'émission et à l'envoi postal d'un titre de recette en direct ou via le trésor public.

Il n'existe cependant de bilan sur la mise en œuvre du forfait qui reste complexe à recouvrer selon certains des établissements visités par la mission.

³ Dont le paramétrage échappe d'ailleurs au contrôle de la puissance publique avec des risques associés

⁴ Par exemple par faute de communication interne à l'établissement entre les services en charge

Annexe XII

Sur cette base 2023, les gains de trésorerie correspondant à un retour à 30 jours en moyenne représente **un gain en trésorerie de 1,2 Md€**. La situation constatée en 2023 montre une dégradation par rapport à la situation pré-pandémie. Le gain en trésorerie calculée selon la même méthode sur les données comptables de 2018 aurait donné un gain théorique de trésorerie de 900 M€ environ soit un niveau inférieur de 25%.

La facturation des mises à dispositions de personnels entre établissements.

L'ANAP identifie une difficulté importante sur ce sujet qui pèse surtout dans les établissements support de GHT / de direction commune. Un rythme de facturation au trimestre, plus souvent au semestre ou à l'année est constaté.

Ces produits génèrent par ailleurs des difficultés de recouvrement, avec certaines DDFiP qui commencent à proposer des conventions de compensation voire du mandatement d'office.

Les délais de facturations entre établissements peuvent conduire à susciter des difficultés de trésorerie inutile. L'ANAP relève plusieurs exemples d'établissements en grande difficulté de trésorerie, au point de faire des demandes d'aide auprès de l'ARS, alors même que ces établissements disposent de créances sur un autre établissement du GHT qui lui dispose d'une trésorerie excédentaire.

Sur cette base 2023, le potentiel de gain de trésorerie correspondant à un retour à 30 jours en moyenne représenterait **un gain en trésorerie de 389 M€**. Là aussi la situation constatée en 2023 montre une dégradation par rapport à la situation pré-pandémie. Le gain en trésorerie calculé selon la même méthode sur les données comptables de 2018 aurait donné un gain théorique de trésorerie de 200 M€ environ soit un niveau inférieur de près de 50%.

La question particulière des facturations EHPAD

Le Code de l'Action sociale et des familles prévoit que les frais d'hébergement sont facturés en début de mois (i.e. « terme à échoir ») et que les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale déposent une garantie à leur entrée dans l'Ehpad, équivalent à un mois de frais d'hébergement. L'ANAP constate que « ces dispositions sont massivement ignorées par les établissements accompagnés en 2024 ». Certains établissements facturent les frais d'hébergement au trimestre à terme échu (i.e. en fin de trimestre). Les gains documentés dépendent de ces modes de fonctionnement, souvent imposés par les Conseils départementaux, et du nombre de lits d'Ehpad rattachés à l'hôpital.

L'ANAP évalue à 23 M€ les gains sur les établissements accompagnés⁸ sans produire d'extrapolation nationale.

L'analyse de l'ANAP est que les délais de facturation ne sont pas liés aux outils techniques mais principalement à des questions d'organisation, de coordination interne à l'établissement (y compris avec la partie médicale en charge du codage) et de pilotage de la fonction.

Encadré 1 : Quelques exemples de difficultés identifiées par l'ANAP

- Une période de télétransmission limitée à 3 jours par semaine
- Le choix de confier aux infirmières plutôt qu'aux agents d'admission le traitement des données administratives des patients aux urgences la nuit
- La saisie des actes par les médecins sur des fiches de circulation papier
- Une absence de mise à jour des logiciels SIH qui ne permet pas le déploiement de l'outil Roc de recouvrement sur les mutuelles

2.2. La qualité du recouvrement

2.2.1. Les comptes des établissements publics montrent une certaine maîtrise du recouvrement.

Le tableau de bord DGFIP/DGOS donne un taux de recouvrement n au 30 juin n+1 relativement correct (données hors AP-HP) et stable sur la période.

Tableau 1 : Taux de recouvrement au 30 juin n+1⁵ (hors APHP⁶)

Md€	Année 2018 Au 30 juin 2019	Année 2019 Au 30 juin 2020	Année 2021 Au 30 juin 2022	Année 2022 Au 30 juin 2023	Année 2023 Au 30 juin 2024
Montant des Prises en charge "part patient + complémentaire"	3,79	3,76	3,51	3,64	3,71
Montant des recouvrements "part patient + complémentaire"	3,46	3,38	3,21	3,29	3,40
Taux de Recouvrement	91,5%	89,8%	91,4%	90,5%	91,4%
Restes à Recouvrer	0,32	0,38	0,30	0,34	0,31

Source : DGFIP/DGOS.

Le montant des ANV est également relativement stable et dans les comptes du bilan les données sur les créances semblent également maîtrisées. Elles ne semblent pas montrer un « gisement » important de gain lié à l'amélioration du recouvrement.

Tableau 2 : Montants des créances au bilan des EPS et charges annuelles liées aux admissions en non valeur (ANV)

	2019	2020	2021	2022	2023
Créances patients	700	570	530	563	579
Créances Mutuelles	1162	1072	1111	1207	1164
Créances AME	78	79	86	88	96
ANV	232	225	198	216	247

Source : DGFIP/DGOS.

2.2.2. Pour autant, l'ANAP estime que près de la moitié du reste à charge des bénéficiaires des soins (3% de la facturation hospitalière) n'est pas recouvré

1,4 Mds€ sur les 46,8 Mds€ du total des prestations facturées ne serait pas recouvré au bout d'un an, soit 550 M€ par an pour les seuls EPS. Ce chiffrage reste indicatif et à prendre avec précaution tant les méthodes de calcul dépendent de la date retenue pour l'émission de la facture, la DG FiP regarde ainsi les factures de l'année N lors de la fin de l'exercice N+1.

⁵ Taux de recouvrement à 18 mois pour les créances du début de l'année n mais à seulement 6 mois pour les créances de la fin de l'année n

⁶ Dont l'ajout majorerait les montants à recouvrer d'environ 50%

Annexe XII

Les difficultés de recouvrement peuvent tenir à de multiples facteurs. Mais un bon recouvrement nécessite une bonne utilisation des outils disponibles et un pilotage effectif de la fonction recouvrement en lien avec le trésor public. Or, l'ANAP constate des situations de manque de suivi des restes à recouvrer par les établissements au motif que c'est la trésorerie qui les a en responsabilité. Les outils à disposition des établissements qui leur permettent de suivre les restes à recouvrer (Hélios) sont parfois inutilisés et le dialogue de gestion avec la trésorerie insuffisant.

Encadré 2 : Exemples de difficultés rencontrées pour le recouvrement

Des erreurs initiales dans la saisie des titres comme par exemple :

- un mauvais typage du débiteur (par exemple typage comme caisse pivot d'une facture mutuelle) ne permet pas au trésor public d'utiliser les outils juridiques adaptés de recouvrement
- *un rejet par l'assurance maladie non correctement traité alors qu'il nécessite une annulation et une réémission ; le titre reste dans les titres restant à recouvrer alors qu'il ne pourra pas l'être avec une forclusion au bout de 12 mois à la date des soins*
- Des pertes ou des retards dans la mise à disposition des pièces justificatives liée en particulier à la complexité du fonctionnement à trois entre le particulier, l'établissement et la trésorerie
- L'absence d'utilisation des outils mis en place dans Simphonie pour faciliter le recouvrement (cf infra) et notamment ROC pour la facturation aux mutuelles, mais également Diapason pour le règlement des patients ou encore PES-ASAP de la DGFIP pour la transmission des titres de recettes

Mais une partie des difficultés de recouvrement vient également d'éléments extérieurs à l'établissement. Il semble que certaines mutuelles ne respectent pas les standards de remboursement. Certaines situations de soins, notamment lors de passage aux urgences pour des étrangers sans droit sociaux sont difficile à sécuriser.

La baisse de performance du recouvrement se traduit à la fois sur la trésorerie à travers le retard à recouvrer les sommes dues mais également à une perte nette de recette pour les titres non recouverts.

2.2.3. Le sujet spécifique de la part des étrangers non assurés sociaux en France représente des montants relativement faibles

Les recettes liées aux étrangers non assurés sociaux en France⁷ sont en augmentation rapide depuis quelques années. La DGOS les évalue sur les seuls établissements publics de santé à près de 1,2 Md€ en 2023 en augmentation de près de 32 % par rapport à 2019. Les deux catégories de recettes les plus importantes dans ce total sont les recettes liées aux conventions internationales (420 M€ en 2023 en hausse de 18% par rapport à 2019) et l'AME (502 M€ en 2023 en hausse de 32 % par rapport à 2019).

Pour autant les créances accumulées au titre de ces recettes restent contenues dans les comptes des établissements publics de santé⁸. La DGOS les estime à 141 M€ en 2023 en baisse de 12 % par rapport à 2019. Ces créances semblent très concentrées et l'AP-HP détient en 2023 près de 64 % du total identifié (90 M€).

2.3. Un programme national Simphonie ambitieux mais encore insuffisamment mobilisé par les établissements

2.3.1. Un déploiement encore insuffisant

Les enjeux liés à la facturation et au recouvrement ont fait l'objet d'investissements importants depuis longtemps à travers le programme SIMPHONIE (Simplification du Parcours Hospitalier du patient et de Numérisation des Informations Échangées). Il est fondé sur la transformation des organisations et des process appuyés sur un ensemble d'outils informatiques (FIDES, CDRi, ROC, Diapason) qui permet d'agir sur le volet « recettes » en améliorant le pilotage de la facturation et en sécurisant le recouvrement, et d'obtenir en un temps court une diminution significative des restes à recouvrer et donc une augmentation des recettes et une amélioration du BFR.

⁷ On peut estimer les recettes annuelles associées aux soins délivrés à des patients non-résidents non affiliés en France à partir des montants comptabilisés sur les comptes financiers annuels des établissements **publics** de santé, et notamment dans les comptes 7331 à 7338.

- Le **compte 7331** comptabilise les « *produits de prestations de soins aux patients étrangers au titre des conventions internationales* ». Il enregistre également les spécialités pharmaceutiques délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux.
- Les prestations prises en charge par l'aide médicale Etat (AME) sont imputées sur le **compte 7332** « *produits des prestations au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME)* ».
- Le **compte 7333** est destiné à comptabiliser les « *prestations au titre des soins urgents prévus à l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles* »
- Le **compte 7334** est destiné à comptabiliser les prestations de soins facturées au titre de l'article L.174-20 du code de la sécurité sociale en application du décret n° 2015-1042 du 20 août 2015 fixant les dispositions applicables pour la détermination des tarifs de soins et d'hébergement mentionnés à l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit la possibilité pour les établissements de santé, pour les soins programmés ne relevant pas d'une mission de service public, de déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat (AME) et des soins urgents et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française. Les établissements qui appliquent ces dispositions doivent fournir au patient un devis préalablement à la réalisation des soins hospitaliers et une facture lorsque ces soins ont été réalisés.
- Le **compte 7338** « *autres* » est réservé aux patients non assurés sociaux payants : il ne doit pas être utilisé pour
 - imputer les tickets modérateurs facturés aux patients assurés sociaux, qu'il convient de comptabiliser sur l'un des comptes 732 ;
 - imputer les prestations prévues au compte 7334 (prestations de soins facturées au titre de l'article L.174-20 du code de la sécurité sociale).

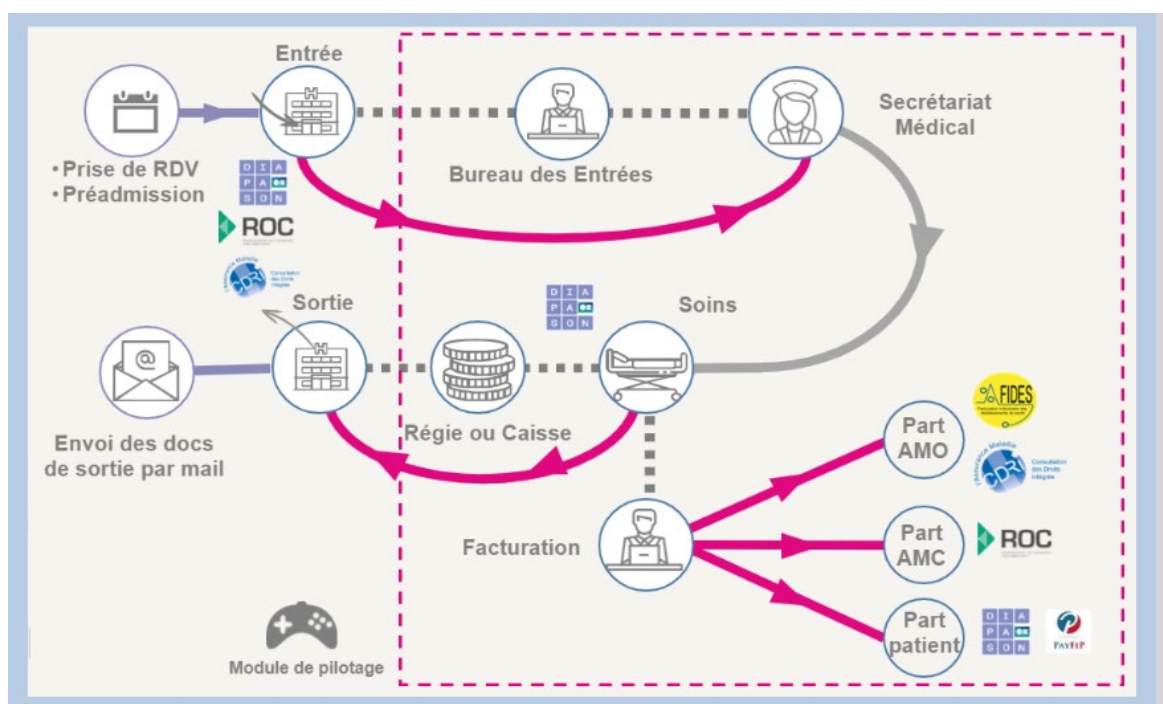
Annexe XII

SIMPHONIE vise à piloter, fiabiliser et optimiser la chaîne accueil-facturation-recouvrement :

- ◆ Simplifier : forte simplification du parcours administratif du patient à l'hôpital
- ◆ Dématérialiser : dématérialisation de tous les échanges liés au parcours administratif du patient
- ◆ Automatiser : automatisation des processus pour concentrer les moyens hospitaliers sur les actions à plus forte valeur ajoutée

Ses objectifs sont de :

- ◆ garantir le paiement des factures, en vue de mieux recouvrer les parts AMC et patient ;
- ◆ simplifier les organisations des processus et des parcours afin d'optimiser la charge administrative du patient ;
- ◆ optimiser la chaîne pour permettre de diminuer les efforts de gestion relatifs à l'accueil / la facturation / le recouvrement.



