



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

ANNEXE IX Coopérations hospitalières

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 IX Coopérations hospitalières

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 IX

Coopérations hospitalières

SOMMAIRE

1. LA COOPÉRATION INTERHOSPITALIÈRE, ANCIENNE ET DIVERSIFIÉE, DEVAIT CHANGER DE NATURE AVEC LA CRÉATION DES GHT MAIS LEUR BILAN MITIGÉ, DANS UN CADRE ENCORE TRÈS CENTRÉ SUR LES ÉTABLISSEMENTS, PLAIDE EN FAVEUR D'UNE ÉVOLUTION DU CADRE RÉGLEMENTAIRE.....	1
1.1. Les coopérations interhospitalières sont anciennes et diversifiées	1
1.2. La création des GHT devait permettre d'accroître sensiblement des coopérations.....	3
1.3. Le bilan de la création des GHT est mitigé tant en ce qui concerne l'organisation et la gradation des soins que la mutualisation des autres activités.....	4
1.4. Les limites d'un système qui demeure « établissement centré » ne peuvent être qu'en partie dépassées par le développement des directions communes	8
2. FACE AUX DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES EPS, UN CONSENSUS, APPUYÉ PAR LES TRAVAUX DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ, LES RAPPORTS DES CORPS D'INSPECTION ET DES JURIDICTIONS FINANCIÈRES, ET LES ACTEURS RENCONTRÉS PAR LA MISSION, ÉMERGE SUR L'INTÉRÊT DE RENFORCER LES COOPÉRATIONS HOSPITALIÈRES AU NIVEAU DES TERRITOIRES, EN CRÉANT DE VÉRITABLES GROUPES HOSPITALIERS PUBLICS.....	11
2.1. Un consensus émerge sur l'intérêt de renforcer la coopération dans le périmètre territorial des GHT	11
2.2. La littérature économique démontre l'intérêt de mutualisations que le secteur privé, qu'il s'agisse des ESPIC ou des EBL, a mis en œuvre depuis une dizaine d'années.....	13
2.2.1. <i>La nécessité d'une plus grande mutualisation se justifie par la possibilité de générer des économies d'échelle et des économies de gamme.....</i>	<i>13</i>
2.2.2. <i>Les groupes de cliniques privées, qu'ils soient associatifs, mutualistes ou commerciaux, ont opté pour une organisation permettant à la fois l'intégration de certaines fonctions clefs et le maintien d'une responsabilité opérationnelle des filiales.....</i>	<i>17</i>
2.3. Face aux limites actuelles des GHT, il est nécessaire de construire un cadre intégratif solide, pérenne et sécurisé.....	18
2.3.1. <i>Deux scénarios paraissent devoir être évités, le statu quo et la fusion de l'ensemble des EPS des GHT.....</i>	<i>19</i>
2.3.2. <i>Le modèle intégratif organisé autour d'une structure faîtière publique paraît de nature à répondre à nombre des limites aujourd'hui constatées</i>	<i>20</i>
2.4. La gravité de la situation nécessite, dès à présent, de relancer puissamment ce mouvement de mutualisation sans attendre une évolution de la loi.....	24
2.4.1. <i>Le rappel du cadre réglementaire existant et la nécessité de le faire respecter doivent être un préalable.....</i>	<i>24</i>

1. La coopération interhospitalière, ancienne et diversifiée, devait changer de nature avec la création des GHT mais leur bilan mitigé, dans un cadre encore très centré sur les établissements, plaide en faveur d'une évolution du cadre réglementaire

1.1. Les coopérations interhospitalières sont anciennes et diversifiées

Les incitations aux coopérations interhospitalières sont anciennes. En réalité, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont issus d'un processus ancien, visant à organiser de façon plus rationnelle un système hospitalier historiquement très atomisé.

Dès 1970, la loi Boulin¹, en instaurant la carte sanitaire et les secteurs sanitaires pour mettre en œuvre le service public hospitalier, répondait au souhait :

- ◆ d'organiser de façon rationnelle la coordination et la coopération des hôpitaux sur une base territoriale,
- ◆ de mettre en œuvre une gradation des soins,
- ◆ d'intégrer les différents établissements dans un service public de santé publique.

Elle créait également les syndicats interhospitaliers, établissements dotés de la personnalité morale qui pouvaient exercer, pour tous les établissements en faisant partie ou pour certains d'entre eux, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier². Ces syndicats interhospitaliers (SIH) pouvaient se constituer soit à l'échelle d'un secteur, soit à l'échelle d'une région. Ils furent notamment utilisés pour mutualiser des fonctions comme la blanchisserie, la restauration ou l'informatique. La possibilité d'une forte intégration des hôpitaux sur une base territoriale était donc déjà ouverte.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière transposait au niveau des coopérations entre établissements la formule des « fédérations de service » créées par la même loi pour favoriser les coopérations ciblées entre services et/ou départements. Elle mettait ainsi en place les fédérations médicales inter-établissements (FMIH)³.

L'ordonnance « Juppé », du 24 avril 1996, en rendant obligatoire la création de communautés d'établissements de santé entre établissements publics d'un même secteur sanitaire, entendait créer l'instrument de cette coopération locale renforcée et le rendre obligatoire. Ces dispositions ne furent toutefois jamais réellement mises en œuvre.

¹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

² La loi mentionnait notamment la création et la gestion de services communs, la formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel, l'étude et la réalisation de travaux d'équipements, la centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation au financement des travaux d'équipements entrepris, la gestion de la trésorerie, des emprunts et des installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

³ Les fédérations sont aujourd'hui inscrites à l'article L 6135-1 du code de la santé publique : « En vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par décision conjointe de leurs directeurs prise après avis de la commission médicale et du comité social de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles, en fédérations médicales interhospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées.

Cette décision définit l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elle précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des établissements concernés à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant et par un membre du personnel administratif. »

Annexe IX

Les ordonnances du 4 septembre 2003, créant des territoires de santé gradués et emboîtés, d'échelle variable selon le niveau de rareté du besoin, et du 4 septembre 2004, créant les groupements de coopération sanitaire (GCS), poursuivaient les mêmes objectifs. Les GCS sont des personnes morales de droit public, susceptibles de recevoir des autorisations de soins hospitaliers. La loi prévoyait que les syndicats interhospitaliers devaient se transformer en groupements d'intérêt public (GIP) ou en GCS.

En 2008, la Mission Larcher sur l'avenir de l'hôpital prolongea ce mouvement vers une intégration croissante des établissements publics de santé (EPS), sur une base territoriale, en préconisant la création de structures très intégrées, les communautés hospitalières de territoire (CHT)⁴.

Ces structures devaient permettre aux établissements publics de s'organiser dans un territoire sous la forme d'un groupe présentant les mêmes caractéristiques que les groupes de cliniques privées ou d'ESPIC, avec une consolidation des comptes, une solidarité financière et une stratégie cohérente, tout en préservant une liberté de gestion pour leurs membres. Les auteurs du rapport considéraient que la CHT devait avoir une équipe de direction, un programme d'investissement et une stratégie médicale partagée, une gestion des praticiens et des cadres communes, un système d'information, des fonctions logistiques et support, une politique de qualité et de gestion des risques communes, et une certification et une gestion des comptes unique. Ce projet, intégré dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), fut cependant substantiellement modifié lors de la discussion parlementaire.

Aux termes des débats parlementaires, la loi HPST⁵ disposait que les CHT devaient définir un projet médical commun, précisant les compétences ou les activités qui leur seraient déléguées ou transférées, mettre en cohérence les contrats d'objectifs et de moyens des établissements, ainsi que leurs plans globaux de financement pluriannuels et les programmes d'investissement des établissements, et énoncer les modalités de coopérations en matière de gestion et de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers. La loi disposait également que la convention constitutive de la CHT devait prévoir l'établissement de comptes combinés de la communauté. Elle ne rendait cependant pas obligatoire l'adhésion à une CHT.

Sept ans après la loi HPST, l'étude d'impact de la loi de modernisation de notre système de santé⁶ relevait que, si le nombre de GCS de moyens avait substantiellement augmenté (de 191 fin 2008 à plus de 600 en 2016), la couverture du territoire national par les CHT demeurait très incomplète (39 CHT en 2013).

Il convient, par ailleurs, de noter que la coopération entre hôpitaux s'est aussi développée à d'autres échelles, notamment à l'échelle régionale et à l'échelle nationale.

La loi Boulin prévoyait que des syndicats interhospitaliers puissent se constituer à l'échelle régionale. À titre d'exemple, dans le domaine des systèmes d'information, un des principaux éditeurs de logiciels et prestataire informatique des hôpitaux, Numih, est issu de la fusion entre deux organisations inter hospitalières régionales, Mipih (GIP) et Sib (Syndicat interhospitalier de Bretagne). Dans le domaine des achats, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a également contribué récemment à la création de groupements d'achats, sous forme de GCS, dans la plupart des régions françaises. Certains groupements d'achat qui ont aujourd'hui une envergure nationale, comme la centrale d'achat « Réseau des acheteurs hospitaliers (RESAH) », étaient constitués initialement sur une base régionale avant d'élargir leur action à l'ensemble du territoire national.

⁴ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avril 2008

⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

⁶ Loi dn°2016-41 du 26 janvier 2016

1.2. La création des GHT devait permettre d'accroître sensiblement des coopérations

Constatant que les CHT n'avaient pas eu le succès escompté, la Mission du Pacte de Confiance pour l'Hôpital⁷ recommandait, dès 2013, la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Innovation importante par rapport aux CHT, **l'adhésion à ces structures de coopération devenait obligatoire.**

Selon l'étude d'impact, le législateur en escomptait à la fois, dans une logique de médecine de parcours, « l'émergence de filières de soins territorialisées » grâce à l'élaboration d'un projet médical unique et, « sur la base d'un socle minimal obligatoire », la gestion « en commun de certaines fonctions transversales (achats, formations, système d'information), de sorte à générer des gains d'efficience ».

Un lien était établi, de façon explicite entre le développement de la prise en charge ambulatoire, la réduction des capacités d'hospitalisation traditionnelle et la mutualisation des fonctions supports, afin de réaliser des économies et d'améliorer l'expertise des EPS. Les « mutualisations de service support », est-il écrit dans l'étude d'impact, « répondent également à une exigence de qualité en mettant en commun des compétences expertes au profit d'établissements de plus petite taille, qui ne disposent plus des compétences nécessaires dans les domaines aussi variés que la qualité, les systèmes d'information, la gestion de la dette et de la fiscalité, etc. ».

L'estimation des économies potentielles liées à la création des GHT était chiffrée dans l'étude d'impact à 400 M€ pour les trois premières années, dont 270 M€ au titre de la mutualisation des fonctions support, 50 M€ au titre de la diminution du recours à l'intérim médical liée à une plus forte attractivité de certains postes médicaux définis dans le projet médical partagé et 38 M€ par la mutualisation de la permanence des soins.

