



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

## RAPPORT

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





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

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 -

## SYNTHÈSE

**Cinq ans après la crise sanitaire, qui a frappé des hôpitaux fragilisés par les efforts de productivité de la décennie précédente, les établissements publics de santé (EPS) se trouvent dans une situation financière d'une gravité inédite.** Avant même cette crise, les EPS étaient déficitaires mais leurs pertes affichent désormais un niveau jamais atteint, estimé à -2,9 Md€ en 2024. Cette situation s'ajoute au lourd déficit de la branche maladie de la sécurité sociale (-16 Md€), principal financeur des établissements de santé. Outre son montant, le déficit hospitalier a surtout connu une évolution très dynamique, se creusant d'1 Md€ supplémentaire par an au cours des deux dernières années.

**Ce creusement exceptionnel des déficits des hôpitaux publics résulte d'une combinaison de facteurs exogènes et endogènes.**

**Entre 2019 et 2023, les importantes mesures nationales de revalorisation salariale et la reprise de l'inflation ont alimenté la croissance des charges hospitalières (+6,2 % par an).** La progression de la masse salariale (+13,3 Md€, soit +6,3 % par an) résulte à 85 % des mesures de revalorisation salariale<sup>1</sup>. Le choc inflationniste a aussi touché l'ensemble des postes de coûts hors masse salariale<sup>2</sup>. Enfin, la dynamique des charges à caractère médical (+4 Md€, soit +30 %) a été largement décorrélée de celle de l'activité. *In fine*, la structure des charges n'a pas changé sur la période. **La reprise des produits, moins dynamique (+5,7 % par an), n'a pas compensé l'évolution des charges. Les mesures de revalorisation salariale n'ont été que partiellement couvertes, ce qui a incontestablement contribué à la dégradation du déficit hospitalier**<sup>3</sup>. Les recettes n'ont pas été suffisantes malgré des dispositifs de sécurisation et d'accompagnement à la reprise d'activité, le versement d'aides exceptionnelles et l'augmentation très dynamique des produits versés par l'assurance maladie (+6,8 % par an). Les recettes issues des organismes complémentaires et des patients, restées stables en valeur sur la période, expliquent aussi cette insuffisance des produits<sup>4</sup>.

**L'aggravation des déficits résulte également d'une dégradation de la performance interne des hôpitaux publics qui reste en retrait de son niveau antérieur à la pandémie :**

- ◆ dans un contexte de forte croissance de l'activité hospitalière portée par l'ambulatoire, la reprise d'activité a été moins forte et plus progressive en sortie de crise dans le secteur public que dans les secteurs hospitaliers privés (lucratif et non lucratif), entraînant une perte de 1,3 point de part de marché en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- ◆ la productivité, principalement médicale, s'est dégradée (baisse de 2,2 % du nombre de séjours MCO par médecin sénior entre 2019 et 2023) ;
- ◆ les indicateurs de gestion du capacitaire (taux d'occupation et durée moyenne de séjour), couplés à une faible adaptation aux évolutions d'activité, en particulier le virage ambulatoire en chirurgie, sont également en baisse.

---

<sup>1</sup> Ségur de la santé, revalorisation de la permanence des soins, revalorisation du point d'indice notamment.

<sup>2</sup> +0,9 Md€ de dépenses d'électricité sur la seule année 2023 par exemple.

<sup>3</sup> La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024 2025-007R Juillet 2025.

<sup>4</sup> La part des recettes issues de l'assurance maladie est passée de 77,9 à 81% des produits des hôpitaux

**Toutefois, des situations financières très hétérogènes sont observées entre hôpitaux. Les centres hospitaliers généraux présentent, en moyenne, une situation particulièrement dégradée, notamment parmi les établissements de plus petite dimension.** Ce constat, qui n'est que partiellement expliqué par le contexte démographique et concurrentiel de chaque établissement, montre que des marges d'efficience sont mobilisables. Une part des écarts de performance s'explique par des pratiques de gestion interne hétérogènes et des niveaux variables de culture médico-économique. En outre, en lien avec l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), la mission a examiné des leviers d'efficience internes que les établissements pourraient mobiliser. Un rétablissement des parts de marché médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et hospitalisation à domicile (HAD) produirait, par exemple, un gain annuel de 0,3 Md€ et un renforcement de la maîtrise des charges de personnel médical un gain annuel de 0,6 Md€.

**L'analyse des niveaux de productivité passés et des leviers d'efficience documentés indique que le potentiel d'économies lié aux mesures d'efficience interne ne peut durablement dépasser au mieux 1 Md€ par an, devant être mobilisé au plus vite.**

**Une partie des écarts de performance constatés entre établissements relève aussi de facteurs structurels**, sur lesquels les marges de manœuvre des établissements eux-mêmes sont plus limitées (typologie d'activités réalisées, taille et statut juridique de l'établissement, dynamique populationnelle, attractivité du territoire). **L'amélioration de l'efficience et la consolidation du système hospitalier public dans son ensemble appelle ainsi des réformes profondes en matière d'organisation territoriale et de pilotage.** C'est un changement de paradigme qui doit être opéré pour renforcer les alternatives à l'hospitalisation complète et organiser, par le biais de restructurations, une réelle gradation des soins dans les territoires. L'accès en proximité aux filières de soins pour la prise en charge des maladies chroniques, en s'appuyant notamment sur des ressources médicales projetées dans les territoires, doit être privilégiée à la multiplication des plateaux techniques à faible activité. Cette transformation nécessite un message et un soutien forts de l'Etat aux acteurs locaux en charge de la transformation de l'offre hospitalière. Il apparaît par **ailleurs nécessaire que les hôpitaux publics s'organisent dans une logique de groupe à l'échelle territoriale**, compte tenu des limites du modèle développé pour les groupements hospitaliers de territoire (GHT), sans moyens juridiques de mise en œuvre de la logique de groupe dont ils sont porteurs.

**Il y a urgence à agir car le système hospitalier public va faire face à une hausse de ses besoins de financement<sup>5</sup>, évaluée hors mesures nouvelles et effet volume, à +3 Md€ par an en moyenne, qui pourrait mettre en péril la continuité des prises en charge.** La recapitalisation réalisée dans le cadre du Ségur de la santé a déjà été effacée par les déficits des dernières années. De nombreux établissements connaissent d'importantes difficultés de trésorerie, comme en témoigne l'allongement des délais de paiement, et ne sont plus en mesure de financer leur cycle d'investissement, contribuant à l'insoutenabilité de nombreux projets d'investissement en cours.

**Face à cette situation, la mission propose de lancer dans les meilleurs délais un plan de consolidation du système hospitalier public visant un retour vers une trajectoire d'équilibre d'ici à 2029. Inciter à toujours plus d'activité de même qu'un encadrement général et uniforme des dépenses insuffisamment précises sous-jacentes à l'Ondam ne permettront pas de répondre aux enjeux. Une transformation de l'organisation hospitalière territoriale est nécessaire pour assurer la pérennité du système hospitalier public et sa capacité à répondre aux besoins de la population partout sur le territoire.**

---

<sup>5</sup> Persistance d'un glissement vieillissement-technicité élevé, augmentation des cotisations CNRAFL, poursuite de l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, dynamique des charges à caractère médical, coût des investissements du Ségur, vieillissement de la population, prévalence des maladies chroniques, instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé entre autres.

## Rapport

**La relance d'une démarche d'efficacité qui produise des résultats significatifs exige qu'un mandat politique clair et stable soit donné aux administrations chargées de sa mise en œuvre (DGOS, ARS, Anap). Un changement d'échelle est également nécessaire et demande d'aborder les enjeux d'efficacité au niveau du territoire et plus uniquement de l'établissement.**

**Tout d'abord, dans le prolongement de la circulaire du Premier ministre, il faut engager sans délai des mesures d'urgence, et notamment :**

- ◆ réinterroger l'ensemble des projets d'investissements du Ségur, à la lumière de l'analyse des besoins et des capacités financières des EPS concernés, afin de ne pas alimenter encore plus la spirale déficitaire ;
- ◆ améliorer l'adéquation entre activité, ressources humaines et capacités de prise en charge (tels que les taux d'occupation ou les durées de séjour) ;
- ◆ maîtriser les recrutements médicaux, le recours au temps de travail additionnel (TTA)<sup>6</sup> et l'organisation de la permanence des soins (PDSSES) afin de modérer la dynamique d'évolution des dépenses du personnel médical en s'assurant de l'opportunité de ces recrutements, en s'appuyant notamment sur une analyse médico-économique) ;
- ◆ mobiliser tous les leviers d'amélioration de la trésorerie identifiés par l'Anap, la mise en place du remboursement des organismes complémentaires (ROC) et la généralisation de l'utilisation de l'outil PES-ASAP (protocole d'échange standard - avis des sommes à payer), le respect de la réglementation en matière de facturation en Ehpad ;
- ◆ réinternaliser au sein du GHT les analyses de biologie sous-traitées et identifier les autres activités candidates ;
- ◆ massifier les achats et finaliser la mutualisation de la fonction achat au sein du GHT.

**Au-delà de ces mesures d'urgence, la situation appelle des changements profonds d'approche. Le plan de consolidation doit s'appuyer sur trois leviers susceptibles d'améliorer l'efficacité du système hospitalier public et de réduire le déficit :**

- ◆ l'accélération du développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile ;
- ◆ la mutualisation des fonctions supports et des services médico-techniques au sein des GHT, dans l'attente de la formation de groupes hospitaliers publics dotés de la personnalité morale ;
- ◆ la réorganisation territoriale de l'offre de soins pour en assurer une meilleure gradation, nécessitant des outils renforcés et de nouvelles formes de concertations.

**Piloté à l'échelle nationale par le Premier ministre<sup>7</sup>, ce plan serait décliné à l'échelle régionale par les ARS en engageant les GHT à travers des contrats de consolidation préparés et signés par eux.** Leurs présidentes ou présidents de comité stratégique et de commission médicale de groupement seraient mandatés en ce sens sur la base d'un diagnostic territorial qui aboutirait au printemps 2026 et serait partagé avec les élus. La mission propose de manière détaillée les modalités et le calendrier de ce plan d'action dans une annexe dédiée.

---

<sup>6</sup> Équivalent, pour le personnel médical, des heures supplémentaires.

<sup>7</sup> Un portage interministériel facilitera la coordination de l'ensemble des services de l'État et de leurs actions au sein des territoires, notamment auprès des élus.

## Rapport

**Si le renforcement de l'efficacité des hôpitaux publics est indispensable pour revenir à une situation plus maîtrisée des comptes hospitaliers et sociaux, les efforts devront être répartis entre tous les acteurs du système de santé.** Les scénarios de financement des futurs PLFSS doivent arrêter un équilibre entre les trois leviers : les efforts d'efficacité, la contribution des organismes complémentaires et des assurés sociaux et l'Ondam. La mission préconise donc d'augmenter la contribution des organismes complémentaires au financement des établissements de santé au niveau antérieur à la crise sanitaire (au moins 1 Md€ supplémentaire). Par ailleurs, les évaluations du coût des activités hospitalières doivent être relancées et, le cas échéant, leurs traductions dans l'Ondam et les tarifs des différents secteurs clarifiées.

**La mise en œuvre effective du plan de consolidation nécessite enfin de renforcer les leviers de négociation des ARS. La mission propose donc d'élargir le champ de la conditionnalité des financements de l'assurance maladie. La délégation de certains crédits serait conditionnée à l'atteinte des objectifs des contrats territoriaux.**

**Enfin, la place des communes dans la gouvernance des EPS doit être adaptée.** En effet, les freins aux restructurations par des acteurs qui ne participent pas au financement de l'hôpital public doivent être levés. Les enjeux du territoire doivent primer sur une approche parfois trop étroite d'intérêts communaux et les représentants des communes doivent être plus responsabilisés sur les conséquences sanitaires et budgétaires des choix qui sont opérés.

**La constitution de groupes hospitaliers publics devrait être l'occasion de redéfinir la composition et les compétences des instances de gouvernance** pour tenir compte de la nouvelle architecture des responsabilités exercées entre l'établissement assurant la coordination et le pilotage au niveau territorial (telle une « société faîtière »), et les établissements concernés. Les élus du territoire seraient appelés à se prononcer collectivement sur les orientations stratégiques en matière d'organisation territoriale de l'offre hospitalière publique, à l'image des modalités de gouvernance des EPCI pour la gestion des compétences transférées.

## RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations	Autorités responsables	Echéances
<b>Mesures d'urgence</b>			
10	Définir sans délai les mesures d'urgence mentionnées dans le rapport que chaque établissement devra mettre en œuvre sous la supervision du binôme des président(e)s du comité stratégique et de la commission médicale du GHT.	GHT en lien avec les ARS	T4 2025
1	Réexaminer tous les projets d'investissement du Ségur, en particulier si les travaux ne sont pas encore lancés, notamment sous l'angle de leur soutenabilité financière.	ARS en lien avec le Cnis le cas échéant	T4 2025 / T1 2026
<b>Organisation des activités hospitalières dans les territoires</b>			
2	Définir une doctrine nationale sur l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers, en distinguant les soins hospitaliers de proximité, de recours pour assurer l'accès aux soins et accompagner les réorganisations hospitalières qui doivent être relancées.	DGOS	T4 2025 / T1 2026
3	Enrichir les modalités permettant de projeter des compétences dans les territoires, incluant la mise en place d'une quotité obligatoire de travail hors de l'établissement d'affectation pour les PH, à mobiliser en tant que de besoin. Créer une indemnité répondant à une activité multisite pour les personnels paramédicaux.	DGOS	S1 2026
4	Mettre pleinement en œuvre la loi du 27 décembre 2023 : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prendre le décret d'application permettant aux GHT d'opter pour la personnalité morale ;</li> <li>▪ encourager sa mise en œuvre en mobilisant les articles L. 6131-2 et suivants du CSP.</li> </ul>	DGOS / ARS	T4 2025 / T1 2026
9	Systématiser l'implication des GHT dans le dialogue de gestion des ARS avec les établissements et définir les modalités d'une solidarité financière entre établissements d'un même GHT dans les procédures de retour à l'équilibre.	ARS	A compter de 2026
5	Faire évoluer le cadre législatif afin de transformer les GHT, dans une perspective intégratrice, en groupes hospitaliers publics, dotés de la personnalité morale.	DGOS	2026
<b>Rénovation de la politique nationale de pilotage de l'efficience hospitalière</b>			
6	Améliorer l'évaluation du coût des activités et clarifier leurs traductions dans les tarifs afin de s'assurer qu'ils prennent mieux en compte les coûts.	DGOS / ATIH	2026
7	Développer et renforcer la logique des programmes nationaux autour des principaux thèmes d'efficience, notamment le virage ambulatoire et la transition numérique des hôpitaux, pour accompagner les établissements.	DGOS	2026

## Rapport

n°	Recommandations	Autorités responsables	Echéances
8	Réaliser une étude de faisabilité d'une foncière publique, qui doit permettre de professionnaliser la gestion du patrimoine non affecté aux soins et de mieux valoriser ce patrimoine.	DGOS	2026 / 2027
<b>Plan de consolidation de l'hospitalisation publique 2026/2029</b>			
14	Rétablir la contribution des organismes complémentaires au financement de l'hôpital à leur niveau antérieur à la crise sanitaire et fixer un objectif d'économie structurelle des établissements publics de santé lors de la construction de l'Ondam.	DSS	T4 2025 pour PLFSS 2026
11	Arrêter un plan de consolidation 2026-2029 de l'hospitalisation publique associant la Fédération hospitalière de France (FHF) reposant sur une contractualisation avec les GHT selon les modalités mentionnées dans le rapport.	DGOS	T4 2025
12	Mettre en œuvre le plan au niveau de chaque GHT sur la base d'un mandat donné aux président(e)s du comité stratégique et de la commission médicale de groupement à partir d'un diagnostic territorial partagé avec les élus conduisant à des engagements structurés autour de quatre axes : mutualisation de fonctions, mesures d'efficacité interne, organisation et gradation des soins et stratégie ambulatoire, pertinence des soins.	ARS	T 4 2025 / S1 2026
13	Mobiliser l'Anap sur la mise en œuvre opérationnelle du plan de consolidation en appui du comité de pilotage national, des ARS et des GHT.	DGOS / Anap	A compter de T4 2025
16	Mobiliser une enveloppe pour accompagner le plan sur la période 2026 2029 dont l'attribution sera conditionnée à l'atteinte des objectifs des contrats territoriaux afin de s'assurer de la tenue des engagements.	DSS / DGOS	De 2026 à 2029

## Rapport

Accompagnement des communautés hospitalières à la mise en place du plan			
15	<p>Prendre en compte la situation des équipes de directions mobilisées dans la mise en œuvre du plan, notamment via :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ la mise en place des directions communes, ou à défaut des intérimis, en cas de vacance d'un poste de direction d'établissement a minima pendant la durée du plan ;</li><li>▪ la mise en œuvre le RIFSEEP dans la fonction publique hospitalière, prioritairement pour les directeurs d'hôpitaux, et mobiliser les nouvelles modalités d'attribution du régime indemnitaire en cohérence avec les objectifs du plan ;</li><li>▪ la création un dispositif coordonné entre l'Anap et le CNG, en concertation étroite avec les ARS, permettant de mobiliser des managers de transition destiné aux situations hospitalières les plus complexes.</li></ul>	DGOS / ARS / Anap / CNG	A compter de T4 2025
17	<p>Revoir les conditions d'attribution de la prime d'engagement collectif en lien avec les objectifs fixés par le plan dont les conditions d'attribution devraient être inscrites dans le contrat signé avec l'ARS.</p>	DGOS	T4 2025

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<b>1. AVEC 2,9 MD€ DE DÉFICIT PRÉVISIONNEL EN 2024, LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ PRÉSENTENT UNE SITUATION FINANCIÈRE D'UNE GRAVITÉ INÉDITE ALORS QU'ILS DEVRONT FAIRE FACE À DES DÉFIS FINANCIERS MAJEURS DANS LES ANNÉES À VENIR.....</b>	<b>3</b>
1.1. La dégradation rapide du déficit hospitalier crée une situation d'une sévérité sans précédent, qui fragilise tant le cycle d'exploitation que le cycle d'investissement des hôpitaux publics .....	3
1.1.1. <i>La crise sanitaire a frappé un système hospitalier fragilisé par l'intensité des efforts qui lui avaient été demandés auparavant en matière de productivité.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>La dégradation brutale du déficit hospitalier public a effacé les bénéfices de la recapitalisation de 2021 et entraîne d'importantes tensions de trésorerie et un creusement des dettes d'exploitation .....</i>	<i>5</i>
1.1.3. <i>Les difficultés croissantes liées au cycle d'exploitation grèvent la capacité d'investissement des hôpitaux publics, en dépit des financements accordés dans le cadre du Ségur de la Santé.....</i>	<i>7</i>
1.2. Le déficit des hôpitaux publics résulte en grande partie de chocs exogènes, et en particulier de l'impact sur le budget des hôpitaux du Ségur et de l'inflation, qui ont conduit à un découplage croissant entre leurs charges et leurs recettes .....	8
1.2.1. <i>De 2019 à 2024, les charges hospitalières ont augmenté de 29 Md€, soit +5,7% par an en moyenne contre 1,6% par an entre 2015 et 2019.....</i>	<i>8</i>
1.2.2. <i>Malgré une contribution de l'assurance maladie très dynamique, la progression des recettes a été inférieure de 0,5 pt par an à celle des charges.....</i>	<i>9</i>
1.3. Les hôpitaux publics n'ont pas retrouvé le niveau de performance qui avait été atteint grâce aux importants efforts d'efficience interne réalisés dans les années 2010 .....	10
1.3.1. <i>La reprise de l'activité, plus tardive et insuffisamment positionnée sur l'ambulatoire dans les hôpitaux publics, a entraîné des pertes de parts de marché sur les différents segments face au secteur privé .....</i>	<i>10</i>
1.3.2. <i>Les EPS ont connu un fléchissement de leur performance capacitaire, dont témoignent la baisse du taux d'occupation des lits et la hausse des durées moyennes de séjour.....</i>	<i>12</i>
1.3.3. <i>Les effectifs médicaux des hôpitaux publics ont progressé plus rapidement que l'activité, entraînant une dégradation de la productivité médicale ....</i>	<i>14</i>
1.4. À court et moyen terme (2026-2029), de nouvelles charges vont fortement peser sur le tendanciel de dépenses des hôpitaux publics .....	17

<b>2. LA FORTE HÉTÉROGÉNÉITÉ DES RÉSULTATS DES EPS JUSTIFIE LA RELANCE DE DÉMARCHES D'EFFICIENCE INTERNE QUI NE SUFFIRONT TOUTEFOIS PAS, À ELLES SEULES, À ASSURER LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME HOSPITALIER PUBLIC .....</b>	<b>19</b>
2.1. Si les différences de résultats sont notables selon le statut des établissements et leur part de financement à l'activité, les CHG présentent une situation particulièrement dégradée.....	19
2.1.1. <i>Les situations financières sont contrastées, y compris entre des établissements aux caractéristiques comparables .....</i>	19
2.1.2. <i>Des caractéristiques structurelles, notamment territoriales, se combinent avec une qualité de gestion et une culture médico-économique différenciées au sein des établissements.....</i>	21
2.2. La mobilisation de tous les leviers d'efficacité interne est indispensable pour amorcer le retour à une trajectoire financière soutenable.....	24
2.2.1. <i>Si tous les GHT amélioraient leur résultat, impliquant des efforts de toute nature sur les charges et sur les produits, cela ne répondrait que partiellement au déficit général du système hospitalier.....</i>	24
2.2.2. <i>La relance de la démarche de performance doit s'appuyer sur des objectifs clairs en matière d'activités de soins et de moyens mobilisés pour les réaliser.....</i>	25
2.2.3. <i>Les fonctions financières, administratives, techniques et médico-techniques recèlent des marges d'efficacité, dont certaines sont mobilisables rapidement.....</i>	27
<b>3. L'AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE ET LA CONSOLIDATION DU SYSTÈME HOSPITALIER PUBLIC APPELLENT DES CHANGEMENTS PROFONDS D'APPROCHES DE SON POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE, DE SON ORGANISATION SUR LE TERRITOIRE ET DE SON PILOTAGE.....</b>	<b>28</b>
3.1. Le système hospitalier doit être réorganisé selon un principe de gradation des soins en privilégiant les alternatives à l'hospitalisation complète.....	28
3.1.1. <i>Si les bénéfices d'organisations de soins rationalisées sont nombreux, les réorganisations peinent à se déployer en France.....</i>	29
3.1.2. <i>Les réorganisations hospitalières doivent apporter des réponses globales aux besoins de santé des territoires, condition essentielle de leur acceptation, les outils pour les accompagner doivent être renforcés.....</i>	31
3.1.3. <i>L'accélération du développement de l'ambulatoire et de la HAD, leviers d'efficacité de long terme, suppose de relancer une démarche nationale et l'accompagnement des établissements autour de cet objectif.....</i>	33
3.2. Les hôpitaux publics doivent s'organiser dans une logique de groupe à l'échelle territoriale, niveau pertinent de structuration des activités et de pilotage de l'efficacité.....	35
3.2.1. <i>Malgré la création des GHT, la gestion hospitalière, centrée sur l'établissement, fait obstacle aux évolutions territoriales qui permettraient pourtant des gains d'efficacité.....</i>	35
3.2.2. <i>Au regard des limites du modèle coopératif, une plus forte intégration, reposant sur des mutualisations renforcées et s'inscrivant dans une logique de groupe à l'échelle territoriale, apparaît nécessaire et peut être initiée à court terme.....</i>	37
3.3. La tutelle médico-économique de l'État doit elle-même s'adapter à cette logique de groupe territorial à partir d'un cadrage national fort.....	40
3.3.1. <i>La politique de promotion de l'efficacité interne des établissements a connu des résultats probants mais rencontre également des limites.....</i>	41