Hors la facturation à l'assurance maladie obligatoire avec l'utilisation obligatoire de FIDES, la progression du programme Simphonie est encore aujourd'hui restée incomplète. Elle progresse sur le module ROC d'échange avec les mutuelles mais patine sur le projet de paiement des particuliers (Diapason) et sur l'outil de pilotage. Ce constat est fait malgré les nombreux incitatifs financiers (plus de 35 M€ entre 2018 et 2024 – soit une moyenne de 5 M€ par an) et accompagnements mobilisés par la DGOS pour porter le projet.

⁸ En ce qui concerne les dettes laissées par des patients non-résidents auprès des établissements de santé, la DGOS s'appuie sur les comptes financiers annuels des établissements publics de santé, et notamment dans les comptes :

- 41181 « *Redevables non-résidents et non assurés à un régime d'assurance maladie en France ou dans un état membre de l'Union Européenne - EEE - Suisse* »
- et 41681 « *Redevables Contentieux non-résidents et non assurés à un régime d'assurance maladie en France ou dans un état membre de l'Union Européenne - EEE - Suisse* ».

Les comptes 41181 et 41681 (contentieux) enregistrent les opérations imputables aux personnes non assurées sociales en France ou n'ayant pas justifié leur appartenance à un régime d'assurance maladie obligatoire dans un Etat membre de l'Union Européenne - Espace Economique Européen - Suisse, redevables étrangers ou personnes assurées auprès d'organismes étrangers hors conventions internationales.

Annexe XII

Mais la progressivité du déploiement concerne aussi les partenaires des établissements de santé. Ainsi pour les ES qui ont pleinement déployé ROC, seulement 40 à 60% de leur facturation mutuelle peut aujourd'hui être traitée faute de l'entrée dans le dispositif de l'ensemble des mutuelles.

Tableau 3 : Niveau de déploiement des applicatifs de Simphonie

	MCO (cible 814 ES MCO)	SMR/Psy (716 ES supplémentaires)	Commentaires
FIDES	Obligatoire	SMR adossé MCO obligatoire SMR exclusif déploiement avec ROC	
CDRi	761 ES au 12/24 Projet mené à terme avec de nouvelles fonctionnalités en cours de déploiement en 2025		L'utilisation de CDRi diminue par près de 3 le rejet des factures (1,29% en moyenne avec CDRi contre 3,59% en moyenne sans)
ROC	364 déploiement complet et 198 déploiement initial 558 en mai 2025	Prévu en 2026	
Diapason	217 ES sur le paiement de proximité et 50 ES sur le paiement PLBS9		Programme plutôt en échec
Outil de pilotage	205 établissements accompagnés financièrement		On ne connaît pas ni déploiement effectif ni le taux d'usage

Source : Mission.

Outre les outils Simphonie, l'activité de recouvrement implique l'utilisation des outils de la DGFIP et notamment le PES-ASAP¹⁰. **Selon la DGFIP, cinq ans après son lancement, le taux de déploiement du dispositif PES-ASAP ne dépasse pas 30 %.** Par défaut, les hôpitaux publics continuent d'imprimer les titres, remis à la DGFIP pour mise sous pli et envoi postal. Certains hôpitaux sous-traitent cette opération à un syndicat inter-hospitalier, rémunéré pour cette prestation.

Le faible coût des financements de trésorerie jusqu'à l'été 2022 a probablement limité l'intérêt des gestionnaires à investir cette dimension, les impacts d'une gestion peu serrée étant relativement limités. Le constat fait par l'ANAP dans le cadre des audits 360° montre que la situation se serait encore dégradée après la pandémie. L'effet de la garantie financière et de la SMA auraient là aussi réduit l'intérêt à court terme de réinvestir ce champ d'action. Aujourd'hui, l'ANAP constate des lenteurs importantes liées la plupart du temps aux organisations locales, au non-déploiement de certaines fonctionnalités informatiques (CDRi en lots, PES ASAP) et aux difficultés à déployer ROC, ainsi qu'un désinvestissement des communautés médicales qui ralentit la chaîne. Les établissements ont également pu connaître des difficultés avec leur éditeur de logiciel.

Au-delà de l'aspect périphérique du thème par rapport aux activités de soins, une partie de la difficulté à monter en charge proviendrait également de raisons sociales et de la prudence des directions dans la conduite des opérations de réorganisation nécessaires à la mise en place des nouveaux outils dans des services.

⁹ Application à l'hôpital du dispositif mis en place pour la location de biens et service (LBS) par prise d'emprunte de carte bancaire sans débit immédiat pour garantir un règlement à réaliser de manière différée

¹⁰ L'outil PES ASAP constitue le vecteur de transmission des avis de sommes à payer (ASAP) dématérialisés en masse au comptable, quel que soit le destinataire de l'ASAP.

Pourtant l'enjeu est de plus en plus important. D'abord au titre de la gestion du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie. **Les éléments chiffrés évoqués par l'ANAP présentent un gain d'amélioration de la trésorerie supérieur à 2 Mds€.**

Ensuite, au titre des coût de gestion de la fonction facturation/recouvrement alors que l'ensemble des processus de dématérialisation en cours pour améliorer la performance devraient se traduire par une économie en termes d'effectifs.

2.3.2. Le recouvrement de la part mutuelle – l'enjeu du déploiement de ROC

Le tableau de bord partagé entre la DGOS et la DGFIP (hors APHP) – supra - montre que le taux de recouvrement 6 mois après la fin de l'exercice se situe de manière à peu près constante autour de 91%, ce qui constitue un niveau correct.

Il n'y a cependant pas encore d'effet « ROC » d'accélération sur le taux de recouvrement au 30 juin et il n'existe pas d'évaluation nationale des impacts (ni en prospectif ni en rétrospectif) de la mise en place de ROC sur le recouvrement.

Pourtant le délai moyen de recouvrement AMC des factures hors ROC est sans doute compris entre 6 mois et 18 mois et l'accélération du passage à ROC devrait logiquement réduire ce délai et offrir aux établissements un gain de trésorerie. En reprenant les montants annuels recouverts de 3,4 Mds€ hors AP-HP, une accélération de 1 mois du recouvrement représenterait un gain de trésorerie de près de 300 M€.

2.3.3. Des enjeux RH probablement significatifs mais qui sont laissés à l'appréciation des établissements

La DGOS a proposé plusieurs outils pour accompagner les établissements dans la mesure de l'impact RH de la mise en place des outils Simphonie. Un simulateur d'impact a été mis à disposition des établissements par l'ATIH. Une étude sur les impacts métiers de Simphonie a été réalisée en 2017 par l'ASIP santé dans le cadre d'un groupe de travail avec plusieurs établissements. Cette étude d'impact identifie de manière détaillée les sources d'augmentation et d'allègement de charge liés à Simphonie sur chaque étape du processus de production des établissements mais ne donne aucune évaluation quantifiée¹¹.

Cependant même si les impacts RH d'une mise en œuvre complète du programme Simphonie sont probablement significatifs aucune évaluation nationale n'est disponible.

¹¹ Cette situation s'explique par la volonté de centrer les évolutions sur les transformations des métiers plutôt que sur la productivité elle-même. Le temps supplémentaire dégagé par l'automatisation permet notamment de développer des tâches à plus forte valeur ajoutée, donner plus de temps pour traiter que les dossiers compliqués, comme par exemple l'accompagnement des patients pour qu'ils bénéficient de l'ensemble de leurs droits sociaux (C2S, ALD ...) en lien avec les assistantes sociales.

2.4. Les autres pistes pour améliorer la trésorerie et maîtriser le besoin en fonds de roulement

2.4.1. La maîtrise du délai de paiement des charges

Les établissements sont tenus de respecter les délais de paiement réglementaires de 50 jours pour les différentes charges. Dans les faits ces délais sont dépassés en moyenne et la situation s'est aggravée dans les dernières années. Selon l'observatoire des délais de paiement¹² le délai moyen serait de 63,4 jours en 2024, en dégradation de 2,2 jours par rapport à 2023. Si les établissements n'ont donc pas de marge sur les fournisseurs, elles pourraient parfois ajuster leurs délais de paiement sur d'autres postes de charge.

Selon l'ANAP, c'est par exemple le cas sur le paiement des charges sociales pour lesquelles certains établissements décaissent en avance par facilité pour joindre les opérations de paiement des cotisations et des rémunérations alors que les cotisations ne sont dues que le 5 du mois suivant.

2.4.2. La maîtrise des stocks

Le montant des stocks pèse sur le besoin en fonds de roulement de l'établissement et le positionnement du stock au bon niveau constitue donc un enjeu pour le financement de l'établissement. **L'ANAP propose un schéma moyen reposant sur un cycle de renouvellement de 3 semaines augmenté d'une semaine de sécurité, ce qui donne un stock moyen de 28 jours.** Or les données comptables 2023 montrent que le stock atteint aujourd'hui des niveaux nettement plus élevés : autour de 40 jours pour les médicaments et les fournitures médicales ; près de 100 jours pour les fournitures consommables. Il est possible que ces données soient par ailleurs en dessous de la réalité. Tous les stocks déportés dans les services ne sont pas inventoriés et l'ANAP a constaté dans ses audit 360° l'existence d'incohérences entre les achats et les stocks montrant une absence d'inventaire sur certains produits.

Sur la base des données comptables 2023, l'ANAP estime qu'un retour à la norme de 28 jours en moyenne permettrait de dégager un gain en trésorerie de 490 M€. La situation constatée en 2023 montre une dégradation par rapport à la situation pré-pandémie. Le gain en trésorerie calculée selon la même méthode sur les données comptables de 2018 aurait donné un gain théorique de trésorerie de 168M€ soit un niveau près de 3 fois inférieur.

¹² Banque de France – Observatoire des délais de paiement – rapport annuel 2024 – juillet 2025

3. Fiche achats

3.1. Les achats représentent plus de 34 Md€ par an

3.2. Les montants d'achats des EPS ont augmenté de +36 % entre 2019 et 2023

Les achats des établissements publics de santé constituent un enjeu majeur : les 34,6 Mds€ de dépense d'achat des EPS représentent un montant supérieur aux dépenses d'achat de l'Etat, hors défense et sécurité (24,8 Md € en 2024), et représentent près de 70 % des dépenses d'achat des collectivités territoriales (51 Md € en 2023¹³).

L'enjeu est d'autant plus important que ces dépenses connaissent une forte croissance depuis plus de vingt ans. La Cour des comptes relevait déjà en 2017 que, pour les hôpitaux publics, « les dépenses d'achat en fonctionnement ont connu une forte croissance dans la période récente, augmentant de 52 % en euros courants en dix ans pour passer de 12,3 Md€ en 2005 à 18,7 Md€ en 2015. ». Entre 2019 et 2023, ces dépenses d'achat ont connu une augmentation de +36 %, bien supérieure à l'inflation, qui a été de moins de 13 % sur cette période.

Cette augmentation continue accroît ainsi le poids des achats dans les dépenses des hôpitaux, dont elle est devenue le deuxième poste derrière le personnel.

En 2023, les dépenses du secteur hospitalier se décomposaient de la façon suivante :

- ◆ 12 Md€ pour les médicaments (contre 5,8 Md€ en 2015, soit +106,9 %) ;
- ◆ 8,5 Md€ pour les dispositifs médicaux et le biomédical (contre 3,5 Md€ en 2015, soit +142,9 %) ;
- ◆ 4 Md€ pour les prestations générales ;
- ◆ 4 Md€ pour les travaux, prestations techniques et énergies ;
- ◆ 3 Md€ pour l'hôtellerie¹⁴.

Les 12 milliards d'euros d'achat de médicaments et les 8,5 milliards d'euros d'achats de dispositifs médicaux et de biomédical sont à comparer aux 5,8 milliards d'euros et aux 3,5 Mds € que représentaient ces deux postes en 2015. L'inflation ne représente qu'une part minime de cette augmentation : si les achats de médicaments réalisés par les hôpitaux publics en 2015 avait augmenté en suivant strictement l'inflation mesurée par l'INSEE, ils représenteraient 6,8 Md d'euros en 2023, et non pas 12 Md€ comme cela a été constaté.

3.3. Dès 2003-2005, la DGOS a engagé un chantier sur la rationalisation des achats hospitaliers

Le chantier de 2003 n'ayant que faiblement mobilisé les établissements, cette démarche a été relancé en 2006-2007 et a conduit à la création de la première centrale d'achat nationale, le GCS UniHA. **Cette démarche de rationalisation et de massification des achats s'est poursuivie, en 2011, par la création du programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables).**

¹³A. Triolle, M. Forest, L. Auffray, M. Truffier-Blanc, Q. Bolliet, A. Hairault, Masse salariale et achats et charges externes des collectivités territoriales, rapport IGF, octobre 2023

¹⁴ Simon Uzenat, Rapport fait au nom de la commission d'enquête (1) sur les coûts et les modalités effectifs de la commande publique et la mesure de leur effet d'entraînement sur l'économie française, juillet 2025

Annexe XII

Le programme PHARE s'est déployé progressivement, selon une approche fondée sur le volontarisme et le partage de bonnes pratiques. Dans un premier temps, les 150 établissements les plus importants ont été ciblés pour l'élaboration de leur premier plan d'action achats. Considéré comme innovant lors de son déploiement, le programme PHARE a permis de faire prendre conscience aux communautés hospitalières du caractère stratégique de la fonction achat, et de la nécessité de la professionnaliser.

PHARE fut également ouvert aux établissements privés à but non lucratif et aux centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Concrètement, le programme PHARE promouvait :

- ◆ la massification et la négociation des prix des produits achetés ;
- ◆ la standardisation et la substitution des produits achetés ;
- ◆ le raisonnement en coût complet ;
- ◆ l'optimisation des processus achat ;
- ◆ la montée en efficacité des processus logistiques ;
- ◆ l'activation du marché fournisseurs.

La DGOS estimait, durant la période 2018-2022, que la performance achat pouvait être de l'ordre de 2 % par an de façon pérenne, toutes familles d'achats confondues. Ils considéraient en effet que cette valeur, communément admise dans la profession, pouvait être celle atteinte, en théorie, par les organisations les plus performantes et matures.

Entre 2015 et 2017, le programme PHARE fut intégré au plan triennal qui visait à générer 3 Md€ d'économies sur l'Ondam sur la période 2015-2017. Il constituait l'une des huit actions prioritaires identifiées dans ce cadre. Durant cette période, le montant des économies attendues était de 1,2 Md€. Il fut ensuite intégré dans le plan quinquennal ONDAM 2018-2022, pour un montant attendu d'économies de 1,9 Md€ sur 5 ans.