Les missions obligatoirement exercées dans le cadre des GHT, limitativement énumérées par la loi de 2016, concernaient essentiellement la mutualisation des fonctions supports ou médico-techniques. Il s'agissait de :

- ◆ la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements. Tel que le prévoyait le décret d'avril 2016 relatif aux GHT, « 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 »⁸. Cette convergence des applications devait être réalisée pour le 1er janvier 2021 ;
- ◆ la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire, qui devait être assuré par l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements du GHT ;
- ◆ la mutualisation des achats, avec un schéma d'organisation des achats à élaborer avant 2018 ;
- ◆ l'organisation en commun de l'activité de pharmacie, de biologie médicale et d'imagerie ;
- ◆ la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu.

⁷ E. Couty, Le pacte de confiance pour l'hôpital, mars 2013.

⁸ Article R6132-15 du Code de la santé publique.

Annexe IX

La loi prévoyait par ailleurs **que l'établissement support du GHT pouvait gérer pour le compte des établissements parties au groupement** des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Elle disposait enfin que les établissements parties devaient organiser en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle inter établissements ainsi que les activités de biologie médicale dans les mêmes conditions.

En 2019, la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé y a rajouté de nouvelles compétences. Elle a donné aux GHT la responsabilité de définir des orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels, c'est-à-dire la gestion commune des affaires médicales.

A la suite du rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr. Olivier Claris, l'ordonnance de 2021 a également prévu la médicalisation de la gouvernance des GHT grâce à la création d'une commission médicale de groupement. La même ordonnance ouvre également la possibilité pour le directeur général de l'ARS d'autoriser un GHT à instituer une commission médicale de groupement (CMG) unifiée.

En cinq ans, plusieurs textes sont donc venus définir le GHT, le doter de nouvelles compétences, puis lui ouvrir des compétences optionnelles.

1.3. Le bilan de la création des GHT est mitigé tant en ce qui concerne l'organisation et la gradation des soins que la mutualisation des autres activités.

Neuf ans après la création des GHT, leur bilan apparaît en demi-teinte. La tonalité des différents rapports consacrés aux GHT est généralement critique.

Il convient toutefois de relever que certains d'entre eux ont été rédigés relativement peu de temps après que le dispositif ait été pleinement opérationnel (délimitation du nombre et des périmètres des GHT, installation des instances, promulgation de l'ensemble des textes réglementaires requis dont certains ont donné lieu à des débats prolongés (cf. dispositions relatives aux achats par exemple). La crise sanitaire, si elle a pu susciter l'expression de nouvelles solidarités entre établissements, n'a probablement pas facilité les démarches de rapprochement et d'intégration territoriale.

Aux termes des investigations réalisées par la mission, les principaux constats réalisés en 2019 par la mission de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) portant sur le « Bilan d'étape des GHT »⁹ semblent encore d'actualité.

⁹ C. Dagorn, D. Giorgi, A. Meunier, Bilan d'étape des GHT, IGAS, décembre 2019.

Annexe IX

La mission notait que les « *périmètres des GHT sont très disparates en termes de population couverte, de nombre d'établissements et d'étendue géographique* ». Elle recommandait en conséquence, sans pour autant entamer un processus de révision général, de « *réviser le périmètre des quelques GHT dont les situations complexes peuvent compromettre l'atteinte des objectifs qui leur sont assignés* ». Sur 135 GHT, les auteurs mentionnaient une dizaine de cas problématiques, soit parce que des établissements parties avaient manifesté le souhait de quitter le GHT auquel ils étaient rattachés, soit parce que l'offre de soins du GHT étaient insuffisante. À ce titre, ils citaient l'exemple du GHT Centre Bretagne, composé de deux établissements de santé et d'un établissement médico-social. Cette recommandation n'a pas été complètement mise en œuvre, malgré la fusion de certains GHT¹⁰.

Les auteurs constataient également que la mutualisation des fonctions supports était très hétérogène et que la création des GHT n'avait pas abouti à une réorganisation de l'offre de soins dans une logique de gradation, comme cela était pourtant l'intention du législateur.

Les conclusions de la Cour des comptes, dans son rapport de 2020 sur les GHT¹¹, étaient convergentes avec celles formulées par l'Igas l'année précédente :

- ◆ les GHT n'apportent pas une réponse suffisante à la question de l'égal accès aux soins entre territoires ;
- ◆ les GHT ont produit un faible niveau d'intégration des établissements, en dehors de l'élaboration d'un projet médical partagé ;
- ◆ les GHT n'ont pas eu d'impact significatif sur l'offre et la consommation de soins.

Le constat semble également pour le moins mitigé en ce qui concerne l'évolution de la carte sanitaire, y compris de la répartition des activités entre établissements, qui ne semble pas avoir été substantiellement modifiée par la création et le développement des GHT¹².

Il convient d'ailleurs de noter qu'aucun bilan de la réalité des économies prévues dans l'étude d'impact n'a été réalisé. Aucun réel bilan n'existe non plus sur la mise en œuvre des dispositions issues de la loi de 2019 et de l'ordonnance de 2021, qui modifient pourtant substantiellement le cadre juridique issu de la loi de 2016.

En décembre 2021, le rapport de l'Assemblée nationale sur les GHT¹³ concluait également que la mutualisation des fonctions supports avait concentré les énergies, avec des bénéfices qui se faisaient attendre, des résultats modestes pour l'accès aux soins. Elle reconnaissait cependant que la création des GHT avait permis d'améliorer substantiellement les habitudes de coopération entre les acteurs des territoires.

Dans les faits, la mission a pu constater, comme les auteurs des rapports précités, que les fonctions qui, aux termes de la loi, devaient être impérativement mutualisées, semblent l'avoir été de manière variable.

¹⁰ A titre d'exemples, deux opérations de recomposition de GHT ont été mises en œuvre en Auvergne-Rhône-Alpes, autour de Lyon et de Valence. Dans le cas du nouveau GHT Drome-Ardèche, issu de la fusion des GHT Rhône-Vercors-Vivarais et du GHT Sud Drôme Ardèche une solution innovante a été imaginée pour gérer les défis liés à la taille (19 au total dans ce GHT) en complétant le dispositif de l'établissement support avec celui « d'établissements pivots » de territoire. Ainsi 5 établissements, dont l'établissement support lui-même, assurent pour les établissements de leur sous-territoire la coordination de certaines actions déconcentrées au sein du GHT.

¹¹ Cour des comptes, Les groupements hospitaliers de territoire, octobre 2020

¹² Ce constat est réalisé dans tous les rapports précités et dans le rapport d'Alain Milon pour la commission des affaires sociales du Sénat, Les GHT : un outil mal adapté à la territorialisation du soin, rapport d'information déposé le 8 octobre 2020.

¹³ Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par 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 les groupements hospitaliers de territoire et présenté par M. Marc Delatte et Pierre Dharréville, décembre 2021.

Annexe IX

En ce qui concerne les systèmes d'information (SI), les auteurs du rapport Igas précité écrivaient en 2019 que les ambitions de convergence se limitaient souvent à une interopérabilité des applications, faute de consensus sur un logiciel commun et de moyens suffisants pour en faire l'acquisition.

L'observatoire des SI géré par l'ATIH pour le compte de la DGOS permettait de mieux connaître la progression de cette mutualisation. Le dernier rapport publié date malheureusement de 2020¹⁴ : il était alors indiqué que la plupart des GHT ayant répondu à l'enquête avaient entamé, ou avaient réalisé leur processus de convergence, sachant que la loi avait fixé comme objectif une convergence des SI hospitaliers pour la date de 2021.

En 2025, malgré tout, 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. *A contrario*, elle constatait également que les établissements privés à but lucratif déclarent mutualiser en premier lieu leur DSI, puis les applicatifs, la contrainte financière les ayant conduits à mutualiser leurs fonctions supports¹⁵.

L'ANAP, consultée sur ce point par la mission, considère 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.

En ce qui concerne les activités médico-techniques que sont la pharmacie, la biologie et l'imagerie, le constat est également mitigé. La mission, lors de ses déplacements, a pu constater d'intéressantes dynamiques à l'œuvre, par exemple dans le GHT Estuaire de la Seine, où la mise en place d'une direction commune et la dynamique territoriale du GHT ont permis la création de pôles inter établissements, sur la pharmacie, la biologie, et les urgences. Le CH du Havre a également créé le GCS Sant-Estuaire afin de mutualiser l'ingénierie immobilière hospitalière pour le compte des établissements membres du GHT tout en proposant ses services aux établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) du territoire.

La mission a également pu échanger avec la responsable du pôle de biologie médicale des Hospices Civils de Lyon qui a mis en œuvre une démarche très ambitieuse de mutualisation de la biologie à l'échelle du GHT Val Rhône Centre.

A contrario, elle a pu constater ailleurs une absence de dynamique du GHT, alors que la situation très dégradée des établissements membres du GHT dans l'ensemble des établissements concernés plaiderait pour une mutualisation des moyens.

Les auteurs du rapport Igas de 2019 notaient que la structuration des DIM de territoire était très inégale, et qu'il n'y avait pas eu de création de DIM de territoire chargée de l'analyse quantitative et qualitative de l'activité au niveau du territoire. Quasiment aucun établissement rencontré dans le cadre de la mission n'avait créé de DIM de territoire et ne s'était saisi de cette disposition pour élaborer une stratégie médicale à l'échelle de son territoire.

¹⁴ La DNS souhaite relancer cette observation des progrès réalisés par les GHT en matière de convergence des SI.

¹⁵ La sécurité informatique des établissements de santé, Cour des comptes, 20250103

Annexe IX

En ce qui concerne le domaine des achats, sans doute le plus avancé car bénéficiant de l'antériorité du programme Phare et des groupements et centrales d'achat, la DGOS constate cependant que la centralisation des achats est inaboutie. Certains établissements parties continuent à passer des marchés, alors que la loi a réservé la passation des marchés aux établissements supports de GHT depuis 2017. Par ailleurs, dans certains cas, la mission a pu constater que la création d'une direction commune n'a pas permis une réelle mutualisation, car les acheteurs du service nouvellement créés restent chargés des achats de l'établissement dont ils sont issus et qui reste leur employeur.

L'ANAP relève également que la mutualisation des achats de médicaments n'a pas été systématiquement prise en compte dans cette réflexion sur la mutualisation des achats, qui a essentiellement porté sur les achats « hôteliers » réalisé par les directions achats, et de façon bien plus marginale sur les achats de médicaments réalisés au sein des pharmacies à usage intérieur (PUI).

Le « démembrement »¹⁶ de la fonction achat par le décret de 2 mai 2017, opérant un transfert partiel de la fonction achat vers le GHT, ce qui n'était pas prévu par la loi de 2016, n'a pas favorisé la mutualisation de la fonction achat.

Cependant, il convient également de noter que ce travail de mutualisation a été mené dans les organisations les plus intégrées, notamment dans le cadre du GHT Val Rhône Centre, en particulier entre les HCL et l'hôpital de Vienne.