3.3.2.	<i>Le déficit de mandat politique sur les réorganisations de l'offre hospitalière et le relâchement du pilotage national de l'efficience ont constitué des signaux négatifs en matière d'efficience jusqu'au début de l'année 2025.....</i>	41
3.3.3.	<i>La stratégie d'efficience de l'hospitalisation publique doit être définie par l'État, intégrant des objectifs de repositionnement stratégique et de coordination territoriale renforcée des EPS.....</i>	42
<b>4.</b>	<b>UN PLAN PLURIANNUEL DE CONSOLIDATION DU SYSTÈME HOSPITALIER PUBLIC 2026-2029, INTÉGRANT DES OBJECTIFS D'EFFICIENCE INTERNE ET TERRITORIALE ET APPUYÉ SUR UN MANDAT FORT DONNÉ AUX GHT, DOIT ÊTRE MIS EN ŒUVRE DANS LES MEILLEURS DÉLAIS.....</b>	<b>44</b>
4.1.	Des mesures d'urgence doivent dès à présent être identifiées et mises en œuvre dans tous les établissements, en coordination avec le GHT .....	44
4.2.	Le retour des EPS à une trajectoire financière soutenable pourrait s'appuyer sur un plan pluriannuel de consolidation du système hospitalier public .....	45
4.2.1.	<i>Un diagnostic détaillé des enjeux d'efficience et de transformation au sein de chaque GHT doit être réalisé d'ici au printemps 2026.....</i>	46
4.2.2.	<i>Le contrat de consolidation visant un retour à l'équilibre doit être conclu entre le GHT et l'ARS à l'été 2026, sur la base d'un mandat donné aux présidents du comité stratégique et de la commission médicale de groupement de chaque GHT.....</i>	47
4.3.	Le plan devra s'inscrire dans un schéma de partage des efforts entre les établissements et les financeurs de 2026 à 2029 .....	48
4.4.	La mise en œuvre du plan doit être assortie de mesures d'accompagnement....	49
4.4.1.	<i>Permettre aux ARS de mieux prendre en compte différentes situations des équipes de directions mobilisées dans la mise en œuvre du plan de consolidation territoriale du système hospitalier public.....</i>	49
4.4.2.	<i>Introduire une contrepartie financière conditionnée dans la contractualisation avec les GHT.....</i>	51
4.4.3.	<i>Intéresser les agents des établissements à la réussite du contrat de consolidation .....</i>	51
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>

## INTRODUCTION

Par lettre du 19 février 2025, la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté économique et numérique, le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins et la ministre chargée des comptes publics ont saisi l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) d'une mission portant sur l'efficacité des établissements publics de santé (EPS) et du système hospitalier. **La mission était invitée à traiter à trois questions :**

- ◆ **objectiver et documenter la dégradation massive du déficit consolidé des hôpitaux publics** depuis la fin de la crise sanitaire ;
- ◆ **identifier les leviers d'efficacité<sup>8</sup> des établissements publics** et la maîtrise de leurs charges, qui peuvent relever de la gestion des hôpitaux, de l'organisation du système hospitalier et de la réparation des activités de soins ;
- ◆ **proposer de nouvelles modalités de pilotage de l'efficacité du système hospitalier public.**

Ces réflexions et les indications des commanditaires ont conduit à mener en priorité un travail sur les dépenses du système hospitalier, bien que les déficits relèvent aussi d'une dynamique de recettes. Le sujet des produits des hôpitaux s'inscrit au sein d'un autre objectif : la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

**Les préoccupations relatives au déficit hospitalier s'inscrivent dans le contexte du déficit des comptes sociaux et des finances publiques et de leur rétablissement.** Une circulaire relative à l'efficacité et à la performance des établissements de santé a été adressée le 23 avril 2025 par le Premier ministre aux directrices et directeurs d'agences régionales de santé (ARS), entraînant leur mobilisation renforcée dès le printemps ainsi que celle des directions d'administration centrales (DAC), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction de la sécurité sociale (DSS) notamment.

**La relance d'une politique d'efficacité a suscité des inquiétudes au sein de la communauté hospitalière** manifestement marquée par les efforts d'efficacité réalisés au cours des années 2010, dans le cadre du plan Ondam en particulier. Le risque d'aggraver des difficultés de recrutement qui commencent à se résorber participe de ces inquiétudes, de même que la crainte d'un déséquilibre des efforts d'économies attendus du secteur hospitalier par rapport à la médecine de ville. En outre, les représentants des établissements insistaient fortement sur l'impact sur leur situation financière de la compensation partielle des chocs externes de 2022 et en 2023 (mesures du Ségur et l'inflation) et de la décorrélation entre coûts et tarifs ; une attente forte de clarification était exprimée sur ces points.

---

<sup>8</sup> Le concept d'efficacité doit être distingué de celui de productivité et de performance : la productivité mesure le rapport entre une quantité produite et la quantité de ressources utilisées pour cela. L'efficacité mesure l'atteinte d'un résultat (efficacité, pertinence et qualité des résultats obtenu) avec le meilleur usage possible des ressources mobilisées. La performance mesure le degré d'atteinte des objectifs fixés à une organisation/une politique, incluant l'efficacité (atteindre les résultats attendus), la qualité (pertinence, sécurité, satisfaction des usagers, l'accessibilité) et l'équité.

## Rapport

**La mission s'est appuyée sur de nombreux travaux académiques, notamment en économie et en sciences de gestion, et sur les productions des inspections générales, de la Cour des comptes, des DAC ou des hauts conseils<sup>9</sup>.** A cet égard, une attention particulière a été apportée à la mission Igas relative à l'évaluation des déterminants de l'évolution des charges des établissements publics de santé et de leurs modalités de compensation financière dans la construction de l'Ondam.

**La mission a pu objectiver ses constats grâce aux nombreuses données disponibles et les a détaillés dans les annexes.** Elle s'est par ailleurs concentrée sur un nombre limité d'acteurs et de visites de terrains auprès de structures hospitalières aux profils diversifiés et sur une collaboration étroite avec l'Anap et les ARS.

**La mission n'a pas pu mener d'enquêtes faute d'outil adéquat.** A ce titre, la mission regrette qu'il n'existe aucun répertoire électronique permettant d'adresser une enquête directement aux chefs d'établissements publics de santé, ou à un panel d'entre eux. Certaines thématiques mériteraient des travaux approfondis dans les suites du présent rapport.

**Les analyses s'attachent à distinguer les problématiques structurelles, parfois anciennes, de l'hôpital public, liées à son organisation territoriale et à son financement, des pratiques de gestion parfois très hétérogènes.** De même, la mission a cherché à distinguer les leviers d'efficacité interne qui relèvent du fonctionnement de chaque établissement des leviers d'efficacité externe qui relèvent de l'organisation des établissements et de l'offre de soins à l'échelle territoriale. Si le rapport procède à quelques analyses comparatives avec les établissements privés, à but lucratif ou non, la mission n'a pas réalisé une comparaison de performance inter sectorielle, consciente des spécificités et sujétions propres au secteur public.

**Les diagnostics transversaux posés ne sont pas incompatibles avec une grande diversité de situations hospitalières,** issue des besoins de santé, de l'intensité concurrentielle, de l'état du patrimoine immobilier, du contexte social ou des performances de gestion.

**Aussi, la mission a veillé à l'équilibre de ses recommandations entre la définition au niveau national d'orientations stratégiques, d'objectifs et de modalités de pilotage et d'évaluation, nécessaires à la cohérence de la politique publique d'efficacité hospitalière, sans proposer un niveau trop fin de prescriptions, inadapté à la diversité des situations hospitalières.** C'est aux ARS, les plus au fait des réalités hospitalières, qu'il revient de procéder à cette déclinaison fine.

---

<sup>9</sup> Rapports portant par exemple sur la situation économique des établissements de santé, la garantie de financement, l'efficacité et la pertinence des activités de biologie et d'imagerie, le pilotage des investissements, l'efficacité des achats publics, la politique du médicament ou l'offre de périnatalité, sur les outils de prévision et de suivi de la situation financière des hôpitaux.

**1. Avec 2,9 Md€ de déficit prévisionnel en 2024, les établissements publics de santé présentent une situation financière d'une gravité inédite alors qu'ils devront faire face à des défis financiers majeurs dans les années à venir**

**1.1. La dégradation rapide du déficit hospitalier crée une situation d'une sévérité sans précédent, qui fragilise tant le cycle d'exploitation que le cycle d'investissement des hôpitaux publics**

**1.1.1. La crise sanitaire a frappé un système hospitalier fragilisé par l'intensité des efforts qui lui avaient été demandés auparavant en matière de productivité**

**Les décennies 2000 et 2010 ont été marquées par des réformes structurelles visant à améliorer l'efficacité hospitalière puis, dans un second temps, à contribuer au redressement des comptes sociaux avec :**

- ◆ la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) pour la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) à partir de 2004, dans un objectif d'incitation des établissements à l'activité par l'introduction de mécanismes de concurrence comparative ;
- ◆ la mise en place d'une régulation prix-volume ayant abouti chaque année à des baisses tarifaires entre 2010 et 2018 pour les établissements ex-DG (dotation globale)<sup>10</sup> ;
- ◆ l'instauration du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en 2013 ;
- ◆ le déploiement du plan triennal Ondam sur la période 2015-2017.

**L'ensemble de ces mesures a permis de limiter l'évolution annuelle du sous-objectif de l'Ondam relatif aux établissements de santé voté par le Parlement, avec une évolution annuelle constatée à +2,0 % en moyenne entre 2010 et 2019<sup>11</sup>.**

En parallèle, l'accroissement de la productivité du travail dans les hôpitaux publics a été, jusqu'en 2019, plus important que celui de l'ensemble de l'économie française : dans les centres hospitaliers régionaux/universitaires (CHR/U), l'activité, mesurée par le nombre de séjours avec séances, a cru de +9,6% entre 2013 et 2019<sup>12</sup>, alors que les effectifs des hôpitaux publics sont restés quasi-stables sur la même période, avec une augmentation de +0,3 %<sup>13</sup>. Par comparaison, entre 2011 et 2019, la productivité apparente du travail de l'économie française a progressé, selon l'INSEE, de seulement +0,5 à +0,6 % par an, soit entre +3,0 % et 3,7 % sur la période.

---

<sup>10</sup> Établissements financés par la dotation globale, avant la T2A (établissements visés aux alinéas a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale).

<sup>11</sup> Cour des comptes, rapport « Application des lois de financement de la sécurité sociale », octobre 2020.

<sup>12</sup> L'activité des centres hospitaliers (CH) a augmenté– hors séances - de 4,7 % sur la même période.

<sup>13</sup> Carine Milcent, « Production hospitalière, comment la définir ? », octobre 2023.

## Rapport

**Ces dispositifs de maîtrise de la dépense se sont traduits par des résultats déficitaires, mais restés contenus jusqu'en 2019.** Les comptes agrégés des EPS, sans jamais être à l'équilibre, ont oscillé pendant les années précédant la crise entre 450 M€ et 900 M€ de déficit (-650 M€ en moyenne sur la période 2015-2019). Par ailleurs, les budgets annexes<sup>14</sup> affichaient avant la crise sanitaire des résultats excédentaires, en particulier ceux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) contribuant à atténuer le déficit global des établissements.

**Les efforts importants d'amélioration de la productivité et de maîtrise des déficits demandés aux établissements hospitaliers ont également eu des conséquences notables en matière de ressources humaines et d'investissement : détérioration du climat social, dégradation des conditions de travail, difficultés croissantes d'attractivité d'une part, ralentissement des investissements, augmentation de la vétusté bâimentaire et des équipements d'autre part<sup>15</sup>.** La crise sanitaire a par ailleurs fortement sollicité les personnels hospitaliers entre 2020 et 2022, dégradant l'attractivité du secteur en matière de recrutement. Elle a également nécessité des réorganisations internes et entraîné des réallocations de ressources entre activités.

Alors que les établissements de santé étaient frappés par la première vague de l'épidémie de Covid-19, le Président de la République a annoncé, le 25 mars 2020, qu'« à l'issue de cette crise, un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières [serait] construit pour notre hôpital ». En juillet 2020, la concertation du Ségur de la santé a abouti à l'annonce de mesures de revalorisation du personnel hospitalier et d'un plan de relance de l'investissement dans le système de santé, à hauteur de 19 Md€, dont 15,5 Md€ pour les établissements de santé à horizon 2030 (cf. encadré 1).

### Encadré 1 : Principales mesures du Ségur de la santé

D'une part, les accords du Ségur de la santé du 13 juillet 2020 sur les carrières, les métiers et les rémunérations ont permis de rehausser les rémunérations des personnels hospitaliers d'environ 8 Md€, à travers plusieurs dispositifs :

- un complément de traitement indiciaire de 183 € nets par mois pour l'ensemble des professionnels paramédicaux, administratifs, logistiques et techniques ;
- une revalorisation de l'indemnité de service public exclusif pour les professionnels médicaux et des indemnités des internes et étudiants des filières médicales et paramédicales ;
- une révision des grilles salariales des praticiens hospitaliers et des métiers soignants ;
- et la création de 15 000 postes afin de pourvoir les postes vacants mais aussi afin de mieux assurer les besoins en recrutements et en remplacements.

D'autre part, le Ségur de l'investissement, auxquels seuls les établissements de santé participant au service public hospitalier sont éligibles, se décompose en deux volets :

- un premier volet de soutien de 6,5 Md€ sur dix ans à la restauration des marges d'autofinancement permettant d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier tout en limitant le recours à la dette ;
- et un second volet de 6,5 Md€ afin de financer des projets d'investissement prioritaires.

Les crédits du plan France Relance sont aussi venus, à travers le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), financer des « investissements du quotidien » (investissements courants) pour 1,5 Md€ et abonder le financement de projets d'investissement prioritaires pour 1 Md€.

*Source : Mission, d'après les conclusions du Ségur de la santé.*

<sup>14</sup> Les budgets annexes intègrent les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

<sup>15</sup> Sur la période 2013-2018, l'investissement total des EPS s'est réduit, passant de 5,0 Md€ en 2013 à 3,8 Md€ en 2018. Pour les problématiques de QVT à l'hôpital, voir par exemple : Parent, C., *A l'hôpital, une prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété liée aux conditions de travail*, DREES, Etudes et résultats, juin 2023.

## Rapport

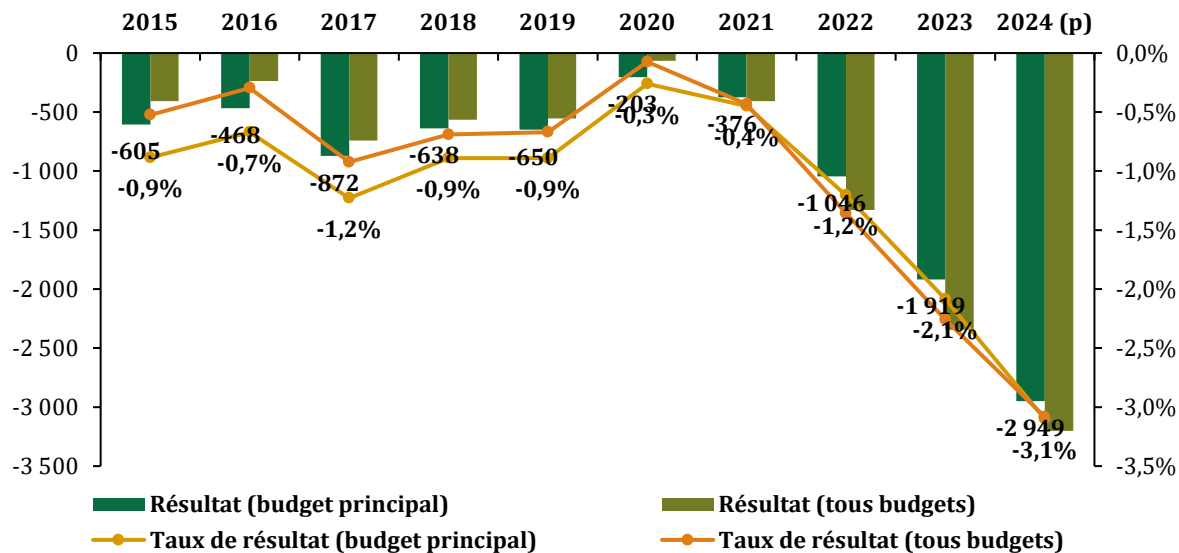
Des mesures de revalorisation complémentaire (hors Ségur) sont intervenues depuis, spécifiques ou non à la fonction publique hospitalière, qui représentent un alourdissement de charges sur la période de près de 4 Md€ :

- ◆ revalorisations du point d'indice de la fonction publique en 2022 et 2023 pour atténuer les effets de l'inflation, relèvement du traitement indiciaire minimal, relèvement indiciaire généralisé (3,0 Md€) ;
- ◆ revalorisation du travail de nuit, du dimanche et des jours fériés pour les personnels paramédicaux en 2024 et 2025 (0,5 Md€) ;
- ◆ revalorisation des gardes et des astreintes des personnels médicaux en 2024 (0,4 Md€).

### 1.1.2. La dégradation brutale du déficit hospitalier public a effacé les bénéfices de la recapitalisation de 2021 et entraine d'importantes tensions de trésorerie et un creusement des dettes d'exploitation

Depuis la fin de la crise sanitaire, la dégradation des comptes des EPS s'est brutalement accélérée et amplifiée : le déficit cumulé des budgets principaux de fonctionnement s'est ainsi établi à -1,0 Md€ en 2022, puis à -1,9 Md€ en 2023. Pour 2024, les derniers relevés disponibles à la date de ce rapport<sup>16</sup> indiquent un nouvel accroissement du déficit qui pourrait s'établir à -2,9 Md€, soit un taux de résultat de -3,1 %<sup>17</sup>. Outre le creusement notable des déficits des budgets principaux, les budgets annexes sont également déficitaires depuis 2022, et alimentent désormais l'aggravation des résultats consolidés, à hauteur de -0,2 % à -0,4 %<sup>18</sup> (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Évolution du résultat comptable des établissements publics de santé sur la période 2015-2024 (en M€ et en % des produits)



Source : DIAMANT (cube DGFIP pour les années 2015-2023 et cube finances pour le RIA n°2 de l'année 2024), traitements et calculs de la mission.

<sup>16</sup> Le RIA n°2 constitue la prévision de l'atterrissage financier 2024 réalisée par les établissements en février 2025.

<sup>17</sup> Rapport du résultat sur les produits, les produits étant ici retraités des variations de stocks.

<sup>18</sup> L'impact du solde des budgets annexes représente un différentiel négatif de près de -0,5 Md€ sur les comptes consolidés des hôpitaux par rapport à la fin de la décennie précédente.

**Si la dégradation financière observée depuis 2019 concerne aussi bien le secteur public que le secteur privé, les difficultés concernent en premier lieu les établissements publics, structurellement déficitaires, tandis que le secteur privé a pour le moment réussi à stabiliser ses résultats comptables.** De 2019 à 2024, les EPS ont cumulé -7,1 Md€ de déficits, tandis que les EBNL ont connu une situation financière légèrement excédentaire (+0,4 Md€). Dans le secteur privé lucratif, les établissements de santé ont connu une réduction de leur taux de marge et de leur taux de rentabilité des capitaux investis depuis 2019, mais restent globalement excédentaires<sup>19</sup>.

**Au sein du secteur public, les 32 CHU et les 480 centres hospitaliers généraux<sup>20</sup> (CHG) concentrent les déséquilibres financiers (cf. graphique 9).** Depuis 2020, les CHG ont ainsi accumulé des déficits à hauteur de -4,6 Md€, contre -1,7 Md€ pour l'AP-HP et -0,8 Md€ pour les autres CHU.

**La dégradation tendancielle des comptes touche néanmoins progressivement tous les établissements, et tous les territoires :** d'après les données provisoires du RIA n°2, seuls six CHU<sup>21</sup> et 99 CHG conserveraient une situation excédentaire en 2024, soit respectivement 19 % et 21 % des établissements de chaque catégorie. Parmi les 114 CHG de plus de 150 M€ de chiffres d'affaires, seuls quatre établissements devraient connaître une situation équilibrée ou excédentaire en 2024. Alors que 27 % des 135 GHT étaient excédentaires en 2019, ils n'étaient plus que 17 % en 2023 et ne seraient plus que 8 % en 2024.

**L'accumulation de déficits des hôpitaux publics, qui se répercute sur les bilans, efface progressivement la recapitalisation de 5,8 Md€ mis en œuvre en 2021.** Décidé dans le cadre du Ségur de la santé, le mécanisme de restauration des capacités financières devait pourtant participer à l'assainissement des comptes des EPS et leur redonner des marges de manœuvre financières. Considérant un déficit cumulé, tous budgets confondus, de -5,5 Md€ entre 2019 et 2023 et un déficit prévisionnel de -2,9 Md€ en 2024, **cette recapitalisation aura été intégralement absorbée par les déficits de la période 2020-2024.**

**En conséquence, de nombreux établissements connaissent des tensions de trésorerie, et sont contraints de creuser leurs dettes d'exploitation (dettes fournisseurs, fiscales, sociales) afin de trouver les liquidités nécessaires pour couvrir leurs charges.** Si la trésorerie globale des EPS est en hausse, à 9,2 Md€ fin 2023, celle-ci est concentrée sur un faible nombre d'établissements. Les dettes fournisseurs et les dettes fiscales et sociales ont quasiment doublé entre 2015 et 2023 (de 3,8 Md€ à 7,5 Md€ pour les dettes fournisseurs et de 2,8 Md€ en 2015 à 5,3 Md€ en 2023 pour les dettes fiscales et sociales). Ces pratiques de gestion de trésorerie sont le signe d'un accroissement des tensions de liquidité et de situations à venir à très grand risque pour la soutenabilité financière de ces EPS, tant sur leur fonctionnement que sur leurs investissements.

---

<sup>19</sup> Inspection générale des affaires sociales (Igas) et Inspection générale des finances (IGF), rapport « *Causes et effets de la financiarisation du système de santé* », mai 2025.

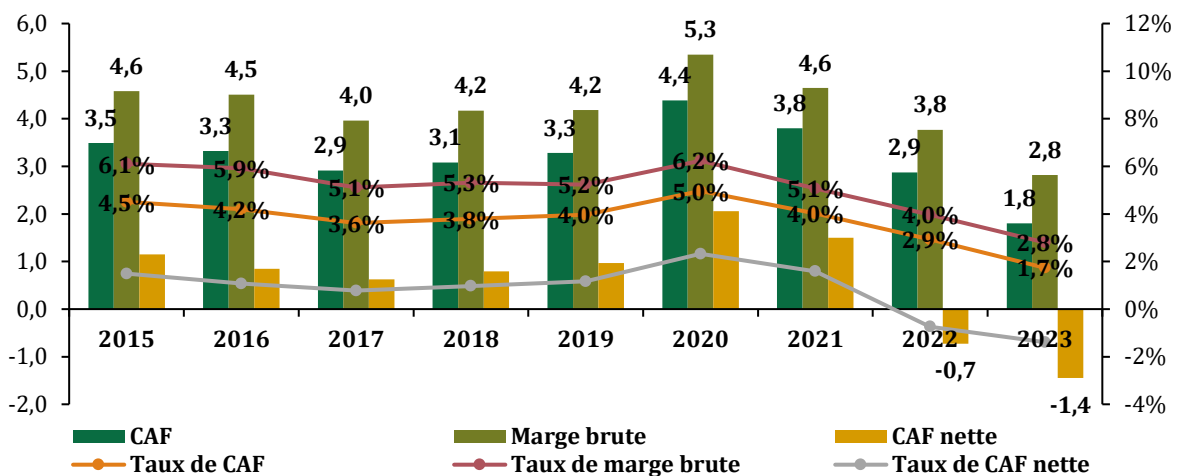
<sup>20</sup> Hors hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux, dont la situation a été analysée à part compte tenu de leurs modalités de financement spécifiques.