En 2024, 111 Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), soit 82 % des GHT, ont remonté des gains dans le cadre de PHARE, pour un montant global de 351,8 M€ hors énergie dont 90,9 M€ issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. Les actions des opérateurs d'achats nationaux (226,4 M€) et régionaux (34,5 M€) représentaient 74,2 % de cet ensemble.

En mai 2025, une nouvelle feuille de route, couvrant les années 2025 à 2027, a été présentée. Cette feuille de route est structurée autour de trois axes :

- ◆ le pilotage de la performance ;
- ◆ l'optimisation, la sécurisation de l'acquisition des produits de santé, en particulier des produits de santé critiques ;
- ◆ les pratiques et processus d'achat, notamment au niveau des GHT.

L'accent est mis, plus que durant la décennie précédente, sur les thématiques des achats souverains, d'une part, de la transition écologique et de l'impact carbone des pratiques d'achat, d'autre part.

Une des principales problématiques actuelles concernant PHARE est de redéfinir une méthodologie d'évaluation des gains. Cela est prévu dans le cadre de la nouvelle feuille de route. En effet, les critiques formulées par la Cour des comptes, dès 2017, puis par le député Jean-Carles Grelier, dans le cadre de son rapport parlementaire de 2019, sont toujours d'actualité¹⁵. Les économies attendues par le programme PHARE sont intégrées à la construction de l'Ondam, et ont donc, par le biais de la fixation des tarifs issues de l'Ondam, un impact sur la situation financière des établissements de santé.

3.4. L'intermédiation hospitalière en matière d'achats a été largement développée durant les années 2010 à travers les centrales d'achats et les groupements de commande

Les deux principales formes d'intermédiation sont la centrale d'achat et le groupement de commande.

La centrale d'achat remplit deux rôles principaux :

- ◆ le rôle de « grossiste », dans lequel l'établissement est déchargé de toute procédure de passation et d'exécution. La centrale d'achat joue alors le rôle de pouvoir adjudicateur. Cette solution, largement utilisée, permet d'avoir accès dans un délai court à une prestation, dans le respect des procédures de marché, mais est peu favorable à l'obtention de prix compétitifs, puisque le fournisseur n'a pas de garanties sur les volumes ;
- ◆ le rôle d'intermédiaire, par le biais d'accords-cadres permettant de définir des prix plafonds.

Le **groupement de commande** est organisé par un établissement dit « support » qui gère la procédure pour l'ensemble de ses membres. Cette modalité d'intermédiation présente l'avantage de garantir au fournisseur l'achat des prestations et des quantités commandées par le groupement, mais fait porter à l'établissement support le risque d'un défaut d'un des membres du groupement.

Les trois principales centrales d'achat utilisées par les établissements publics de santé sont UniHA, le RESAH, et l'UGAP.

L'union des hôpitaux pour les Achats (UniHA) est un groupement de coopération sanitaire de droit public (GCS). En tant que GCS, ses membres cotisent et participent à la gouvernance de la structure. UniHA est le premier acheteur public en santé avec 7,7 Md€ d'achat en 2025 dont 70 % de médicaments et dispositifs médicaux et agit pour le compte de ses 1 500 adhérents et de 123 groupements hospitaliers de territoire (GHT).

¹⁵ « Le pilotage des achats à l'échelle nationale [...] présente des faiblesses majeures. Loin de donner une image fiable de la situation financière des hôpitaux, ce programme semble aujourd'hui avoir parmi ses objectifs la production statistique de « gains d'achat », transformés ultérieurement en économies budgétaires demandées aux hôpitaux. De façon préoccupante, et en dépit des intentions vertueuses à l'origine du programme, le rapporteur constate à l'issue de ses travaux que les gains d'achat ne reposent souvent sur aucune réalité clairement identifiable » Jean-Carles Grelier, rapport d'information de la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la politique d'achat des hôpitaux, décembre 2019

Le **réseau des acheteurs hospitaliers (RESAH)** a été créée en 2007 pour appuyer la mutualisation des achats hospitaliers pour la région Île-de-France. Le RESAH a ouvert, à la demande de la DGOS, l'accès à ses marchés au territoire national en 2016. Le RESAH est un groupement d'intérêt public (GIP) placé sous la tutelle du ministère de la Santé. Son conseil d'administration est composé de représentants de l'État et des établissements membres. Il est devenu le deuxième acheteur hospitalier, avec un périmètre de 2,8 Md€ en 2023, pour 3 700 bénéficiaires. Le RESAH est spécialisé dans les achats de biens médicaux et pharmaceutiques, avec une expertise particulière dans les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux.

Des coopérations peuvent exister entre ces deux établissements : pendant la crise du Covid-19, UniHA et le RESAH avaient créé un consortium, **Re-Uni**, pour l'achat d'équipements de protection individuelle.

Il existe cependant de nombreux autres intermédiaires nationaux, qu'il s'agisse de groupements de commandes ou de centrales d'achat. Unicancer, par exemple, assure la fonction de centrale d'achat pour les CLCC.

Au niveau régional, la DGOS fait le constat, dès 2018, d'un trop grand nombre d'acteurs : *« Ces groupements sont encore trop éclatés et de taille encore trop modeste pour pouvoir produire tous les effets escomptés. L'un des enjeux consiste à encourager le regroupement de ces groupements d'achat régionaux, qui ont tous leur pertinence dans l'ensemble du dispositif, autour d'un nombre plus efficace et plus restreint. »*¹⁶

Dans un premier temps, la DGOS avait cherché à réduire le nombre de groupements régionaux, sur la base d'une complémentarité avec les groupements, nationaux, dans une logique de spécialisation des groupements selon les filières d'achat, afin d'éviter les redondances entre ces groupements régionaux ou locaux, ceux des GHT, et les acteurs nationaux. Un premier schéma, présenté au premier semestre 2016, structurait les achats hospitaliers en trois niveaux : achat en propre au niveau du GHT pour les achats locaux, recours à des opérateurs d'achats mutualisés régionaux pour des segments définis, recours à des opérateurs d'achats mutualisés nationaux pour d'autres segments¹⁷. Les ARS étaient par ailleurs dotées depuis 2014, dans le cadre du programme PHARE, d'une feuille de route de mutualisation régionale afin de clarifier le paysage.

3.5. Si la mutualisation des achats dans le cadre des GHT a déjà été recommandée, elle n'a pas été suivie d'une mise en œuvre complète

3.5.1. La mise en œuvre, par le pouvoir réglementaire, des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé sur la fonction achat a conduit à son démembrement

Au niveau local, la mutualisation de la fonction achat s'est structurée après 2016 grâce à la création des GHT. En 2015, l'acte d'achat était dispersé entre l'ensemble des établissements, leurs groupements et les opérateurs nationaux.

¹⁶ Audition de M^{me} Marianne Jacquet, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs d'offre de soin à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère des solidarités et de la santé, et de M. Raphaël Ruano, chargé de mission, dans le cadre d'une audition auprès de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, sur la politique d'achats des hôpitaux, 21 février 2018.

¹⁷ Cour des comptes, Les achats hospitaliers, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, juin 2017.

Annexe XII

La ministre de la Santé, Marisol Touraine, avait chargé J. Hubert et F. Martineau d'une mission de préfiguration sur les GHT permettant d'en dessiner les contours¹⁸. En raison de l'antériorité du programme PHARE et de l'existence de groupements de commande et de centrales d'achat, les auteurs recommandaient de mutualiser l'ensemble de la fonction achat, pour trois raisons :

- ◆ L'intérêt de permettre aux équipes soignantes de travailler avec le même matériel, ce qui suppose une mutualisation des achats : ils y voyaient le corollaire de la définition d'un projet médical partagé ;
- ◆ L'intérêt de professionnaliser les achats en s'appuyant sur les acheteurs professionnels, dont tous les établissements n'étaient pas dotés ;
- ◆ L'intérêt de massifier les commandes dans le cadre d'un GHT.

Ils préconisaient de définir la fonction achat dans le décret d'application.

De façon cohérente avec leurs recommandations, l'étude d'impact de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoyait « le transfert obligatoire de certaines fonctions à l'établissement support », et notamment des achats, même si elle n'en définissait pas le véhicule juridique.

Lors de la remise de leur rapport définitif en février 2016, entre le vote de la loi et la publication des premiers décrets d'application, la mission préfiguratrice des GHT constatant que « *la fonction achat n'est pas une notion qui existe dans le cadre juridique en vigueur* », préconisaient à nouveau « *de profiter des décrets d'application pour préciser le périmètre englobé* ». Ils considéraient que cette notion devait « *englober l'intégralité de la chaîne de l'achat* :

- ◆ *tant en termes de missions : depuis la définition d'une stratégie d'achat, jusqu'aux approvisionnements, en passant par la passation des marchés et le suivi de leur mise en œuvre,*
- ◆ *qu'en termes de segments d'achat : l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement* »¹⁹

Ils convenaient néanmoins que les établissements partie pourraient exécuter certains marchés.

Ces recommandations furent suivies, dans un premier temps, par le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT²⁰. La section 4 du décret, consacrée aux missions mutualisées, disposait que la fonction achats comprenait les missions suivantes :

- ◆ « *L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et investissement,*
- ◆ *La planification et la passation des marchés,*
- ◆ *Le contrôle de gestion des achats,*
- ◆ *Le contrôle de gestion des achats,*
- ◆ *Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques* ».

Ce premier décret, en reprenant la perspective très intégratrice préconisée par les auteurs de la mission de préfiguration, suscita de nombreux débats : « *une partie des établissements vit la mutualisation de la fonction achat comme une dépossession* »²¹.

¹⁸ J. Hubert, F. Martineau, Mission Groupement Hospitalier de Territoire, rapport intermédiaire, mai 2015

¹⁹ J. Hubert, F. Martineau, Mission Groupement Hospitalier de Territoire, rapport final, février 2016

²⁰ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

²¹ A. DURRLEMAN, Président de la 6e Chambre de la Cour des Comptes lors de son audition devant la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), le 12 octobre 2017

Ces débats amenèrent la DGOS à publier un deuxième décret, le 2 mai 2017, corrigeant le premier, suivi d'une instruction interministérielle le 4 mai 2017, et d'un guide ministériel d'accompagnement méthodologique de la mutualisation des achats.

En vertu de l'article R. 6132-162009 du code de la santé publique (CSP), « *l'établissement-support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics* ».

Alors que le décret de 2016 prévoyait que l'approvisionnement faisait partie de la fonction achat, transférée dans son ensemble, la phase de préparation du marché correspondant à l'identification des besoins relève désormais de l'établissement partie.

3.5.2. Pour renforcer l'efficacité des EPS, il convient de mutualiser les compétences expertes au niveau des GHT, soit la première intention du législateur

La dernière évolution réglementaire (cf. *supra*) ôte une grande partie de l'intérêt du transfert de la fonction achat, qui est réduite à la portion congrue de la phase, technique, de lancement et de passation des marchés.

L'effet principal d'une mutualisation de la fonction achat consiste à réinterroger les besoins exprimés par les prescripteurs et à activer les marchés fournisseurs, par le biais du *sourcing*. La phase de passation ne représente pas un enjeu majeur en matière d'efficacité.

La réelle plus-value de la professionnalisation de la fonction achat tient en effet à la capacité, en amont du lancement de la procédure, à décomposer les coûts, à analyser les leviers de réduction des coûts, le panel fournisseur, le besoin, le marché, pour définir des options stratégiques puis le dossier de consultation.

Or, aux termes du décret de 2017, toutes ces phases amont de la procédure achat doivent en théorie être prises en charge par les établissements partie, alors que la réforme visait à professionnaliser la fonction en mutualisant les compétences expertes au niveau du GHT.

Par ailleurs, en laissant aux établissements partie le soin d'exécuter les marchés, le décret d'application ne répondait pas non plus à un objectif d'efficacité dans la gestion des ressources humaines. La DGOS, en réponse aux questions de la mission, convient d'ailleurs que le maintien d'acheteurs au sein des établissements partie explique sans doute largement le succès mitigé de cette mutualisation et ce, alors même que les enjeux sont majeurs sur le plan budgétaire.

Cette modification opérée par le pouvoir réglementaire amène la Cour des comptes à qualifier ce transfert de « *démembrement de la fonction achat* »²², soit une décomposition des attributions d'une fonction qui en entame la cohérence. **Ces dispositions, écrivait la Cour des comptes, « apparaissent en net retrait par rapport à l'ambition initiale de la loi. Au lieu d'unifier et de simplifier le processus achat des divers établissements, certaines étapes en seront au contraire rendues plus complexes, techniquement et juridiquement ».**

Dans les faits, la procédure est d'autant plus complexe et plus floue que, si tous les types de marchés sont transférés au premier euro, les autres catégories de contrat sont *a priori* exclues du transfert obligatoire, et que l'établissement partie est responsable de l'exécution des marchés, à l'exception de leurs avenants.

²² Cour des comptes, Les achats hospitaliers, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, juin 2017.

On comprend que le rapporteur de la mission sénatoriale sur le sujet, le député J. Carlier, ait pu conclure que « *l'on était loin de la simplification* »²³.

En pratique, on peut se demander si les objectifs que la DGOS s'assigne dans la nouvelle feuille de route PHARE, notamment « *la mutualisation des fonctions achat pour ceux qui ne l'aurait accomplie que partiellement ou ne se seraient pas encore lancés* » sont réalisables dans le cadre réglementaire actuel.

Neuf ans après le vote de la loi, on constate que la mise en œuvre est imparfaite. Il faut revenir à l'intention du législateur et modifier le décret de mai 2017, pour retrouver à une vision plus intégrée nullement contradictoire avec le texte de loi. L'intégration des achats au niveau du GHT ne sera pas non plus complète tant que demeurera, telle que le prévoit l'instruction interministérielle du mai 2017, la liberté pour les établissements partie du GHT de continuer à bénéficier d'un groupement de commande préexistant à la création des GHT.