D'autres exemples de mutualisation des fonctions supports ou médico-techniques existent.

Le GHT du territoire du Léman-Mont-Blanc, après avoir rassemblé toutes ses fonctions médico-techniques dans un GCS, dès 2012, a également créé un GCS de mutualisation de trésorerie et de financement des opérations d'investissements à portée territoriale, afin de répondre aux enjeux d'investissement que le projet commun emporte en dépassant par la solidarité financière l'hétérogénéité des situations budgétaires des établissements de santé membres. « Ce GCS autorise le portage financier et budgétaire des investissements d'intérêt territorial, découlant du PMSP et permet de tracer les opérations prévisionnelles et réalisées dans le cadre d'une comptabilité dédiée, que ne saurait organiser le compte annexe G rattaché à l'établissement-support »¹⁷.

Dans la Meuse, le GHT Cœur Grand Est qui, sans fusion d'établissements, a créé une vraie dynamique commune grâce à une direction commune et à une politique de gestion des ressources humaines commune de tous ses établissements. Ce GHT souhaite poursuivre son intégration en créant un groupe public, doté de la personnalité morale, sur la base de la loi Valletoux.

Par ailleurs, Nicolas Sirven et Myriam Lescher-Cluzel, sur la base d'une étude économétrique portant sur l'ensemble des EPS durant les années 2013-2019, ont pu montrer que la mise en œuvre des GHT avaient influé sur les comportements stratégiques d'investissement des EPS en limitant la redondance des plateaux médico-techniques dans le secteur public, ce qui est cohérent avec l'élaboration de projets médicaux partagés¹⁸.

Ces conclusions, au moment où la France s'est engagée dans un nouveau programme massif d'investissement sanitaire dans le cadre du Ségur de l'investissement, montrent que l'approche territoriale est pertinente dans la recherche d'une rationalisation de l'offre de soins.

¹⁶ Cour des comptes, Les achats hospitaliers, octobre 2017.

¹⁷ Catherine Keller, L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération interhospitalière, thèse de droit public, 2020.

¹⁸ N. Sirven, M. Lescher-Cluzel, Les groupements hospitaliers de territoire ont-ils mis un terme à la course aux armes médicales ?, Revue économique, 2023/3, vol 74.

Annexe IX

Le travail analyse les comportements d'investissement des établissements hospitaliers avant et après la mise en œuvre effective des GHT en 2017. Il complète l'analyse de la mise en place des GHT réalisée en 2020 par la Cour des comptes, en énonçant puis vérifiant des hypothèses sur le comportement stratégique d'investissements des établissements, à la fois publics et privés. On observe des comportements mimétiques des secteurs publics et privés en matière d'adoption de technologie médicale dans une période faste de course aux armes médicales (2013-2015), suivie d'une période de décélération de la diffusion technologique (2015-2017). L'un des objectifs de la réforme des GHT semble avoir été atteint, puisque leur mise en œuvre a accompagné la rationalisation de l'offre des soins déjà entamée sur la période précédente, en limitant la redondance des équipements en technologie de santé dans le secteur public.

Lorsqu'elle est réellement mise en œuvre, la coopération entre hôpitaux présente donc un intérêt et la mise en place des GHT y a contribué.

Pendant, une contradiction émerge entre la logique de groupe portée par le GHT et l'absence de personnalité morale, ce qui explique – au-delà du manque de réel suivi de la réforme au plan national depuis la crise COVID – le caractère inabouti et mitigé des réalisations à mettre au crédit des GHT.

Les GHT sont restés « au milieu du gué » : faute de les avoir dotés de la personnalité morale, les GHT sont porteurs d'une logique de groupe sans en avoir les moyens juridiques, ce qui condamne cette réforme à une forme d'inachèvement et l'inscrit dans la continuité d'un demi-siècle de réformes hospitalières.

Comme l'écrit Catherine Keller : « Alors qu'initialement, l'absence de personnalité juridique du GHT a pu représenter, au motif de sa simplicité apparente, une formule avantageuse, sa mise en œuvre en révèle, au contraire les apories et la complexité. »¹⁹

Le GHT s'inscrit, de fait, dans la filiation des groupements interhospitaliers de secteur issus de la loi Boulin et des CHT issus de la loi HSPST. Ces trois instruments ont quatre points communs : « ils tendent à s'ancrer dans un espace délimité, tout d'abord secteur puis territoire de santé, concernent exclusivement ou de manière privilégiée, le secteur public hospitalier, sont enfin dépourvus de personnalité juridique et se donnent pour objectif de « créer des services communs », et d'assurer la coopération entre les membres ». Comme eux, ils ne remettent pas en cause la personnalité morale des établissements, qui « fonde son identité sur son autonomie juridique, patrimoniale et financière. »²⁰

1.4. Les limites d'un système qui demeure « établissement centré » ne peuvent être qu'en partie dépassées par le développement des directions communes

Au-delà de l'obligation instaurée par la loi de 2016 pour tout EPS d'être membre d'un GHT, le système se caractérise par trois spécificités qui ont des incidences importantes sur le développement des coopérations hospitalières :

- ◆ **la prééminence d'une organisation « établissement centrée ».** Des éléments très structurants de l'organisation et du fonctionnement hospitalier restent conçus et mis en œuvre sous l'angle de l'établissement. C'est le cas en particulier :
 - de la gouvernance des EPS avec des conseils de surveillance qui demeurent largement présidés par les maires des communes siège de l'établissement ;

¹⁹ C. Keller, L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération interhospitalière, thèse de doctorat de droit public, 2020

²⁰ C. Keller, La coopération inter-hospitalière, entre continuité et rupture, Revue juridique de l'Ouest, 2015

Annexe IX

- de la carrière des directeurs d'hôpitaux dont le processus de sélection (rôle du maire voire du président de la CME) et d'affectation ont l'établissement comme pivot ;
 - des autorisations d'activités et d'équipements lourds qui ne peuvent être délivrées aux GHT avec la possibilité d'une mise en œuvre multisites ;
 - de l'analyse de la situation financière qui continue à être appréhendée à l'échelle des comptes de l'établissement et non dans une approche consolidée à l'échelle du GHT.
- ◆ **le principe d'autonomie des établissements dans la définition de leur stratégie comme dans leur gestion opérationnelle** reste très prégnant. Les choix stratégiques et la qualité de la gestion peuvent pourtant entraîner des répercussions importantes sur les comptes sociaux lorsqu'ils se traduisent par des organisations territoriales de soins non optimales et des résultats budgétaires déficitaires voire lourdement déficitaires. La portée de ce principe d'autonomie peut impacter parfois fortement les dynamiques de développement des coopérations territoriales qui dépendent dans une large mesure de l'intention des parties. Cela constitue assurément une force lorsque les projets de coopération sont la traduction d'une volonté partagée ; cela pénalise fortement le développement des coopérations lorsque toute ou partie des acteurs est animée par la volonté de préserver les intérêts de leur établissement.
- ◆ **la difficulté pour les pouvoirs publics à faire respecter certaines obligations légales et réglementaires ou à endiguer les dérives financières.** Les différentes évaluations de la mise en œuvre des dispositions relatives aux GHT issues des lois de 2016, de 2019 et de l'ordonnance de 2021 ont montré le hiatus existant entre les objectifs initiaux poursuivis et l'hétérogénéité des réalisations. De même, les directeurs généraux d'ARS éprouvent des difficultés importantes vis-à-vis des établissements dont la situation financière est la plus dégradée, sans levier leur permettant de corriger les dérives observées autre que l'utilisation du fond d'intervention régional (FIR) pour verser des aides exceptionnelles au détriment parfois du soutien aux projets de transformation de l'offre hospitalière.

Il résulte de l'effet cumulé de ces trois facteurs que le développement des coopérations territoriales est très fortement dépendant des intentions collaboratives des acteurs. Lorsqu'elles perçoivent l'intérêt de le faire, pour des raisons liées à l'amélioration de l'offre de soins ou à la qualité de la gestion, des communautés hospitalières peuvent élaborer ensemble un projet collectif. *A contrario*, lorsque cela n'est pas le cas, pour des raisons issues de leur histoire commune ou de la crainte de perdre l'autonomie, l'immobilisme peut prendre le dessus, faute d'intérêt à agir pour les parties ou d'une obligation à le faire. Ces limites du modèle territorial coopératif ne sont pas nouvelles. Elles prennent toutefois une acuité plus forte dans le contexte de double contrainte pesant sur les ressources financières et humaines des établissements, lorsque qu'il apparaît qu'à l'instar d'autres écosystèmes, chaque structure ne va pas pouvoir continuer à tout faire seule.

Les intérim de directions ou les directions communes permettent de pallier certaines de rigidités du système. La désignation d'un directeur établissement, celui de l'établissement support par exemple, pour assurer l'intérim ou la direction commune de plusieurs établissements du GHT est souvent positive. De l'avis de la majorité des parties prenantes rencontrées, cela permet de renforcer la cohérence d'action et potentiellement les synergies entre les équipes de plusieurs établissements avec une unicité de direction, référant de son action à plusieurs conseils de surveillance et pas uniquement à celui de l'établissement support du GHT. Le développement des directions communes a d'ailleurs été un des aspects les plus remarquables de l'évolution de la coopération hospitalière durant les dernières années. En 2023, 25 GHT sur 135 étaient, pour tout ou partie de leurs établissements, en direction commune.

Annexe IX

La direction commune offre une réponse à la complexité organisationnelle des GHT : elle permet, par exemple, de mettre en place des pôles inter établissements (PIE) de manière sécurisée, sur le plan juridique.

Ce dispositif connaît cependant plusieurs limites :

- ◆ il ne permet pas d'unifier les instances des établissements, ce que seule une fusion permettrait d'obtenir. Plus le nombre d'établissements en direction commune est important, plus le nombre des réunions d'instances à réunir et de délibérations à faire adopter par le directeur de l'établissement support est important. À titre d'illustration le directeur du CH de métropole Savoie assure la direction commune de 11 établissements ;
- ◆ il est par ailleurs difficile à mettre en œuvre, à l'usage, dans les plus grands GHT. En effet, les directions communes doivent continuer de gérer, en plus de la stratégie du groupement, tous les établissements membres, dont les instances n'ont pas évolué. Or, près de la moitié des GHT comptent cinq établissements ou plus ;
- ◆ il est par ailleurs soumis aux aléas des nominations. La mise en place d'une direction commune implique en premier qu'une direction d'établissement soit vacante, la volonté des établissements concernés est par ailleurs requise sous la forme d'un vote de chaque conseil de surveillance l'approuvant²¹. L'instauration automatique d'une direction commune lors de chaque vacance d'un emploi de direction d'un établissement partie au groupement a été débattue dans le cadre de la discussion parlementaire de la PPL visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification²² sans concrétisation.