<sup>21</sup> Il s'agit des CHU de Saint Etienne (+35 M€ soit un taux de résultat de +3,9 % en 2024), Metz Thionville (+2 M€ soit un taux de +0,3 %), Dijon (+2 M€ soit un taux de +0,2 %), Limoges (+2 M€ soit un taux de +0,2 %), Nantes (+2 M€ soit un taux de +0,1 %), et Nîmes (+0,1 M€ soit un taux de +0,1 %).

### 1.1.3. Les difficultés croissantes liées au cycle d'exploitation grèvent la capacité d'investissement des hôpitaux publics, en dépit des financements accordés dans le cadre du Ségur de la Santé

Les besoins en investissement restent importants pour maintenir les infrastructures hospitalières en état de marche et répondre aux besoins de soins. En effet, malgré la relance de l'investissement *via* le Ségur, la vétusté des infrastructures hospitalières, notamment bâtementaires, a progressé continuellement, passant de 45,8 % en 2015, à 52,3 % en 2019 puis à 58,6 % en 2023. Néanmoins, de nombreux projets du Ségur ne sont pas encore concrétisés et les situations sont très hétérogènes en matière de vétusté : les écarts selon les régions et le type d'EPS sont détaillés dans l'annexe I.

Graphique 2 : Évolution des indicateurs de marge brute et de CAF des établissements publics de santé sur la période 2015-2023 (en Md€ et en % des produits)



Source : DIAMANT (cube DGFIP), traitements et calculs de la mission.

Toutefois, en dépit des aides versées, la capacité d'autofinancement (CAF)<sup>22</sup> ne permet d'ores et déjà plus de rembourser les emprunts contractés, ni *a fortiori* d'assurer le financement des investissements à venir. En deux ans, les EPS ont dépassé les différents seuils de déséquilibre financier prévus par le code de la santé publique (CSP)<sup>23</sup> : en 2022, pour la CAF nette qui est devenue négative, et en 2023, pour le taux de CAF<sup>24</sup> passé sous les 2 % (cf. graphique 2). Avec une CAF nette de -1,9 Md€ en 2024, les EPS ne peuvent plus participer au financement d'un programme d'investissement de 30 Md€.

La mission a par ailleurs constaté que la soutenabilité médico-économique des projets d'investissement du Ségur a été parfois insuffisamment évaluée, et que leur réalisation contribuerait à une nouvelle dégradation de la situation financière des établissements concernés.

La mission préconise en conséquence de réexaminer systématiquement l'équilibre médico-économique des projets d'investissement annoncés mais dont les travaux ne sont pas encore lancés.

<sup>22</sup> La CAF est définie en comptabilité hospitalière par l'arrêté du 7 mai 2012, comme le résultat net hors produits et charges calculés et non décaissés (dotations aux amortissements et provisions pour risques et charges et reprises).

<sup>23</sup> Article D. 6143-39 du CSP.

<sup>24</sup> Rapport entre la CAF et les produits. Un taux insuffisant témoigne de l'incapacité de l'établissement à couvrir ses investissements futurs et leur financement.

**Recommandation n° 1** : Réexaminer tous les projets d'investissement du Ségur, en particulier si les travaux ne sont pas encore lancés notamment sous l'angle de leur soutenabilité financière.

Par ailleurs, la question de l'adaptation des infrastructures des établissements de santé au changement climatique reste ouverte, car rarement priorisée dans les projets d'investissement.

### **1.2. Le déficit des hôpitaux publics résulte en grande partie de chocs exogènes, et en particulier de l'impact sur le budget des hôpitaux du Ségur et de l'inflation, qui ont conduit à un découplage croissant entre leurs charges et leurs recettes**

Le modèle économique hospitalier a considérablement évolué à partir de 2020 pour faire face à la crise, rendant l'analyse et l'identification des sous-jacents de ce découplage complexes : déprogrammations d'activité, garantie de financement (GF) et sécurisation modulée à l'activité (SMA)<sup>25</sup>, Ségur de la santé, inflation, aides exceptionnelles (dont aides Covid), etc.

**Le creusement des déficits hospitaliers résulte d'un découplage croissant entre les charges, qui ont connu une dynamique exceptionnelle, et les recettes.** Entre 2019 et 2023, les charges des EPS ont cru à un rythme moyen annuel de +6,2 %, plus rapidement que les produits, qui n'ont progressé que de +5,9 % par an. Par comparaison, entre 2015 et 2019, charges et produits avaient progressé à un rythme comparable de +1,6 % par an.

#### **1.2.1. De 2019 à 2024, les charges hospitalières ont augmenté de 29 Md€, soit +5,7% par an en moyenne contre 1,6% par an entre 2015 et 2019**

Les charges ont cru à un rythme moyen annuel de +5,7 % entre 2019 et 2024<sup>26</sup>. Elles sont passées de 78,4 Md€ à 107,4 Md€.

**Les différentes mesures de revalorisations salariales, ont, en premier lieu, fortement contribué à la dynamique des charges des EPS.** Les charges de personnel ont progressé entre 2019 et 2023 de +13,3 Md€, soit en moyenne +6,3 % par an. Cette progression est largement causée par un effet prix (pour +11,3 Md€, soit 85 % de la hausse), résultat des mesures de revalorisation du Ségur de la santé et du point d'indice de la fonction publique. Les éléments relatifs à l'évolution des ressources humaines, en volume, et en valeur, sont détaillés dans l'annexe II.

**L'inflation a aussi eu un effet sur les dépenses générales des EPS, avec un accent sur les dépenses d'électricité en 2023 et 2024.** Pour les charges d'électricité, cela a représenté une hausse de 0,8 Md€ en 2023 suivie d'une baisse estimée à -0,5 Md€ en 2024.

---

<sup>25</sup> Depuis 2020, la GF et la SMA ont, par exemple, décorrélé les recettes versées par l'assurance maladie de l'activité effectivement réalisée par les EPS. Mises en place pendant la crise sanitaire pour sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte des déprogrammations nécessaires des activités non urgentes sur les années 2020-2022, la GF a soutenu les EPS à hauteur de 2,5 Md€ en 2020, 1,6 Md€ en 2021 et 1,8 Md€ en 2022. Elle fut suivie de la SMA, pour 1,0 Md€ en 2023 et 0,6 Md€ en 2024, pour accompagner la reprise d'activité.

<sup>26</sup> Projection établie sur la base du RIA n°2 de 2024.

## Rapport

Enfin, les charges à caractère médical, les innovations thérapeutiques en particulier, ont aussi dynamisé les dépenses sur la période, à activité pourtant quasi constante. Elles ont progressé de + 30 % passant de 13,6 Md€ en 2019 à 17,6 Md€ en 2023. Les dépenses de la liste en sus sont passées de 2,8 Md€ en 2019 à 4,7 Md€ en 2024, soit +1,8 Md€<sup>27</sup>. Si les dépenses pharmaceutiques affichent une progression de +39 % depuis 2019, ces dépenses auraient progressé, hors liste en sus, médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et rétrocessions, de +19 % (+0,3 Md€) soit à un rythme annuel de +4,5 %.

**Au final, toutes les catégories de charges ayant augmenté, la structure des charges a peu évolué entre 2019 et 2024.** La part des charges de personnel dans le total des charges des EPS est ainsi restée comprise entre 63 % et 64 %.

### 1.2.2. Malgré une contribution de l'assurance maladie très dynamique, la progression des recettes a été inférieure de 0,5 pt par an à celle des charges

Face à l'évolution dynamique des charges (+6,2%), les recettes, en partie soutenues par le mécanisme de garantie de financement (GF) et des mesures exceptionnelles, ont aussi progressé mais de +5,7 % seulement. Trois facteurs expliquent ce découplage :

**Premier facteur, la couverture non intégrale des chocs exogènes.** Selon une mission Igas<sup>28</sup>, le différentiel s'élèverait à -1,8 Md€ : -0,5 Md€ de moindre compensation initiale des mesures, lors de leur mise en œuvre, et -1,1 Md€, lié à la sous-estimation de leurs impacts pluriannuels sur le glissement vieillesse-technicité- (GVT) et 0,2 Md€ au titre de diverses autres mesures RH.

**Deuxième facteur, une reprise de l'activité plus tardive que dans le secteur privé,** qui s'est traduite par une perte de parts de marché de 1,3 pt depuis 2019 (cf. 1.3.1).

---

<sup>27</sup> La liste en sus permet la prise en charge par l'Assurance maladie de certains médicaments innovants en supplément des tarifs à l'activité pour des indications spécifiques. Si leur dynamique a fortement contribué à celle des charges hospitalières, elle n'explique pas l'aggravation des déficits, ces dépenses étant prises en charge à 100% par l'assurance maladie.

<sup>28</sup> Igas - La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024 2025-007R Juillet 2025.

**Troisième facteur, un déséquilibre dans la mise à contribution des différents financeurs. L'assurance maladie a porté 92,0 % de l'augmentation des produits des EPS de 2019 à 2024 alors que les produits issus des organismes complémentaires et des patients ont été stables en valeur<sup>29</sup>.** La hausse des produits de l'assurance maladie, de +6,8 % en moyenne par an de 2019 à 2023 a donc été plus forte que la hausse des charges des établissements et c'est bien uniquement la faiblesse des recettes issues des organismes complémentaires et des patients qui explique l'effet de ciseau constaté. Il en résulte un poids croissant des produits versés par l'assurance maladie dans le total des produits des établissements, passés de 77,9 % en 2019 à 81,0 % en 2024.

**Cette évolution des contributions entre les différents financeurs du système hospitalier soulève la question de leurs apports respectifs, et notamment ceux des organismes complémentaires.** Un rééquilibrage des contributions entre l'assurance maladie d'une part et les financeurs du titre 2 d'autre part impliquerait une hausse des produits de titre 2 de l'ordre de 1,0 Md€ à 1,5 Md€ si on reprend pour les produits totaux de 2024 la part des produits de titre 2 à leur niveau de 2019 (soit 7,4 % des produits totaux de 2019) ou à leur niveau de 2015 (soit 8,0 % des produits totaux de 2015).

### **1.3. Les hôpitaux publics n'ont pas retrouvé le niveau de performance qui avait été atteint grâce aux importants efforts d'efficience interne réalisés dans les années 2010**

#### **1.3.1. La reprise de l'activité, plus tardive et insuffisamment positionnée sur l'ambulatoire dans les hôpitaux publics, a entraîné des pertes de parts de marché sur les différents segments face au secteur privé**

**Tous secteurs d'hospitalisation pris en compte, l'activité hospitalière a été dynamique dès l'année 2021, avec une progression annuelle de l'activité en nombre de séjours supérieure de près de 50 % entre 2019 et 2024 (+1,6 %) par rapport à la période 2014-2019 (+1,1 %).** Cette croissance est portée exclusivement par les activités ambulatoires, l'hospitalisation complète restant en retrait par rapport à la période préépidémique.

**Dans ce contexte, la reprise d'activité des hôpitaux publics s'est révélée moindre que dans le secteur privé<sup>30</sup> et n'a pas permis de combler leur retard sur l'ambulatoire.**

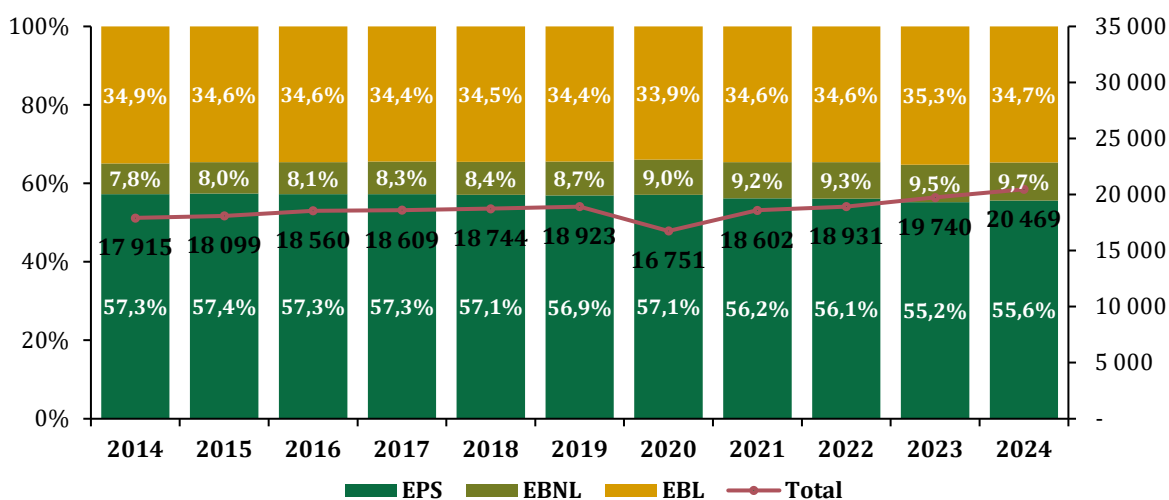
---

<sup>29</sup> Cette situation résulte du choix des pouvoirs publics de ne pas augmenter au cours de la période le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier (à l'exception du ticket modérateur pour les actes lourds en 2020).

<sup>30</sup> La progression du nombre de séjours a été deux fois supérieure entre 2019 et 2023 dans les deux secteurs privés (+2,2 %) que dans le secteur public (+1,1 %)

En MCO, après une chute brutale en 2020 (9,6 millions de séjours contre 10,8 en 2019), le secteur hospitalier public a connu une reprise d'activité moins rapide que le secteur privé puisque les EPS ont seulement retrouvé leur nombre de séjours pré-crise en 2023, alors que les EBNL l'avaient retrouvé dès 2021 et les EBL en 2022. Si la reprise d'activité s'est confirmée en 2024 (11,4 millions de séjours, soit +4,5 M€ sur un an), la part de marché du secteur public en MCO demeure inférieure de -1,3 point à son niveau d'avant crise, tandis que celles du secteur privé se sont consolidées. La progression du secteur privé a en particulier été tirée par les EBNL, dont la part de marché est en augmentation constante sur l'ensemble de la décennie, passant de 7,8 % en 2014 à 8,7 % en 2019 puis à 9,7 % en 2024 (cf. graphique 3). La perte de parts de marché des EPS représente l'équivalent de 250 000 séjours de MCO en moins, soit une perte de recettes évaluée à 240 M€<sup>31</sup>.

Graphique 3 : Nombre de séjours MCO hors séances (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2014 et 2024

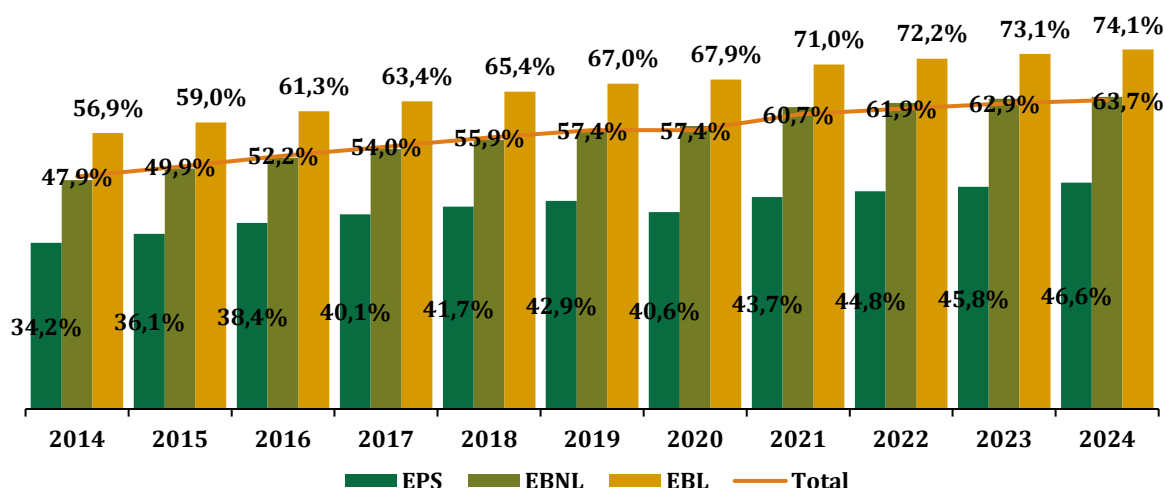


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Le recul des parts de marché du secteur public en MCO s'explique principalement par le retard des hôpitaux publics sur le segment ambulatoire, qui porte l'essentiel de la dynamique de l'activité. Si en 2024, le développement des hôpitaux de jour en médecine a permis au secteur public de gagner un point de part de marché et d'atteindre un niveau historique (42,6 %), la majorité des prises en charge ambulatoires reste assurée par le secteur privé, qui représente 57,3 % des séjours de MCO hors séances sans nuitée (dont 46,8 % réalisés par les EBL et 10,5 % par les EBNL). Les EPS connaissent ainsi une érosion progressive de leurs parts de marché ambulatoires, qui sont passées de 42,4 % en 2014 à 41,6 % en 2023.). Le retard des EPS en chirurgie ambulatoire, préalable à la crise, s'est en effet creusé entre 2019 et 2024, tant par rapport aux EBNL (-2,6 pts) qu'aux EBL (-3,4 pts). (cf. graphique 4).

<sup>31</sup> Les montants des pertes de recettes ne s'accompagnent pas automatiquement d'une réduction parallèle des charges et ne conduisent pas à une réduction du déficit. Ils ne tiennent pas compte des charges, variables notamment, que générerait une augmentation d'activité. Cette observation s'applique à plusieurs autres évaluations mentionnées dans le rapport.

Graphique 4 : Taux de chirurgie ambulatoire par secteur (en %) entre 2014 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

**Au-delà du MCO, qui représente l’essentiel de l’activité, le positionnement des hôpitaux publics s’est aussi affaibli sur les autres catégories d’activité :**

- ♦ l’activité publique de soins médicaux et de réadaptation (SMR) n’a pas retrouvé son niveau de 2019, les EPS ayant connu une baisse d’un point de leur part de marché ;
- ♦ enfin, malgré une croissance de leur activité, les EPS ont décroché de la dynamique que connaît l’hospitalisation à domicile (HAD) depuis 2019. Alors que l’activité de HAD a progressé en moyenne de +8,1 % par an entre 2019 et 2024, la montée en charge de cette activité a été plus lente dans le secteur public (+5,9 % par an), de sorte que la part de marché des EPS a chuté de -3,0 points au profit du secteur privé lucratif. En 2024, la part de marché des EPS en HAD était ainsi de 21,1 %, contre 56,5 % pour les EBNL et 22,4 % pour les EBL.

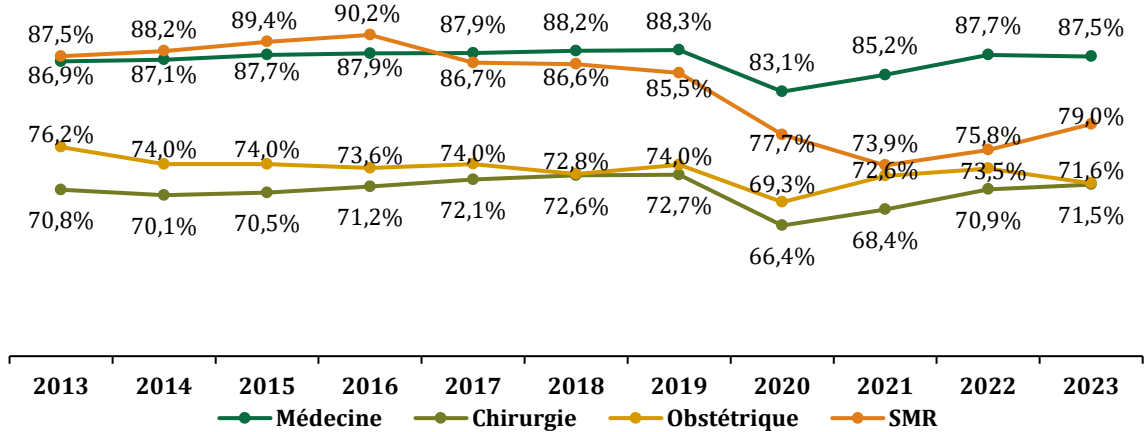
**En conséquence, les transformations capacitaires se sont opérées plus lentement dans le secteur public depuis 2019 que dans les autres secteurs, notamment en chirurgie, obstétrique et soins médicaux et de réadaptation (SMR).** Les éléments relatifs au positionnement et à l’activité des EPS sont détaillés dans l’annexe III.

**1.3.2. Les EPS ont connu un fléchissement de leur performance capacitaire, dont témoignent la baisse du taux d’occupation des lits et la hausse des durées moyennes de séjour**

**Les taux d’occupation des lits des hôpitaux publics, qui avaient fortement chuté à la suite des déprogrammations de la crise sanitaire, n’ont pas retrouvé leur niveau de 2019 et se sont éloignés des objectifs qui avaient été fixés par les pouvoirs publics au cours des années 2010<sup>32</sup> (cf. graphique 5).** En SMR, la baisse, qui atteint -6,5 points, témoigne avant tout de difficultés à la reprise de l’activité en aval du MCO du fait d’une baisse des effectifs soignants (-5,2 % entre 2019 et 2023). En revanche, en chirurgie et en obstétrique, les taux d’occupation, qui s’établissent respectivement à 71,5 % et 71,6 % en 2023, sont très en deçà des cibles théoriques fixées à 95 % et 85 %.

<sup>32</sup> Les taux d’occupation cibles qui étaient retenus en COPERMO, étaient de 85 % pour l’obstétrique, 95 % en médecine, chirurgie et SMR voire 98 % en SMR. L’IP-DMS cible s’établissait à 0,94.

Graphique 5 : Taux d'occupation des lits de MCO et SMR des EPS entre 2013 et 2023



Source : DIAMANT (cube SAE), traitements et calculs de la mission

**Ces constats témoignent ainsi de l'existence d'importantes marges d'optimisation capacitaire :** en atteignant les taux d'occupation des lits observés en 2019, les hôpitaux publics auraient pu réaliser, en 2023, 600 000 journées d'hospitalisation supplémentaires de MCO et 1 030 000 en SMR ; réciproquement, ils auraient pu réaliser l'activité observée en 2023 en fermant 1 700 lits de MCO, et 2 800 lits de SMR.

Par ailleurs, les taux d'occupation présentent des disparités régionales importantes, invitant à mener un travail territorial dédié. L'annexe V, relative aux capacités, détaille plus précisément ces aspects.