Un nouveau décret pourrait être accompagné d'une instruction qui indiquerait que l'ensemble des segments d'achat doivent être pris en compte dans une stratégie d'achat : non seulement les achats hôteliers, qui ne constituent qu'une part congrue des achats réalisés, mais aussi les achats de médicaments réalisés par les PUI et les investissements, qu'il s'agisse de maintenance, ou de construction. D'autres constats ont été fait depuis :

- ◆ L'ANAP a constaté, lors de ses 360, que cette intégration était loin d'être effective, les directions achats se concentrant encore trop souvent sur les seuls services hôteliers ;
- ◆ L'IGAS l'a également constaté en 2023 lors d'un T0 mené en 2022 pour un CHRU du centre de la France, où la direction des achats ne gérait ni les achats de travaux, gérés par la direction des travaux, ni les achats de biologie et de pharmacie, gérés par la direction des plateaux médicotecniques, ni les achats d'informatique, gérés par la direction de l'informatique ;
- ◆ Un constat similaire était réalisé en 2023 lors du T0 d'un CHRU de l'Est de la France, où coexistaient trois pôles acheteurs : la direction de la logistique et des achats, le pôle pharmacie, et la direction du patrimoine, des investissements médicaux et de la sécurité qui gérait les marchés de travaux et les achats des laboratoires ;

A contrario, la démarche des Hospices Civils de Lyon (HCL) mérite d'être mise en avant. Les HCL ont créé dès 2011 une direction qui est devenue l'unique entité acheteuse. Elle a d'abord servi les HCL, puis le GHT Val Rhône Centre, qui comprend neuf établissements, notamment les CH de Givors et de Vienne, pour un volume d'achat de 950 M€ annuels (727 M€ en exploitation et 113 M€ en investissements). Les HCL assument une intégration complète de la fonction achat, dans toutes ses dimensions et pour tous ses segments, y compris les investissements immobiliers, avec une logique puissante de séparation entre acheteurs et responsabilité budgétaire²⁴.

A l'échelle des GHT, une recommandation pourrait porter sur la généralisation de systèmes d'information « achat » au niveau des GHT.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 disposait que les systèmes d'information (SI) des EPS devaient avoir convergé avant 2021. Malgré les efforts de la DGOS, qui promeut, au travers du programme SEMAPHORE, la mise en place d'outils modernes et mutualisés, ce n'est pas systématiquement le cas.

23 Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux d'une mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la politique d'achat des hôpitaux (M. Jean-Carles Grelier), n° 2496

24 Dès 2017, la Cour des comptes observait que la performance de la fonction achat aux HCL pouvait être corrélée au choix de recruter des acheteurs professionnels. A contrario, elle constatait que les lacunes persistantes de l'AP-HM n'étaient pas sans lien avec le choix fait par cet établissement de pourvoir l'ensemble des postes de la direction en charge des achats hôteliers et généraux en interne, avec un niveau de qualification « adjoint des cadres » ou équivalent.

L'IGAS a pu constater, lors du premier T0 réalisé en 2022 pour un CHRU du centre de la France, que coexistaient à l'échelle d'un GHT dont l'établissement support est un CHRU quatre applications de gestion économique et financière. En 2020, lors d'un autre T0, mené pour un CHRU de l'est de la France, elle constatait que le suivi du plan d'action achat de territoire (PAAT), la planification et le suivi des marchés étaient réalisés à partir de fichiers Excel.

Pour apprécier la réalité de la mutualisation réalisée au niveau des GHT, la DGOS doit conduire une enquête annuelle permettant de connaître :

- ◆ le nombre de GHT ayant un PAAT à jour ;
- ◆ le nombre de GHT ayant une direction des achats commune ;
- ◆ le nombre de GHT ayant un SI achat commun ;
- ◆ le nombre de GHT où la fonction achat comprend non seulement les prestations hôtelières, mais l'ensemble des achats, dont la pharmacie et les travaux.

Cette enquête pourrait être complétée par une enquête plus ciblée, au sein d'un échantillon de GHT, afin de déterminer des écarts de prix en « produits traceurs » comme l'avait fait la Cour des comptes en 2017.

Si elle est menée à son terme, la mutualisation de la fonction achat emportera des conséquences sur les autres niveaux d'intermédiation. La place des groupements d'achats régionaux, que la DGOS a promu et financé pour rationaliser les 160 types de groupements de commande recensés en 2018, pourrait être requestionnée. Ces groupements d'achat régionaux ne semblent, en effet, pas faire l'objet d'un consensus, ce que la mission a pu constater en échangeant sur ce sujet avec la conférence des DG de CHRU.

L'intégration de la fonction achat au niveau des GHT, si elle était menée à bien, serait donc un progrès, mais ne réglerait pas totalement la question de la dispersion et de l'éclatement de l'achat hospitalier. Pour les achats qui sont réalisés sur un marché concurrentiel, comme les achats de médicaments, le sujet demeure. Il ne serait pas inopportun de renouer avec la démarche initiée en 2016, qui visait à faire du GHT un groupement de commande achetant en propre des biens et services à dimension locale, et à inciter les GHT à passer par des acteurs nationaux pour les achats de biens ou de services réalisés sur des marchés mondialisés, comme les médicaments ou certaines prestations de services (progiciels par exemple).

3.6. L'évolution récente des coûts des médicaments invite urgemment à repenser son dispositif d'achat

Depuis plus de 20 ans, l'augmentation du coût des médicaments constitue la principale augmentation de charges pour les EPS. Les ventes de médicaments de la liste des spécialités financées en sus des prestations d'hospitalisation sont particulièrement dynamiques : à 6,7 Md€ en 2023, elles ont connu une pression de +12 % en un an. Par ailleurs, ces augmentations sont concentrées sur un petit nombre de références, puisque plus de 65 % de la dépense totale de la liste en sus est due à dix spécialités²⁵. Au-delà d'une gestion plus dynamique de la liste en sus, pour laquelle un moratoire avait été décidé en 2024, une réflexion sur les possibilités de renforcer le pouvoir de marchés des EPS semble nécessaire.

²⁵ Comité économique des produits de santé, rapport 2023

Au regard d'autres pays de l'OCDE, l'achat de médicaments pour les établissements publics de santé français semble extrêmement dispersé. La France ne fait pas, à ce stade, le choix de la massification des achats sur le plan national pour en diminuer le coût. En effet, au-delà des acteurs nationaux, les plus grands établissements de santé sont eux-mêmes des acteurs majeurs de l'achat de médicaments²⁶ et les 135 GHT peuvent acheter des médicaments sans passer par une centrale d'achat ou un groupement de commande national.

Une comparaison internationale permet de distinguer deux modèles :

- ◆ **l'achat des médicaments destinés aux hôpitaux publics par une structure nationale, sans lien avec le secteur de ville ;**
- ◆ **la négociation des tarifs des médicaments destinés aux hôpitaux par une institution dédiée, en lien avec les institutions de protection sociale, à la fois pour l'hôpital et pour le secteur libéral.**

Le Danemark, la Norvège et l'Angleterre appartiennent au premier groupe.

Au Danemark, une organisation publique, Amgros, achète les médicaments pour l'ensemble des hôpitaux publics. Comme les hôpitaux danois sont gérés par les Régions, Amgros est une structure détenue par les régions. Jusqu'en 1990, chacune d'entre elles gérait ses propres achats de médicaments : elles ont alors décidé de créer une centrale d'achat en commun. Amgros est capable de s'engager auprès des laboratoires sur des volumes, ce que les centrales d'achat ou groupements de commandes français ne peuvent pas faire. Amgros écrit qu'elle a fait faire, en 2024, une économie de 1,26 Md€ aux hôpitaux danois grâce à ses négociations avec les laboratoires pharmaceutiques. Cette économie de 48 % est calculée en comparant le prix catalogue et le prix d'achat réel pour l'hôpital.

Considérant que les marchés des pays nordiques sont des marchés étroits, et qu'ils connaissent les mêmes difficultés (augmentation des dépenses de médicaments lié au vieillissement de la population, coût toujours croissant des traitements les plus onéreux) Amgros a également pris l'initiative de créer un Forum Pharmaceutique Scandinave, avec la Norvège, la Suède, l'Islande et la Finlande. Le premier objectif de ce forum consiste à partager des informations sur la valeur thérapeutique, la plus-value, et la valeur acceptable des médicaments. Dans le cadre de ce forum, Amgros a également mis en place un partenariat renforcé avec la Norvège, depuis 2018, pour organiser des négociations communes sur certains médicaments.

En Norvège, le Sykehusinnkjøp HF, ou Service d'approvisionnement des hôpitaux norvégiens, intervient de façon centralisée, pour le compte des régions, qui financent elles-mêmes les hôpitaux, sur l'ensemble des segments d'achat : numérique, travaux, médicaments et dispositifs médicaux, prestations hôtelières. Le service assure également des prestations de conseil, notamment dans le domaine des RH, des affaires juridiques, du numérique, pour les hôpitaux norvégiens. Il indique avoir acheté pour 1,89 Md€ de biens et de services en 2024, pour lesquels une économie de 150 M€ aurait été réalisée.

Le NHS, **en Angleterre**, a également opéré une centralisation importante de ses achats, qui ne sont plus réalisés que par quatre centrales, dont trois territorialisées (Londres, Nord et Est de l'Angleterre).

Le Canada appartient au second groupe.

Le Canada, de son côté, a fait le choix de massifier ses achats de médicaments, mais sans opérer de distinction entre l'hôpital et le secteur de ville, par le biais de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne. Cette alliance négocie et achète les médicaments, pour le compte des régimes d'assurance médicaments des provinces canadiennes et pour les régimes fédéraux.

²⁶ L'AP-HP a acheté pour 1 382 M€ de médicaments en 2024, selon le n°51 du bulletin de la COMEDIMS, les HCL pour 474 M€ de produits de santé en 2024.

Annexe XII

Créée en 2010 et élargie depuis 2016 à l'ensemble des provinces et du régime d'assurance médicament fédéral, l'APP, qui est désormais une société indépendante, a pour mandat de mener des négociations collectives éclairées par des experts.

D'après son tableau de bord de juin 2025, avec une équipe de 27 personnes, elle estime avoir réalisé des économies globales, en 2024-2025, de 2,49 Md€ sur une année pour les médicaments de marque et de 590 M€ pour les médicaments génériques.

Ces économies semblent importantes, comparées aux 842 M€ d'économies (dont 611 M€ relatives à l'Ondam ville) réalisées en 2023, par exemple, par le comité économique des produits de santé (CEPS)²⁷.

Le modèle canadien est, dans les faits, assez proche de celui que prônait la Cour des comptes en 2017. La Cour des comptes préconisait en effet de passer du régime actuel, de liberté des prix encadrée, à une tarification par le CEPS (hors ceux sous autorisation temporaire d'utilisation), ce qui selon elle aurait présenté plusieurs avantages :

- ◆ une réduction des asymétries entre acheteurs et vendeurs par une négociation unique centralisée ;
- ◆ un allègement substantiel des procédures d'achat pour les hôpitaux, puisque ceux-ci n'auraient plus qu'à acheter une quantité et à négocier un délai de livraison, le prix étant fixé par le CEPS.

Les acheteurs hospitaliers, écrivait la Cour, *« ne disposent pas, le plus souvent, des outils pour mesurer l'état du marché pharmaceutique, les stratégies des entreprises pharmaceutiques, les conditions obtenues par les autres établissements »*, conditions qui peuvent être extra-tarifaires.

« Le retour à un prix « agréé pour les collectivités » [poursuivait la Cour des comptes] comme cela a longtemps existé, permettrait de faire bénéficier l'ensemble des établissements de meilleurs prix mais aussi de recentrer la politique d'achats des GHT sur d'autres segments qui concentrent moins d'efforts alors que les enjeux d'économies peuvent être significatifs. »

Elle recommandait donc *« d'examiner les conditions d'un élargissement des attributions du CEPS dans la fixation des prix des médicaments hospitaliers »*²⁸.

Les deux branches de l'alternative sont donc les suivantes :

- ◆ soit regrouper progressivement le nombre d'acheteurs hospitaliers de médicaments, et notamment de thérapies innovantes, autour de 3 ou 4 centrales, en s'appuyant sur les acteurs nationaux existants et sur les plus grands établissements de santé, notamment l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) de l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) et les HCL ;
- ◆ soit revenir à une sorte de prix « agréé pour les collectivités » en élargissant les attributions du CEPS, qui assureraient les missions de l'Alliance Pharmaceutique pancanadienne.

Quel que soit le choix retenu, il conviendrait de s'inscrire, comme cela avait été préconisé en 2023 par la Mission « régulation des produits de santé », dans une dynamique européenne. Les auteurs faisaient le constat, sévère, que le poids relatif de la France (inférieur à 3 % en moyenne), ainsi que son niveau des prix bas la mettaient en situation défavorable dans les négociations sur les thérapies innovantes.

27 Rapport d'activité 2023 du Comité économique des produits de santé

28 Cour des Comptes, La fixation des prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, septembre 2017

Ils recommandaient donc de créer, à l'initiative de la France, une sélection de molécules innovantes – ces produits, écrivaient-ils, pourraient correspondre à des maladies rares et à des produits avec des traitements supérieurs à 20 000€ par patient – pour lesquels seraient testés des procédures de négociation communes. Pour les auteurs, ces pays pourraient être l'Allemagne, l'Espagne et les pays de l'initiative « Beneluxa » qui ont déjà un mécanisme commun depuis 2015 (Pays-Bas et Belgique, rejoints par le Luxembourg, l'Autriche et l'Irlande)²⁹.

3.7. Un meilleur référencement des dispositifs médicaux, à toutes les échelles, pourrait permettre de réaliser des gains d'achat importants.

Les dispositifs médicaux et biomédicaux représentaient 8,5 Md€ en 2023. Les demandes sont souvent liées aux pratiques médicales des équipes, ce qui conduit les établissements à acheter directement plutôt que dans un cadre mutualisé.

Les entretiens réalisés avec les communautés hospitalières, notamment au Havre, nous ont montré que ce lien avec la pratique médicale freinait le resserrement des références, qui permet pourtant de massifier les achats et de réaliser des gains d'efficacité. La mission IGAS-IGF portant sur les dispositifs médicaux rapportait le même constat : « *selon l'agence générale des équipements et des produits de santé (AGEPS) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les gains sur achats liés à la standardisation des produits sont longs et difficiles à obtenir des équipes, en particulier sur les produits de la liste en sus* »³⁰.

De fait, les gains sur achats réalisés sur les dispositifs médicaux, d'après le programme Phare, sont systématiquement inférieurs aux autres produits de santé.

Ces deux constats plaident pour un resserrement des références autour de produits plus standardisés.

Les groupes de cliniques privées ont réalisé ce resserrement de référence depuis longtemps. Le rapport de la Cour des comptes de 2017 sur les achats hospitaliers fait référence au travail mené par Ramsay sur ce sujet. Le groupe a engagé ce travail en s'appuyant sur un comité d'évaluation médicale interne qui élabore des recommandations de bonnes pratiques à l'échelle du groupe. Cette politique a permis de passer de 71 références de kit de césariennes à 2. Le groupe indiquait alors à la Cour des comptes avoir divisé par quatre son nombre de références en quelques années.