Si l'intérêt de renforcer les coopérations hospitalières constitue un objectif de longue date de la politique hospitalière française, leur développement est très largement dépendant de décisions des parties prenantes, il s'appuie en outre sur un socle d'outils qui s'est progressivement enrichi au fil du temps avec des dispositifs qui soit se substituaient les uns aux autres, soit s'ajoutaient (SIH, FMIH, GCS, CHT, GHT, missions mutualisées de droits, mutualisations optionnelles, pôles et équipes inter hospitaliers, directions communes...).

Il en résulte une organisation très hétérogène, ce qui peut s'expliquer du fait de la diversité des situations territoriales rencontrées, mais également très complexe, peu lisible, avec des objectifs et périmètres différents, partiellement conforme aux objectifs initiaux du législateur et dont la pertinence et la soutenabilité administratives peuvent être interrogées (accumulation des structures administratives avec ou sans personnalité morale, production de documents administratifs et financiers).

²¹ La mise en place d'un intérim, mesure temporaire, n'est pas soumise à l'accord des conseils de surveillance. Elle relève d'une décision non liée du DG de l'ARS

²² Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021

2. Face aux difficultés rencontrées par les EPS, un consensus, appuyé par les travaux des économistes de la santé, les rapports des corps d'inspection et des juridictions financières, et les acteurs rencontrés par la mission, émerge sur l'intérêt de renforcer les coopérations hospitalières au niveau des territoires, en créant de véritables groupes hospitaliers publics

2.1. Un consensus émerge sur l'intérêt de renforcer la coopération dans le périmètre territorial des GHT

Au cours de ces dernières années, plusieurs rapports ont proposé de renforcer les compétences des GHT, pour pouvoir continuer d'assurer la permanence des soins dans un contexte de pénurie médicale ou pour pouvoir se doter, dans un contexte de manque d'attractivité des hôpitaux publics, de compétences expertes.

En 2023, l'IGAS a recommandé « d'élever l'organisation et la mise en œuvre de la PDSSES²³ en une compétence relevant de droit du GHT. » Cette recommandation, écrivait les auteurs, « *garantira la complémentarité et la cohérence des réponses des GHT aux appels à candidature, [...] renforcera la mutualisation de la GRH médicale et permettra d'harmoniser les modalités de rémunération de la PDSSES entre les établissements partie aux GHT* »²⁴. Cette recommandation était notamment justifiée par la fragilité croissante des organisations de permanence des soins (PDS) dans de nombreux territoires/spécialités et par les risques associés en termes de soutenabilité RH de ces organisations.

Cette disposition avait été inscrite dans la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale le 15 juin 2023. Elle a été supprimée lors de l'examen du texte au Sénat et n'a finalement pas été reprise dans le texte issu de la commission mixte paritaire.

En 2024, face à l'augmentation de l'intérim médical et face aux difficultés des établissements à assurer la permanence des soins, la Cour des comptes a recommandé « d'intégrer la gestion des ressources médicales dans les groupements hospitaliers de territoires »²⁵. La Cour a en effet constaté que si le législateur avait rendu obligatoire depuis 2022 la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des GHT, la réglementation ne prévoyait que de simples orientations stratégiques communes, et non une coordination des recrutements. Elle considère que les décisions relatives au recrutement de médecins, au recours aux contrats de motif 2 ou à la majoration de la prime de solidarité territoriale devraient relever d'une gestion territoriale des ressources humaines médicales, dans le cadre de l'organisation de l'offre de soins. La Cour recommandait également, comme l'IGAS, que la commission d'organisation de la permanence des soins soit mutualisée à l'échelle du GHT. Elle préconisait également de réviser le découpage des groupements pour améliorer la cohérence de l'offre publique.

²³ Permanence des soins en établissement de santé.

²⁴ M. Albertone, P-Y Demoulin, La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter, Répartition, soutenabilité et reconnaissance, IGAS, juin 2023

²⁵ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2024

En octobre 2024, constatant les difficultés rencontrées par les maîtrises d'ouvrage hospitalières dans le cadre des opérations programmées à la suite du Ségur de l'investissement, l'IGAS recommandait de procéder à une modification législative pour confier aux établissements supports du GHT cette compétence²⁶. L'IGAS fondait cette recommandation sur le constat qu'une proportion importante des établissements supports de GHT disposaient d'équipes techniques plus solides du fait de leur taille. Cette modification, écrivaient les auteurs, aurait également une dimension stratégique en renforçant le caractère territorial des investissements travaillés à l'échelle des groupements.

Dans l'attente d'une modification de la loi, l'ANAP considère qu'il serait possible de demander aux EPS d'élaborer un schéma technique directeur et immobilier qui serait une annexe du PMP. Cela n'implique pas de faire évoluer le cadre réglementaire.

D'autres acteurs ont également indiqué à la mission qu'ils souhaitaient que les GHT soient plus intégrés. La DNS, par exemple, serait favorable à une évolution de la loi pour que l'ensemble des agents des directions des systèmes d'information des établissements d'un GHT soient rattachés à la DSI de l'établissement support. Elle considère que les établissements partie n'ont pas réellement mis en œuvre la convergence des systèmes d'information qui était prévue par la loi. Le décret d'application précisait d'ailleurs que cette convergence devait amener les EPS à adopter les mêmes applications pour chacun des domaines fonctionnels.

Sur les SI, l'ANAP considère qu'il conviendrait – dans une optique d'efficience – de viser à la fois la convergence des applicatifs, dans le cadre de directions communes, et la mutualisation des investissements sur le matériel et notamment sur les solutions de stockage. En effet, le coût des SI hospitaliers se répartit à parts égales entre les applicatifs d'une part, et le matériel – dont les serveurs – d'autre part.

La conférence des DG de CHU s'est également montrée particulièrement intéressée par une intégration renforcée au sein des GHT. Cette conférence considère que l'organisation des EPS sous forme de GHT peut à la fois permettre de « concentrer le recours et l'expertise sur certains établissements (qualité, sécurité, expertise, optimisation des moyens) » et de favoriser « l'accès aux soins pour les populations les plus isolées par des dispositifs de pratique avancée ».

Elle relève également « qu'une partie des dépenses évitables de notre système de santé se trouve dans l'insuffisante organisation de l'offre de soins à l'échelle régionale : redondance des services logistiques des établissements (blanchisserie, cuisine...), redondance de la logistique médicale (laboratoires de biologie, pharmacie à usage intérieure, stérilisation, etc.), duplication de grands équipements » et note enfin que la coopération dans le cadre d'un GHT devrait permettre de garantir « des conditions de qualité et de sécurité » en évitant que certains hôpitaux continuent de travailler avec « des volumes d'activité en-deçà des niveaux nécessaires pour [...] garantir l'efficience »²⁷.

D'une manière générale, les acteurs rencontrés soulignent que les enjeux d'efficience associés aux mutualisations se doublent de forts enjeux de maîtrise de compétences. Cet objectif figurait déjà dans l'étude d'impact de la loi de 2016 instituant les GHT (cf. *supra*). Dans un environnement caractérisé par la complexité grandissante des processus métiers, la maîtrise technique devient de plus en plus difficile à garantir pour des équipes de taille réduite. Cela peut porter sur des sujets très sensibles tels que la cybersécurité comme sur des sujets perçus a priori comme plus courants, et pourtant essentiels au bon fonctionnement des EPS, tels que la bonne maîtrise de la chaîne « Accueil, Facturation, Recouvrement » (AFR), les politiques de qualité des soins ou de santé et de sécurité au travail.

²⁶ T. Le Ludec, S. Muliez, Pour un pilotage renforcé des investissements immobiliers des établissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière, rapport Igas, octobre 2024.

²⁷ Commission Stratégie de la conférence des DG de CHU, Temps 2 des GHT, 2025.

En 2023, dans cette même logique de recherche d'efficience et de complémentarité à l'échelle d'un territoire de santé, le législateur a ouvert la possibilité de doter les GHT de la personnalité morale, sous la forme de GCS²⁸. Dans ce nouveau cadre, soutenu par la FHF, les GHT assureraient *a minima* les fonctions obligatoirement mutualisées (SI, DIM, achats, formation et écoles, GPEC) et, le cas échéant, les autres compétences (pharmacie, biologie, imagerie, équipes médicales communes...). Ils pourraient avoir aussi un budget autonome, recruter et employer directement le personnel, acquérir et gérer le patrimoine mobilier et immobilier en propre, et porter les autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, sans être érigés en établissement de santé.

Ces propositions et évolutions de doctrine montrent une évolution du principe de coopération qui était mis en avant à l'origine au profit du principe de groupe territorial. Dans ses échanges avec la mission, la FHF a notamment insisté sur la nécessaire évolution de la stratégie vers un système de groupe territorial.

Le principe de la coopération interhospitalière n'est pas remis en cause par le bilan mitigé des GHT : ce sont les limites du modèle actuel qui sont pointées par les corps d'inspection et par les acteurs rencontrés par la mission.

2.2. La littérature économique démontre l'intérêt de mutualisations que le secteur privé, qu'il s'agisse des ESPIC ou des EBL, a mis en œuvre depuis une dizaine d'années.

2.2.1. La nécessité d'une plus grande mutualisation se justifie par la possibilité de générer des économies d'échelle et des économies de gamme.

La littérature économique montre que les hôpitaux ont la possibilité, en mutualisant leurs fonctions supports et médico-techniques, de bénéficier d'économies d'échelles. Elle montre également qu'ils ont la possibilité, en renforçant leur coopération, de bénéficier d'économies de gamme²⁹ sur leurs activités cliniques. Les études portant sur la productivité hospitalière ont mis en évidence des rendements d'échelle³⁰.

Les travaux de Studer (2012) et ceux de Dormont et Milcent (2012) se sont intéressés à comparer la productivité et l'efficacité des établissements de santé. Ils se sont attachés à mesurer la productivité hospitalière en estimant une fonction de production.

Sur la base d'une estimation d'une fonction de production de type Cobb-Douglas, Nicolas Studer montre l'existence d'une taille optimale de production de soins se situant entre 800 et 850 lits³¹, ce qui valide l'existence d'économies d'échelle.

²⁸ Article L.6132-5-2 du CSP

²⁹ Des économies de gamme interviennent lorsqu'il s'avère moins onéreux de produire conjointement deux ou plusieurs biens dans une seule unité de production plutôt que de les fabriquer dans des firmes spécialisées indépendantes.

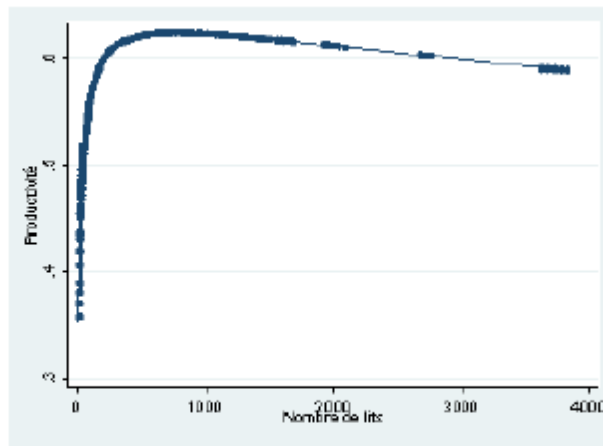
³⁰ Une production se fait à rendements croissants si le coût unitaire de production, c'est-à-dire ce que l'entreprise doit en moyenne dépenser pour produire une unité de bien ou de service, diminue quand la quantité produite s'accroît.