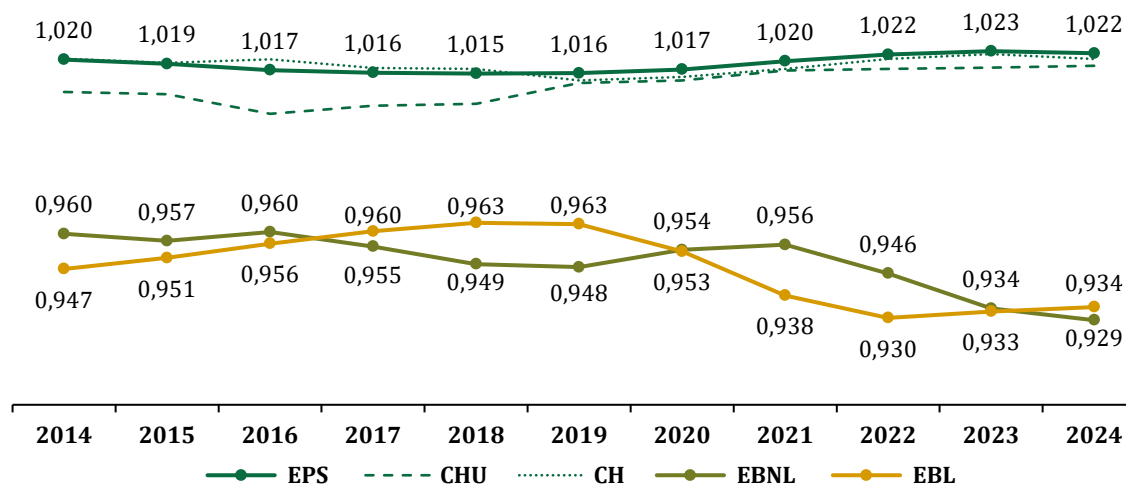
Parallèlement, les EPS ont affiché sur la dernière décennie des durées moyennes de séjour (DMS) plus longues que la moyenne avec un IP-DMS<sup>33</sup> chaque année supérieur à 1, contrairement à l'IP-DMS des EBNL et EBL. Situés autour de 0,95 jusqu'en 2020, les IP-DMS des EBNL et EBL se sont améliorés et se positionnent depuis 2023 aux alentours de 0,93 alors que l'IP-DMS des EPS, a passé la barre de 1,02 pour atteindre 1,022 depuis 2022 (cf. graphique 6). Cette dégradation concerne l'ensemble des disciplines MCO à partir de 2019-2020 (médecine, chirurgie, interventionnel et obstétrique).

**La mission a chiffré qu'un repositionnement des IP-DMS à leur niveau de 2019 libèrerait 900 lits MCO : 650 lits de médecine, 200 lits de chirurgie et 50 lits d'obstétrique. Avec des IP-DMS de 1 sur toutes les disciplines, 2 200 lits MCO pourraient être libérés, 1 200 lits de médecine, 900 lits de chirurgie et 100 lits d'obstétrique.**

Par ailleurs, les IP-DMS présentent aussi des disparités régionales importantes, invitant à mener un travail territorial dédié. L'annexe V, relative aux capacités, détaille ces aspects.

<sup>33</sup> L'IP-DMS est le rapport entre le nombre de journées de l'établissement et le nombre de journées d'un établissement dans la moyenne sur le même case mix (nombre de séjours x DMS moyenne nationale des groupes homogènes de malades). Un indice supérieur à 1 traduit donc des durées de séjour supérieures à la moyenne des établissements sur le même case mix.

Graphique 6 : IP-DMS par secteur entre 2014 et 2024



Source : DIAMANT (cube commun), traitements et calculs de la mission

### 1.3.3. Les effectifs médicaux des hôpitaux publics ont progressé plus rapidement que l'activité, entraînant une dégradation de la productivité médicale

Les charges de personnel, qui représentent près des deux tiers (63 %) des charges des EPS, ont progressé de +13,3 Md€, soit en moyenne +6,3 % par an entre 2019 et 2023. Cette dynamique a essentiellement été tirée par un effet prix (à hauteur de +11,3 Md€, soit 86 % de la hausse). Toutefois, la masse salariale des hôpitaux publics a également progressé sous l'effet des recrutements opérés sur la période : +36 000 emplois à temps plein (ETP), qui représentent un surcroît de charges chiffré par la mission à +1,9 Md€.

Les effectifs médicaux ont progressé de +8,7 % à l'échelle nationale entre 2019 et 2023, soit environ +10 000 ETP. Si près des deux tiers de cette progression résultent de la hausse du personnel médical en formation (internes et docteurs juniors), consécutive à l'augmentation continue du *numérus clausus*, les effectifs de médecins seniors ont également progressé significativement (+5,6 %, soit environ +4 000 ETP).

Les recrutements n'ont toutefois pas permis de maîtriser le temps de travail additionnel, qui a progressé non seulement sous l'effet des mesures de revalorisation, mais également en volume. À titre d'exemple, les charges de temps de travail additionnel (TTA)<sup>34</sup> ont progressé (+100 M€ en 2023 par rapport à 2019, +11,8 % par an) alors que l'activité était inférieure et que les effectifs médicaux seniors continuaient de progresser. Par ailleurs, la période s'est aussi accompagnée d'une progression des indemnités liées aux gardes et aux astreintes et des dépenses d'intérim médical, bien plus dynamique que l'activité hospitalière. La hausse des indemnités de permanence des soins atteint 88 M€, hors effet des revalorisations, entre 2019 et 2023 et d'après la DGOS, l'intérim médical représentait environ 1 500 ETP en 2023, dont 57 % dans les CH dont le chiffre d'affaires est inférieur à 150 M€.

<sup>34</sup> Equivalent pour les médecins, des heures supplémentaires.

## Rapport

**L'évolution des effectifs paramédicaux a été plus modérée (+3,4 %, soit +26 000 ETP).** Si une partie de l'augmentation de ces effectifs résulte du Ségur de la santé qui a prévu 15 000 recrutements pour renforcer les effectifs paramédicaux des EPS<sup>35</sup>, la dynamique a été ralentie par la crise d'attractivité que connaissent certaines professions soignantes (infirmiers, aides-soignants). En dépit des importantes mesures en faveur de l'attractivité des carrières, une partie des hôpitaux publics reste en effet confrontée à des tensions de recrutement sur le personnel soignant. Ces difficultés ont pu freiner la reprise d'activité et contraindre au recours à l'intérim paramédical (+ 368 M€ en quatre ans, soit +25,6 % par an) et aux heures supplémentaires (+332,6 M€, soit +20,7 % par an). S'agissant des personnels administratifs, constitués à 29 % d'assistants médico-administratifs exerçant auprès des équipes de soins, ils ont progressé de 6,6 % depuis 2019<sup>36</sup>. Deux facteurs peuvent expliquer cette évolution : les recrutements réalisés dans les suites du Ségur de la santé qui visaient à fluidifier certaines fonctions au sein des établissements et l'augmentation des effectifs de médecins séniors.

**En conséquence, la productivité médicale, qui avait régulièrement progressé jusqu'en 2016, puis s'était stabilisée de 2016 à 2019, a significativement baissé en 2020 sans retrouver depuis son niveau de 2019.** Il ressort notamment que :

- ◆ le nombre de séjours de MCO rapporté au nombre de médecins séniors<sup>37</sup>, a baissé de 2,2 % entre 2019 et 2023 (cf. graphique 7) ;
- ◆ le volume économique par médecin, que la mission a évalué en neutralisant l'évolution des tarifs sur la période<sup>38</sup>, a progressé +1,8 % par an entre 2014 et 2018, avant de diminuer dans des proportions équivalentes (-1,8 % par an entre 2019 et 2023, soit une baisse totale de -9,4 % par rapport à 2018, cf. graphique 8).

**Sur la même période la productivité paramédicale s'est maintenue.**

**En conservant le niveau d'activité observée en 2023, les EPS pourraient réduire leurs effectifs médicaux de l'ordre de 3 600 ETP (environ 2 900 ETP dans les CH et 600 ETP dans les CHU) pour retrouver le volume économique par ETP observé en 2018.**

**Un tel niveau de productivité permettrait de réaliser 380 000 séjours supplémentaires, soit une progression du nombre de séjours de +2,3 % dans les EPS.** Néanmoins, cela génère des recettes additionnelles mais aussi des charges qu'il est difficile de chiffrer dans une analyse en coût complet. Il faut donc prendre ce chiffre avec précaution, mais il illustre les marges que représentent un retour à des niveaux de performance déjà rencontrés.

*Ces éléments sont détaillés dans l'annexe IV du présent rapport.*

---

<sup>35</sup> La DGOS ne dispose pas à date d'une évaluation des recrutements réalisés dans ce cadre.

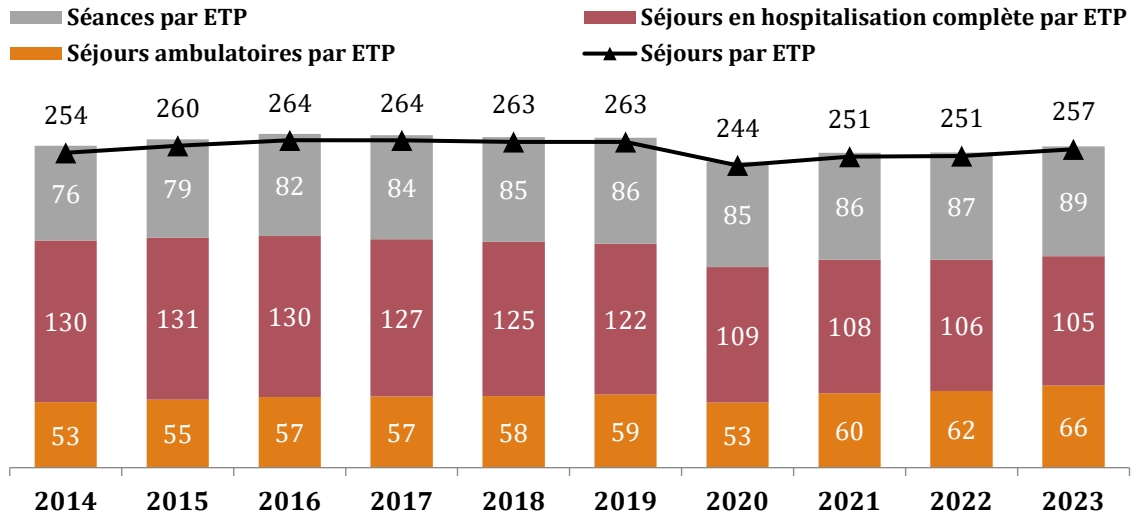
<sup>36</sup> Dans le même temps, les effectifs administratifs des EBNL ont augmenté de 13,7%, ceux des EBL de 7,9 %.

<sup>37</sup> La prise en compte des seuls médecins seniors dans le calcul de la productivité permet de neutraliser l'effet de l'augmentation du nombre de médecins juniors.

<sup>38</sup> L'évolution du volume économique, neutralisé des effets des revalorisations annuelles des tarifs, permet de synthétiser l'évolution de l'activité en tenant compte non seulement du nombre d'actes, mais également de la composition du case mix des établissements. La mission a calculé le volume économique issu de l'activité de MCO sur la base des tarifs de l'année 2019.

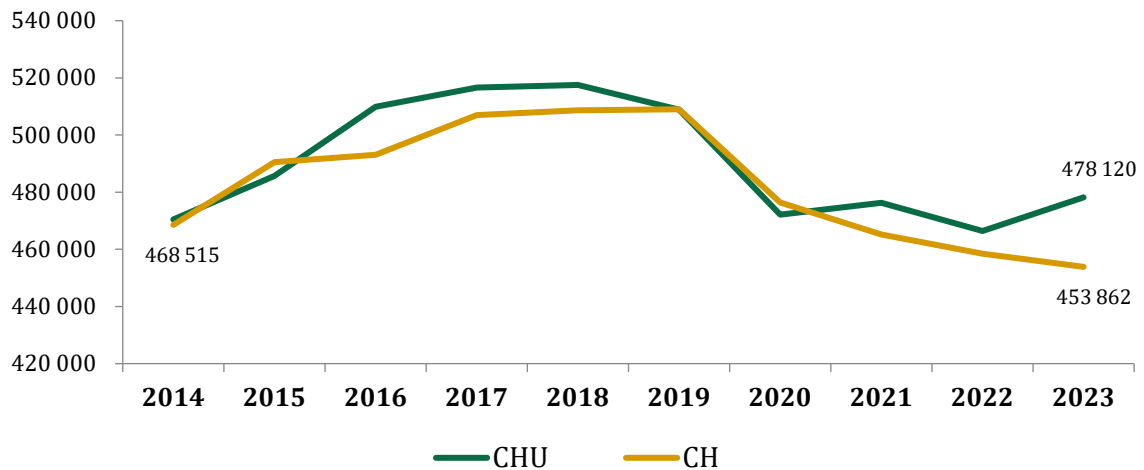
## Rapport

**Graphique 7 : Évolution du nombre de séjours de MCO rapporté aux effectifs de médecins seniors affectés en MCO dans les EPS**



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, bordereau Q21, calculs de la mission.

**Graphique 8 : Évolution du volume économique par médecin senior dans les EPS entre 2014 et 2023**



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, calculs du pôle science des données de l'IGF.

#### 1.4. À court et moyen terme (2026-2029), de nouvelles charges vont fortement peser sur le tendancier de dépenses des hôpitaux publics

Outre la gravité de la situation économique à fin 2024 mise en évidence au 1.1.2 et au 1.2.3, la mission a identifié plusieurs facteurs susceptibles d'alourdir significativement les charges des établissements et/ou les dépenses de l'assurance maladie à court terme. Quatre grandes catégories de facteurs sont identifiées :

- ◆ **les charges de personnel vont continuer d'augmenter de manière dynamique** pour des raisons mécaniques et sous l'effet de décisions déjà prises au cours des dernières années :
  - la **dynamique du GVT** dont le niveau enregistré ces dernières années devrait se maintenir en 2026 et 2027 (autour de 0,85 pt)<sup>39</sup>. Le maintien du GVT à son niveau des dernières années ne constitue pas en tant que tel une charge supplémentaire, sa juste prise en compte dans le cadre de l'Ondam alourdira toutefois les charges nouvelles à supporter par les établissements. Un GVT de 0,85 pt représenterait chaque année un besoin de financement supplémentaire de l'ordre de 450 à 500 M€ de 2026 à 2029, soit près de 2 Md€ sur la période ;
  - les cotisations des EPS à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (**CNRACL**) augmenteront de près de 2,7 Md€ de 2025 à 2028. Après une première tranche de 818 M€ en 2025, elles progresseront de 624 M€ de plus chaque année en moyenne en 2026, 2027 et 2028 ;
  - la **protection sociale complémentaire (PSC)** doit se déployer dans la fonction publique hospitalière, dernière des fonctions publiques à passer à la PSC. Elle doit mettre à contribution les employeurs dans le financement des complémentaires santé, bientôt obligatoires. La DGOS « *estime le coût d'une participation au financement d'une couverture obligatoire unique au niveau national à 460 M€* »<sup>40</sup> ;
  - la **hausse du nombre d'étudiants en 3<sup>ème</sup> cycle de formations médicales va se poursuivre**. L'augmentation régulière depuis une quinzaine d'année s'est amplifiée à la suite de la suppression du *numerus clausus* effective depuis la rentrée 2021. Le nombre d'étudiants admis en 2021 et en 2022 a augmenté d'environ 2 000 par rapport à la rentrée 2020<sup>41</sup>. Les étudiants admis en formation médicale en 2021 entreront en 1<sup>ère</sup> année de 3<sup>ème</sup> cycle à l'automne 2026 pour 4 à 6 ans. L'impact financier global du processus n'est pas chiffré. Toutefois, à titre d'illustration, on peut estimer que le surcoût de la cohorte 2021 devrait s'élever 70 M€ de plus à financer chaque année de 2027 à 2029 au titre des trois premières années de 3<sup>ème</sup> cycle, soit plus de 200 M€ supplémentaires au total <sup>42</sup>;

---

<sup>39</sup> La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024 : « un GVT nettement supérieur à celui estimé antérieurement et en augmentation depuis 2020 ». « L'augmentation du GVT solde [serait] d'environ 0,35 points entre la décennie précédant la crise sanitaire (...) et la période 2020-2024 ».

<sup>40</sup> Rapport d'information n°770 du Sénat « Hausse des tarifs des complémentaires santé : l'impact sur le pouvoir d'achat des français ».

<sup>41</sup> Le dernier *numerus clausus* fixé pour la rentrée 2020 prévoit l'accès à 8 832 étudiants en seconde année des études médicales, 11 000 étudiants ont accédé en 2021 et en 2022 aux études de médecine.

<sup>42</sup> Cette approche ne représente qu'une partie de l'impact financier de la hausse du nombre d'étudiants en formations médicales. L'évolution du nombre d'étudiants en odontologie, pharmacie et maïeutique devra aussi être prise en compte.

## Rapport

- d'autres réformes en cours pourraient également avoir un impact financier significatif. Il s'agit notamment de la **reconnaissance d'une 4<sup>ème</sup> année de formation en médecine générale à compter de l'année 2026/2027** ou de la **loi relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé<sup>43</sup> qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2027**. En se référant aux précédents des activités périnatales ou de soins critiques, les professionnels rencontrés par la mission ont exprimé de l'inquiétude vis-à-vis d'un risque de renchérissement du coût des activités associés à cette nouvelle mesure ;
- ◆ **la capacité à maîtriser la dynamique des charges à caractère médical, en particulier celle des dépenses de médicaments, demeure très incertaine.** Un rythme d'augmentation équivalent à celui observé au cours des dernières années pourrait conduire à renchérir les charges de titre 2 de 6 Md€ sur la période 2025/2029.

**Les charges nouvelles que le système hospitalier devrait avoir à supporter de 2026 à 2029, pourraient représenter près de 11 Md€, soit près de 3 Md€ de charges supplémentaires chaque année en sus du déficit cumulé de près de 3 Md€ enregistré fin 2024. Cette évaluation constitue très probablement un minorant dans la mesure où elle n'est pas exhaustive et n'intègre pas d'éventuelles mesures nouvelles.**

Par ailleurs, les deux facteurs suivants ne sont donc pas pris en compte :

- ◆ **les effets volumes, sachant que l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et du coût de leur prise en charge** risque de se poursuivre. Le vieillissement de la population a déjà des conséquences sur le *case mix* des EPS. L'arrivée de la génération du *baby-boom* au grand âge, le développement des pathologies chroniques et l'augmentation constatée des affections de longue durée (ALD) sont autant de facteurs qui vont aggraver le coût de la prise en charge par les hôpitaux de patients aux sévérités accrues ;
- ◆ enfin, une part significative du **coût des investissements du Ségur**, dont certains suscitent des interrogations concernant le caractère transformant et leur soutenabilité, devra être financé par les établissements *via* pour partie le recours à l'emprunt (cf. *supra*).

**Les causes du déficit actuel sont multiples, pour partie exogènes aux établissements, pour partie internes, et les charges nouvelles à supporter sont considérables. Le système hospitalier public fait face à un défi économique majeur et inédit que la situation des finances publiques ne permettra pas de résoudre par un seul rebasage budgétaire.**

**Cette situation oblige l'ensemble des acteurs, à l'échelle nationale, régionale et territoriale à mettre en œuvre les voies et moyens d'y faire face tout en créant à nouveau de la confiance dans le pilotage médico-économique du système hospitalier.**

---

<sup>43</sup> Loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025.

## 2. La forte hétérogénéité des résultats des EPS justifie la relance de démarches d'efficacité interne qui ne suffiront toutefois pas, à elles seules, à assurer la soutenabilité du système hospitalier public

### 2.1. Si les différences de résultats sont notables selon le statut des établissements et leur part de financement à l'activité, les CHG présentent une situation particulièrement dégradée

Les analyses développées en première partie identifient un certain nombre de déterminants structurels, pour partie communs à l'ensemble des EPS, de la dégradation de leurs résultats comptables. **L'analyse des résultats par catégories d'établissements apporte un éclairage complémentaire : à missions, modalités de financement et contraintes réglementaires identiques<sup>44</sup>, les EPS affichent des taux de résultats très hétérogènes.**

#### 2.1.1. Les situations financières sont contrastées, y compris entre des établissements aux caractéristiques comparables

L'analyse comparée par catégorie des taux de résultats des EPS met en évidence :

- ♦ **une corrélation avec la part du financement à l'activité.** Ainsi, les CHS et les hôpitaux de proximité, qui bénéficient de modalités de financement spécifiques, restent globalement excédentaires fin 2024. Par ailleurs, les CHU, qui bénéficient de dotations plus importantes au titre de leurs activités d'enseignement et de recherche affichent, un taux de résultat global déficitaire, hors AP-HP, de -1,9 % quand celui des CHG s'établit à -4% (cf. graphique 9) ;
- ♦ **une grande hétérogénéité des taux de résultat au sein de chacune des catégories d'établissements, en particulier parmi les établissements de plus petite dimension.** Ainsi, l'écart entre le premier et le troisième quartile des CHU (hors AP-HP) s'élève à 3,6 points de pourcentage [+0,8% ; - 2,8%] quand il s'établit à 4,6 points pour les CHG dont le chiffre d'affaires est supérieur à 150 M€, à 5,5 points pour la catégorie entre 70 et 150 M€ et à 6,8 points pour la catégorie entre 20 et 70 M€. Le même constat peut être fait sur les valeurs extrêmes (cf. graphique 10).

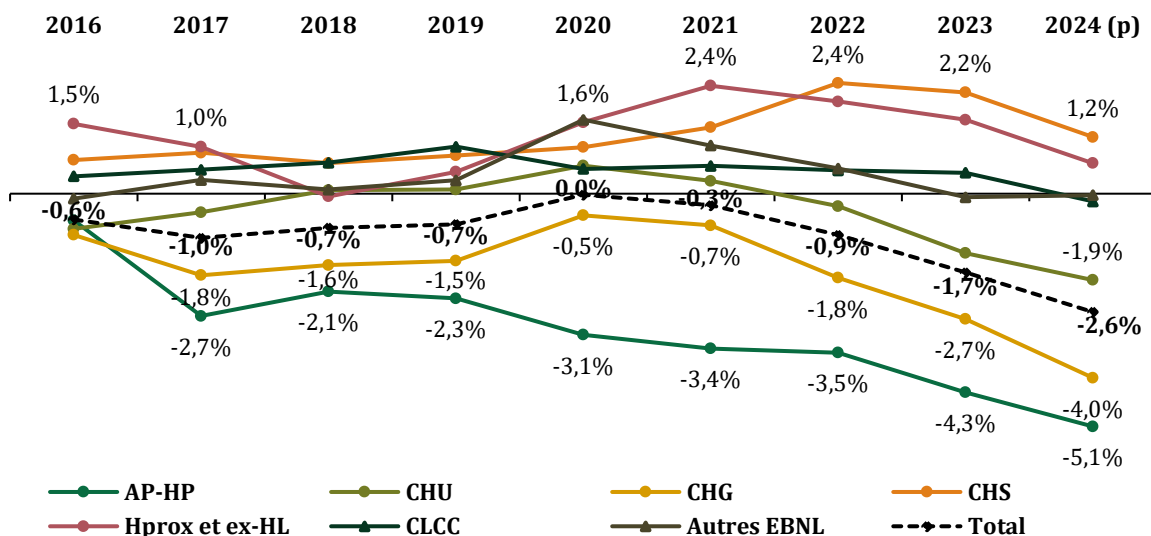
Ces constats mettent en évidence qu'au-delà des difficultés générales auxquelles le secteur doit faire face, il existe des différences très importantes de taux de résultats entre établissements. Ils témoignent de l'existence de marges d'amélioration des structures les moins performantes.

---

<sup>44</sup> Une nuance peut être apportée concernant les modalités de financement, la part du financement à l'activité différant selon les différentes catégories d'EPS.