Le groupe Elsan, auditionné par la mission, lui a indiqué qu'il menait un travail similaire et que les praticiens étaient amenés à se justifier lorsque le taux de non-conformité à la liste de référence de dispositifs médicaux était trop élevé.

29 A. Audier, C.Biot, F. Collet, AA. Epis de Fleurian, M. Leo, M. Lignot Leloup, Rapport de la Mission Régulation des produits de santé, Pour un « New Deal » garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé, Mesure E.12 – Tester la négociation concertée de prix de (3-5) sur une variété de produits avec plusieurs pays européens, août 2023.

30 F. Auvigne, B. Kerhuel, E. Blaison, K. Jodogne-Del Litto, N. Rousseau, L. Gratioux, G. Turan-Pelletier, Revue de dépense sur les dispositifs médicaux, rapport conjoint IGAS-IGF, mars 2024

Annexe XII

Ce travail pourrait, dans un premier temps, être mené à l'échelle des GHT, en créant des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) de groupe, mais pourrait également être mené au plan national, en s'appuyant sur l'expertise des acteurs nationaux³¹. Les auteurs du rapport de préfiguration des GHT voyaient d'ailleurs dans la mutualisation de la fonction achat une façon de rapprocher les pratiques des soignants.

Ce resserrement des références pourrait également être mis en œuvre au niveau national par le biais de la procédure de référencement sélectif. Introduit par la LFSS 2020, cette procédure permet d'admettre au remboursement, pour une catégorie homogène de produits, un nombre limité de références. Cette procédure permettrait de mettre en concurrence les différents fabricants pour obtenir le prix le plus bas. Comme le notait en 2024 la mission IGAS-IGF portant sur les dispositifs médicaux, « *une expérimentation de référencement sélectif pourrait être envisagée pour les dispositifs médicaux qui répondent à la double caractéristique d'une comparabilité importante d'un marché internationalisé* ».

³¹ Cela rejoint la recommandation formulée en 2017 par la Cour des comptes : « confier aux instances médicales du GHT les missions relatives à l'élaboration du référentiel des médicaments et des dispositifs médicaux, dans un objectif d'harmonisation des pratiques, de resserrement des livrets thérapeutiques à l'échelle du groupement et d'accélération de la mutualisation des achats (ministère de la santé, ARS, établissements) ».

4. Fiche Imagerie

4.1. L'activité d'imagerie est en forte croissance

4.1.1. Un nombre d'équipements initialement inférieur aux autres pays développés mais en forte croissance depuis quelques années

Le nombre d'équipements lourds d'imagerie installés en France s'est fortement accru au cours des dernières années : 1 312 IRM et 1 432 scanners sont installés en janvier 2024, respectivement en hausse de 31 % et de 20 % entre 2019 et 2024.

Le taux d'équipement français reste pourtant relativement bas par rapport aux pays comparables. Mais l'utilisation beaucoup plus intensive des équipements installés conduit à des taux de recours à l'imagerie comparables³².

La croissance de l'équipement devrait se poursuivre à un rythme élevé. La réforme des autorisations supprime les autorisations unitaires d'équipement et permet à chaque site autorisé d'aller jusqu'à trois machines sans autorisation spécifique. L'analyse des projets régionaux de santé (PRS) 3 adoptés par les ARS depuis la réforme est difficile à interpréter car les autorisations d'implantations ne distinguent plus scanner et IRM. Néanmoins, on constate entre 1 345 (borne basse) et 1 470 (borne haute) autorisations d'implantation contre 1 141 et 1 019 implantations respectivement pour les scanner et les IRM. En appliquant le plafond de trois machines par implantation, on obtient entre 4 035 et 4 410 machines potentiellement autorisées contre 2 891 précédemment soit une hausse potentielle comprise entre +40 % et de plus de +50% sur la période du PRS 3.

Le parc d'équipements est cependant mal réparti. La densité varie fortement entre départements dans un rapport de 1 à 4 pour les scanners et de 1 à 8 pour les IRM. Bien que moins importants, les écarts de taux de recours standardisés suivant les territoires sont très élevés : les taux de recours standardisé sont différents entre les territoires. La consommation en examens de scanner et en IRM pour 100 000 habitants en lissant la structure de la population en âge et en sexe varie du simple au double pour les scanner et plus du double pour les IRM³³.

³² IGAS/IGF Pertinence et efficience des dépenses de radiologie – juillet 2025 - La France avait historiquement un parc d'équipements lourds moins dense que d'autres pays comparables. Si la densité d'équipements médicaux lourds augmente en France, cette tendance est partagée entre les pays comparables. Dès lors, la densité des équipements demeure inférieure en France par rapport aux pays comparables. Cependant les équipements français sont utilisés de manière plus intensive qu'au sein d'autres pays comparables : 366 examens sont réalisés pour 1 000 habitants en 2021, ce qui fait de la France le quatrième pays avec le plus d'examen d'imagerie en coupe par habitant derrière les États-Unis, le Luxembourg et la Corée.

³³ Ibid.

4.1.2. Malgré les coopérations, une forte concurrence entre l'hôpital public et le secteur privé

Selon l'exploitation de la base Finess par la mission IGAS/IGF sur l'imagerie médicale³⁴ 52 % des 1 032 établissements de santé détenant une autorisation pour au moins un équipement lourd de radiologie (scanner ou IRM) en décembre 2024 étaient des structures privées (essentiellement à but lucratif). 26 % seulement étaient des centres hospitaliers (hôpitaux, CH, CHU, CHR, CHRU, CHI et CHD, GHT). Le reste des autorisations étaient détenues par des structures de coopération (groupements d'intérêt économique ou groupements de coopération sanitaire)³⁵. La part du privé est particulièrement forte pour les IRM avec cependant une forte hétérogénéité de la répartition entre les régions. La part des équipements privés est plus importante dans les départements les plus densément peuplés, sachant que les écarts d'équipement par département sont très importants (1 à 4 pour les scanner et 1 à 8 pour les IRM).

Tableau 1 : Répartition des équipements par statut (France métropolitaine)

Part scanners publics	Part scanners ESPIC	Part scanners privés	Part scanners Publics-privés	Part IRM publics	Part IRM ESPIC	Part IRM privés	Part IRM Publics-privés
42,7 %	6,7 %	39,8 %	10,8 %	28,3 %	7,2 %	41,6 %	22,9 %

Source : Données 2025 issues de l'enquête menée auprès des ARS – mission IGAS/IGF Pertinence et efficacité des dépenses de radiologie – juillet 2025

La part du privé pourrait encore augmenter dans les prochaines années. La réforme des autorisations substitue une autorisation par machine par une autorisation par activité avec la possibilité d'aller jusqu'à 3 machines par autorisation. L'impact de cette réforme sur le partage public/privé n'est pas connu à ce stade mais il existe des craintes qu'elle accélère encore la croissance du secteur privé³⁶.

Or l'imagerie n'est pas seulement un outil de diagnostic. Elle est également un outil permettant l'entrée dans un parcours de soins. Elle représente donc un enjeu stratégique pour les établissements qui dépasse la seule rentabilité financière de l'outil d'imagerie. A titre d'exemple, le désinvestissement du secteur public dans les mammographes³⁷ peut conduire à une perte de parts de marché sur les cancers du sein.

³⁴ Ibid.

³⁵ L'imagerie médicale est sans doute l'une des spécialités dans lesquelles les coopérations se sont le plus développées. Elles apparaissent comme un moyen de répondre à la pénurie de praticiens dans le secteur des établissements ex-DG et de mutualiser l'investissement.

Deux grands types de coopérations peuvent être distingués :

- les coopérations conventionnelles qui relèvent de la liberté contractuelle sont, par définition, difficiles à identifier et sans doute hétérogènes dans leur contenu ; elles ne font l'objet d'aucun recensement particulier ; elles existent en imagerie, notamment pour permettre aux radiologues libéraux d'accéder aux EML ;
- les coopérations institutionnalisées donnent lieu à la création d'une personne morale, sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE). Elles permettent également la mise en commun de moyens.

Or, ces coopérations ne sont pas toujours équilibrées, comme le notent certaines chambres régionales des comptes. La délivrance d'autorisations à des structures de coopération ne garantit donc pas une utilisation adéquate des équipements.

³⁶ La réforme du financement des produits de contraste qui consiste à tarifier au même niveau avec ou sans produits de contraste pourrait également avoir un impact sur le partage public/privé avec un déport du privé pour les examens avec produit de contraste.

³⁷ L'offre de mammographie est à 81 % privée en France

4.2. Une activité *a priori* rentable pour les établissements publics de santé

4.2.1. Une activité imagerie rentable

Les travaux de la mission IGAS/IGF sur l'imagerie³⁸ ont permis d'estimer la rentabilité de l'activité d'imagerie pour les établissements publics³⁹. Selon la mission, les recettes liées à l'imagerie médicale (imagerie, échographie, forfaits techniques) ont représenté un total de 1,6 Md€ facturés sur les actes et consultations externes (ACE)⁴⁰. Ces seules recettes ACE⁴¹, qui n'incluent pas les recettes liées aux séjours en hospitalisation complète⁴², couvrent à elles seules l'essentiel du total des charges liées à l'imagerie, que la mission évalue en 2022 à 1,79 Md€ pour un effectif de 17 000 ETP rémunérés.

Le mode de financement incite les établissements à développer l'activité externe, voire l'activité libérale de leurs praticiens hospitaliers. Pour autant cette incitation financière à l'activité externe peut avoir des effets pervers sur l'efficacité globale de l'établissement si elle conduit à rallonger le temps d'accès aux équipements pour les malades hospitalisés, avec un risque d'augmentation des durées de séjour hospitalier.

4.3. Des gains de productivité réguliers

Selon les données exploitées par la mission IGAS/IGF sur l'imagerie⁴³, les charges ont évolué de façon contenue entre 2015 et 2019 (+ 4,2 %), moins que l'activité (+ 9,1 %), traduisant des gains de productivité physique (moins de moyens en volume mobilisés pour un volume de production donné) et/ou de productivité coût (les moyens mobilisés sont moins coûteux). Les coûts augmentent de 13,4 % entre 2019 et 2021, dans un contexte d'activité stable : cette hausse doit être imputée aux augmentations salariales dans le cadre du Ségur de la santé.

Tableau 4 : Evolution de l'indice de coût unitaire en imagerie (Coût par unité d'œuvre) – mode de gestion interne (hors groupement et sous-traitance)

	2016	2018	2019	2021	2022
CHU	1,72	1,60	1,58	1,92	1,94
CH	1,53	1,53	1,53	1,71	1,78

Source : Données ATIH, retraitement comptable.

³⁸ IGAS/IGF Pertinence et efficacité des dépenses de radiologie – juillet 2025

³⁹ La mission a mobilisé le retraitement comptable de l'ATIH qui permet de disposer de données de coûts, de production d'activités (en unités d'œuvre) et d'équivalents temps plein rémunérés. En 2022, l'ATIH a ainsi travaillé les données sur 997 établissements sur 1 277, soit 78 % des établissements. Le taux de couverture est de 84 % pour les CHU, 75 % pour les CH, 94 % pour les CLCC, 82 % pour les établissements à but non lucratif (EBNL). En pondérant les établissements par leurs recettes, le taux de couverture est de 89 % pour les CHU, 85 % pour les CH, 96 % pour les CLCC et 86 % pour les EBNL. À défaut de connaître la valeur absolue de l'activité et des charges d'imagerie hospitalière (en raison des limites des données de l'ATIH, cf. supra), cette méthode permet de mesurer son évolution, en supposant que l'évolution de l'échantillon présent sur deux années successives soit représentative.

⁴⁰ dont 47 % au titre des forfaits techniques, 31 % au titre des actes d'imagerie et 22 % au titre d'échographies

⁴¹ 60% de l'activité sur le scanner et 80% sur les irm

⁴² les actes de radiologie réalisés dans le cadre d'une hospitalisation sont couverts au sein des groupes homogènes de séjour (GHS) et ne donnent pas lieu à facturation en propre ;

depuis 2023, les actes de radiologie réalisés dans le cadre de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation donnent lieu à un supplément imagerie, appauvrissant la traçabilité de ces actes. En effet, deux suppléments imagerie sont déclarés par les urgences, SIM pour la radiographie ou l'échographie et SIC pour l'imagerie en coupe, mais sans précision des actes réalisés.

⁴³ IGAS/IGF Pertinence et efficacité des dépenses de radiologie – juillet 2025

Malgré cette augmentation des coûts salariaux la productivité aurait continué à augmenter sur la période. Selon la conférence des DG de CHU, le ratio ETP médical par unité d'œuvre et le ratio ETP non médical par unité d'œuvre aurait diminué respectivement de 6 % et 3 % entre 2019 et 2023 pour l'imagerie internalisée des CHU.

4.4. Une activité marquée par des problèmes RH et des difficultés d'organisation territoriale

Si la radiologie est une spécialité médicale attractive, la plus grande partie des radiologues exerce en libéral et les hôpitaux publics rencontrent des difficultés importantes de recrutement. Selon la mission IGAS/IGF sur l'imagerie⁴⁴, dans le champ hospitalier, la radiologie est caractérisée par un taux de vacance des postes important⁴⁵ : il atteint 48,5 % au 1er janvier 2024, pour une moyenne de 35 % toutes spécialités confondues. Ce taux de vacance a crû sur le long terme, passant de 36,1 % en 2009 à 49,3 % en 2023, avant de légèrement refluer entre 2023 et 2024.

Ces difficultés sont notamment liées aux écarts de rémunération entre les radiologues hospitaliers et libéraux⁴⁶. Des tensions similaires existent pour la profession des manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM). Ces difficultés RH mettent certains établissements publics en grande difficulté pour assurer la continuité de leur activité d'imagerie, conduisent à un recours parfois important à la téléradiologie (cf. *infra*) et rendent d'autant plus nécessaires les coopérations territoriales.

4.5. Les principaux enjeux d'efficience

Même si l'activité d'imagerie est rentable pour les établissements publics, elle n'en constitue pas moins une source potentielle pour des gains d'efficience, dont la réalisation permettrait également de répondre aux enjeux d'accès, de qualité et de pertinence de l'imagerie. On s'intéressera ici à l'efficience de l'activité d'imagerie elle-même. Néanmoins, les marges d'amélioration de l'efficience en imagerie sont indissociables de la recherche de l'efficience hospitalière globale.