Lorsque l'augmentation de la taille de l'entreprise accroît la productivité de l'ensemble des facteurs et fait baisser les coûts unitaires, la théorie économique parle « d'économies d'échelle ». L'existence d'une diminution des coûts unitaires et l'existence d'une taille optimale influencent largement les stratégies des entreprises et participent à l'explication des structures industrielles. Traditionnellement, les stratégies de concentration et leurs développements sont justifiés par l'existence d'économies d'échelle.

³¹ N. Studer, Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public, N° 114, mars 2012, DREES, série étude, documents de travail

Annexe IX

Figure 1 - Effet de la taille sur la productivité [modèle (1) hors AP-HP]



Lecture : Le nombre de lits augmente la productivité de 0,62 pour une entité juridique qui compte 1000 lits.
Champ : Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2003-2007, hors hôpitaux locaux, Assistance publique-Hôpitaux de Paris et Hôpital national de Saint-Maurice.
Sources : Calculs de l'auteur à partir du PMSI, SAE, ENC et Comptes des hôpitaux publics.

Dormont et Milcent montrent également que le taux d'efficacité productive – que les autrices définissent comme la minimisation du coût pour un niveau de production donné - est moins élevé pour les très petits hôpitaux. La fonction de production qu'elles ont étudiée définit la frontière de production efficace : les estimations permettent d'évaluer la distance à la frontière de production efficace (correspondant à ce que l'hôpital pourrait produire, si l'ensemble des facteurs de production étaient mobilisés de façon efficace).

Dans leur estimation, les petits hôpitaux publics (cumulant moins de 5 000 séjours dans l'année) sont « extraordinairement peu efficaces », avec un taux médian de 17,2 %, tandis que les grands hôpitaux publics (réalisant plus de 10 000 séjours dans l'année), avec un taux d'efficacité productive de 82,4 %, sont très efficaces et même plus efficaces que les cliniques privées, une fois prise en compte les différences de *case-mix*³².

³² B. Dormont, C. Milcent Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés, les enjeux de la convergence tarifaire, *Economie et statistique*, 455-456, 2012. L'impact de l'inefficacité des plus petits hôpitaux sur le système hospitalier dans son ensemble doit cependant être relativisée car la production de ces petits hôpitaux ne représentait alors que 2,7 % de la production totale des services hospitaliers.

Ces constats sont cohérents avec ceux obtenus par Yilmaz et Frikha³³ (2012) dans leur étude sur la productivité des hôpitaux publics. Dans cette étude, les auteurs montrent la présence de rendements d'échelle positifs pour les petits hôpitaux mais négatifs pour les plus grands. **Les auteurs considèrent que leurs travaux confirment l'hypothèse de rendements d'échelle au sein des hôpitaux publics et l'existence d'une taille optimale pour atteindre les niveaux de productivité les plus élevés.** Les auteurs estiment que cette taille varie entre 700 et 1 000 lits. Cependant, ils notent que seuls les hôpitaux de taille inférieure à 150 lits ou supérieure à 4 500 lits présenteraient par rapport aux établissements de taille optimale un écart d'activité par lit supérieur ou égal à deux années de productivité. S'il existe une taille optimale d'efficacité comprise entre 700 et 1 000 lits, seuls les plus petits hôpitaux, d'une taille inférieure à 150 lits, et les plus grands, d'une taille supérieure à 4 500 lits, seraient donc désavantagés de façon significative par leur taille, du fait de l'existence d'économies d'échelle dans le premier cas, de déséconomies d'échelles dans le second³⁴.

De leur côté, Engin et Yilmaz ont montré, en travaillant cette fois-ci non pas sur l'efficacité productive mais sur la rentabilité des établissements, qu'il existait aussi un effet taille : les hôpitaux publics de moins de 200 lits et places semblaient moins rentables que les autres, l'augmentation concomitante de la taille et de la rentabilité connaissant néanmoins une limite, puisqu'il n'y avait pas d'effet positif au-delà de 800 lits³⁵.

Ces résultats sont corroborés, sur le plan international, par la revue de littérature internationale (25 articles, dont une majorité ont été publiés entre 2001 et 2014) réalisée par Giacotti, Guglielmo et Mauro, qui suggère une taille de soins optimale assez basse, entre 200 et 600 lits³⁶, qui porte tant sur le secteur public que sur le secteur privé.

L'analyse de l'organisation interne de l'hôpital peut permettre de comprendre les raisons d'une taille optimale de production de soins aussi basse.

Pour rendre compte de l'organisation interne d'un hôpital, Gérard de Pouvourville le décrit comme « *un assemblage d'ateliers de tailles variables, s'apparentant à des PME par leurs effectifs* »³⁷, constituée de plusieurs types d'ateliers de production : « *les services cliniques, qui programment et mettent en œuvre un plan de prise en charge ; les services médico-techniques, qui produisent les prestations spécialisées programmées par les services ; les services hôteliers, qui produisent les prestations d'hébergement ; les services généraux, qui font fonctionner et maintiennent l'outil de travail, et qui assurent l'approvisionnement ; enfin, la direction générale et les services administratifs.* »

Or, les potentielles économies d'échelle ne sont pas les mêmes pour ces différents types d'ateliers de production, pour reprendre l'expression de l'auteur.

³³ E. Yilmaz, S. Frikha Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009, DREES, Panorama des établissements de santé, 2012.

³⁴ En 2023, selon la DREES, les CH, anciens hôpitaux locaux, comptaient en moyenne 44 lits, tandis que les CH, hors hôpitaux locaux, comptaient en moyenne 168 lits. Seuls les HCL (5141 lits et places) et l'AP-HP (18 000 lits et 3700 places) comptaient alors plus de 4500 lits.

³⁵ F. Evain, E. Yilmaz, Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé, DREES, panorama des établissements de santé, 2012.

³⁶ M. Giacotti, A. Guglielmo, M. Mauro, Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search, PLoS One, 2017.

³⁷ HCAAM, annexe au rapport « innovation et système de santé », document n° 10, l'Hôpital de demain, 2015.

Annexe IX

Pour les services cliniques, des déséconomies d'échelle peuvent même apparaître autour de l'utilisation partagée de plateaux techniques, mais aussi par l'introduction de plusieurs lignes hiérarchiques supplémentaires. « Si l'on suit la théorie de l'inefficience X [écrit Gérard de Pourvouville], ces déséconomies d'échelle seraient plus liées à l'absence d'incitations économiques fortes poussant l'organisation à rechercher à tout moment un optimum d'efficience qu'à un effet intrinsèque inévitable de la taille. Mais il est probable que la taille, en augmentant la difficulté de supervision de tous les services, favorise son apparition. »

Pour l'auteur, l'argument en faveur d'économies d'échelle liée à la taille de l'établissement ne serait donc pas lié à la taille des unités cliniques, qui constituent le cœur de l'hôpital, mais à deux facteurs :

- ◆ la capacité à gérer la surcapacité requise pour assurer la permanence des soins (fonctionnement 24 heures sur 24, notamment de plateaux techniques d'exams, gardes) et la réponse aux urgences.
- ◆ l'existence de gains d'échelle dans le fonctionnement de certains services médico-techniques (biologie, imagerie), du fait du caractère relativement standardisé des prestations et de la possibilité d'automatisation³⁸.

Il n'en reste pas moins vrai que même pour les activités de soins – et notamment pour la chirurgie et l'obstétrique – le modèle économique actuel de tarification met en évidence des seuils de rentabilité clairs (cf. annexe Territoire et carte sanitaire) qui témoignent de déséconomies en cas d'activité insuffisante, compte tenu notamment des charges fixes liées à la permanence des soins et à la continuité des soins.

L'existence d'économies d'échelle liés à la mutualisation de certains services administratifs paraît également établie par l'analyse des fusions réalisées dans le secteur public³⁹ ou par l'analyse du fonctionnement des groupes de cliniques privées, qui opèrent rapidement le rapprochement de certaines fonctions supports.

À côté de la taille, la littérature s'est récemment penchée sur d'autres facteurs d'efficience. Evain et Yilmaz mettent en évidence, à côté de cet effet taille, l'importance de facteurs « organisationnels » (taux d'occupation des lits, durée de séjour, quantité de personnel), et l'impact de la spécialisation économique. Cet effet de gamme profiterait davantage aux cliniques privées qu'aux hôpitaux publics⁴⁰.

L'existence d'effets d'échelle et d'effets de gamme a également été établie par Kerleau, Le Vaillant et Or⁴¹. Ces auteurs constatent, en étudiant l'impact sur les coûts hospitaliers des caractéristiques régionales et de la structure de l'activité de court séjour, que les coûts unitaires moyens semblent plus faibles dans les régions où la concentration de l'activité médicale est importante. Ils établissent également une liaison positive entre la spécialisation (l'extension de la gamme des produits au sein de disciplines médicales) et les gains d'efficience au niveau régional : un profil régional moyen plus spécialisé – c'est-à-dire où les établissements de santé seraient plus spécialisés, sans que l'ensemble des établissements de santé de la région le soient nécessairement – semble être source d'un avantage comparatif.

³⁸ HCAAM, annexe au rapport « innovation et système de santé », document n° 10, l'Hôpital de demain, 2015

³⁹ Grâce à l'ANAP et durant ses déplacements, la mission a pu prendre connaissance des exemples du GHEF, de Châteauroux et de Lorient : dans chacun de ces cas, la fusion a mené à une économie de 4 à 8 % sur les fonctions supports.

⁴⁰ F. Evain, E. Yilmaz, Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé,

⁴¹ Or Z., Kerleau M., Le Vaillant M. (2005), « Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux ». Dossiers Solidarité et Santé, 2005/04-06, n° 2, 35-47.

Annexe IX

Pour un hôpital disposant d'un case-mix assez resserré, il peut y avoir un intérêt à se spécialiser pour profiter au maximum des économies de gamme et améliorer son efficacité productive. C'est le plus souvent la stratégie développée par les cliniques privées. Cette approche est difficilement envisageable pour les établissements publics pris individuellement, elle est cependant possible dans le cadre d'une organisation territoriale reposant sur la complémentarité des gammes des établissements publics de santé.

Des études plus récentes confirment ce lien entre efficacité et organisation de l'offre locale, et envisagent la question de la taille optimale de la production des soins, ce qui, dans un contexte plus hexagonal, renvoie à la question de la carte sanitaire et de l'organisation des soins sur une base territoriale.