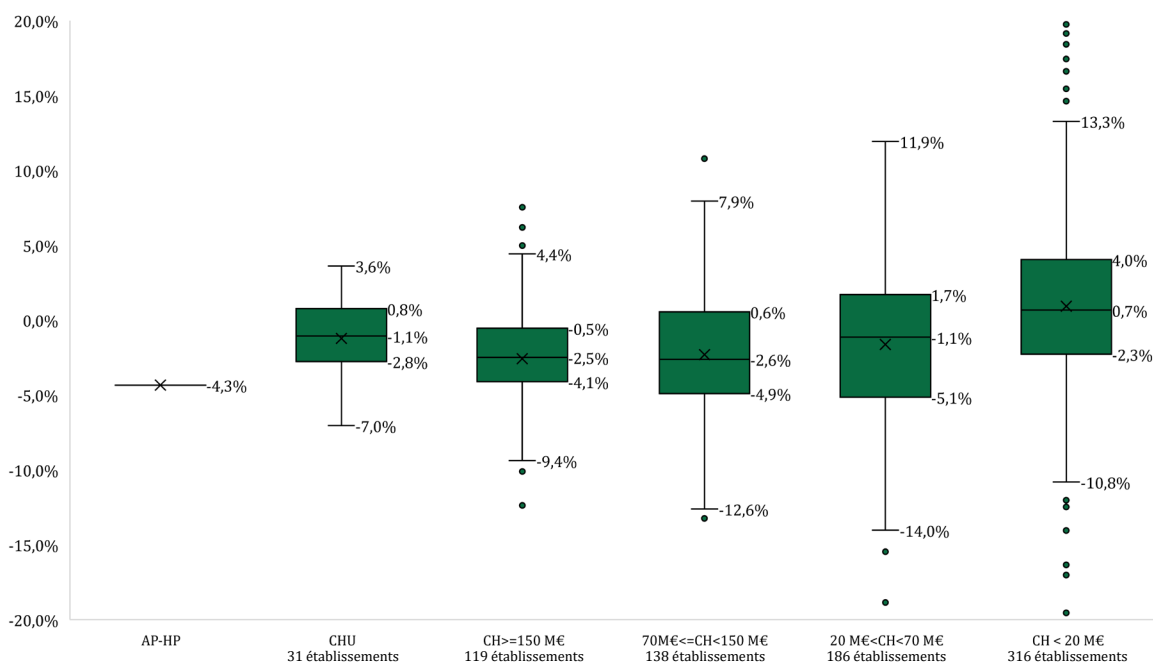
## Rapport

**Graphique 9 : Évolution du taux de résultat comptable du budget principal par type d'établissement sur la période 2016-2024 (en M€)**



Source : DIAMANT (cube finance), traitements et calculs de la mission.

**Graphique 10 : Distribution du taux de résultat comptable du budget principal par type d'établissement en 2023**



Source : DIAMANT (cube DGFIP), traitements et calculs de la mission.

Cette grande hétérogénéité fait l'objet de développements détaillés par type d'établissement et par région dans l'annexe I.

### **2.1.2. Des caractéristiques structurelles, notamment territoriales, se combinent avec une qualité de gestion et une culture médico-économique différenciées au sein des établissements**

Avec l'appui du Pôle science des données (PSD) de l'IGF, la mission a mis en évidence que les résultats des établissements dépendent des caractéristiques de leur territoire. Il apparaît, par exemple, que les dynamiques de reprise d'activité ont été corrélées aux évolutions démographiques territoriales. La reprise d'activité MCO a ainsi été plus forte en Occitanie et plus lente en Centre Val de Loire et Bourgogne Franche Comté. Ces éléments interrogent d'ores et déjà sur le positionnement et la cartographie sanitaire des EPS au regard des besoins actuels et à venir. **Outre les dynamiques démographiques et les caractéristiques socioéconomiques locales, l'existence d'une intensité de la concurrence entre établissements de santé, publics comme privés, joue sur les performances.** Enfin, la présence et la structuration de la médecine de ville sur ce même territoire sont des facteurs non négligeables dans la performance d'un établissement, tant il devient un premier recours en matière de santé en l'absence d'un réseau de médecins de ville étoffé et accessible.

La mission a également mené un travail pour identifier les déterminants ayant pu influencer sur la variation de la CAF des EPS. Elle s'est appuyée sur les données les plus récentes relatives aux charges, à l'activité, à la structure d'emploi, aux capacités d'hospitalisation, à la productivité, à l'environnement concurrentiel, à l'offre de soins de ville, ainsi qu'à la typologie de structures. Ce travail n'a abouti qu'à l'explication de 40 % de l'hétérogénéité des variations de taux de CAF entre 2019 et 2023 :

- ◆ **22 à 33 % de l'hétérogénéité expliquée proviennent des différences de productivité** entre établissements, telles que la hausse des effectifs paramédicaux par lit de MCO et la baisse des recettes d'activité par lit entre 2019 et 2023 ;
- ◆ les **variations de l'activité imputables à des évolutions démographiques sont à l'origine de 14 à 18 % des écarts expliqués** et ont ainsi eu un effet significatif sur la variation du taux de CAF entre 2019 et 2023 ;
- ◆ les **parts de charges de personnel et de personnel extérieur ont contribué respectivement à hauteur de 5 à 6 % et 12 à 13 % aux écarts expliqués**, suggérant que les établissements les plus exposés aux revalorisations salariales et à l'intérim étaient plus susceptibles de voir leur taux de CAF se dégrader entre 2019 et 2023.

En revanche, les effets d'un éventuel virage ambulatoire ainsi que ceux dus à une déformation du *case-mix* vers des pathologies plus sévères ne semblent pas avoir d'effet significatif sur les variations de taux de CAF constatées depuis 2019.

**Il demeure que 60 % de l'hétérogénéité de la variation des taux de CAF entre établissements n'est pas expliquée par les variables testées. Cela induit l'existence d'autres effets à l'œuvre que ceux testés, tels que la variabilité des pratiques de gestion et du fonctionnement des services médico-techniques ainsi que des fonctions supports et administratives.**

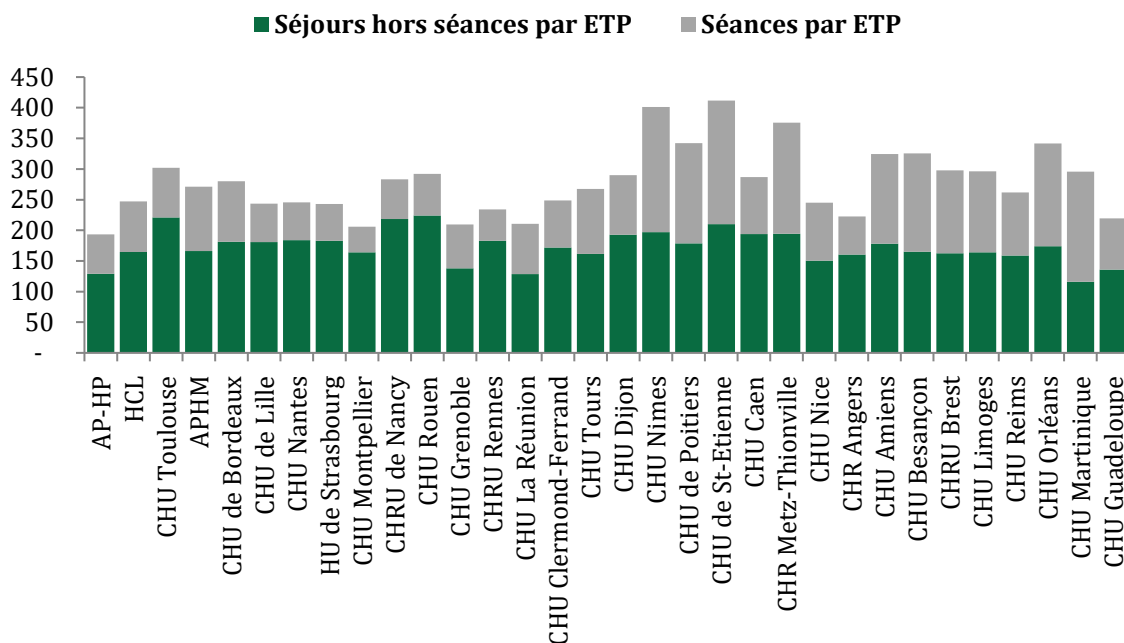
*Ces éléments sont présentés dans l'annexe VII.*

**Les différences de productivité entre les établissements, parfois importantes, prennent des formes diverses.** Si la mission a mis en évidence une baisse de la productivité médicale en MCO dans les EPS<sup>45</sup>, les chiffres masquent des disparités importantes entre les catégories d'établissements et au sein de celles-ci :

- ◆ en 2023, un médecin sénior assure en moyenne 264 séjours dans un CHG et 251 dans un CHU, sachant toutefois que la part du temps médical consacrée à d'autres missions spécifiques (recherche clinique et fondamentale, actes techniques de pointe, missions d'expertise et de formation) est plus élevée dans les CHU que les CHG ;
- ◆ au sein des 32 CHU, ce même ratio varie du simple au double (cf. graphique 11), avec les maximum atteints par les CHU qui ont le plus de séances ;
- ◆ les écarts de productivité sont plus importants entre les CHG dont le chiffre d'affaires est inférieur à 150 M€ qu'au sein des CHU et des CHG aux chiffres d'affaires supérieurs à 150 M€.

Les écarts de productivité sont détaillés dans l'annexe IV, avec un rappel des limites de cette analyse.

**Graphique 11 : Comparaison du nombre de séjours de MCO par ETP de médecin sénior au sein des CHU, en 2023**



Source : Diamant, cubes MCO et SAE, calculs de la mission.

NB : Les valeurs sont ordonnées par nombre décroissant de séjours de MCO.

<sup>45</sup> En 2023, les EPS ont ainsi réalisé 257 séjours de MCO par ETP de médecin salarié, soit plus qu'en 2014 (254), mais moins qu'en 2016 et en 2017 (263). La mission n'a pas conduit de comparaison avec le secteur privé faute de données concernant les ETP dans les EBNL et les EBL.

**Outre ces travaux techniques et ses visites de terrain, la mission a aussi pu consulter les nombreux travaux menés par l'Anap, dont la méthode sur le terrain au plus près des EPS, permet d'illustrer de façon plus qualitative des situations concrètes de pratiques de gestion hétérogènes.** À ce titre, la mission attire l'attention sur les écarts importants de pratiques entre des EPS de taille similaire pour favoriser la culture de la performance, notamment au sein des équipes médicales. Si certains de ces éléments ont pu être observés par la mission lors de ses déplacements, ils n'ont jamais été formalisés dans un document s'apparentant à une doctrine propre aux établissements visités.

**En matière de culture médico-économique,** l'Anap relève lors de ses analyses à 360° d'importants écarts entre établissements, ce que la mission a pu observer dans le périmètre restreint de ses visites. Il s'agit d'éléments hétérogènes comme une direction générale proactive, une communauté médicale adhérant aux préoccupations médico-économiques, des procédures formalisées et ancrées dans l'histoire de l'établissement (parfois après un historique de déficit et un plan de redressement), etc. Aucun facteur clé de succès médico-économiques universel et répliquable à tous les EPS n'a été identifié, tant les situations observées sont différentes. Néanmoins, certaines conditions sont nécessaires, telle que la mise en œuvre d'outils de pilotage et de suivi des indicateurs de performance ainsi que la compréhension et le partage des enjeux médico-économiques au sein des établissements.

### **Encadré 2 : Une culture médico-économique avancée : le groupe hospitalier du Havre (GHH)**

Après un PRE achevé en 2016, le GHH est constamment en excédent depuis avec des taux de marge supérieurs à l'avant-Covid et sans aides.

**Le pilotage médico-économique est une matière partagée par l'ensemble du personnel du GHH,** et ce depuis des années. Ainsi, toute création de poste est décidée dans le cadre d'une cellule projet qui en évalue l'intérêt médico-économique, avec une analyse en produits et en charges pour en avoir l'impact en « résultat » au niveau du GHH.

**La démarche de contractualisation et de responsabilisation avec les pôles est ancrée dans tout l'établissement,** avec une structuration claire des procédures « projets » avec les chefs de pôles et des instances « paritaire », avec une communauté médicale adhérant au concept d'efficience.

**L'activité a repris tôt après la crise sanitaire et les résultats financiers ont suivi.** Une activité qui reprend son niveau d'activité de 2019 dès 2021 grâce au développement de l'ambulatoire et un IP-DMS à 1,0.

**Le portage des réformes se fait au niveau territorial.** Une partie de direction commune, de premières réalisations territoriales avec 4 filières prioritaires au PMS, une perspective de PUI unifiée, un pôle inter-établissement de médecine d'urgence.

Néanmoins des résistances demeurent vis-à-vis d'un établissement du GHT dont certains acteurs sont plus réticents à adhérer à la démarche collective. Par ailleurs, la situation concurrentielle locale est favorable au GHH, avec aucune part de marché perdue au profit des hôpitaux de Rouen et Caen, et peu de concurrence du secteur privé.

## 2.2. La mobilisation de tous les leviers d'efficacité interne est indispensable pour amorcer le retour à une trajectoire financière soutenable

### 2.2.1. Si tous les GHT amélioraient leur résultat, impliquant des efforts de toute nature sur les charges et sur les produits, cela ne répondrait que partiellement au déficit général du système hospitalier

Afin d'appréhender la dimension de la situation et la taille du déficit à combler, la mission a simulé un rehaussement général des résultats au niveau des GHT, impliquant des efforts généraux adressés à tous les EPS constituant ces GHT. À partir des données financières (taux de résultat) de chaque GHT, deux scénarios de réaligement ont été testés, permettant d'illustrer les gains financiers envisageables d'une amélioration générale des GHT. Les résultats sont les suivants (cf. tableau 1) :

- ◆ scénario 1 : remonter la moitié des établissements dont les résultats sont les plus dégradés au niveau de la médiane permet d'obtenir 743 M€ d'économies ;
- ◆ scénario 2 : remonter tous les GHT sauf le décile le plus performant sur le décile immédiatement supérieur permet d'obtenir 410 M€ d'économies.

**Tableau 1 : Évaluation des gains par alignement sur le décile supérieur ou la médiane des GHT**

Décile	Borne basse de taux de résultat (en %)	Borne haute de taux de résultat (en %)	Gain d'alignement au décile supérieur (en M€)	Gain d'alignement à la médiane (en M€)
1 <sup>er</sup> décile	-0,2	+3,6	-	-
2 <sup>ème</sup> décile	-1,3	-0,2	70	-
3 <sup>ème</sup> décile	-2,0	-1,3	30	-
4 <sup>ème</sup> décile	-2,5	-2,0	35	-
5 <sup>ème</sup> décile	-3,1	-2,5	23	-
6 <sup>ème</sup> décile	-3,7	-3,1	17	17
7 <sup>ème</sup> décile	-4,5	-3,7	23	59
8 <sup>ème</sup> décile	-5,8	-4,5	45	147
9 <sup>ème</sup> décile	-7,3	-5,8	41	221
10 <sup>ème</sup> décile	-26,5	-7,3	125	300
<b>TOTAL</b>			<b>410</b>	<b>743</b>

Source : DIAMANT (cube finance), traitements et calculs de la mission.

Ces résultats, malgré les efforts que représenterait une telle évolution pour l'ensemble des GHT, montrent que les gains envisageables ne répondent que très partiellement à l'ampleur des déficits pour 2024. Par ailleurs, ces scénarios représentent pour les EPS les plus en difficulté des démarches d'amélioration dans tous les domaines simultanément, qu'il serait illusoire d'atteindre de la part de telles structures à court terme. La sortie de l'impasse financière ne pourra donc se faire au niveau des seuls EPS, pris individuellement.

### 2.2.2. La relance de la démarche de performance doit s'appuyer sur des objectifs clairs en matière d'activités de soins et de moyens mobilisés pour les réaliser

Au niveau des EPS, les travaux de la mission ont identifié des marges d'amélioration tant en activité qu'en capacité, en lien avec les performances passées des EPS. Ces éléments sont détaillés dans l'annexe IV, ils illustrent les évolutions à la baisse des indicateurs de suivi des EPS.

*Ces pistes sont à prendre avec précaution. Ainsi, tout relèvement de l'activité implique certes des produits additionnels, mais ce calcul de productivité ne prend pas en compte la structure de coût complet et les enjeux RH et capacitaires sous-jacents. La complexité du modèle économique de l'hôpital constitue une limite à l'analyse, à l'évaluation et au chiffrage des mesures à l'échelle nationale. De plus, les réalités territoriales, notamment avec les dynamiques démographique et d'attractivité RH, nécessitent d'affiner ces analyses au cas par cas. Les ARS sont les structures les plus à même à adapter les solutions pour accompagner les EPS et mener des réformes au niveau des territoires.*

**En matière d'activité et de capacitaire, les EPS doivent regagner des parts de marché et/ou réduire leurs capacités en hospitalisation complète** (cf. Annexe V). Les éléments présentés ci-dessous sont à lire séparément, et représentent des cibles maximales, dont les gains pour les EPS prennent des formes diverses, recettes additionnelles ou moindres charges :

- ◆ **la reconquête des parts de marché perdues** depuis 2020 en MCO peut être déclinée avec des cibles par région et à adapter selon les territoires (cela représente une activité de près de 250 000 séjours MCO prioritairement ambulatoires et de 300 000 journées de HAD) : il s'agit de 240 M€ de recettes en MCO et 75 M€ en HAD à récupérer auprès des établissements concurrents ;
- ◆ **le retour à des taux d'occupation** en chirurgie et en obstétrique de 80 % (par l'activité ou l'adaptation des capacités) et **des IP-DMS au niveau de 2019** : à court terme, une amélioration de ces ratios représente 3 % des lits MCO, soit 4 200 lits, notamment en chirurgie et obstétrique. Les taux d'occupation témoignent de marges d'optimisation capacitaire pouvant aller jusqu'à 9 % des lits de chirurgie et obstétrique, soit 3 300 lits. L'amélioration des taux d'occupation et/ou la réduction des durées de séjour peuvent générer des recettes additionnelles d'activité, ou permettre la fermeture de lits inoccupés et donc réduire les charges de personnel dédiés à ces lits ;
- ◆ **un réinvestissement de la promotion du virage ambulatoire**, avec la définition d'une trajectoire d'ici à 2029, accompagné d'une révision des besoins capacitaires, notamment en hospitalisation complète, doit permettre de réduire des charges (lits, bâtiments, RH, ...), sans que la mission ait pu mener précisément cet exercice de chiffrage.

Enfin, d'autres mesures relèvent aussi de démarche de performance et de la gestion interne des EPS avec des gains financiers. Ainsi, fixer un objectif de déploiement à 100 % des Hébergement Temporaires Non Médicalisés (HTNM) (au moins pour les ES autorisés en chirurgie, obstétrique ou réalisant des séances), la généralisation du recrutement de *bed managers*, compétence reconnue et source d'efficacité dans les EPS y ayant recours, ou encore le recours à des outils de visualisation des lits disponibles, déjà utilisés mais pas généralisés et encore moins contraint, sont des pistes à explorer à très court terme.

Le tableau 2 reprend des axes identifiés et des gains de toute nature issus des chiffrages effectués par la mission. Ces éléments sont à lire avec les précautions déjà susmentionnées, considérant que l'augmentation d'activité, y compris à moyens constants, ne peut constituer la seule voie pour le rétablissement des équilibres économiques.

## Rapport

**Tableau 2 : Synthèse de l'évaluation d'enjeux d'efficience identifiés en matière d'activités de soins**

Axes	Enjeux
Rétablissement des parts de marché MCO et HAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un potentiel de 250 000 séjours MCO soit 240 M€ de recettes</li> <li>▪ un potentiel de 300 000 journées de HAD soit 75 M€ de recettes</li> </ul>
Optimisation des capacités de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 900 lits en soins médicaux et de réadaptation (SMR) disponibles pour accompagner la reprise d'activité en SMR</li> <li>▪ une réduction de 4 200 lits de MCO, principalement en chirurgie et obstétrique par optimisation des DMS et des taux d'occupation</li> </ul>
Productivité médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ une marge de 3 600 ETP de personnel médical, représentant une masse salariale de 450 M€, pour renouer avec le volume économique d'activité par ETP antérieur à la crise</li> <li>▪ une marge de maîtrise des dépenses associées au temps de travail additionnel et à la permanence de soins évaluée respectivement à 91 M€ et 88 M€</li> </ul>

*Source : Mission.*

En matière de ressources humaines, **le renforcement de la performance « RH » peut se décliner à travers les chantiers prioritaire suivants, dans le cadre des mesures d'urgences mentionnées ci-après dans le rapport :**

- ◆ **concernant les recrutements médicaux**, la situation financière oblige à réinterroger la pertinence de chaque remplacement et de chaque création de poste.
  - une stratégie et un chiffrage sur le potentiel d'activité générée pour chaque recrutement, prenant en compte les nouvelles charges doivent être généralisés par les directions d'EPS et les CME, à l'appui des meilleures pratiques et ratios recensés par l'Anap notamment, et le soutien des ARS concernées ;
  - dans les situations les plus dégradées, les ARS pourraient envisager l'instauration temporaire de plafonds d'emplois, négociés annuellement, à l'échelle d'un établissement ou le cas échéant d'un GHT.
- ◆ **renforcer la régulation du temps de travail additionnel (TTA)**, dont l'absence de cadre suffisamment contraignant a grevé les comptes des EPS, pour un coût représentant entre 1 700 et 2 000 praticiens à plein temps. Les marges issues d'une maîtrise du TTA sont estimées à 0,5 M de demi-journées, soit 90,8 M€ d'économies potentielles. Pour rendre la régulation du TTA effective, la fixation d'un objectif d'évolution du TTA pourrait intervenir dans le cadre du dialogue de gestion annuel avec les ARS et le renforcement du suivi et du contrôle interne par les DRH d'établissement doit être encouragé afin d'assurer la réalisation effective des heures payées ;
- ◆ **poursuivre la régulation de l'intérim médical et paramédical**, dont les montants ont augmenté de +128 % entre 2019 et 2023. Cette régulation doit s'inscrire dans le contexte territorial concerné, en tenant compte des enjeux de continuité des soins et au sein de projets médico-économiques équilibrés<sup>46</sup>.

<sup>46</sup> La décision n° 495797 du 6 juin 2025 du Conseil prononçant une annulation partielle du décret du 24 juin 2024 ne devrait a priori pas affecter durablement la dynamique en cours.

Les conséquences de la décision n° 495033 du 28 novembre 2024 sont plus incertaines. Elle a conduit à l'adoption du décret n° 2025-612 du 2 juillet 2025 rehaussant le plafond réglementaire d'une mission d'intérim pour tenir compte, outre la rémunération des praticiens, de la rétribution de l'entreprise de travail temporaire

### 2.2.3. Les fonctions financières, administratives, techniques et médico-techniques recèlent des marges d'efficience, dont certaines sont mobilisables rapidement

**De nombreux travaux portant sur des leviers d'efficience hospitalière, assortis le cas échéant de recommandations, ont été réalisés par les inspections, la Cour des comptes ou l'Anap.** On peut citer les rapports Igas-IGF récents sur la pertinence et l'efficience des dépenses de biologie et de radiologie ou les guides réalisées par l'Anap visant à aider les établissements à améliorer la gestion de leur chaîne Accueil Facturation Recouvrement ou la performance de leurs blocs opératoires.