L'imagerie doit être au service du raccourcissement des séjours hospitaliers, de la pertinence des indications chirurgicales ou d'imagerie interventionnelle, de la puissance de la recherche dans les CHU, enjeux qui ne seront pas examinés dans cette fiche.

⁴⁴ IGAS/IGF Pertinence et efficience des dépenses de radiologie – juillet 2025

⁴⁵ Ce taux de vacance, fourni par le centre national de gestion, est à considérer avec précaution. Tout d'abord, les postes vacants peuvent être occupés par des praticiens contractuels, que le CNG ne peut suivre dans ses analyses statistiques. Les données du CNG présentent donc un taux de vacance statutaire et non un taux de vacance réelle. En outre, ces données constituent une photographie à un moment donné et le nombre de postes vacants peut fortement varier selon le moment de production de la statistique.

⁴⁶ La mission IGAS/IGF Pertinence et efficience des dépenses de radiologie estime que la rémunération statutaire moyenne des praticiens hospitaliers serait comprise entre 97 515 € et 103 515 €, soit 50 % à 53 % de la rémunération libérale moyenne

4.5.1. L'optimisation de l'utilisation des équipements

Comme pour tous les équipements lourds, le principal enjeu d'efficacité consiste dans l'utilisation optimale, c'est-à-dire maximale, des appareils sur des besoins d'examen pertinents. Cette question renvoie principalement à l'étendue de la disponibilité des machines et des équipes RH nécessaires pour les faire tourner, à la régularité et la fluidité du flux des patients et à la brièveté du temps passé au sein de l'équipement. On est donc là à la fois sur des questions RH et d'organisation, y compris territoriale (la téléradiologie ouvrant des flexibilités importantes), qui sont majeures⁴⁷.

4.5.1.1. Les déterminants de l'utilisation optimale dépendent principalement de l'organisation

Même s'il n'y a pas de référentiel opposable, les cibles habituelles d'utilisation correspondent à une mobilisation des équipements lourds sur 12h (hors besoins 24h pour les urgences) et un rythme de consultation lié aux temps machine habituels (un scanner toutes les 10 à 15 minutes, trois à quatre IRM par heure). Ces temps machines correspondent à des moyennes qui dépendent des caractéristiques des patients (temps beaucoup plus court pour un patient jeune et valide que pour un enfant ou un patient âgé et dépendant par ex...). Ils doivent intégrer le risque d'annulation de rendez-vous. Ils dépendent également de la filière de soins concernée. Le lien entre rythme de consultation et temps machine est moins évident dans certaines filières de soins comme la cancérologie qui peuvent nécessiter un temps d'interprétation plus long.

L'innovation a un impact sur le rythme des consultations. Les impacts de l'IA sur le travail des radiologues sont importants à la fois comme aide à la lecture et l'interprétation qui se développe rapidement et pour la confection des comptes-rendus d'examen.

L'optimisation de l'utilisation du temps machine conditionne l'activité et les recettes. La bonne organisation du flux patient impacte la mobilisation RH de manipulateurs et donc les charges. Un seul manipulateur peut gérer un flux de patients valides pour des examens sans injection de produit de contraste alors qu'il en faut deux pour un flux de patients plus complexes et des examens avec injection.

L'optimisation du service imagerie va donc dépendre de la qualité de l'organisation et de la programmation des flux. Dans ses évaluations, l'ANAP insiste sur l'importance de la gouvernance et du pilotage des services. La raréfaction de la ressource en radiologues dans les établissements publics et le recours accru aux plateformes de téléradiologie (cf infra) a pu fragiliser ces gouvernances.

⁴⁷ Dans ses rapports de 2016 et 2022 sur l'imagerie, la Cour des comptes rappelle que la problématique de l'organisation des soins ne se pose pas exclusivement en termes d'équipements et de nombre de machines. Aucune corrélation évidente n'apparaît entre délai d'attente et taux d'équipement. Des gains d'efficacité importants résulteraient donc d'une rationalisation de l'organisation des plateaux d'imagerie médicale et d'une meilleure gradation de l'offre. L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico- sociaux (ANAP) a souligné, en 2010, le rôle majeur de l'organisation dans la réduction des délais d'attente.... Les ARS sollicitées par la Cour confirment que l'insuffisance du nombre d'équipements (de même que la faible capacité des établissements publics à investir) apparaît comme un enjeu secondaire par rapport aux questions de ressources humaines médicales et d'organisation. Ainsi, l'installation de machines ne garantit pas leur disponibilité.

Annexe XII

4.5.1.2. Des indicateurs de performance qui sont identifiés mais ne sont pas partagés entre les établissements

Le guide des indicateurs de l'ANAP propose une liste pour les services d'imagerie dont les principaux tournent autour des éléments suivants :

- ◆ Taux d'occupation sur les plages ouvertes (normalement ouverture 12h)
- ◆ Indicateurs de reprogrammation par rapport au « no show »
- ◆ Délai de rdv - en les typant par modalité et par filière patient
- ◆ Délai de restitution des CR (normalement urgence 2h sinon 24h ou 48h si avis spécialisé).

	N°	Indicateur	Modalité de calcul
ACTIVITE	1	Nombre d'actes sur la période	Somme des actes réalisés
	2	Nombre de passages par modalité sur la période	Somme des passages réalisés
	3	Nombre d'actes par heure d'ouverture en moyenne (par rapport à l'ouverture des salles)	Nombre d'actes réalisés sur la période divisé par le nombre d'heures de vacation offert
	4	Nombre de passages par heure d'ouverture en moyenne (par rapport à l'ouverture des salles)	Nombre de passages réalisés sur la période divisé par le nombre d'heures de vacation offert
	5	Nombre d'actes par 1/4 d'heure	Somme des actes réalisés sur la période pour chaque 1/4 d'heure de la journée (prise en compte du jalon horaire d'entrée de chaque acte)
	6	Nombre de passages par modalité par 1/4 d'heure	Somme des passages réalisés sur la période pour chaque 1/4 d'heure de la journée (prise en compte du jalon horaire d'entrée du 1er acte de chaque passage)
	7	Nombre d'acte par jour de la semaine hors PDS	Somme des actes réalisés dont le jalon horaire d'entrée est hors des heures de PDS
	8	Nombre d'acte par jour de la semaine sur les plages PDS (dont nuit profonde 0h-6h)	Somme des actes réalisés dont le jalon horaire d'entrée est dans les heures de PDS + zoom sur les actes dont le jalon horaire d'entrée est compris entre 0h et 6h (nuit profonde)
OCCUPATION DES VACATIONS	9	Taux d'ouverture hebdomadaire à la programmation	Rapport entre le temps de vacation offert et le temps effectif de programmation (exclut les plages d'urgence)
	10	Taux de vacances vides	Rapport entre le temps non utilisé des vacances sans acte réalisé et le temps de vacation offert sur la période
	11	Taux d'occupation avec durée par défaut + durées personnalisées	Rapport entre le temps des actes se déroulant au sein d'une vacation et le temps de vacation offert - Prise en compte des durées d'acte par défaut - Prise en compte des durées personnalisées si renseignées
	12	Taux d'occupation par 1/4 d'heure	Pour chaque 1/4h de la journée : somme des durées des actes réalisés sur le 1/4h divisée par 1/4h
	13	Taux de débordement	Rapport entre le temps d'examen <u>programmé réalisé en dehors des vacances</u> et le temps de vacation offert
	14	Taux de programmation	Nombre d'actes programmés, divisé par le nombre d'actes réalisés sur la période
RH	15	Nombre moyen de manipulateur/heure d'ouverture	Somme des manipulateurs présents pour chaque heure de la journée
	16	Adéquation RH / Vacation	Illustration graphique par paquebot des heures de présence de manipulateurs en salle vs les heures de vacances médicales
	17	Adéquation RH (/ Occupation des équipements	Illustration graphique des heures de présence de manipulateurs en salle (orange) VS le nombre de passages par 1/4h (bleu)
STATISTIQUES	18	Typologie des patients	Pourcentages des patients (1 patient =1 demande) en fonction de leur typologie (consultant, urgence, hospitalisé, externe)
	19	Statistique sur l'âge du patient	Pourcentage des patients (1 demande = 1 patient) d'un âge inférieur à X ans ou supérieur à XX ans
	20	Statistique sur la validité du patient	Pourcentages des patients (1 demande = 1 patient) en fonction de leur validité (Valide, Fauteuil, Brancard, Lit)
	21	Répartition des services demandeurs	Somme des actes réalisés pour chaque service demandeur et affichage des 10 services les plus demandeurs avec le nombre d'actes demandés
	22	Les 10 actes les plus fréquents	Somme des actes réalisés pour chaque code CCAM et affichage des 10 actes CCAM les plus réalisés et du nombre d'actes réalisés pour chacun de ces codes CCAM
PERFORMANCE	23	Délai d'attente avant prise en charge	Délai entre l'arrivée dans le service et l'accueil par un manipulateur
	24	Durée de prise en charge par acte	Interrogatoire, habillage, mise en condition, installation, examen, rhabillage, par acte
	25	Durée de prise en charge SUR EQUIPEMENT par acte	Temps sur équipement par acte
	26	Durée de prise en charge administrative	Temps moyen d'enregistrement, vérification de la demande et de la biologie, codage CCAM
	27	Intervalle minimal entre les actes, par équipement	Temps de décontamination des matériels et équipement, par équipement
	28	Délai de consultation des images par le radiologue	Intervalle entre fin d'examen et ouverture de l'examen par le radiologue
	29	Délai de restitution des comptes-rendus	Intervalle entre fin d'examen et mise à disposition par le radiologue d'un compte rendu validé

4.5.1.3. Des marges d'amélioration probables sur les indicateurs d'utilisation des machines

Il n'existe pas de tableau de bord national fiable permettant de mesurer le taux d'utilisation des machines. Les seules données disponibles sur l'activité des machines proviennent de la SAE mais elles sont difficilement exploitables car elles ne distinguent pas suivant l'utilisation qui en est faite (par exemple entre un scanner dédié aux activités d'urgence un scanner utilisé pour une activité programmée) ou la date d'installation. On ne donnera donc pas de chiffres précis sur les écarts d'activité par machine tels qu'ils ressortent de la SAE. Mais ces écarts sont manifestement importants. Un nombre significatif d'établissements déclarent plus de 30 000 actes par ans alors qu'un grand nombre se situent en dessous de 10 000 dans la SAE 2023.

Au-delà des écarts entre établissements publics, la Cour des comptes montrait dans son rapport sur l'imagerie en 2016⁴⁸, sur des données de 2014, une productivité des équipements publics plus faible en moyenne que dans le secteur privé, parfois nettement comme sur les IRM. Mais ces écarts de productivité peuvent aussi être lié à la patientèle, la prise en charge des patients hospitalisés, notamment enfants ou âgés nécessitant par exemple des temps de préparation plus longs.

Tableau n° 2 : nombre d'actes par type d'équipement en établissements de santé en 2014

En nombre	Public		Privé non lucratif		Privé lucratif	
	Annuel	Hebdo	Annuel	Hebdo	Annuel	Hebdo
GAMMA CAM	2 715	52	2 456	47	ns	ns
IRM	5 078	98	5 154	99	8 638	166
MAMM	1 192	23	2 509	48	2 772	53
RADIO	7 565	145	4 623	89	8 536	164
SCAN	10 259	197	9 019	173	11 770	226
TEP	2 729	52	2 824	54	ns	ns

Source : DREES, SAE.

Il semble donc qu'il y ait des marges d'amélioration dans l'utilisation optimale des machines installées⁴⁹. Mais il serait utile qu'une base nationale de la performance en imagerie soit construite et mise à disposition des établissements pour les mesurer précisément et suivre les progrès en ce domaine.

⁴⁸ Cour des comptes – L'imagerie médicale – mai 2016

⁴⁹ L'ANAP avait piloté en 2010 une campagne de benchmark des plateaux d'imagerie disposant de scanners et d'IRM dans 14 régions françaises. Cette opération avait mis en évidence une forte variabilité dans l'utilisation des équipements que ce soit dans le nombre d'heures d'ouverture et dans les taux d'occupation. Nous n'avons pas trouvé d'étude plus récente.

4.6. Une organisation territoriale mutualisée en développement mais encore inaboutie

La coopération territoriale autour de l'imagerie est facilitée par la montée en puissance de la télé radiologie depuis une quinzaine d'années. La téléradiologie inclut diverses solutions techniques : télé-échographie, télé-manipulation, télé-interprétation. Elle se développe sous la pression des difficultés rencontrées par les établissements sur la ressource médicale et pour partager la charge de la permanence des soins. Elle permet également de faciliter l'accès à un avis spécialisé.

La coopération se matérialise notamment au sein de groupements hospitaliers de territoire⁵⁰ (GHT), par la création d'entité juridiques *ad hoc* telles qu'un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou par la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM⁵¹).

L'analyse des PMP réalisée par la Cour des comptes en 2020⁵² montre cependant une faible mutualisation⁵³. Elle fait apparaître « trois grands types d'organisation de l'imagerie de territoire. En premier lieu, et avec un faible niveau d'intégration, des réflexions communes sont partagées sur l'activité de chaque établissement partie, et ce afin de faire converger les pratiques professionnelles sans pour autant induire de mutualisation des moyens. En deuxième lieu, des GHT prévoient des mutualisations de moyens nécessaires à l'activité d'imagerie médicale : équipements matériels lourds, équipes médicales et paramédicales de territoire, systèmes d'information communs. Enfin, quelques GHT présentent un degré de mutualisation élevé, notamment à travers la réorganisation de l'activité d'imagerie médicale avec une nouvelle répartition des activités entre sites hospitaliers. »

En 2025, la mission IGAS/IGF sur l'imagerie⁵⁴ en a recensé 17 PIMM opérationnels dans huit régions alors qu'ils n'étaient que 10 en 2022. Certains groupements hospitaliers de territoire (GHT) s'en sont également saisi, dans le cadre des travaux de mutualisation entre l'établissement support et les centres hospitaliers membres. Cette pratique est encouragée par la DGOS dans le guide « GHT – Guide sur l'organisation en commun des activités d'imagerie » en ce qui concerne la télé-expertise.

⁵⁰ La réglementation prévoit que les établissements parties aux GHT organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, « le cas échéant au sein d'un pôle inter-établissement ». La convention constitutive des GHT offre une liberté importante pour définir les modalités d'organisation en commun de l'activité d'imagerie médicale.