En s'associant et en coopérant, les hôpitaux peuvent également bénéficier d'effets de gamme, qui proviennent de gains en termes de coûts liés à la d'une production simultanée de plusieurs activités, dans le cadre d'une stratégie de diversification pensée à l'échelle d'un territoire⁴².

C'est la stratégie poursuivie par exemple en Seine-et-Marne par le GHEF qui a choisi de spécialiser ses sites en fonction de spécialités médicales, ce qui lui permet à la fois de bénéficier de gains d'efficacité, à l'échelle du GHT, en supprimant toute redondance de services, et de proposer une offre de premier recours bien répartie sur le territoire, l'efficacité de ces services spécialisés permettant de couvrir les coûts fixes d'un site hospitalier.

Plusieurs études démontrent, par ailleurs, que la coopération entre établissements améliore à la fois l'efficacité et la qualité des soins hospitaliers.

2.2.2. Les groupes de cliniques privées, qu'ils soient associatifs, mutualistes ou commerciaux, ont opté pour une organisation permettant à la fois l'intégration de certaines fonctions clés et le maintien d'une responsabilité opérationnelle des filiales

L'organisation des principaux groupes de cliniques repose sur les principes suivants :

- ◆ une répartition de fonctions et de responsabilités entre siège et filiales (l'établissement) reposant sur le maintien d'une certaine autonomie des filiales qui ne perdent pas leur indépendance juridique en étant rachetées (sauf cas particulier d'une restructuration locale de l'offre du groupe),
- ◆ une intégration de certaines fonctions clés, notamment la stratégie financière (endettement, politique d'acquisitions, de reventes ou de restructuration), la politique de marque, le contrôle de gestion et le choix des responsables des filiales.

Les deux groupes rencontrés par la mission ont également centralisé certaines fonctions opérationnelles, notamment les achats. Un des groupes cherche à faire converger l'ensemble de ses systèmes d'information sans y être complètement parvenu pour le moment. Ce modèle est également appliqué dans le secteur privé non lucratif, notamment par des groupes de cliniques mutualistes.

La commission stratégie de la conférence des DG de CHU (cf. *infra*) fait d'ailleurs explicitement référence au modèle des groupes de cliniques mutualistes privées lorsqu'elle envisage l'évolution des GHT. De même dans les échanges avec la mission, la FHF invite à passer de la logique de coopération à celle de groupe pour la conduite des GHT.

⁴² Sur ce sujet, voir L'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : la coopération pour la concurrence, A. Collin, Q. Demanet, B. Fenoll, J. Joubert, E. Paul, Journal de gestion et d'économie médicale, 2015/2, volume 33.

Les auteurs du rapport Igas sur les fusions d'hôpitaux⁴³ observaient que l'organisation traditionnelle des groupes, en opérant une distinction entre la société faîtière, d'une part, et les filiales, d'autre part, évitait deux risques, « soit d'emboliser la gestion de l'établissement-siège par les questions liées à la gestion du groupe, soit au contraire de faire disparaître la logique de groupe derrière les préoccupations plus immédiates de la gestion de l'établissement-siège ».

Ils observaient par ailleurs, « alors que les perceptions sont essentielles dans les projets de rapprochement entre entreprises, qu'en instituant l'établissement-siège en *primus inter pares* ce choix ne pouvait que le faire apparaître comme « gagnant » de la création de la CHT face aux autres établissements susceptibles d'y participer, et de ce fait peu incités à y entrer effectivement. »⁴⁴ La mission a pu faire le constat de cette difficulté lors de certains de ses déplacements.

Le modèle collaboratif doit donc être mis en œuvre dans des conditions attentives à ce :

- ◆ que l'intérêt sanitaire et économique des réorganisations d'activités et des mutualisations de fonctions soient explicitement exposé, aux professionnels comme aux élus et aux citoyens des territoires concernés ;
- ◆ que des bénéfices puissent être retirés par chacune des communautés hospitalières ;
- ◆ qu'elles soient accompagnées.

L'ensemble de ces analyses et de ces constats plaide pour :

- ◆ **un rapprochement, jusqu'à la fusion, des plus petits établissements - en dessous de 150 ou 200 lits⁴⁵,**
- ◆ **la recherche d'économies d'échelle par la mutualisation des services médico-techniques, des services généraux, de la direction générale et des services administratif,**
- ◆ **la recherche d'économies de gamme, sur un territoire donné, par la coopération et la spécialisation des services cliniques, dans le cadre du GHT,**
- ◆ **le maintien d'une autonomie opérationnelle des établissements au-delà de quelques centaines de lits, à l'image des groupes de cliniques mutualistes ou privés, afin d'éviter des déséconomies d'échelle. Ce maintien d'une autonomie opérationnelle doit s'accompagner d'une responsabilisation du directeur de site sur tous les facteurs organisationnels et managériaux (taux d'occupation des lits, durée de séjour, quantité de personnel).**

2.3. Face aux limites actuelles des GHT, il est nécessaire de construire un cadre intégratif solide, pérenne et sécurisé

L'histoire du droit de la coopération hospitalière montre qu'il existe, en droit, de nombreux outils pour renforcer la coordination des hôpitaux publics. Cependant, malgré leur intérêt, que ce soit pour les patients, les communautés hospitalières ou le régulateur, ces dispositions n'ont été que partiellement mises en œuvre.

⁴³ Fusions et regroupements hospitaliers : quels bilans pour les 15 dernières années ? Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, Dr. Françoise Lalande, Claire Scotton (Igas), 2012.

⁴⁴ Fusions et regroupements hospitaliers : quels bilans pour les 15 dernières années ? Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, Dr. Françoise Lalande, Claire Scotton (Igas), 2012.

⁴⁵ C'est le cas d'une forte proportion des CH, ex Hôpitaux locaux, pour lesquels une forte intégration des fonctions supports et médico-techniques au sein des GHT doit être opérée.

Les conseils de surveillance sont présidés le plus souvent par les maires des communes dans lesquels les hôpitaux sont implantés, et non par des élus qui exerceraient une responsabilité sur l'ensemble du territoire du GHT, qu'il s'agisse de responsables intercommunaux ou départementaux. La nomination des chefs d'établissement se fait après avis du maire, président du conseil de surveillance, sans que les instances dirigeantes du GHT soient consultées. L'employeur des praticiens hospitaliers est l'établissement, et pas le GHT.

La tarification à l'activité, qui est par nature concurrentielle, est la principale source de financements des EPS et elle peut conduire dans certains cas à une divergence entre l'intérêt de l'établissement et l'intérêt du groupement.

Comme vu *supra*, ces facteurs, parmi d'autres, favorisent la préservation des intérêt et logiques d'établissement au détriment des coopérations territoriales. Pour renforcer l'efficacité du système hospitalier, il paraît donc souhaitable à la fois construire un cadre intégratif solide, pérenne et sécurisé, tout en donnant aux différents acteurs de ce système de puissantes incitations à coopérer.

2.3.1. Deux scénarios paraissent devoir être évités, le *statu quo* et la fusion de l'ensemble des EPS des GHT

Ce cadre ne devrait pas être, à terme, celui du GHT dans sa forme actuelle, dont les limites ont été rappelées. Comme le relevait la Cour des comptes, le GHT demeure « *un modèle intégratif plus ou moins avancé qui souffre régulièrement de l'absence de personnalité morale pour permettre de peser dans la finalisation des rapprochements d'établissements et dans la réorganisation territoriale* »⁴⁶.

Dans ces conditions, pour tenter de mettre en œuvre la stratégie de groupe dont le GHT pourrait être porteur, les directions hospitalières ont été contraintes de mettre en œuvre de nombreux mécanismes juridiques complémentaires et palliatifs qui ont fait la preuve de leurs limites, qu'il s'agisse de l'utilisation de la personnalité juridique de l'établissement support, agissant au regard des activités transférées et mutualisées « comme un substrat juridique palliatif »⁴⁷, de la création de GCS dont les instances de groupement doublonnent celles des établissements de santé, ou de la mise en place de directions communes.

Ce cadre ne devrait pas non plus être celui de la fusion pure et simple de l'ensemble des établissements, qui risque de créer des déséconomies d'échelle et comporte également un risque de déresponsabilisation et d'aléa moral de la part des établissements les moins bien gérés.

La création des GHT et la promotion des coopérations interhospitalières était d'ailleurs une réponse au constat de l'échec des fusions et restructurations réalisées dans les années 1990 et 2000, que la Cour des comptes avait constaté en 2015⁴⁸.

⁴⁶ Cour des comptes, Le rôle des CHU dans l'offre de soins, 2018,

⁴⁷ C. Keller, L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération interhospitalière, thèse de doctorat de droit public, 2020

⁴⁸ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 2015, « 20 ans de recomposition de l'offre de soins : un bilan décevant ».

L'Igas constatait aussi, en 2012, que « sur le plan financier, la fusion n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. »⁴⁹. Les auteurs rappelaient également que le « mode unique de fusion représenterait un chantier démesuré et inadéquat, notamment dans des GHT comportant un nombre important d'établissements »⁵⁰.

La construction de véritables groupes publics, à l'échelle d'un GHT, paraît être la solution la plus pertinente pour conjuguer l'efficacité au niveau territorial et au niveau de chaque établissement. Cette démarche peut être progressive selon les situations.

Un troisième scénario, qui a été évoqué par certains interlocuteurs de la mission, ne paraît pas convaincant à ce stade : la création d'une trentaine de groupes publics, à l'échelle des territoires universitaires de santé.

Ce scénario présente un inconvénient majeur : il modifierait profondément la relation entre le régulateur et les EPS, exposant le régulateur à un risque de capture réglementaire, en particulier si les dirigeants de ces groupes publics devaient être nommés en conseil des ministres comme le sont les directeurs d'ARS.

Par ailleurs, dans la situation actuelle des comptes sociaux, il semble important de trouver des leviers d'efficacité à court terme, ce qui plaide, non pour une recomposition complète du paysage des coopérations interhospitalières, mais pour un approfondissement des coopérations dans le cadre territorial, déjà connu depuis neuf ans, des GHT. Cette démarche n'interdit pas, comme cela a déjà été mentionné, un mouvement de rapprochement au cas par cas, dans un cadre départemental notamment, lorsque l'offre de soins du GHT est notoirement insuffisante.

2.3.2. Le modèle intégratif organisé autour d'une structure faitière publique paraît de nature à répondre à nombre des limites aujourd'hui constatées

Entre les coopérations au cadre juridique complexe et à la portée limitée et la fusion pure et simple, un troisième modèle de rapprochement des établissements publics de santé pourrait être mis en œuvre.

Ce modèle pourrait être celui du GHT doté d'une personnalité morale agissant comme une société faitière. Il permettrait de mettre réellement en œuvre une stratégie commune dans le cadre d'un groupe d'hôpitaux publics économiquement et institutionnellement intégrés. La réforme du financement des hôpitaux, qui établit une responsabilité populationnelle dont le groupe hospitalier serait le garant, tout en conservant une part de financement à l'activité, dans un but d'efficacité, semble créer une fenêtre d'opportunité pour cette transformation de l'hôpital public.