Le dispositif d'audit 360° mis en place par l'Anap depuis 2024 montre que certaines mesures rapides à mettre en œuvre peuvent avoir des effets très rapides et significatifs. C'est le cas notamment sur les **procédures de facturation et de recouvrement ou la gestion des stocks pour lesquels l'Anap identifie des gains en trésorerie potentiels relativement aisés à réaliser supérieurs à 2 Md€.** Concernant la gestion administrative du patient, la mise en œuvre du Remboursement des organismes complémentaires (ROC), chantier du programme Simphonie<sup>47</sup> de même que l'utilisation des outils de la DGFIP comme PES-ASAP, doivent simplifier les échanges entre les EPS, les assurances maladie complémentaires (AMC) et la DGFIP et apporter des gains d'efficience significatifs<sup>48</sup>. **La mission considère que la mesure envisagée par l'administration pour obliger les mutuelles et les établissements à l'utilisation de ROC est une priorité afin d'améliorer les flux financiers reçus en recouvrement de factures auprès des caisses complémentaires, actuellement de 23 % seulement.**

L'analyse de la littérature montre que des marges de manœuvre existent dans l'**utilisation des plateaux médico-techniques (imagerie, biologie, pharmacie) comme dans l'utilisation des blocs opératoires.** Sur la biologie, les analyses réalisées par l'Anap dans le cadre de ses 360° montrent que les recrutements opérés depuis 2019, d'une part, et la transformation technologique et organisationnelle de la biologie, d'autre part, permettraient de réinternaliser au coût marginal une grande partie de l'activité aujourd'hui sous-traitée par les établissements (500 M€)<sup>49</sup>.

L'analyse des achats montre que la massification des achats reste insuffisante. S'agissant des systèmes d'information (SI), la convergence entre les différents SI est encore largement inachevée. De manière transversale, si les perspectives ouvertes par l'intelligence artificielle sont prometteuses, il manque encore une réflexion structurée pour en mesurer les impacts financiers, identifier les usages à prioriser, et développer les accompagnements en termes organisationnels et RH. Des objectifs de gains pourraient être associés à ces déploiements, voire des obligations. L'annexe XII consacrée aux leviers d'efficience interne est conçue comme un outil opérationnel au service des communautés hospitalières et des ARS. Un outil mobilisable par les établissements dans le cadre des démarches de questionnement de leurs enjeux d'efficience et d'identification des leviers à utiliser pour mobiliser leurs marges de progrès. Un outil mobilisable également par les ARS, comme une check-list d'enjeux à envisager dans le cadre de leur dialogue de gestion avec les GHT et les établissements.

---

<sup>47</sup>Le programme Simphonie est d'accompagner les établissements de santé dans la sécurisation de leurs recettes liées aux tiers débiteurs ainsi que la diminution de la charge administrative des personnels et des patients.

<sup>48</sup> Amélioration de la rapidité et du niveau final du recouvrement, gains en termes de moyens de gestion des procédures.

<sup>49</sup> La consommation de biologie des hôpitaux est de 4,1 Md€. Selon l'Anap, ces externalisations sont parfois réalisées sans convention stipulant un tarif négocié, empêchant un suivi efficient, voire sans appel d'offre préalable. La législation ne permet pas de réaliser des examens de biologie médicale délocalisée en dehors d'un contexte hospitalier, malgré des dispositions prévues depuis plus de 5 ans mais jamais entrées en vigueur : le développement de la biologie délocalisée pourrait donc conduire à baisser les dépenses de biologie à l'hôpital.

Au regard des déficits constatés, des charges futures à supporter, de la fragilité organisationnelle et sociale de nombreux établissements en sortie de crise sanitaire et des perspectives de rendement des leviers d'efficacité interne, une régulation de la dépense reposant uniquement sur des mesures d'efficacité interne ne permettrait pas d'assurer la soutenabilité du système hospitalier public. Elle risquerait par ailleurs de produire un effet d'asphyxie lente et de ruptures subies de l'offre de soins dans les situations les moins soutenables.

Elle appelle à une mobilisation combinée de mesures d'efficacité interne agissant à court terme et de mesures structurelles produisant des effets à moyen terme.

### **3. L'amélioration de l'efficacité et la consolidation du système hospitalier public appellent des changements profonds d'approches de son positionnement stratégique, de son organisation sur le territoire et de son pilotage**

Si chaque établissement a la responsabilité de mobiliser tous les leviers d'efficacité à sa disposition, l'amélioration de l'efficacité globale du système hospitalier dépend aussi d'une stratégie d'ensemble. Les enjeux auxquels le système hospitalier public est et sera confronté appellent une révision de trois déterminants de son efficacité globale :

- ◆ le positionnement stratégique des établissements, plus résolument inscrit dans des organisations de soins graduées et des activités ambulatoires ;
- ◆ leur organisation territoriale, plus intégrée dans de véritables groupes territoriaux ;
- ◆ une tutelle médico-économique de l'État renouvelée, devant animer la démarche auprès de toutes les parties prenantes.

Ces évolutions nécessitent d'être portées politiquement. Elles doivent être inscrites dans des orientations de politique hospitalière. Les acteurs chargés de les mettre en œuvre doivent recevoir les mandats et soutiens nécessaires. La nécessité, les modalités et les conditions d'accompagnement de ces transformations doivent être explicitées pour être portées auprès de la population et des élus dans les territoires. Ces évolutions ne sont par ailleurs pas exclusives d'autres réformes structurelles, telles que l'approfondissement de la politique de prévention, le renforcement des mesures de contrôle de la pertinence des actes ou la poursuite du développement des coopérations professionnelles et des délégations de tâches, qui impacteront nécessairement à terme les missions et le fonctionnement de l'hospitalisation publique mais dépassaient le champ de la mission.

#### **3.1. Le système hospitalier doit être réorganisé selon un principe de gradation des soins en privilégiant les alternatives à l'hospitalisation complète**

Le vieillissement de la population et l'augmentation continue des maladies chroniques modifient les besoins de prises en charge. L'intervention à l'hôpital consiste de moins en moins en une intervention unique pour des soins aigus et s'inscrit de plus en plus dans un parcours de soins géré dans le temps, qui associe des soins de ville, des soins hospitaliers de proximité (des consultations par exemple) et des interventions sur des plateaux techniques gradués. Dans ce parcours, il est désormais attendu une intervention par défaut en ambulatoire, l'hospitalisation complète devant constituer l'exception.

**L'évolution du rôle de l'hôpital public est déjà à l'œuvre. Elle se heurte cependant encore trop à la vision historique de l'hôpital, qui valorise le capacitaire en lits et l'activité des plateaux techniques, chirurgicaux notamment.** Le modèle économique reste en outre pour partie lié aux revenus tirés de l'hospitalisation complète. Pour se consolider, l'hôpital public doit affirmer une stratégie d'offre territoriale plus en phase avec les besoins actuels.

### **3.1.1. Si les bénéfiques d'organisations de soins rationalisées sont nombreux, les réorganisations peinent à se déployer en France**

La littérature économique montre que les **hôpitaux ont la possibilité, en mutualisant leurs fonctions supports (RH, finances, patrimoine, système d'information) et leurs fonctions médico-techniques (biologie, pharmacie, imagerie) de réaliser des économies d'échelles.**

Les études portant sur la productivité hospitalière ont, en effet, mis en évidence des rendements d'échelle croissants. En mesurant la productivité hospitalière grâce à une fonction de production, Studer (2012)<sup>50</sup> a montré l'existence d'une taille optimale de production de soins se situant entre 800 et 850 lits. De même, Yilmaz et Frikha (2012)<sup>51</sup> estiment qu'il existe une taille optimale pour atteindre les niveaux de productivité les plus élevés, entre 700 et 1 000 lits, mais 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 gains de productivité<sup>52</sup>. Les plus petits hôpitaux sont les plus inefficients : dans leur étude, Dormont et Milcent (2012)<sup>53</sup> constataient que les petits hôpitaux publics (cumulant moins de 5000 séjours dans l'année) avaient un taux d'efficacité productive de 17,2 %, tandis que les grands hôpitaux publics (réalisant plus de 10 000 séjours dans l'année), avaient un taux d'efficacité productive de 82,4 %<sup>54</sup>.

**Ces économies d'échelle portent essentiellement sur les services médico-techniques et sur les services administratifs. Cependant, en s'associant et en coopérant, les services cliniques des hôpitaux peuvent aussi bénéficier d'effets de gamme<sup>55</sup>, dans le cadre d'une stratégie de diversification pensée à l'échelle d'un territoire : la complémentarité des gammes des établissements publics de santé leur permet de se spécialiser, à l'échelle d'un territoire, et donc d'améliorer leur efficacité productive<sup>56</sup>.**

---

<sup>50</sup> N. Studer, Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public, N° 114, mars 2012, DREES, série étude, documents de travail.

<sup>51</sup> E. Yilmaz, S. Frikha Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009, DREES, Panorama des établissements de santé, 2012.

<sup>52</sup> Dans le cadre de la mission de la mission, le pôle sciences des données (PSD) de l'IGF a travaillé, non pas sur la productivité, mais sur la rentabilité des EPS. Aux termes de ses travaux, le PSD conclut que le taux de CAF, à caractéristiques égales, augmente avec le nombre de lits MCO, jusqu'à la capacité seuils de 1179 lits.

<sup>53</sup> 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, et sur ses déficits, doit cependant être relativisé car la production de ces petits hôpitaux ne représentait alors que 2,7 % de la production totale des services hospitaliers.

<sup>54</sup> Dans cette étude, Dormont et Milcent se sont attachées à mesurer la productivité hospitalière grâce à une fonction de production. Cette fonction de production permet d'estimer 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. Le taux d'efficacité productive serait donc de 100 % si l'ensemble des facteurs de production étaient mobilisés de façon efficace.

<sup>55</sup> 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.

<sup>56</sup> 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.

**Le modèle de la tarification à l'activité fait par ailleurs apparaître des seuils de rentabilité des activités de soins définis en volume qui justifient la fermeture des services à faible activité dont l'existence est déjà posée** pour des raisons de qualité des soins. Selon les études menées par l'ATIH en 2015 et mises à jour pour partie pour la mission en 2025, l'équilibre économique d'une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, ne peut être atteint en dessous d'une activité annuelle de respectivement 1 800 séjours, 2 000 séjours, 1 300 accouchements<sup>57</sup>. À partir des données 2024, on peut estimer que le déficit des petits services de maternité ou de chirurgie publics dépasse les 200 M€<sup>58</sup>.

Outre les enjeux d'efficacité, **la dispersion des activités hospitalières peut également avoir un impact sur la robustesse des organisations**. Des impacts sont en effet également possibles, sur la qualité des soins, l'attractivité, le respect des obligations de service public et la continuité des activités de soins dans les établissements disposant d'équipes de petite dimension<sup>59</sup>.

Pourtant, **le constat est fait d'une difficulté à réorganiser le système hospitalier**. Le système hospitalier français dispose d'un maillage développé avec des établissements plus nombreux et plus petits que dans les autres grands pays européens. **La France compte 44,7 hôpitaux (incluant hôpitaux publics, cliniques privées, et établissements spécialisés) par million d'habitants contre 36,4 en Allemagne, 30,8 en Autriche ou 15,4 en Belgique<sup>60</sup>. En 2021, les capacités en lits sont 40 % supérieures à la moyenne des pays de l'OCDE, soit 6,0 lits pour 1 000 habitants vs. 4,3 lits<sup>61</sup>**. Si l'Allemagne affiche un ratio sensiblement plus élevé (8 lits pour 1 000 habitants) et la Belgique un ratio équivalent à celui de la France, ceux de l'Espagne, de l'Italie, des Pays-Bas ou de la Norvège (autour de 3 pour 1 000) et ceux du Danemark et de la Grande Bretagne (de 2 à 2,5 pour 1 000) sont nettement inférieurs.

Les restructurations hospitalières ont ralenti depuis la fin des années 2010. La Cour des comptes estime que *« l'offre de soins hospitaliers est restée figée, avec une majorité d'établissements de petite taille : 56 % des établissements publics et privés ont une capacité inférieure à 100 lits en 2022 (57 % en 2013) »*<sup>62</sup>. La DREES note également un certain ralentissement sur la dernière période de la diminution des entités géographiques hospitalières<sup>63</sup> (cf. annexe Capacités d'hospitalisation). Elles sont le plus souvent contraintes par les pénuries de ressources humaines.

---

<sup>57</sup> Ces seuils ont été retenus pour l'attribution du forfait « activité isolée » mis en place en 2015 pour équilibrer le budget des établissements dont l'activité est trop faible pour s'équilibrer économiquement mais dont le caractère « isolé » justifie le maintien en service.

<sup>58</sup> Cette évaluation ne concerne pas les services dont le maintien est considéré comme indispensable compte tenu de leur isolement géographique et qui bénéficient du forfait activités isolées.

<sup>59</sup> HAS, Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé, novembre 2022.

<sup>60</sup> Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France.

<sup>61</sup> Tous les territoires ne sont toutefois pas confrontés aux mêmes problématiques en termes de consolidation de l'offre hospitalière. Il existe des inégalités de répartition encore importantes qui nécessitent des actions de développement ou de maintien de l'offre, en particulier dans les zones rurales.

<sup>62</sup> Cour des comptes – l'objectif national de dépenses d'assurance maladie – avril 2025.

<sup>63</sup> DREES - Les établissements de santé en 2022 – juillet 2024.

**La mise en place des GHT en 2016 n'a pas entraîné une réorganisation générale de l'offre de soins dans le secteur public. Les outils de gestion de la carte sanitaire, PRS, SRS et régime des autorisations, voire organisation de la PDSSES, n'ont contribué qu'à une réorganisation limitée de l'offre de soins<sup>64</sup>.** Confrontés aux demandes de proximité de la population, la plupart des acteurs rencontrés insistent sur le manque d'orientations de la politique d'organisation et de gradation de l'offre de soins<sup>65</sup> et souhaitent la relance d'une démarche de réorganisation de cette offre<sup>66</sup>. Le défaut d'orientations de la politique hospitalière, l'absence de soutien apporté aux ARS ou aux directeurs d'établissements support de GHT ayant initiés des opérations de restructurations, voire les contre-arbitrages au niveau national sur de telles opérations, a manifestement un effet sur la capacité actuelle des acteurs à prendre de nouvelles initiatives.

Par ailleurs, il n'existe pas de modèle au niveau national pour évaluer l'impact financier des réorganisations. De telles modélisations devraient être réalisées, par l'Anap par exemple, pour accompagner les ARS et les établissements dans la prise de décision autour des opérations de réorganisation territoriale<sup>67</sup>.

### **3.1.2. Les réorganisations hospitalières doivent apporter des réponses globales aux besoins de santé des territoires, condition essentielle de leur acceptation, les outils pour les accompagner doivent être renforcés**

Les bénéfices d'une « organisation graduées des soins<sup>68</sup> » sont : une amélioration de la qualité des soins, une optimisation des ressources, un renforcement de la coordination territoriale et une réduction des inégalités d'accès aux soins. **Une relance de la politique de réorganisation de l'offre hospitalière semble aujourd'hui indispensable au regard des défis que le système doit affronter<sup>69</sup>.** Les réorganisations sont pourtant souvent perçues par les populations, les élus et les personnels des établissements concernés comme une concentration de plateaux techniques et d'activités chirurgicales sur un site central entraînant une dégradation de l'accès au service public<sup>70</sup>.

---

<sup>64</sup> La mise en œuvre du PRS 3, de la réforme du régime des autorisations d'activités et d'équipements lourds et de l'organisation de la PDSSES n'étant pas achevée, il n'est pas encore possible d'en établir le bilan.

<sup>65</sup> Le rapport au Parlement sur les réorganisations territoriales n'est d'ailleurs plus produit depuis 2018.

<sup>66</sup> Les réflexions relatives à la carte sanitaire ne concernent pas uniquement les établissements publics : elles impliquent également l'offre hospitalière privée.

<sup>67</sup> La Cour des Comptes a néanmoins estimé de façon indirecte, dans son rapport sur l'Ondam d'avril 2025, que la restructuration des services hospitaliers pourrait représenter une économie potentielle de 0,8 à 1,2 Md €.

<sup>68</sup> La gradation de l'offre de soins consiste à adapter le niveau de prise en charge médicale en fonction de la gravité, de la complexité et des besoins du patient, afin d'optimiser les ressources médicales, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de fluidifier les parcours.

<sup>69</sup> Cet appel a notamment été formulé par le HCAAM comme par N Revel. / Rapport des Hauts conseils « Pour un redressement durable de la sécurité sociale » - Contribution du HCAAM - juillet 2025 / N Revel, « La santé des français : sortir de l'impasse » - Terra Nova – mai 2025.

<sup>70</sup> L'impact sur l'emploi local peut également susciter des craintes.

**Pourtant les enjeux se situent moins dans la préservation de plateaux techniques nombreux que dans la mise en place de filières de santé territoriales coordonnées entre la ville et l'hôpital, comme entre les établissements d'un même GHT, et devant permettre une prise en charge en proximité des besoins continus de soins liés au vieillissement et aux maladies chroniques.** Le débat local est d'autant plus compliqué dans les zones rurales où l'offre de santé est réduite lorsque la transformation de l'offre n'est pas suffisamment assortie de garanties d'accès aux soins du fait de l'insuffisance de l'offre en proximité ou de projection de ressources médicales d'appui. **La mission considère donc qu'il est nécessaire de travailler sur les mesures d'accompagnement d'une politique de réorganisation de l'offre.**

**En premier lieu, une doctrine générale sur l'accès à la santé dans les territoires doit être définie.** Elle doit clairement lister les soins de proximité, notamment hospitaliers, et les parcours de soins gradués. Ce schéma pourrait distinguer les soins hospitaliers de proximité qui doivent être équitablement répartis sur le périmètre du *territoire de santé ou du département et accessibles partout en proximité*, les plateaux techniques et activités qui doivent être regroupés mais présents dans chaque *territoire de santé ou département* et les plateaux techniques ou activités de référence territoriale et de recours régional ou interrégional qui sont organisés sur une base géographique plus large. Des éléments existent, tel que l'accès à 30 minutes à un service d'urgence, mais ils ne couvrent pas l'ensemble des thématiques. D'autres sont insatisfaisants. La confusion parfois faite entre le « statut » des hôpitaux de proximité avec les « missions hospitalières de proximité<sup>71</sup> » en est un exemple<sup>72</sup>. Les éléments existent pourtant pour faire cette clarification dans la suite de la première vision consolidée de la gradation sur l'ensemble des soins qui avait été produite par le HCAAM en 2018<sup>73</sup>.

**Il apparaît nécessaire en second lieu de renforcer l'arsenal des outils qui permettront d'accompagner les réorganisations territoriales. Ils peuvent prendre plusieurs formes :**

- ◆ **poursuivre le déploiement des « hôpitaux de proximité »** pour assumer les missions hospitalières de proximité sur tous les territoires. La cible fixée en 2019 n'est pas atteinte mais le nombre d'établissements reconnus est suffisamment significatif pour en faire des acteurs à part entière du système hospitalier<sup>74</sup> ;
- ◆ **développer les dispositifs permettant aux établissements d'un même territoire de mutualiser les compétences et les ressources humaines**, tels que les équipes médicales de territoire, les consultations avancées, la télémédecine ou les dispositifs mobiles en santé. Ces solutions doivent être systématiquement explorées avec le soutien des collectivités locales. Le statut des praticiens hospitaliers pourrait par ailleurs évoluer pour prévoir l'obligation de consacrer, en tant que de besoin, une quotité du temps de travail au service du territoire. L'appui apporté aux territoires qui en ont besoin ne doit pas être dépendant de la bonne volonté des praticiens. Le régime indemnitaire des personnels paramédicaux pourrait en outre être adapté afin de reconnaître les sujétions liées à l'exercice multisites ;

---

<sup>71</sup> Assurer le 1<sup>er</sup> niveau hospitalier de la gradation des soins et orienter les patients qui le nécessitent vers d'autres structures adaptées.

<sup>72</sup> Même un CHU exerce des missions hospitalières de proximité.

<sup>73</sup> HCAAM - Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé – 2018.

<sup>74</sup> Début 2025, 315 hôpitaux de proximité avaient été reconnus pour un objectif initialement fixé entre 500 et 600 en 2022 lors de la présentation de la stratégie « Ma santé 2022 », quelques mois avant le début de la crise sanitaire.

- ◆ **penser de nouvelles formes de concertations pour accompagner les réorganisations de l'offre de soins.** Les parties prenantes font le constat de difficultés récurrentes à réunir les conditions de débats susceptibles d'atténuer les risques de blocages des réorganisations hospitalières. Certains pays ont développé des initiatives participatives pour porter des sujets de santé. Les réformes de la planification hospitalière récentes en Europe, notamment en Allemagne, en Belgique et au Danemark, ont été précédées de longs travaux préparatoires ayant mobilisé à la fois des commissions d'experts ou des haut-conseils, les collectivités territoriales, et se sont conclues par des lois d'orientation<sup>75</sup>. L'association des collectivités territoriales, dans le cadre des concertations préalables à la réforme de la planification hospitalière, semble déterminant pour que l'ensemble des parties prenantes se sentent responsables de la délivrance d'un service public de qualité, géré de façon efficiente.

**Recommandation n° 2 : Définir une doctrine nationale sur l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers, en distinguant les soins hospitaliers de proximité, de recours pour assurer l'accès aux soins et accompagner les réorganisations hospitalières qui doivent être relancées.**

**Recommandation n° 3 : Enrichir les modalités permettant de projeter des compétences dans les territoires, incluant la mise en place d'une quotité obligatoire de travail hors de l'établissement d'affectation pour les PH, à mobiliser en tant que de besoin. Créer une indemnité répondant à une activité multisite pour les personnels paramédicaux.**

*Les éléments relatifs aux parties 3.1.1 et 3.1.2 sont détaillés dans l'annexe VIII.*

### **3.1.3. L'accélération du développement de l'ambulatoire et de la HAD, leviers d'efficacité de long terme, suppose de relancer une démarche nationale et l'accompagnement des établissements autour de cet objectif**

**Les hôpitaux publics restent marqués par le modèle de l'hospitalisation complète.** Il en résulte un retard dans le recours à la chirurgie ambulatoire<sup>76</sup>, à l'HAD, ou dans une moindre mesure à la médecine ambulatoire<sup>77</sup>. Depuis 2019, les transformations capacitaires ont été moindres dans les EPS que dans le secteur privé en chirurgie et obstétrique avec de moindres baisses du nombre de lits et de moindres hausses du nombre de places. Les taux d'occupation témoignent d'ailleurs de marges d'optimisation capacitaire (cf. 1.3.1 et 1.3.2). Par ailleurs, historiquement minoritaires en HAD, les EPS ont décroché de la dynamique d'essor de ce mode de prise en charge. Contrairement aux EBL, au sein desquels les capacités SMR se développent et la bascule ambulatoire s'accélère, la dynamique capacitaire est en retrait dans les EPS (cf. annexe V).

---

<sup>75</sup> En Allemagne, la réforme de la planification hospitalière, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2025, a été précédée par les travaux d'une commission sur la réforme hospitalière, puis d'un processus de concertation accompagné d'un groupe de travail entre le Bund et les Länder, dont les accords de principe ont été formalisés en 2023. Le principe de la cette réforme avait été formalisé préalablement dans l'accord de coalition du nouveau gouvernement. Cette réforme définit trois catégories d'hôpitaux, selon le nombre d'activités et de services, et la présence ou non d'activité de recours et de soins intensifs. Dans le même ordre d'idées, en Belgique, la réforme de la planification hospitalière de février 2019 a été précédée de longs travaux préparatoires. Le principe d'une réforme de la planification hospitalière autour de réseaux locaux, déjà présent dans l'accord de gouvernement de 2014, puis présentée en 2015 par la ministre de la santé dans un « *plan d'approche* », a été ensuite validé par les différents ministres de la santé, puis a fait l'objet d'un rapport de du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), dont le ministère de la santé a tiré une note conceptuelle qui a servi à l'élaboration de l'avant-projet de loi.

<sup>76</sup> La crise sanitaire a entravé la dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire des EPS avec une part de marché restant -1,5 pt inférieur à celle de 2019, soit un enjeu de 68 000 séjours, et un potentiel total évalué par VISUCHIR (assurance maladie) à plus de 576 000 séjours au total.

<sup>77</sup> Si le taux de médecine ambulatoire des EPS demeure inférieur de -9 pt à la moyenne du fait de leur case-mix, les EPS ont suivi la dynamique d'accélération du virage ambulatoire en médecine depuis 2021.