⁵¹ Le plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) a été créé par la Loi du 26 janvier 2016 avec pour objectif de mettre en place des organisations territoriales radiologiques : diagnostique et/ou interventionnelle, publique et/ou privé, site unique ou multi sites. En rupture avec les coopérations habituelles qui se bornent le plus souvent à une mutualisation des équipements matériels lourds, le PIMM permet une mutualisation (locaux, équipements, personnel non médical et médical, permanence des soins). Le projet d'un PIMM est construit autour d'un projet médical au service d'un territoire et permet de proposer la constitution d'une équipe territoriale de radiologues. Un exercice peut alors être organisé d'une part avec des temps de présence sur site, au sein des équipes de radiologie de l'établissement (MERM et radiologues) et d'autre part des temps à distance (télé imagerie) dans le respect des cibles réglementaires. Le projet prévoit la permanence de soins. Il permet la mutualisation des moyens et compétences dans des domaines de la radiologie autres que les EML. Les PIMM sont autorisés pour 7 ans par l'ARS après appel à projet. Ils comportent au moins un établissement de santé et plusieurs EML. Le dispositif rend possible de déroger aux règles de rémunération des radiologues, qu'ils soient salariés ou libéraux.

⁵² Cour des comptes – Les GHT Exercices 2014 à 2019 - Communication à la commission des affaires sociales du Sénat - Octobre 2020

⁵³ La Cour note la faiblesse des projets de mutualisation puisque 46 % des GHT de l'échantillon n'ont pas mis en œuvre de tels projets, la Cour relève également que 15 % des groupements ont des projets de plateforme de téléradiologie publique en mutualisant la permanence des soins : il s'agit principalement de GHT dont le CHU est l'établissement support. Par ailleurs, 15 % des GHT ont des projets de développement d'activités ou d'investissement dans des équipements lourds (scanner ou IRM).

⁵⁴ IGAS/IGF Pertinence et efficacité des dépenses de radiologie – juillet 2025

La montée en charge est significative mais encore limitée face aux enjeux de la coopération territoriale.

4.7. Des actions de pertinence des actes à développer

Réduire le nombre d'actes non pertinents réalisés permet à la fois de garantir l'équilibre économique des séjours hospitaliers (réduction des charges pour une recette calculée de manière forfaitaire) et de susciter de nouvelles recettes en ouvrant l'équipement à davantage de patients tout en réduisant le délai d'accès à l'équipement.

C'est donc un enjeu d'efficacité important pour les établissements de santé. On ne dispose pas d'études ou de référentiels permettant d'apprécier le déploiement des démarches d'optimisation du recours à l'imagerie au sein des hôpitaux. Certains établissements ont néanmoins développé des programmes interne de pertinence. La proximité entre radiologues et cliniciens demandeurs, facilite sans doute la collaboration et le dialogue entre professionnels sur la pertinence des demandes d'imagerie⁵⁵. Ce type de démarche pourrait être encouragée.

4.8. Un impact potentiellement très important de l'intelligence artificielle en termes de qualité mais aussi d'efficacité

Les techniques de l'intelligence artificielle ouvrent des perspectives d'amélioration très importantes de la qualité des analyses et de la productivité des radiologues (cf fiche SI et IA). Alors qu'une partie importante du temps de radiologue est consacrée à l'analyse des images et la rédaction des comptes-rendus, les outils de préanalyse et de pré-rédaction des comptes rendus permettront à terme des gains de temps très significatifs.

Il est encore difficile de quantifier avec précision les gains de productivité que l'intelligence artificielle pourrait générer dans les différents domaines. Mais cela permettra à chaque radiologue de réaliser plus d'analyses, de meilleure qualité, dans un même temps.

⁵⁵ Ainsi au CHU de Dijon, un programme pertinence a été mis en place à partir de 2021 pour sensibiliser les équipes médicales à cette notion de pertinence entre 2021 et 2022. Chaque pôle a choisi une action à mener, avec le soutien méthodologique d'un praticien. L'imagerie est incluse dans ce programme.

5. Fiche Systèmes d'information : des enjeux de rationalisation et de sécurisation des systèmes d'information importants

5.1. La faiblesse de moyens consacrés aux systèmes d'information nuit à l'efficacité des établissements publics de santé.

Les masses budgétaires consacrées aux systèmes d'information restent limitées dans le total des charges hospitalières. La dépense SI des établissements se rattache à trois postes principaux :

- ◆ L'investissement dans les infrastructures
- ◆ La masse salariale des services en charge des systèmes d'information
- ◆ Le financement des applicatifs.

Dans son rapport sur la sécurité informatique des établissements de santé⁵⁶, la Cour des comptes souligne la faiblesse de l'investissement des établissements de santé dans les systèmes d'information, comparé à l'investissement d'autres secteurs économiques (1,7% du budget hospitalier environ contre 2% du chiffre d'affaires dans l'automobile et jusqu'à 9% du chiffre d'affaires dans la banque).⁵⁷

Elle indique que « La fragilité des systèmes d'information résulte d'un sous-investissement chronique que les établissements consultés par la Cour ont confirmé. Les établissements publics présentent une obsolescence de leurs matériels et logiciels plus élevée que les hôpitaux privés. Près de 20 % des postes de travail dans les hôpitaux publics ont plus de sept ans ou un système d'exploitation hors de maintenance ou obsolète. En outre, 23 % des équipements de réseaux ne peuvent plus être mis à jour ou réparés en cas de panne. »

Tableau : Dépenses en informatique rapportées au budget total des établissements de santé publics et privés à but non lucratif (2022)

Catégorie d'établissements	Budget informatique/ budget total	Nombre d'établissements
<i>Établissements de santé publics et privés non lucratif</i>	1,69 %	888
<i>CHU</i>	1,89 %	20
<i>CH de moins de 20 M€</i>	1,30 %	216
<i>CH de 20 à 70 M€</i>	1,54 %	159
<i>CH de 70 à 150 M€</i>	1,57 %	89
<i>CH de plus de 150 M€</i>	1,54 %	42
<i>Centres de lutte contre le cancer</i>	2,53 %	12
<i>Établissements privés à but non lucratif</i>	1,98 %	350

Source : Cour des comptes à partir des données de l'observatoire des systèmes d'information de santé de l'ATIH

⁵⁶ Cour des comptes – La sécurité informatique des établissements de santé – octobre 2024

⁵⁷ Ce chiffre est en légère baisse : il était de 1,76 % en 2016, d'après le rapport de la Cour des comptes, publié en 2016, intitulé « La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer ». Ce chiffre ne comprend pas les investissements dans les infrastructures, qui sont difficiles à retracer dans la M71.

5.2. Alors que le parc applicatif des EPS est extrêmement diversifié, la convergence n'a pas encore été réalisée au niveau des GHT.

Le parc applicatif des EPS est, en général, divers et hétérogène. Il se caractérise, le plus souvent, par des échanges de données limitées, impactant le parcours de prise en charge du patient.

Il est, de surcroît, extrêmement diversifié. Dans un rapport de 2016, la Cour des comptes² évaluait à 80 à 300 le nombre d'applicatif dans un centre hospitalier classique et jusqu'à 1 000 à l'APHP. Ces briques (progiciels) ne communiquent pas toujours entre elles.

Les auteurs du rapport de la Mission Groupements Hospitalier de Territoire, dans leur rapport intermédiaire, faisaient de la convergence des systèmes d'information des hôpitaux la condition de réussite d'un projet médical partagé à l'échelle du GHT, grâce à l'amélioration du partage de l'information entre professionnels de santé. « *Comment [écrivai-ils] imaginer qu'un médecin se déplacera dans un hôpital de proximité pour y assurer des consultations avancées s'il doit, selon le site sur lequel il exerce, utiliser des logiciels de prescriptions différents ?* ». L'objectif, pour les auteurs, ne devait pas seulement être de rendre les systèmes interopérables, mais aussi de créer une base patient commune et d'harmoniser les logiciels afin de créer un environnement de travail simplifié pour les praticiens qui seraient amenés à exercer dans différents établissements de santé du même groupement.

La mutualisation des services supports, selon l'étude d'impact de la loi de 2016, devait également répondre à la nécessité de mettre en commun les compétences expertes, besoin devenu criant avec les exigences croissantes en termes de cybersécurité.

Les décrets d'application de la loi de 2016 sont particulièrement exigeants en matière de mutualisation des systèmes d'information, puisque le décret prévoit que « *le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent [...] un identifiant unique pour les patients* »⁵⁸. Cette convergence des applications devait être réalisée pour le 1^{er} janvier 2021.

La convergence des SI, qui s'est souvent limitée à une simple interopérabilité, est loin d'être terminée. Elle est mal connue, puisque l'observatoire des systèmes d'information géré par l'ATIH pour le compte de la DGOS, dont la mission était de documenter la progression de cette mutualisation, a rendu son dernier rapport en 2020.

En 2025, la Cour des comptes constatait, dans un rapport sur la cybersécurité que la convergence des SI, pourtant prévue par la loi, était encore inaboutie. Elle observait, par exemple, que seulement la moitié des 14 GHT d'Occitanie avaient mutualisé leurs équipes informatiques et que le dossier patient informatisé n'était mutualisé que dans 17 % des cas. Cette absence d'homogénéité est-elle un facteur de risque majeur en matière de cybersécurité.

L'Anap, consultée sur ce point par la mission, estime que la moitié des GHT ont actuellement une direction mutualisée fonctionnelle. Elle a également relevé, dans le cadre de ses 360°, le cas de GHT n'ayant pas entamé ce processus de convergence, ou d'hôpitaux partie qui se sont tenus à l'écart du processus mis en œuvre par les autres hôpitaux de leur GHT.

Ce parc applicatif manque d'homogénéité. Il est, pour une grande partie, issu d'initiatives hospitalières, pour partie portées sous la forme de syndicats interhospitaliers locaux ou régionaux dont certains sont devenus au fil du temps les principaux éditeurs de logiciels hospitaliers.

⁵⁸ Article R6132-15 du Code de la santé publique

Ces différentes initiatives, qui n'ont pas été coordonnées par l'Etat, ont abouti à l'existence, en matière de logiciels ressources, d'un oligopole de prestataires qui, selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, et notamment les comptables publics, ne manifestent pas toujours la diligence nécessaire pour intégrer les normes et les besoins nouveaux, même lorsqu'ils sont de nature réglementaire.

La multiplicité de outils de gestion, notamment de logiciels RH, pose également problème en ce qui concerne le partage d'informations entre les établissements de santé et les pouvoirs publics.

Dans un rapport remis en 2025, l'IGAS constatait que le paysage, en matière de SIRH et de SI de gestion des temps, était aujourd'hui fragmenté entre trois ou quatre logiciels élaborés par un nombre restreint d'éditeurs (Asys, MIPIH, Cpage) et des SI RH spécifiques développés par les CHRU, chacun d'entre eux ayant son propre système d'information RH. *« Le manque d'homogénéité de ces systèmes d'information, ou a minima leur absence d'interopérabilité [écrivaient les auteurs] rend difficile la remontée homogène et automatisée ainsi que subsidiairement le partage des données entre les différents acteurs, par exemple à des fins de comparaisons entre établissements, ou encore pour les pouvoirs publics, à des fins de pilotage. »*⁵⁹

Elle favorise les remontées manuelles d'information, ou le pilotage des établissements publics de santé sur la base d'enquêtes statistiques, qui ne sont élaborées, par nature, qu'à un rythme annuel, ou au mieux semestriel.

5.3. Neuf ans après la loi de 2016, il faut finaliser le processus de convergence des SI au niveau des GHT et initier le processus de convergence des logiciels de gestion administrative des malades, de gestion économique et financière et de gestion RH sur le plan national

La date butoir fixée par le décret de 2016⁶⁰ pour la convergence des systèmes d'information ayant été dépassée depuis cinq ans, il conviendrait de fixer un nouveau calendrier pour la convergence des systèmes d'information des EPS au sein des GHT, ce qui suppose une modification du décret. L'ANAP, consultée sur ce point, considère qu'un délai de 18 mois semble suffisant pour assurer, a minima, l'interopérabilité des systèmes d'information.

Dans le cadre du plan d'action demandé au GHT, il serait opportun de viser également une mutualisation des investissements dans le matériel, notamment les serveurs, qui représentent un montant d'investissements annuels comparables aux crédits de fonctionnement dédiés aux applicatifs et à leur évolution. Cette coordination des investissements pourrait intégrer le schéma directeur technique et immobilier des GHT, lequel serait lui-même un complément du projet médical partagé.

Comme la cour des comptes dans son rapport de 2020 sur les groupements hospitaliers de territoire⁶¹, la mission considère que les financements alloués aux établissements de santé, dans le cadre du programme Hop'EN.2, devraient être conditionnés à l'effectivité de la convergence de leurs systèmes d'information et à la mutualisation de leurs investissements dans le matériel informatique et les serveurs.

Au-delà du respect de la loi de 2016, les ARS devraient également favoriser la création de DSI uniques, dans le cadre de la mise en place de directions communes.

⁵⁹ IGAS, « Les outils de pilotage de la masse salariale dans les secteurs sanitaires, médico-social et social », 2025, Denis le Bayon, Nour Yasmin-Djataou, Clémence Marty-Chastan.

⁶⁰ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

⁶¹ Cour des comptes - Les groupements hospitaliers de territoires - 2020

Annexe XII

La mission a pu constater, lors d'échanges avec les directions générales des principaux groupes de cliniques privées en France, Ramsay et Elsan, que les établissements privés à but lucratifs mutualiser en premier lieu leur DSI, puis leurs applicatifs, pour limiter les risques en matière de cybersécurité, pour faciliter le pilotage des établissements, et pour réaliser des économies d'échelle dans un contexte de contrainte financière.

Sur le plan national, la DNS pourrait reproduire la démarche menée dans le cadre des programmes Hop'EN, dans trois domaines :

- ◆ Les logiciels de gestion administrative des malades (GAM, qui sert également à la facturation) ;
- ◆ Les logiciels de gestion économique et financière (GEF) ;
- ◆ Les logiciels de gestion RH, qui permettent de faire la gestion des temps et la paye.

Comme elle a pu le faire pour les systèmes d'information radiologiques, pour les logiciels de partage d'images médicales ou pour le dossier patient informatisé des hôpitaux lors de la vague 2 du Ségur du numérique en santé, la DNS serait amenée à définir les fonctions de ces logiciels et les exigences techniques, fonctionnelles et ergonomiques à respecter par les éditeurs pour leur permettre d'obtenir un référencement.

Le respect de ces exigences devrait permettre, dans le cas de l'espèce, de généraliser un partage fluide et sécurisé des données de santé entre les EPS, les ARS, et le ministère de la Santé.

La généralisation du cloud, pour des données administratives qui ne présentent pas le même degré de sensibilité que des données médicales, devrait permettre, à terme, aux autorités de tutelle de requêter directement dans les systèmes d'information des hôpitaux les informations dont ils ont besoin.