⁴⁹ Fusions et regroupements hospitaliers : quels bilans pour les 15 dernières années ? Pierre-Yves Bocquet, Jean-Louis Bonnet, Dr. Françoise Lalande, Claire Scotton (Igas)

⁵⁰ Les possibilités de fusions de deux établissements proches l'un de l'autre, pouvant s'intégrer dans un projet efficace de réorganisation des activités et de mutualisation de fonctions ne doivent pas pour autant être exclues, à l'image de celle qui a été effectuée entre les CH de Chambéry et d'Aix les bains en 2015. Mais il s'agit dans ce cas de décisions d'espèce, prise au regard d'une analyse de pertinence spécifique, pas d'une position de principe consistant à fusionner l'ensemble des établissements d'un GHT.

Le rôle de la structure faîtière

Le rôle de cette société faîtière serait à la fois de piloter le temps long et de garantir le temps court. Au titre du pilotage du temps long, elle aurait pour mission de :

- ◆ définir la stratégie du groupe et notamment le projet médical sur la base du PRS ;
- ◆ d'assurer la gradation et la cohérence de ses activités en recherchant des économies d'échelle et des économies de gamme ;
- ◆ d'organiser les parcours patients entre les établissements du groupe ainsi qu'avec les centres de référence, notamment lorsque le groupe ne compte pas en son sein un centre régional hospitalo-universitaire ;
- ◆ d'allouer les ressources, notamment en matière d'investissements, que ce soit dans l'immobilier ou dans les équipements lourds. Elle aurait donc la charge de la stratégie immobilière et patrimoniale du groupe ;
- ◆ de gérer la dette et de piloter les grands projets structurants et transverses, qu'il s'agisse du virage ambulatoire ou de la transformation liée à l'intelligence artificielle.
- ◆ d'organiser et de piloter l'activité de recherche⁵¹ ;
- ◆ d'établir des partenariats avec les autres établissements en charge du service public hospitalier et les acteurs de l'offre de soins du territoire et avec les établissements médico-sociaux en charge d'un service public. Les MIGAC seraient ainsi versées au niveau du groupe, ce que l'absence de personnalité morale des GHT ne permet pas actuellement.

La structure faîtière serait également garante du temps court :

- ◆ l'ensemble des services supports (finances, RH, SI, qualité, contrôle de gestion, achats, logistique, patrimoine) et des services médico-techniques (imagerie, pharmacie, biologie) seraient mutualisés au niveau du groupe. Cette mutualisation permettrait de supprimer les GCS qui ont été fréquemment constitués pour mettre en œuvre, dans le cadre réglementaire actuel, cette mutualisation de moyens. L'organisation de ces services serait ainsi décidée au niveau du groupe, tout en ouvrant la possibilité de formes de déconcentration ou d'une présence de services ou d'équipements sur plusieurs sites. Une telle structuration n'implique donc pas nécessairement la centralisation au niveau de la structure faîtière de l'ensemble des ressources et activités concernées. Elle est tout à fait compatible avec le maintien de ressources et d'activités en proximité. Les choix organisationnels doivent procéder au cas par cas d'une analyse d'opportunité conciliant la recherche d'efficacité et la continuité/résilience des activités ;
- ◆ la mutualisation du contrôle de gestion et des finances au niveau du groupe permettrait, en mutualisant cette expertise, de renforcer la culture médico-économique des établissements. D'une manière générale, ce processus permettrait de renforcer la compétence et la maîtrise dans l'ensemble des champs mutualisés ;
- ◆ la structure faîtière devrait mettre en place des plans de performance et suivre des indicateurs, tant au niveau de la production que de la qualité de service, pour garantir à l'ARS le respect de la trajectoire convenue dans le cadre d'un CPOM qui serait commun à l'ensemble du groupe ;
- ◆ elle devrait également être chargée de la politique générale d'accompagnement social de cette transformation.

⁵¹ En cela, le groupe reprendrait une mission actuelle des GHT : chaque GHT, ne comprenant pas de CHU en son sein, doit en effet se doter d'une valence hospitalo-universitaire, en concluant une convention associant un CHU voisin à son projet médical partagé.

Le rôle des établissements de santé membres des groupes hospitaliers publics

Les établissements de santé membres des groupes hospitaliers publics seraient de leur côté au cœur de l'activité hospitalière. **Ils seraient chargés du fonctionnement et de la gestion hospitalière quotidienne**, de la qualité du parcours patient et de la qualité des soins, sur la base des orientations stratégiques décidées au niveau du groupe. **Ils seraient chargés de mettre en œuvre tous les leviers d'efficience interne liés aux activités cliniques** : taux d'occupation des lits, IPDMS, gestion du personnel, mise en œuvre des plans de transformation (virage ambulatoire, numérique en santé et intelligence artificielle), et de l'animation des partenariats avec les autres acteurs de la santé du territoire (ESPIC, cliniques, CPTS, ESMS).

Le modèle cible de groupe hospitalier public de territoire serait plus intégratif que le GHT actuel, y compris en intégrant les apports de loi de 2019. Il serait également plus intégratif que le modèle de GHT avancé prévu par la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (issue de la PPL dite « Valletoux »), et cela pour plusieurs raisons :

- ◆ comme le GHT, qu'il remplacerait, il serait obligatoire, au contraire du GHT « Valletoux » qui suppose, pour être créé, de recueillir l'accord de l'ensemble de ses membres ;
- ◆ les activités médico-techniques seraient mutualisées de droit alors qu'il ne s'agit que d'une option dans la loi de 2023. Les fonctions logistiques et support, mais aussi la politique de qualité et la certification le seraient également ;
- ◆ comme dans un groupe de cliniques mutualistes, ce modèle reposerait sur une solidarité financière due à la consolidation des comptes, tout en préservant la liberté de gestion pour ses membres.

Il permettrait également de dépasser les difficultés structurelles actuelles, qu'il s'agisse de la gouvernance, du recrutement des directeurs, de la gestion des carrières des médecins et des autorisations d'activités de soins dans un seul établissement de santé.

- ◆ **La composition et les compétences des instances de gouvernance** devraient être revues pour tenir compte de la nouvelle architecture des compétences et des responsabilités exercées. Les décisions les plus stratégiques et les plus lourdes relèveraient des instances de gouvernance du groupe (du type commission médicale de groupe et comité stratégique). La composition de ce dernier devrait être modifiée afin d'assurer la représentation des élus du territoire qui seraient appelés à se prononcer collectivement sur les orientations stratégiques en matière d'organisation territoriale de l'offre hospitalière publique. Les projets et affaires relevant strictement de la gestion locale continueraient d'être examinés par instances des établissements membres, leurs prérogatives et leur composition devraient également être revues ;
- ◆ **l'architecture des emplois de direction et les processus de sélection** devraient également être révisés autour de principes qui pourraient être les suivants : 1/ la constitution d'un vivier de professionnels pour les emplois de direction d'un groupe hospitalier public prenant en compte les attendus spécifiques de ce type de poste ainsi que l'expérience acquise et les résultats obtenus dans les postes à responsabilités précédent ; 2/ un avis émis préalablement à la nomination par une représentation des élus du territoire et pas uniquement le maire de la ville siège du groupement ; 3/ la définition par le directeur du groupement de l'organisation de l'équipe de direction du groupement, incluant les fonctions assumées au siège et celles exercées en établissement ; 4/ le recrutement des membres de l'équipe de direction par le directeur du groupement, y compris pour ceux qui exerceront en établissement. La mise en œuvre d'une telle réforme impliquera un réexamen de la cotation et de la répartition des emplois fonctionnels du corps des directeurs d'hôpital.

Annexe IX

Enfin, face aux tensions provoquées par les pénuries de praticiens, en particulier dans les zones rurales (accroissement de l'intérim médical et du coût de la PST) et afin d'assurer la qualité des soins, partout sur le territoire, grâce à des équipes de soignants stables, le recrutement des médecins serait réalisé par le groupe, sur la base de fiches de poste mentionnant un établissement d'affectation à titre principal et l'éventuelle réalisation d'activités territoriales.

Un statut médical unique éviterait ainsi les phénomènes de concurrence dispendieuses sur les recrutements médicaux, que les juridictions financières relèvent régulièrement malgré le statut de la fonction publique.

En parallèle, les autorisations seraient progressivement délivrées non pas au niveau de chaque hôpital mais au niveau du groupe⁵² qui deviendrait le principal point de contact avec le régulateur. Cette évolution pourrait s'accompagner d'une réforme du droit des autorisations.

En France l'ARS est chargée à la fois de veiller à la pertinence des groupements hospitaliers et à la répartition des autorisations en fonction des besoins de santé de la population. En Belgique, à la suite de la réforme hospitalière de 2019⁵³, la loi a fixé les missions de soins, générales et spécialisées, que chaque réseau hospitalier locorégional doit assurer. En parallèle, les activités à seuil normatif se sont multipliées. A côté de critères portant sur l'accessibilité de l'offre de soins, assez similaire à ceux que la France avait respecté lors de la création des GHT, chaque réseau doit donc proposer une gamme assez complète de soins généraux et spécialisés. En France, l'ajout de cette exigence supplémentaire serait sans doute de nature à rassurer patients et élus locaux sur le socle de services qui pourraient être proposés par chaque groupe hospitalier, tout en facilitant l'évolution, sur une base objective, des GHT ne disposant pas à l'heure actuelle d'une offre de soins suffisamment étendue.

Les groupes hospitaliers de territoires se verraient donc reconnu une responsabilité territoriale de coordination pour les établissements publics membres, alors que le législateur n'a pas reconnu aux GHT, en la matière, une responsabilité supérieure à celle, très limitée, antérieurement dévolue aux établissements publics de santé.

A ce titre, des objectifs évaluables devraient leur être fixés, comme le HCSP l'avait proposé, en termes d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité de l'offre de soins, mais aussi d'amélioration de l'état de santé de la population.

Les grandes lignes de ce schéma cibles présentes plusieurs points de convergence avec celles que Pierre Pribile et Norbert Nabet faisaient en 2018 dans leur rapport intitulé « Repenser l'organisation territoriale des soins », rendu dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé élaborée. Ils recommandaient alors de transformer les GHT en Etablissements Publics de santé de territoire, avec une gouvernance médicale et administrative unifiée, une solidarité financière de fait et une intégration des fonctions supports.

⁵² Ce qui n'empêcherait pas de maintenir une indication géographique pour l'exercice de l'autorisation

⁵³ La loi du 28 février 2019 a introduit les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux dans la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008. Le projet d'arrêté royal énumère les missions de soins locorégionales qui doivent être proposées dans chaque réseau et les missions de soins suprarégionales qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau. Par ailleurs, une norme d'agrément organique fédérale est fixée pour l'offre géographique des missions de soins locorégionales. Ces missions de soins locorégionales doivent être proposées dans le réseau hospitalier de manière à garantir que pour 90 % des citoyens se trouvant dans la zone géographique couverte par le réseau hospitalier, le temps de trajet est de 30 minutes maximum.