## Rapport

Alors que la croissance de l'activité hospitalière est désormais uniquement portée par l'ambulatoire, ce retard se traduit par une perte de parts de marché qui contribue à l'affaiblissement économique de l'hôpital public (cf. 1.3.1). L'outil *Visuchir* de la CNAM montre pourtant que des marges importantes de progression de la chirurgie ambulatoire existent. La Cnam et la HAS considèrent que le potentiel de l'activité chirurgicale susceptible d'être réalisée en ambulatoire serait de 80%. **Cela préfigure d'une inversion complète de l'appréhension de la chirurgie, la prise en charge ambulatoire devant désormais être considérée comme le mode d'intervention par défaut et l'hospitalisation complète destinée, par exception, à des pathologies ou situations spécifiques.**

**Si des objectifs formalisés ont été fixés à l'échelle nationale (objectifs quantifiés en matière de chirurgie ambulatoire<sup>78</sup>, feuille de route HAD), le pilotage et l'accompagnement des établissements se sont révélés insuffisants pour les atteindre.**

Un programme national d'accompagnement de la stratégie ambulatoire pourrait être reconstitué en profitant des expertises présentes à la CNAM et à l'Anap. La réussite des projets dépend souvent de l'agencement des locaux pour faciliter la gestion du flux des patients. Dans le cadre du réexamen des projets du Ségur, il s'agira de prioriser les projets privilégiant une stratégie ambulatoire.

**Enfin, la tarification des activités ambulatoires devrait être réexaminée afin de renforcer les incitations des établissements à développer ce mode de prise en charge.** La mission note, au vu des analyses de modèles économiques qu'elle a conduites, qu'il pourrait y avoir une question de valorisation de l'activité des hôpitaux de jour de médecine (cf. annexe VI). Plus globalement, des ajustements pourraient sans doute être apportés pour mieux valoriser les activités ambulatoires, ces activités ne bénéficiant pas d'un forfait hospitalier ou de suppléments chambre particulière.

---

<sup>78</sup> Suspendus pendant la crise sanitaire, de nouveaux objectifs cibles ont été fixés dans le cadre des CPOM Etat-ARS 2024-2028 visant à atteindre un taux de chirurgie ambulatoire à 75 % d'ici 2028.

### 3.2. Les hôpitaux publics doivent s'organiser dans une logique de groupe à l'échelle territoriale, niveau pertinent de structuration des activités et de pilotage de l'efficience

#### 3.2.1. Malgré la création des GHT, la gestion hospitalière, centrée sur l'établissement, fait obstacle aux évolutions territoriales qui permettraient pourtant des gains d'efficience

Dès les années 1970, les coopérations sont identifiées comme un enjeu pour le système hospitalier. La réglementation s'est progressivement enrichie de dispositifs incitatifs qui se substituaient ou s'ajoutaient les uns aux autres. **Le régime de coopération est toutefois resté fortement marqué par deux caractéristiques :**

- ♦ **le développement des coopérations est largement dépendant de la volonté des parties prenantes.** La mise en place des GHT en 2016 a défini de nouveaux objectifs en matière de coopérations hospitalières, rendant l'adhésion à un GHT obligatoire pour chaque EPS. Dans les faits, la mutualisation des équipes et la transformation de l'offre de soins sont restées dépendantes de la volonté des parties prenantes ;
- ♦ **l'organisation et le fonctionnement hospitaliers restent centrés autour de l'établissement**<sup>79</sup>. Le principe d'autonomie des établissements demeure prégnant dans la définition de leur stratégie comme dans leur gestion opérationnelle.

**Dès 2008, le rapport Larcher sur les missions de l'hôpital préconisait pourtant la création de structures très intégrées.** Ces structures devaient permettre aux établissements publics de s'organiser dans un territoire sous la forme d'un groupe suivant une logique similaire à celle des groupes de cliniques ou d'ESPIC<sup>80</sup>. Si les préconisations du rapport intégrées en 2009 au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) furent substantiellement modifiées lors de la discussion parlementaire, les principaux enjeux avaient été explicitement posés ; ils demeurent très prégnants.

Faute d'avoir doté les GHT des moyens juridiques leur permettant de mettre en œuvre la logique de groupe dont ils sont porteurs, leur bilan est en demi-teinte. 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 de rapprochements d'établissements et dans la réorganisation territoriale »<sup>81</sup>.

Si l'attribution de compétences mutualisées aux GHT<sup>82</sup> les rapproche d'une forme de coopération organique, l'absence de personnalité morale (qui fonde l'autonomie juridique, patrimoniale et financière des établissements) et le maintien des instances de gouvernance préexistantes des établissements les placent dans une forme de continuité avec les instruments de coopération antérieurs (groupements interhospitaliers de la loi Boulin et CHT issus de la loi HSPT).

---

<sup>79</sup> Cf. composition des conseils de surveillance présidés par les maires des communes, nomination des directeurs d'établissements, autorisations d'activités et d'équipements lourds, contractualisation avec les ARS y compris en cas de difficultés financière etc...

<sup>80</sup> Avec une consolidation des comptes, une solidarité financière et une stratégie cohérente, tout en préservant une liberté de gestion pour leurs membres. Les communautés hospitalières de territoire devaient avoir une équipe de direction, un programme d'investissement, une stratégie médicale partagée, une gestion commune des praticiens et des cadres, du système d'information, des fonctions logistiques et support, une politique de qualité et de gestion des risques, et une certification et une gestion des comptes unique.

<sup>81</sup> Cour des comptes, Le rôle des CHU dans l'offre de soins, 2018.

<sup>82</sup> Elaboration d'un projet médical partagé, mutualisation de la fonction achat et des systèmes d'information, organisation en commun des activités médico-techniques.

## Rapport

Il n'est dès lors pas surprenant que les bilans des GHT<sup>83</sup>, qui pointent l'écart entre les ambitions affichées et les résultats concrets, soient généralement critiques<sup>84</sup>. Le constat global ne doit pas cacher les avancées réalisées dans certains GHT et l'existence de GHT très intégrés. La mise en place des GHT a permis de limiter la concurrence entre établissements sur les plateaux médico-techniques<sup>85</sup>. La mission a également pu observer des évolutions très positives vers davantage de mutualisations, notamment sur les fonctions médico-techniques ou la fonction achat, lors de ses déplacements au GHT du Havre ou aux HCL.

**Pour autant, le modèle actuel apparaît condamné à une forme d'inachèvement, faute d'avoir doté les GHT des moyens juridiques leur permettant de mettre en œuvre la logique de groupe dont ils sont porteurs.**

La mise en œuvre de la loi explique également ce relatif échec. Deux exemples peuvent illustrer ce point : le « démembrement » de la fonction achat par le décret de 2 mai 2017, opérant un transfert partiel de la fonction achat vers le GHT n'a pas favorisé la mutualisation, comme l'a souligné la Cour des comptes<sup>86</sup> et l'absence de suivi de la mise en œuvre de la loi sur d'autres points clés comme la convergence des systèmes d'information<sup>87</sup>.

**Les directions communes permettent de pallier certaines rigidités du système.** De l'avis de la majorité des acteurs rencontrés, leur effet est souvent positif. L'unicité de direction permet de renforcer la cohérence d'action et les synergies entre les équipes de plusieurs établissements, tout en rendant compte de l'action à plusieurs conseils de surveillance et pas uniquement à celui de l'établissement support du GHT. **La plupart des ARS plaident pour une généralisation des directions communes au sein des GHT afin de faciliter l'intégration.** Ce dispositif connaît toutefois des limites : il ne permet pas d'unifier les instances des établissements et est donc difficile à mettre en œuvre dans les plus grands GHT<sup>88</sup>, il est soumis aux aléas des nominations (nécessité d'une direction d'établissement vacante et d'un vote de chaque conseil de surveillance)<sup>89</sup>.

---

<sup>83</sup> C. Dagorn, D. Giorgi, A. Meunier, *Bilan d'étape des GHT*, IGAS, décembre 2019 ; Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, octobre 2020 ; 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 ; 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.

<sup>84</sup> Le constat global ne doit pas cacher les avancées réalisées dans certains GHT et l'existence de GHT très intégrés. La mission a pu observer des évolutions très positives vers davantage de mutualisations, notamment sur les fonctions médico-techniques ou la fonction achat, lors de ses déplacements au GHT du Havre ou aux HCL.

<sup>85</sup> 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, volume 74.

<sup>86</sup> Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, octobre 2017.

<sup>87</sup> Aux termes du décret, la convergence des SI ne devrait pas être une simple interopérabilité, mais la création d'un environnement commun pour tous les praticiens.

<sup>88</sup> A titre d'illustration, le directeur du CH de métropole Savoie assure la direction commune de 11 établissements.

<sup>89</sup> 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 sans concrétisation en 2021 dans le cadre de la discussion parlementaire de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

## Rapport

Au cours de ces dernières années, plusieurs rapports ont d'ailleurs proposé *a minima* de renforcer les compétences des GHT, en matière de permanence des soins<sup>90</sup>, de la gestion des ressources médicales<sup>91</sup>, d'activités de biologie<sup>92</sup> ou de maîtrise d'ouvrage des investissements immobiliers<sup>93</sup>. La DNS propose aussi 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.

**L'intérêt de renforcer les mutualisations au sein des GHT est pourtant réel, avec la possibilité, notamment, de réaliser des économies d'échelle ou de gamme (cf. 3.1.1).**

**L'analyse des économies réalisées, durant la dernière décennie, par les EPS ayant fusionné ou ayant réalisé une intégration très poussée au sein de leur GHT vont dans le même sens.** L'Anap a pu montrer que le coût des fonctions supports avait baissé d'environ 10 % à la suite d'une fusion ou d'un rapprochement très poussé des EPS membres d'un GHT. Or, l'Anap estime que le coût de ces fonctions supports était de 18,4 Mds € en 2022. Même si les économies réalisées devaient être inférieures, en moyenne, aux économies réalisées par les établissements ayant choisi la voie de la fusion durant la précédente décennie, une économie de 1 Md€ reste envisageable. Par ailleurs, la mutualisation des services médico-techniques, à l'échelle des GHT, permettrait d'engager le mouvement de rapprochement que les laboratoires de biologie médicale (LBM) privés ont connu durant la dernière décennie. Cela permettrait de réinternaliser, à coût constant, une partie des 500 M€ de prestations de biologie hospitalière actuellement externalisées, grâce au progrès technique qui a créé des surcapacités dans de nombreux laboratoires de biologie hospitalière.

### **3.2.2. Au regard des limites du modèle coopératif, une plus forte intégration, reposant sur des mutualisations renforcées et s'inscrivant dans une logique de groupe à l'échelle territoriale, apparaît nécessaire et peut être initiée à court terme**

Si, pour les raisons qui ont été exposées, le bilan des GHT est mitigé, l'ambition initiale d'une plus grande intégration des EPS, sur une base territoriale, reste pertinente. La mission partage l'avis, exprimée par de nombreux acteurs<sup>94</sup>, que les GHT sont actuellement au milieu du gué et que ce sont plus que des ajustements qui sont nécessaires. La gravité de la situation financière impose de passer à un modèle de GHT intégratif seul à même d'apporter les gains attendus. Ce mouvement doit passer par la mise en œuvre d'actions complémentaires s'inscrivant dans des temporalités différentes.

- ◆ **A court terme, toutes les dispositions offertes par le code de la santé publique doivent être mises en œuvre pour renforcer l'intégration des EPS sur une base territoriale.**

Il conviendrait, dans un premier temps, de rappeler aux EPS les dispositions de la loi de 2016 et de ses décrets d'application et de les mettre en œuvre lorsqu'elles ne l'ont pas été, notamment en ce qui concerne les systèmes d'information, qui devraient comprendre des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels.

---

<sup>90</sup> 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.

<sup>91</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2024.

<sup>92</sup> Y-G Amghar, P-L Bras, C Chapelet, Dr E Michaud (Igas), F Auvigne, T Cargill, J Mazière, G Jacquemin, *Pertinence et efficacité des dépenses de biologie médicale*, IGAS, IGF, juillet 2025.

<sup>93</sup> 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.

<sup>94</sup> Notamment certains DG d'ARS, la conférence des DG de CHU, la FHF, l'Anap.

## Rapport

Il conviendrait également, dans un deuxième temps, d'inviter les EPS à se saisir des possibilités offertes par la loi de 2019<sup>95</sup>, qui leur offre la possibilité de mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'Etat, d'élaborer un programme d'investissement commun et de conclure avec l'ARS un CPOM unique pour l'ensemble des établissements du groupement, qui présentent un réel intérêt dans le cadre du Ségur de l'investissement, d'une part, et de la relance d'une démarche d'efficience, d'autre part.

Au-delà du rappel du cadre réglementaire existant et des nombreuses compétences optionnelles possibles, les coopérations interhospitalières pourraient progresser de façon très significative à droit constant, en s'appuyant à la fois sur les dispositions de la loi du 27 décembre 2023<sup>96</sup> d'une part et sur le pouvoir réglementaire des directeurs généraux d'ARS en matière de coopérations interhospitalières d'autre part.

C'est pourquoi la mission propose de placer les GHT au cœur de la contractualisation proposée en vue de la consolidation de l'hospitalisation publique (cf. partie) et de prévoir l'utilisation par les DG d'ARS des dispositions des articles L. 6131-2 et le cas échéant de l'article 6131-4 du code de la santé publique pour mettre en œuvre des coopérations hospitalières renforcées. Ces dispositions permettent en effet aux DG d'ARS, si leur demande de créer un GCS n'a pas été suivie d'effets, de fixer eux-mêmes les compétences transférées par les EPS au groupement, voire de prononcer la fusion des établissements concernés. Or, le GHT doté de la personnalité morale prévu par la loi Valletoux est en droit un GCS. L'ensemble des dispositions prévues par le code de la santé publique pour faciliter les coopérations interhospitalières sont décrites dans l'annexe qui y est consacrée. Plus globalement, il est souhaitable que les directions d'administration centrale comme les ARS (cf. 3.3) prennent en compte dans leurs processus et outils de pilotage cette nouvelle manière d'appréhender la gestion hospitalière publique pas uniquement au travers des établissements.

- ◆ **A terme, l'évolution du cadre législatif est indispensable afin de transformer les GHT, dans une perspective clairement intégratrice, en groupes publics territoriaux dotés de la personnalité morale**

L'approfondissement de l'intégration hospitalière pourrait passer par de nouvelles fonctions mutualisées de droit, notamment la gestion du patrimoine, de la politique immobilière et des investissements. Elle pourrait également se traduire par des évolutions structurelles s'inscrivant dans une logique de groupe public à l'échelle territoriale, doté de la personnalité morale, afin d'instituer une communauté de volonté et d'action.

La lecture de la littérature économique portant sur la productivité et les coopérations hospitalières, l'exemple de la constitution des groupes de cliniques privées et mutualiste et l'analyse des économies réalisées par les EPS ayant fusionné dans le cadre de leur GHT plaident pour la logique de groupe (cf. 3.1), qui permet également de répondre aux forts enjeux de maîtrise de compétences dans différents domaines d'expertise.

---

<sup>95</sup> Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

<sup>96</sup> Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

**Le GHT, à l'image de la société faitière d'un groupe d'établissements mutualistes, pourrait mettre en œuvre la stratégie commune d'un groupe d'hôpitaux économiquement et institutionnellement intégrés.** Il aurait la responsabilité du temps long (définition de la stratégie du groupe, de la gradation des soins et de la cohérence des parcours patients, allocation des ressources, notamment en matière d'investissement, gestion de la dette, pilotage des projets transverses, comme le virage ambulatoire) et de la mutualisation de compétences expertes (dans les services administratifs et les services médico-techniques, dont la qualité et le contrôle de gestion) pour que les services cliniques puissent fonctionner de la manière la plus efficiente possible. **Les établissements membres du GHT, de leur côté, seraient chargés de délivrer les activités de soins et de mettre en œuvre tous les leviers d'efficience interne liés aux activités cliniques**<sup>97</sup>. La logique de groupe territorial permettrait également de conforter l'accès aux soins en créant une solidarité entre les établissements d'un même territoire pour conforter les équipes médicales et soignantes sur un territoire et maintenir ou développer les activités en difficulté. Même si elle ne plaide pas pour la fusion de manière générale, la mission considère que la fusion des plus petits établissements devrait être envisagée dans le cadre de cette démarche.

Or, le législateur a ouvert en 2023 la possibilité de créer, sur le périmètre des GHT, de véritables groupes publics dotés de la personnalité morale, avec un budget autonome, capables de recruter directement du personnel, d'acquérir et de gérer leur patrimoine mobilier et immobilier et de porter les autorisations de soins<sup>98</sup>. Cette structuration se rapproche du modèle d'organisation cible des établissements publics de santé que la mission considère comme pertinente. La mission considère qu'il serait donc utile que le décret d'application soit rapidement publié.

L'article 25 de la loi du 27 décembre 2023 souffre cependant de limites majeures : elle ne peut être mise en œuvre à la majorité simple ou à la majorité qualifiée, mais nécessite l'accord de l'ensemble des établissements membres du GHT<sup>99</sup>, et ne permet pas d'atteindre le niveau d'intégration que la mission juge souhaitable<sup>100</sup>.

Une nouvelle réforme législative est donc nécessaire. Les écueils liés à une transformation des actuels GHT en de véritables groupes publics, tels qu'ils ont été décrits précédemment, (opposition des cultures d'établissements, craintes liées à la fusion des fonctions managériales, concurrence entre sites pour assurer les activités considérées comme les plus importantes etc.) nécessitent la mise en place d'accompagnements adaptés<sup>101</sup>. Des recommandations sont formulées en ce sens en partie 4.

---

<sup>97</sup> Cf. taux d'occupation des lits, IPDMS, qualité des soins, gestion du personnel, mise en œuvre des plans de transformation.

<sup>98</sup> Loi dite « Valletoux » du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

<sup>99</sup> Au titre de l'article 6132-1 du code de la santé publique, le GHT peut être doté de la personnalité morale "sur demande conjointe de l'ensemble des directeurs des établissements parties et sous réserve de délibérations concordantes des conseils de surveillance et des conseils d'administration". A contrario, en matière d'intercommunalité, la loi Notre a prévu que la majorité est acquise, pour la définition de l'intérêt communautaire, par l'accord des 2/3 au moins des conseils municipaux représentant plus de la moitié de la population totale de la communauté, ou inversement.

<sup>100</sup> A titre d'exemple, l'élaboration d'un programme d'investissement et d'un plan global de financement pluriannuel uniques devient une compétence optionnelle, mais la loi ne prévoit pas, par exemple, la possibilité de transférer au groupe public nouvellement créé la propriété du patrimoine des EPS.

<sup>101</sup> Une telle réforme impliquerait notamment une révision 1/ des compétences des instances de gouvernance 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, 2/ de l'architecture des emplois de direction et des processus de sélection sur les postes de directions de groupements et de membres des équipes de direction.

## Rapport

En outre, si cette évolution, que la mission appelle de ses vœux, devait être mise en œuvre, il serait **nécessaire, dans un nombre de cas limités de cas, de réviser le périmètre de certains d'entre GHT, au vu des nouvelles missions qui leur seraient confiées. 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 relèveraient des instances de gouvernance du groupe. La représentation des élus du territoire devrait être assurée, ils seraient appelés à se prononcer collectivement sur les orientations stratégiques en matière d'organisation territoriale de l'offre hospitalière publique. A l'image en quelque sorte des modalités de gouvernance des EPCI pour la gestion des compétences propres ou transférées. La stratégie des hôpitaux publics ne peut en effet plus être pensée à l'échelle de la commune d'implantation. **La gestion des emplois de direction devrait également être revue** à la lumière de la nouvelle architecture des responsabilités et fonctions au sein des groupes hospitaliers publics.

### **Recommandation n° 4 : Mettre pleinement en œuvre la loi du 27 décembre 2023 :**

- **prendre le décret d'application permettant aux GHT d'opter pour la personnalité morale ;**
- **encourager sa mise en œuvre en mobilisant les articles L. 6131-2 et suivants du CSP.**

**Recommandation n° 5 : Faire évoluer le cadre législatif afin de transformer les GHT, dans une perspective intégratrice, en groupes hospitaliers publics, dotés de la personnalité morale.**

*Les éléments relatifs à cette partie sont détaillés dans l'annexe IX.*

### **3.3. La tutelle médico-économique de l'État doit elle-même s'adapter à cette logique de groupe territorial à partir d'un cadrage national fort**

Sans avoir pu examiner les conditions actuelles de gestion de la tarification hospitalière et les réformes en cours, la mission note l'importance que celles-ci représentent pour l'approche médico-économique par les communautés hospitalières.

Beaucoup de critiques sont portées aujourd'hui à la fois sur la construction des tarifs et sur la construction de l'Ondam : déficit de visibilité des méthodes, manque d'études régulières pour évaluer la corrélation coûts-tarifs sur certaines activités et insuffisance des rééquilibrages tarifaires, ancienneté des enquêtes nationales de coût, absence de neutralité tarifaire, débats autour des hypothèses retenues dans la construction de l'Ondam et leur traduction dans les tarifs, etc. De sorte que les établissements ne sont pas forcément sûrs lorsqu'ils développent une activité que cela entraînera une réduction du déficit si celle-ci est structurellement déficitaire en raison des tarifs.

Or, le déploiement d'une politique rénovée d'efficacité hospitalière nécessite de renforcer durablement la confiance dans l'outil tarifaire.

**Recommandation n° 6 : Améliorer l'évaluation du coût des activités et clarifier leurs traductions dans les tarifs afin de s'assurer qu'ils prennent mieux en compte les coûts**

### 3.3.1. La politique de promotion de l'efficacité interne des établissements a connu des résultats probants mais rencontre également des limites

**Le pilotage de l'efficacité a reposé dans les années 2010 sur une stratégie nationale forte associée au pilotage de l'Ondam** (notamment le plan triennal Ondam 2015-2017), **sur des structures** (le Copermo Performance et l'Anap) **et sur des programmes nationaux d'appui sur des thèmes à fort enjeu d'efficacité** (achats, facturation, chirurgie ambulatoire etc...). Cette stratégie nationale a été relayée sur le terrain par les ARS qui disposent d'un grand nombre de leviers, assis sur un arsenal juridique très complet. Lorsque la situation économique de l'établissement se dégrade l'établissement est contraint de s'engager dans des démarches contractualisées de retour à l'équilibre. En cas de perte de maîtrise, l'ARS peut mettre en place une administration provisoire. Ce dispositif a permis de contenir globalement les déficits du système hospitalier public jusqu'au début de la crise sanitaire (cf. annexe Situation financière).

Malgré cet arsenal, l'action publique rencontre des limites. L'ARS se trouve en effet souvent confrontée à des établissements en grande difficulté budgétaire qui n'auraient pas adopté les mesures adéquates pour rétablir leur équilibre économique<sup>102</sup>. Les mêmes difficultés peuvent être rencontrées en cas de non-respect par l'établissement d'engagements pris dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre (PRE) ou de contrats de retour à l'équilibre financier (CREF). Les acteurs (président du conseil de surveillance<sup>103</sup>, directeur, personnel de l'établissement) peuvent s'opposer à l'adoption de mesures d'efficacité nécessaires, sous couvert de raisons multiples (risques de pertes d'activités et d'emplois, modifications des organisations de travail et des cadres de fonctionnement) et en s'appuyant notamment sur le principe d'autonomie des établissements.