A ce titre, la direction des ressources humaines « groupe » d'Unicancer a pu démontrer à la mission tout l'intérêt qu'il existe à avoir un seul logiciel RH pour l'ensemble du groupe, notamment lors qu'il s'agit d'accompagner un établissement en difficulté.

Sans aller jusqu'à l'adoption d'un logiciel commun, le rapprochement des logiciels existants, par le biais d'un « couloir » défini par la DNS, serait susceptible d'apporter au ministère de la santé un avantage comparable, en matière de fiabilisation et de simplification des données RH.

6. Fiche IA : un impact potentiellement majeur de l'intelligence artificielle sur la qualité et l'efficacité

6.1. Un impact multidimensionnel potentiellement important mais encore peu de chiffres disponibles

Malgré l'importance de la thématique dans le débat public, encore peu de données existent sur l'impact des usages actuels et potentiels de l'intelligence artificielle dans les établissements de santé. Quelques articles de la littérature économique donnent des évaluations. L'OCDE indique dans son rapport sur l'IA dans le domaine de la santé⁶ que jusqu'à 36 % de l'activité des services de santé et des services sociaux pourraient être automatisés grâce à l'utilisation de l'intelligence artificielle en se fondant sur étude de 2020⁶².

L'Anap ne dispose pas d'évaluation globale de l'impact potentiel de l'IA et l'état des lieux publié par le ministère de la santé début 2025⁷ pour la préparation d'une feuille de route de l'IA en santé ne contient pas non plus de chiffres. Une étude mondiale auprès des offreurs de soins publiée par le cabinet Soti Healthcare en juin 2025 donne une idée de la croissance des usages. 81 % des offreurs interrogés dans 11 pays utiliseraient l'intelligence artificielle soit 1/3 de plus en un an⁸. Sur les offreurs interrogés en France (150 organisations) on passe de 45% en 2024 à 81 % en 2025.

Les évaluations disponibles sur quelques usages en cours de déploiement permettent de confirmer l'importance des gains potentiels de toute nature procurés par l'IA : qualité, fiabilité, rapidité mais également productivité. L'importance des gains cités conduit à penser que le déploiement généralisé de certains usages aura un impact direct sur certains métiers de l'hôpital impliquant une transformation profonde des missions associées à ce métier ainsi que de son format quantitatif.

Ainsi, à titre d'exemple, l'utilisation de l'IA pour la gestion des plannings permettrait à la fois de fiabiliser cet exercice essentiel, de mieux respecter les contraintes réglementaires, d'accroître l'attractivité des services utilisateurs en prenant mieux en compte les souhaits personnels des professionnels et réduirait de 50% à 70% le temps passé par les cadres de santé sur cette tâche de programmation.

Sur une activité comme l'imagerie, les gains de productivité pour l'analyse des images et la rédaction des comptes rendus (estimées aujourd'hui à chacune 40 % du temps des radiologues) « *seront probablement très importants dans les prochaines années et permettront aux radiologues de réaliser plus d'actes*⁹. »

⁶² Chebrolu Kumar, R. (2020), Smart use of artificial intelligence in health care, Deloitte.

Encadré : Exemples d'impact des usages de l'IA cités

CHU de Lille : gains en radiologie et documentation médicale

• *Reconnaissance vocale avec Dragon Medical One : Le CHU de Lille a déployé la solution de reconnaissance vocale Dragon Medical One, permettant aux équipes de radiologie de réduire de 30 à 50 % le temps consacré à la rédaction des comptes rendus. Ce gain de temps a permis aux médecins de se concentrer davantage sur les patients.*

CHU de Rennes : réduction des délais aux urgences

• *IA BoneView pour l'analyse des radiographies : Au CHU de Rennes, l'utilisation de l'outil d'IA BoneView a permis de réduire le temps d'attente moyen aux urgences de 70 minutes pour les patients souffrant d'entorses ou de fractures. Cette technologie aide les cliniciens à détecter rapidement les fractures, dislocations et épanchements sur les images radiographiques, améliorant ainsi l'efficacité des soins et réduisant la charge de travail du personnel médical.*

Hôpital de Valenciennes : anticipation des flux aux urgences

• *Prédiction des flux de patients : L'hôpital de Valenciennes a mis en place une solution d'IA pour prédire les flux de patients aux urgences avec un taux de fiabilité supérieur à 90 %, permettant une meilleure planification des activités hospitalières et une meilleure allocation des ressources humaines et matérielles, optimisant ainsi la gestion des urgences et améliorant l'efficacité opérationnelle.*

Hôpital Européen de Marseille : amélioration de la prise en charge aux urgences

• *Reconnaissance vocale avec Dragon Medical Direct : L'Hôpital Européen de Marseille a intégré la reconnaissance vocale Dragon Medical Direct dans son service des urgences, ce qui a permis de gagner 25 % de temps dans la prise en charge des patients. Les dossiers patients sont remplis en temps réel à la voix, améliorant ainsi la continuité et la sécurité du parcours du patient.*

Optimisation des blocs opératoires

• *Précision accrue des prévisions de durée opératoire : L'utilisation de l'outil Torin a permis d'améliorer la précision des prévisions de temps d'utilisation des blocs opératoires jusqu'à 34 % en moyenne. Augmentation des interventions correctement planifiées : Une étude a montré une augmentation de 39 % des interventions chirurgicales correctement planifiées grâce à l'IA. [OB1]*

CHU Brest Gestion des flux de patients et planification

• *Réduction du temps de gestion des plannings : Au CHU de Brest, l'adoption de la solution Hopia a permis de réduire de 50 % le temps consacré à la gestion des plannings, libérant ainsi du temps pour la gestion stratégique des ressources humaines et la qualité des soins.*

Diagnostic et imagerie médicale

• *Réduction du temps d'analyse des images : Une application d'IA a réduit le temps moyen de contourage des images médicales de 81 minutes à 7 minutes, améliorant ainsi la rapidité du dépistage. [OB1]*

• *Diminution du temps d'interprétation des clichés rétinien : L'application OphtAI a réduit le délai d'interprétation d'un cliché rétinien de 7 jours à 3 secondes, permettant une détection plus rapide des pathologies.*

Économies et efficacité globale

• *Économies potentielles sur les hospitalisations : Une étude suggère qu'une utilisation élargie de l'IA pour la gestion des flux de patients aux urgences pourrait faire économiser 1,3 milliard d'euros par an sur les hospitalisations, avec une réduction du temps d'attente de plus de 15 minutes par patient. [OB1]*

• *Amélioration de l'utilisation des blocs opératoires : L'IA a permis une amélioration de 6 % de l'utilisation des blocs opératoires, augmentant ainsi l'efficacité et la satisfaction des employés.*

6.2. Des usages déjà opérationnels et des perspectives à court terme

Si les évaluations d'impact sont encore insuffisantes, l'identification des usages est maintenant bien installée. L'observatoire des usages mis en place par l'ANAP permet de mesurer l'ampleur des thématiques déjà concernées par l'IA. Certaines seraient déjà largement diffusées comme l'aide au codage pour les établissements de santé¹⁰, d'autres restant encore à l'état d'expérimentation. Les experts rencontrés par la mission estiment néanmoins que le déploiement constitue une perspective de court terme sur un nombre important des usages identifiés, sous réserve que les freins au déploiement (cf infra) soient levés.

Tableau : usages de l'IA recensés par l'observatoire de l'ANAP

Domaine	Usages identifiés
Administratif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Codage PMSI ▪ Compte-rendu ▪ Identito-vigilance
Parcours patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse pharmaceutique ▪ Chimiothérapie ▪ Flux de patient ▪ Qualifier l'expérience patient ▪ Qualité des soins ▪ Suivi connecté
Système d'information	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cybersécurité ▪ Données de recherche ▪ Entrepôts de données ▪ Support aux établissements
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planification ▪ Veille
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiologie ▪ Crises d'épilepsie ▪ Diabète ▪ Obstétrique/suivi de grosses ▪ Oncologie ▪ Pet scan ▪ Radiologie
Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jumeau numérique ▪ Réalité augmentée ▪ Simulateur d'intervention

6.3. Des freins au développement de l'intelligence artificielle à prendre en compte pour permettre au secteur de mobiliser le potentiel

6.3.1. Les freins restent importants aujourd'hui

Malgré l'importance des gains potentiels portés par les usages de l'intelligence artificielle, la mise en œuvre dans les établissements de santé reste encore partielle. D'autres approches

comme l'automatisation robotisée des processus (RPA) sont privilégiées¹¹. Plusieurs freins peuvent expliquer ce déploiement progressif.

Il peut-y avoir un frein culturel ou une volonté d'attendre la clarification du cadre juridique applicable (compris comme contraignant dans le cadre de l'IA act européen). De ce point de vue l'ANAP considère qu'il est important que les établissements mettent en place une gouvernance interne de l'IA pour créer un cadre favorable au déploiement.

Il y a des freins techniques liés notamment à la faiblesse des interfaces entre les solutions d'IA proposées et les systèmes d'information hospitaliers. Tant que l'IA ne peut être facilement intégrée aux outils de travail de l'hôpital, par exemple le DPI, les gains de temps sont limités et l'utilisation moins attractive. Ce frein devrait disparaître progressivement au fur et à mesure que les éditeurs de solutions développeront ces interfaces.

Il y a enfin un frein financier dans la mesure où la tarification des solutions proposées est parfois élevée en ajoutant à l'achat de la solution le principe de coûts de licence à l'utilisation. Là encore le développement de l'usage et le jeu de la concurrence devrait progressivement améliorer le lissage des coûts.

6.3.2. Une politique publique de promotion de l'IA encore modeste

La politique publique est encore assez peu structurée. L'IA est abordée dans la feuille de route du numérique en santé 2023-2027 mais de manière encore marginale. La cour des comptes¹² note qu'aucun financement spécifique n'a été prévu dans le cadre du Ségur du numérique en santé « alors même que le déploiement de l'intelligence artificielle dans les établissements concourt au partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et autour du patient »¹³.

Les pouvoirs publics ont lancé la construction d'une feuille de route sur l'intelligence artificielle en santé en 2025. Elle est à l'été 2025 en consultation publique et devrait être arrêtée avant la fin de l'année.

Encadré : La stratégie ministérielle sur l'intelligence artificielle au service de la santé en France en construction

Un document d'état des lieux a été publié en février 2025. Puis un projet de stratégie a été mise à la consultation publique en juillet 2025.

Ce projet propose des actions sur la formation, sur l'éthique de l'IA, sur la mise en œuvre des règles européennes, les bonnes pratiques et l'évaluation des usages de l'IA. Il propose également la mise en place d'une gouvernance au niveau national et au niveau régional.

Il propose enfin une analyse de cas d'usage autour de 9 thématiques : accès aux soins, parcours, activités soignantes, plateaux techniques, prévention, logistique, administratif, recherche et pilotage. Des groupes de travail constitués en concertation avec le CNS, dans le but de stimuler, d'affiner et de consolider ces cas d'usage pré-identifiés ont débouché sur l'identification d'actions clefs permettant une diffusion harmonisée à l'ensemble des acteurs.

Certaines de ces actions concernent directement l'efficacité de l'activité hospitalière :

- Structurer, par l'IA, les comptes-rendus médicaux pour améliorer le travail des praticiens (sachant qu'en moyenne, 20% du temps soignant est dédié à la gestion administrative et que la structuration et l'intégration des données médicales restent hétérogènes et souvent peu exploitées, limitant leur réutilisation à des fins de recherche, d'implémentation du DMP et d'optimisation des parcours.
- Réduire le gaspillage au bloc opératoire avec l'aide d'un SIA avec pour objectif d'optimiser les kits opératoires pour réduire le gaspillage, améliorer la traçabilité et aligner les consommations réelles sur les meilleures pratiques, tout en apportant une vision économique et environnementale plus responsable.
- Explorer le potentiel de l'IA pour l'optimisation du temps de travail dans les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux (planning & RH)
- Automatiser le codage et la remontée d'indicateurs pour coder 90% des diagnostics automatiquement d'ici à 2031 à l'aide d'une plateforme nationale pour libérer du temps médical, réduire le risque d'erreur, améliorer la traçabilité, uniformiser les données
- Automatiser l'analyse des lames d'anapath

Des AMI sont prévus sur certaines de ces actions

Parallèlement, de premiers appels à manifestation d'intérêt pour financer l'expérimentation de solutions d'intelligence artificielle dans les établissements de santé et médico-sociaux ont été lancés par l'ANAP et la DGOS en juillet 2025 pour tester des usages concrets en services d'urgence et en gestion du temps de travail¹⁴. Un financement de 4 millions d'euros est prévu à ce titre pour couvrir tout ou partie des coûts liés à l'expérimentation des solutions : acquisition de matériel, intégration technologique, formation, etc.

6.3.3. Au vu des enjeux liés à l'IA, l'hypothèse d'une politique plus pro-active peut être posée

Les enjeux de toute nature liés à l'IA justifient une montée en puissance forte de la politique publique dont l'objectif serait d'accélérer le déploiement généralisé des usages de l'IA dont le bénéfice potentiel est le plus important, soit en terme de qualité et d'accès aux soins, soit en terme d'efficacité et de coûts.

L'intelligence artificielle pourrait ainsi être un des moteurs de l'efficacité interne des établissements, ce qui suppose une réflexion structurée pour mesurer les impacts financiers, identifier les usages les plus impactant à prioriser, et développer les accompagnements en termes organisationnels et RH qui pourraient être utiles au déploiement généralisé d'un usage. Des objectifs de gains pourraient être associés à ces déploiements voire des obligations¹⁵.

Annexe XII

Au vu des freins actuels au déploiement de l'IA la priorité serait sur l'évaluation des outils et des usages afin d'aider les établissements de santé dans le choix de leurs solutions d'IA. La DNS envisage dans ce cadre de proposer plusieurs appels à manifestations d'intérêt auprès des établissements de santé volontaire pour évaluer des solutions d'IA avant de proposer ces solutions à une diffusion large. On peut également imaginer que les établissements publics auraient également intérêt à se fédérer pour développer cette logique d'évaluation avant déploiement des solutions au niveau national comme dans un cadre international.

En cohérence il apparaît indispensable que l'ensemble des établissements se placent désormais en position de définition d'une gouvernance et d'une stratégie sur l'utilisation de l'IA pour améliorer la qualité et l'efficacité. Le cadre des GHT apparaît particulièrement adapté pour ce type de démarche. C'est pourquoi la mission propose de l'intégrer à la contractualisation pluriannuelle qu'elle propose de mettre en place.