L'ANAP estime que l'ensemble des services supports des EPS représente un budget de 17 Md€ par an : une économie de 5 %, dans le cadre de la création de groupes hospitaliers publics de territoire, représenterait une économie structurelle de 850 M€ en fonctionnement⁵⁴. Cette réforme serait également porteuse d'autres économies, en fonctionnement, grâce à une rationalisation de l'offre de soins à l'échelle d'un territoire, et grâce à une stratégie d'investissement et de gestion patrimoniale partagée.

La mise en œuvre d'une telle réforme pourrait constituer l'acte II des GHT réclamé par de nombreux acteurs. Elle nécessite des modifications législatives. Au regard de la criticité de la situation dans laquelle se trouvent de nombreux établissements et des risques associés au statut quo, il serait souhaitable que le débat soit réouvert dès que possible, probablement en 2026.

Une telle réforme devrait par ailleurs s'accompagner du réexamen du périmètre de certains GHT, à la lumière du bilan de 10 années de fonctionnement, de leur nouveau statut et du rôle élargi qu'ils seraient appelés à tenir.

2.4. La gravité de la situation nécessite, dès à présent, de relancer puissamment ce mouvement de mutualisation sans attendre une évolution de la loi

À court terme, au vu de l'urgence de la situation des EPS, il convient cependant d'utiliser toutes les ressources offertes par le cadre réglementaire existant. Les compétences reconnues par le code de la santé aux directeurs d'ARS permettent de relancer puissamment le mouvement de mutualisation au sein des GHT, sans attendre une évolution de la loi – même si elle semble nécessaire à terme.

Cette relance pourrait passer par trois étapes :

- ◆ la mise en œuvre effective du cadre réglementaire,
- ◆ l'incitation à mettre en œuvre les compétences optionnelles,
- ◆ la demande, formulée par les directeurs généraux d'ARS aux EPS sur la base des pouvoirs coercitifs que le code de la santé leur reconnaît, de constituer des GHT dotés de la personnalité morale, issus de la loi Valletoux, ou à défaut des GCS, pour mutualiser de façon effective les fonctions supports et les fonctions médico-techniques.

2.4.1. Le rappel du cadre réglementaire existant et la nécessité de le faire respecter doivent être un préalable.

La mise en œuvre effective du cadre réglementaire

Aux termes de la loi de 2016, une partie des fonctions supports (achat, SI) et des fonctions médico-techniques (biologie, pharmacie) devaient converger ou faire l'objet d'une « organisation en commun » avant 2021. Le décret de 2016 précisait que tous les hôpitaux d'un GHT devaient avoir les mêmes applicatifs, ce qui est loin d'être le cas à l'heure actuelle.

Il conviendrait donc, dans un premier temps, de rappeler aux EPS leurs obligations réglementaires, et si nécessaire de fixer un nouveau calendrier de mise en œuvre effective des dispositions de la loi de 2016. Si le calendrier initialement prévu pour la mutualisation des SI pouvait sembler ambitieux, il paraît aujourd'hui raisonnable, neuf ans après le vote de la loi, de terminer la convergence des applicatifs en deux ans.

⁵⁴ L'ANAP a étudié les exemples des rapprochements de Lorient, de Châteauroux et du GHEF. Elle a constaté, lors de ces rapprochements, une économie structurelle de 4 à 8 % sur les fonctions supports.

Annexe IX

Il conviendrait également de rappeler aux gestionnaires hospitaliers les risques encourus en matière de responsabilité pénale lorsque les dispositions du décret de 2017 sur les achats ne sont pas respectées.

Les établissements pourraient également être amenés à faire un bilan de la mise en œuvre des dispositions de la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, notamment de la mise en commun des affaires médicales.

Les dispositions de la loi de 2019 étant rarement appliquée, les GHT seraient invités à présenter un plan d'action sur ce sujet.

L'invitation à mettre en œuvre les compétences optionnelles

En outre, il conviendrait de rappeler aux GHT les possibilités ouvertes par cette loi :

- ◆ mise en commun des disponibilités déposées auprès de l'État,
- ◆ élaboration d'un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques ;
- ◆ conclusion d'un CPOM unique avec l'ARS.

Les ARS pourraient inviter les GHT à se saisir de ces deux dernières dispositions, qui présentent un intérêt certain dans le cadre de la mise en œuvre du Ségur de l'investissement, d'une part, et d'une relance d'une démarche d'efficience, d'autre part. Ces éléments pourraient être discutés dans le cadre de la fixation des feuilles de route, puis de l'évaluation des chefs d'établissement.

Il conviendrait également de favoriser une mutualisation complète des SI au niveau des GHT, qu'il s'agisse de la direction des SI elle-même, des applicatifs ou des serveurs, ce qui implique la mise en place d'une direction commune⁵⁵.

La demande de constituer des GHT dotés de la personnalité morale, ou à défaut de créer des GCS, pour mutualiser de façon effective les fonctions supports et médico-techniques

Au-delà du rappel du cadre réglementaire existant et des nombreuses compétences optionnelles possibles, le pouvoir réglementaire des directeurs généraux d'ARS leur permet de favoriser une nouvelle vague de mutualisation et d'intégration à l'échelle des GHT.

Les coopérations interhospitalières pourraient progresser de façon très significative à droit constant, en s'appuyant à la fois sur les dispositions de la loi Valletoux et sur le pouvoir réglementaire des directeurs généraux d'ARS en matière de coopérations interhospitalières.

⁵⁵ En ce sens, la proposition formulée par la DNS de faire évoluer le cadre réglementaire, dans le cadre du prochain PLFSS, en imposant la mise en place de directions SI mutualisées présente un grand intérêt, et ce d'autant qu'elle permettrait d'aller plus loin que le GHT « Valletoux » sur cette question.

Annexe IX

La loi Valletoux a en effet ouvert la possibilité de doter les GHT de la personnalité morale, assurant au moins les fonctions obligatoirement mutualisées (SI, DIM, achats, coordination des instituts et écoles, orientations communes pour la GPEC, le recrutement, la rémunération, l'attractivité), et potentiellement les compétences suivantes :

- ◆ la gestion des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter établissements ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques ;
- ◆ les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle inter établissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale et de pharmacie ;
- ◆ la mise en commun de leurs disponibilités déposées auprès de l'État ;
- ◆ l'élaboration d'un programme d'investissement et d'un plan global de financement pluriannuel uniques ;
- ◆ la conclusion avec l'agence régionale de santé, d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique pour l'ensemble des établissements du groupement.

La faiblesse de ce dispositif, relevée par de nombreux acteurs (pour doter les GHT de la personnalité, il faut une délibération concordante de l'ensemble des membres du GHT), peut sans doute être surmontée si les directeurs généraux des ARS se saisissent de tous les outils prévus par le code de la santé publique, ce qui suppose la fixation d'une doctrine nationale sur le sujet.

Les directeurs des ARS disposent en effet d'un pouvoir coercitif important pour favoriser les coopérations, via l'incitation à la mise en œuvre d'actions de coopération ou via la procédure de délivrance des autorisations.

L'article L. 6131-2 du code de la santé publique permet en effet aux directeurs généraux d'ARS de demander aux établissements de santé de créer un GCS.

Or, le GHT « Valletoux » étant, en droit, un GCS, les directeurs d'ARS peuvent demander aux EPS de transformer leur GHT en groupe hospitalier public.

Si la demande n'est pas suivie d'effet, les directeurs d'ARS peuvent « prendre les mesures appropriées, notamment une diminution des dotations de financement », mesures allant jusqu'à la fusion des établissements concernés.

Ils peuvent également ou de conditionner des autorisations de soin ou d'équipements lourds à cette évolution. En effet, les directeurs d'ARS peuvent, au titre de l'article L. 6122-7 du code de la santé, subordonner les autorisations d'activité de soins ou d'installation d'équipement matériel lourd « à la mise en œuvre de mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et l'effectivité de la permanence des soins. »

Dans le cadre de la démarche d'efficience et de territorialisation lancée par l'État à l'automne 2025, les EPS seraient ainsi invitées à se constituer en GHT dotés de la personnalité morale, assurant l'ensemble des fonctions possibles, obligatoires et facultatives, prévues par la loi.

Annexe IX

Si, par exception, au vu de la configuration locale, les établissements membres d'un GHT et l'ARS parvenaient à la conclusion que la création d'un GHT doté de la personnalité et de l'ensemble des compétences prévues par la loi n'était pas envisageable, il conviendrait de s'assurer, a minima, que les dispositions actuelles sur les GHT soient respectées et que les fonctions médico-techniques soient mutualisées sous forme de GCS⁵⁶. Ces établissements seraient également invités à réfléchir, le cas échéant, à des formes de coopération autour des fonctions hôtelières (restauration, blanchisserie) et de la stérilisation, que ce soit au niveau de l'exploitation ou des investissements.

Au niveau médical et clinique, ils seraient invités à réfléchir sur un approfondissement de leur coordination au niveau du GHT.

Ceci pourrait passer, en fonction des GHT et des établissements, par :

- ◆ la mise en place d'équipes territoriales ou de postes partagés sur certaines filières, dans le cadre de pôles inter-établissements (PIE) ;
- ◆ la mise en place d'une direction des affaires médicales communes ;
- ◆ une coordination de la permanence des soins.

Cette démarche serait cohérente avec les dispositions de la loi de 2019, qui impose la création d'une commission médicale de groupement et la mise en œuvre d'une stratégie médicale de groupement.

Ils seraient également invités à envisager l'élaboration d'un schéma immobilier de GHT, annexé au projet médical partagé.

Il leur serait, enfin, demandé de produire un schéma d'organisation et de mise en cohérence de la PDSSES.

Enfin, qu'ils aient fait le choix de créer un GHT doté de la personnalité morale ou qu'ils aient, au vu du contexte local, préféré approfondir autrement leur intégration, les GHT et leurs EPS membres seraient également invités à examiner, toujours dans une logique de territorialisation des soins :

- ◆ l'élaboration d'un plan d'accès aux consultations de spécialistes sur l'ensemble du territoire, en lien avec les CPTS,
- ◆ la fluidification des parcours de soins, thématiques ou populationnels, en lien avec les CPTS,
- ◆ le renforcement de la coordination avec les ESMS, afin de limiter les hospitalisations évitables.

⁵⁶ Cette option est présentée de la façon suivante dans le rapport des Hauts conseils : « L'absence de personnalité morale du GHT tout comme le périmètre limité des mutualisations obligatoires peuvent constituer un frein à la mise en œuvre de la logique de mutualisation entre établissements. Ces mutualisations peuvent emprunter plus facilement la voie de la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Un cran supplémentaire peut être franchi en intégrant dans les mutualisations obligatoires des activités présentant de forts potentiels d'économies d'échelle comme la biologie. » Pour un redressement durable de la sécurité sociale, juillet 2025.