**Les ARS rencontrent par ailleurs des difficultés parfois importantes pour gérer les situations des directions défaillantes compte tenu des modalités de gestion actuelles des emplois de direction** : poids de l'avis du président du conseil de surveillance en cas de nécessité de remplacer un chef d'établissement ou, en cas de départ, de mise en place de directions communes ; rigidité de fait de la modulation de la part variable<sup>104</sup>. Le dispositif de l'administration provisoire est lui-même limité pour des raisons principalement pratiques liées à la difficulté à mobiliser des administrateurs provisoires disposant des compétences et de l'expérience adaptées aux enjeux de redressement.

### 3.3.2. Le déficit de mandat politique sur les réorganisations de l'offre hospitalière et le relâchement du pilotage national de l'efficacité ont constitué des signaux négatifs en matière d'efficacité jusqu'au début de l'année 2025

Comme indiqué *supra*, la plupart des acteurs rencontrés ont insisté sur le manque de clarté des objectifs de la politique de réorganisation territoriale des activités. Ce déficit de mandat politique a assurément pesé sur l'exercice du pouvoir régulateur par les ARS et pu mettre les directeurs d'établissement en difficulté.

**Le Ségur de la santé et le paradigme du « Quoi qu'il en coûte » ont par ailleurs profondément transformé le contexte du pilotage de l'efficacité.** La politique d'efficacité conduite au cours de la décennie 2010 a été décriée alors que l'hôpital connaissait une crise d'attractivité sans précédent.

---

<sup>102</sup> Défaut de trésorerie, incapacité à payer les charges sociales et fiscales voire les salaires.

<sup>103</sup> Bien que les communes n'aient aucune compétence en matière de financement des EPS.

<sup>104</sup> Les baisses de part variable engagent des procédures proches de celles prévues pour une sanction disciplinaire.

## Rapport

Les ARS ont repris progressivement leur pratique de dialogue de gestion avec les établissements à partir de 2022 et l'Anap a déployé à partir de 2024 un nouveau programme d'appui sur l'efficacité avec des missions 360° sur les établissements en difficulté. **L'exigence d'efficacité n'a toutefois été à nouveau assumée comme une priorité politique qu'avec la circulaire du Premier ministre aux ARS du 24 avril 2025 relative à l'efficacité et à la performance des établissements de santé**, les ARS ayant depuis accentué leur action auprès des établissements pour renforcer leurs efforts d'efficacité.

### **3.3.3. La stratégie d'efficacité de l'hospitalisation publique doit être définie par l'État, intégrant des objectifs de repositionnement stratégique et de coordination territoriale renforcée des EPS**

**La gravité de la situation financière impose d'accélérer la reprise d'une politique forte de promotion de l'efficacité dans le prolongement de la circulaire du Premier ministre.** Il est proposé pour cela de structurer le pilotage de l'efficacité autour des orientations suivantes :

- ◆ assoir le pilotage de l'efficacité sur une organisation nationale structurée ;
- ◆ s'appuyer davantage sur les GHT, dans une logique de groupe territorial.

**Cette politique publique doit reposer sur une organisation nationale structurée, capable de mobiliser les différentes ressources disponibles à ce niveau.**

Les critiques portées sur le pilotage de l'efficacité hospitalière préexistant à la pandémie rendent le rétablissement du dispositif antérieur difficilement envisageable.

La mission considère que, à la suite de la suppression du Copermo Performance, la responsabilisation des ARS sur les établissements de leur territoire est le bon schéma.

Le niveau national, en charge du pilotage des ARS, doit donc définir la stratégie, le cadre d'action, les outils et procéder à l'évaluation et le pilotage des ARS. La disparition du Copermo Performance comme instance de décision individuelle ne fait pas pour autant disparaître l'intérêt d'une instance inter-directionnelle pour piloter ces missions (cf. recommandations détaillées dans le plan de consolidation territoriale du système hospitalier public 2026-2029 présenté en annexe).

En complément des feuilles de route sur l'HAD, les achats, la facturation et le recouvrement (Simphonie), qui pourraient faire l'objet d'une adaptation en 2026 au vu des recommandations de la mission, de nouveaux programmes nationaux prioritaires devraient être mis en place. Ils pourraient par exemple porter l'accélération du déploiement des activités ambulatoires, l'urbanisation des SI RH et finances hospitaliers ou encore le déploiement des potentialités offertes par le développement de l'IA. Le choix pourrait être fait en concertation avec les acteurs hospitaliers.

**Recommandation n° 7 : Développer et renforcer la logique des programmes nationaux autour des principaux thèmes d'efficacité, notamment le virage ambulatoire et la transition numérique des hôpitaux, pour accompagner les établissements.**

## Rapport

Pour améliorer le pilotage global de leur patrimoine, les EPS devraient pouvoir se concentrer sur la gestion du patrimoine affecté aux soins. Le niveau national devrait faciliter ce recentrage en expertisant les modalités possibles pour externaliser et professionnaliser la gestion du patrimoine non affecté. A ce titre, une étude de faisabilité sur la création d'une foncière dédiée au patrimoine non affecté aux soins pourrait être commanditée<sup>105</sup>.

*Les éléments relatifs aux enjeux d'investissements et de gestion patrimoniale sont détaillés dans l'annexe XI.*

**Recommandation n° 8 : Réaliser une étude de faisabilité d'une foncière publique, qui doit permettre de professionnaliser la gestion du patrimoine non affecté aux soins et de mieux valoriser ce patrimoine.**

**Le dialogue de gestion conduit par les ARS doit s'appuyer davantage sur les GHT, dans une logique de groupe public à la responsabilité territoriale renforcée.**

Les enjeux d'efficacité relèvent d'abord d'une responsabilité de l'établissement. C'est à l'établissement de définir les mesures d'efficacité requises, de les porter vis-à-vis de la communauté hospitalière et d'en assurer la mise en œuvre. La négociation de PRE ou de CREF implique l'ARS, qui a en outre la possibilité de soutenir financièrement les établissements via le FIR, ne crée pas pour autant une coresponsabilité vis-à-vis de la situation de l'établissement.

**Une approche territoriale de la dynamique d'efficacité positionne le GHT comme un acteur à part entière.** Une validation par l'ensemble des établissements du GHT du diagnostic comme des mesures de redressement devrait faciliter les échanges avec l'ARS. Cette approche relèverait d'une logique de type groupe public.

Les ARS disposent déjà de leviers juridiques importants pour conduire cette évolution. Outre l'approbation de la convention constitutive du GHT et de son projet médical partagé, **l'ARS a la possibilité de conclure un CPOM unique par GHT**<sup>106</sup>. Elle doit par ailleurs apprécier l'EPRD et le PGFP de chaque établissement soumis à son approbation « *en prenant en compte l'ensemble des budgets d'établissement du GHT* »<sup>107</sup>.

Ces dispositions permettent d'organiser un double dialogue de gestion avec les GHT et les établissements. Il ne semble pas utile à la mission de prescrire des modalités d'organisation de ce dialogue de gestion<sup>108</sup> dès lors qu'elles intègrent le niveau GHT. Charge à chaque ARS d'en fixer les modalités en fonction de sa taille, ses ressources et ses choix d'organisation interne.

---

<sup>105</sup> Cette foncière permettrait de mieux valoriser un patrimoine disparate et sous-exploité. Son expertise pourrait également être mobilisée pour valoriser le patrimoine des EPS, que ce soit dans le cadre des plans de retour à l'équilibre ou dans le cadre de leur stratégie d'investissement. L'intégration du patrimoine des EPS dans le patrimoine de l'Etat, depuis la loi HPST, serait de nature à faciliter une telle opération. La création de cet acteur unique, dont l'immobilier serait le cœur de métier, permettrait donc de professionnaliser les processus en externalisant une mission qui n'est pas stratégique pour les EPS.

<sup>106</sup> L 6132-5-1 du code de la santé publique

<sup>107</sup> L 6143-4 du code de la santé publique

<sup>108</sup> Fréquence, rôle du DG et des directions métiers du siège, rôle des délégations départementales...

**Dès lors que le dialogue de gestion s'appuie également sur le GHT, le cadre contractuel doit être adapté pour intégrer la dimension territoriale.** Le cadre du PRE/CREF pourrait être maintenu au niveau de l'établissement mais associer le GHT qui pourrait être cosignataire<sup>109</sup>. Cette association du GHT au CREF permettrait de diversifier les leviers de la contractualisation pour la rendre plus efficace :

- ◆ le GHT pourrait apporter une partie des contributions au redressement de l'établissement sur les éléments nécessairement territoriaux de l'amélioration de l'efficacité (apport de compétences, réorganisation de l'offre, appui en RH etc.) ;
- ◆ le plan de redressement pourrait inclure des évolutions en matière de mutualisation au sein du GHT ; l'ARS pourrait mobiliser l'article L. 6131-2 du code de la santé publique pour demander la mise en œuvre de coopérations afin d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins.

**Dans le cadre des mesures de redressement, une insuffisance d'un ou de plusieurs établissements d'un même GHT doit emporter une révision du versement des aides de l'ARS, créant de facto un intérêt financier partagé pour le GHT au redressement d'un ou plusieurs de ses établissements.** L'intérêt financier partagé du GHT à la réussite du plan de redressement renforcerait la crédibilité de la conditionnalité des aides de l'ARS accordées dans le cadre du plan de redressement.

**Recommandation n° 9 : Systématiser l'implication des GHT dans le dialogue de gestion des ARS avec les établissements et définir les modalités d'une solidarité financière entre établissements d'un même GHT dans les procédures de retour à l'équilibre.**

Les modalités de mise en œuvre opérationnelle de la nouvelle stratégie de pilotage de l'efficacité développée ci-dessus sont détaillées en partie 4.

*Les éléments relatifs à cette partie sont détaillés dans l'annexe X.*

#### **4. Un plan pluriannuel de consolidation du système hospitalier public 2026-2029, intégrant des objectifs d'efficacité interne et territoriale et appuyé sur un mandat fort donné aux GHT, doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais**

Pour mettre en œuvre les recommandations de la mission, elle propose un plan de consolidation dont les principales caractéristiques sont présentées ci-après. Les modalités et le calendrier cible sont détaillés à la suite immédiate du rapport.

##### **4.1. Des mesures d'urgence doivent dès à présent être identifiées et mises en œuvre dans tous les établissements, en coordination avec le GHT**

**Dans le prolongement de la circulaire du Premier ministre qui détaillait une série de pistes d'efficacité, la mission propose qu'une dizaine de leviers soit systématiquement étudiée au niveau de chaque établissement dans un cadre coordonné par le binôme constitué par les présidents du comité stratégique et de la commission médicale de groupement GHT.** Les pistes proposées, qui s'appuient pour partie sur des constats récurrents faits par l'Anap dans le cadre de la réalisation de démarches 360°, pourraient être les suivantes :

---

<sup>109</sup> Cette cosignature peut s'envisager à droit constant avec l'accord des parties ; l'intérêt de la rendre obligatoire par une modification réglementaire pourrait être examiné.

## Rapport

- ◆ les mesures permettant de renforcer l'adéquation entre activité, ressources humaines et capacités de prise en charge (tels que les taux d'occupation ou l'IP-DMS) ;
- ◆ la mobilisation de tous les leviers d'amélioration de la trésorerie identifiés par l'Anap, la mise en place de ROC et la généralisation de l'utilisation de l'outil PES-ASAP de la DG FiP, le respect de la réglementation en matière de facturation en Ehpad ;
- ◆ la réinternalisation au sein du GHT d'une grande partie des analyses de biologie sous-traitées et la vérification des autres sources de réinternalisation au sein du GHT ;
- ◆ une revue de la politique de massification des achats et le cas échéant finalisation de la mutualisation de la fonction achat au sein du GHT ;
- ◆ la maîtrise des recrutements médicaux et du temps de travail additionnel (TTA) afin de modérer la dynamique d'évolution des dépenses du personnel médical en s'assurant de leur nécessité et de leur pertinence (contrainte de PDES, développement d'activité étayé par une analyse médico-économique).

Il est également proposé que les mesures d'urgence incluent la suspension pendant six mois des projets d'investissement Ségur qui n'ont pas encore atteint la phase 3 afin de permettre de vérifier leur compatibilité avec les plans de consolidation à construire.

**Recommandation n° 10 : Définir sans délai les mesures d'urgence mentionnées dans le rapport que chaque établissement devra mettre en œuvre sous la supervision du binôme des président(e)s du comité stratégique et de la commission médicale du GHT**

### 4.2. Le retour des EPS à une trajectoire financière soutenable pourrait s'appuyer sur un plan pluriannuel de consolidation du système hospitalier public

**Un portage politique fort étant une condition indispensable à la réussite du plan, la mission recommande de confier sa mise en œuvre à un comité de pilotage interministériel présidé par le Premier ministre.** La DGOS assurerait le secrétariat de ce comité qui associerait par ailleurs les administrations centrales concernées (DSS, DB, DGFIP, SGMAS), ainsi que les ARS, la CNAM, l'Anap et l'ATIH. Une conduite de projet structurée devrait être mise en place<sup>110</sup>. Compte tenu du volet transformation qu'il est proposé de donner au plan, il serait souhaitable que la FHF soit associée à ce comité afin de participer à la construction et au suivi de la démarche.

**Le comité de pilotage national serait chargé de définir les modalités nationales de la contractualisation<sup>111</sup>, tandis que les ARS seraient chargées de la négociation des contrats avec les GHT. Les directeurs généraux recevraient mandat du Premier Ministre à cette fin et seraient évaluées, pour partie, sur cette base<sup>112</sup>.**

Si une approche déconcentrée est incontournable compte tenu de la diversité des situations locales, la mission estime indispensable que les contrats s'appuient sur un cadre commun et comprennent obligatoirement des engagements sur chacun des quatre compartiments suivants :

- ◆ la consolidation du GHT et des mutualisations ;
- ◆ l'amélioration de l'efficacité au sein des établissements ;

---

<sup>110</sup> La conduite de projet mise en place pour assurer le déploiement de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » constitue un précédent intéressant au sein du ministère de la santé.

<sup>111</sup> Notamment les objectifs, l'organisation du pilotage, les modalités de mise en œuvre et d'évaluation, l'articulation avec les PRE, les mesures d'accompagnement et les contreparties.

<sup>112</sup> Les responsabilités des DG d'ARS couvrent un spectre beaucoup plus large que la politique hospitalière, y compris que les sujets sanitaires. Leur évaluation ne peut donc se limiter aux résultats atteints dans le cadre de la mise en œuvre du plan de consolidation.

## Rapport

- ◆ l'organisation de la gradation de l'offre de soins sur le territoire du GHT ;
- ◆ l'amélioration de la pertinence des soins.

**Le cahier des charges national devrait par ailleurs prévoir l'examen des enjeux identifiés précédemment dans le rapport<sup>113</sup>.** Au titre des engagements obligatoires, la mission recommande de prévoir l'application complète, effective et obligatoire de la mutualisation des fonctions support et de l'organisation en commun des fonctions médico-techniques ainsi que la mise en place dans chaque GHT et établissement d'un mécanisme d'analyse et de sélection médico-économique des projets.

La mise en œuvre du plan pourra s'appuyer sur le schéma d'orientation sur l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers proposé supra (cf. 3.2.1) dont la préparation serait confiée à une personnalité qualifiée reconnue pour sa connaissance de l'organisation territoriale des soins.

**L'Anap dispose des compétences, de la connaissance du secteur et de l'agilité pour jouer un rôle central dans la mise en œuvre opérationnelle du plan en appui des ARS,** en mettant en place un tableau de bord national de performance, en apportant son expertise et un appui méthodologique aux exercices prévus par le plan et en intervenant directement en appui individuel ou collectif dans la mise en œuvre auprès des établissements, à la demande et sous le contrôle des ARS. Les moyens de l'agence pourraient être temporairement renforcés au titre de cette opération au regard de l'investissement supplémentaire que cela impliquerait, concentré sur une courte période.

### **4.2.1. Un diagnostic détaillé des enjeux d'efficience et de transformation au sein de chaque GHT doit être réalisé d'ici au printemps 2026**

La construction d'un plan de consolidation au niveau des GHT doit reposer sur un diagnostic partagé des forces et des faiblesses, des opportunités et des facteurs de risques du territoire, sur le plan de l'offre de soins et de la situation budgétaire. Ce diagnostic devrait comprendre la réalisation systématique de volets consacrés à la poursuite du déploiement des hôpitaux de proximité, à l'organisation de la PDSSES et de continuité des soins et à la projection de ressources soignantes dans les territoires en s'appuyant sur les quatre dispositifs présentés supra. La démarche pourrait bénéficier d'un appui méthodologique de l'Anap, sachant que la mission propose plusieurs thématiques à explorer dans ce cadre (cf. Plan de consolidation territoriale du système hospitalier public 2026-2029).

**Le diagnostic aurait vocation à être partagé au-delà des établissements, notamment avec les élus du territoire, à partir d'avril 2026.**

---

<sup>113</sup> La consolidation des organisations de soins graduées, la rationalisation des dispositifs de PDSSES, la poursuite du déploiement des hôpitaux de proximité, le renforcement de la projection de compétences dans les territoires, le développement des activités ambulatoires, de la HAD et des filières de soins notamment.

**4.2.2. Le contrat de consolidation visant un retour à l'équilibre doit être conclu entre le GHT et l'ARS à l'été 2026, sur la base d'un mandat donné aux présidents du comité stratégique et de la commission médicale de groupement de chaque GHT**

Les travaux seraient confiés à un binôme constitué par les présidents du comité stratégique du GHT et de la commission médicale de groupement (CMG). Le mandat déclinerait pour chaque territoire le cadre national de la démarche, il serait concerté avec le GHT et finalisé au printemps 2026 après échange avec les élus du territoire. Le périmètre du mandat pourrait être le cas échéant adapté par l'ARS en fonction de la taille du GHT<sup>114</sup>.

Le mandat de l'ARS devra prévoir la mise en œuvre des orientations nationales et des objectifs spécifiques à l'organisation de l'offre hospitalière de chaque région. Sur la base du diagnostic réalisé et sous l'impulsion du binôme mandaté, le GHT proposerait un plan de consolidation élaboré sur la base du cahier des charges présenté *supra*. Son élaboration devra impliquer les directeurs et présidents de CME des établissements membres du GHT. Le rôle de chaque binôme mandaté sera essentiel non seulement dans la conception du plan mais également dans leur capacité à mobiliser les communautés hospitalières, en particulier les communautés médicales. Le projet de plan de consolidation serait ensuite négocié avec l'ARS pour aboutir à une contractualisation au niveau GHT. Le contrat inclurait les conclusions du réexamen des projets d'investissements Ségur.

Pour élaborer et valider le plan de consolidation, les équipes hospitalières et des ARS pourront notamment s'appuyer sur les leviers présentés à la fois dans l'annexe XII et dans le plan de consolidation territoriale du système hospitalier public 2026-2029 joint en annexe.

**Recommandation n° 11 : Arrêter un plan de consolidation 2026-2029 de l'hospitalisation publique associant la Fédération hospitalière de France reposant sur une contractualisation avec les GHT selon les modalités mentionnées dans le rapport.**

**Recommandation n° 12 : Mettre en œuvre le plan au niveau de chaque GHT sur la base d'un mandat donné aux président(e)s du comité stratégique et de la commission médicale de groupement à partir d'un diagnostic territorial partagé avec les élus conduisant à des engagements structurés autour de quatre axes : mutualisation de fonctions, mesures d'efficacité interne, organisation et gradation des soins et stratégie ambulatoire, pertinence des soins.**

**Recommandation n° 13 : Mobiliser l'Anap sur la mise en œuvre opérationnelle du plan de consolidation en appui du comité de pilotage national, des ARS et des GHT.**

---

<sup>114</sup> Par exception, si le DG ARS considère que le périmètre géographique et le nombre d'établissements du GHT ne facilitent pas la mise en œuvre de la démarche proposée, il pourrait prévoir d'adapter le périmètre géographique du mandat en prévoyant une contractualisation :

- identifiant plusieurs zones territoriales au sein d'un grand GHT ;
- regroupant plusieurs GHT en cas de petit GHT.

#### 4.3. Le plan devra s'inscrire dans un schéma de partage des efforts entre les établissements et les financeurs de 2026 à 2029

**Les établissements de santé ne peuvent assurer par leurs seuls efforts d'efficience interne et de mutualisation de fonctions le retour à l'équilibre compte tenu du niveau de déficit 2024 et du tendancier et des charges nouvelles importantes qu'ils vont devoir assumer (cf. partie 1.4, +3 Md€ par an au minimum). Les efforts d'efficience hospitalière attendus doivent être partagés entre les établissements et les différents financeurs (assurance maladie, mutuelles et usagers du système de santé)<sup>115</sup>.**

Concernant l'horizon du retour à l'équilibre, il doit être mobilisateur tout en étant soutenable. La mission propose de le fixer à 4 ans (couvrant les années 2026 à 2029) avec la possibilité pour les ARS de l'étendre par dérogation à 5 ans maximum pour les situations les plus complexes.

L'analyse des évolutions passées de la productivité dans les hôpitaux publics montre que le rythme de croissance de la productivité décroît continûment depuis la mise en place de la T2A<sup>116</sup>. Ce constat, d'une part, et la prise en compte des leviers d'efficience interne documentés par la mission, d'autre part, montrent qu'à moyen et long terme (en dehors d'un possible rattrapage de la baisse de productivité médicale constatée depuis la crise Covid)<sup>117</sup> **la cible de productivité de long terme, et en conséquence les efforts demandés aux EPS, ne peuvent durablement dépasser 1 % par an<sup>118</sup>.**

Les nouvelles charges chiffrées par la mission correspondent à une progression tendancielle de l'Ondam, sans mesures nouvelles, d'au minimum +2,8 % par an. Or, une progression de la productivité des hôpitaux publics de +0,7 % par an correspondrait à un gain d'efficience de 0,6 Md€, une progression de +1 % d'environ 1 Md€ pour les produits de titre 1 et 2, qui constituent plus de 80 % des produits. Dans ces conditions, l'amélioration de la productivité hospitalière, grâce à l'ensemble des leviers d'efficience interne étudiés, ne permettrait qu'une faible résorption du déficit des EPS cumulé à fin 2024, cela d'autant que l'Ondam 2025 intègre déjà un effort d'efficience de 0,6 Md€ sur les achats, que la mission n'a pu documenter.

---

<sup>115</sup> Les acteurs hospitaliers ont insisté dans leurs échanges avec la mission pour que les efforts de maîtrise des dépenses de santé ne reposent pas seulement sur les hôpitaux mais soient également partagés mais qu'ils soient également portés par la médecine de ville.

<sup>116</sup> L'évolution de la productivité des hôpitaux publics peut notamment être appréciée grâce aux travaux de Z. Or, J. Bonastre, F. Journeau, C. Nestrigue, « *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A* », IRDES, avril 2013, de N. Studer, *Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public*, N° 114, mars 2012, DREES, série étude, documents de travail, et pour une période plus récente de Carine Milcent, "Production hospitalière : comment la définir ?", 2023.

<sup>117</sup> Un rattrapage de la productivité médicale de 2019 pourrait permettre de réaliser jusqu'à 450 M€ d'économies.

<sup>118</sup> Le rythme de croissance de la productivité horaire dans le secteur de la santé ne peut être durablement supérieur à celui de l'économie française dans son ensemble. En effet, la croissance de la productivité est plus importante dans les secteurs à forte intensité capitalistique, comme l'industrie, où l'automatisation et la standardisation sont possibles, que dans les secteurs à forte intensité en travail, comme le secteur de la santé et en particulier des soins de longue durée. Or, le rythme de croissance de la productivité s'est considérablement ralenti partout en Europe, et en particulier en France. Le COR retient désormais comme cible de long terme, dans son scénario de référence, un rythme de progression de la productivité de 0,7 % par an, correspondant au taux annuel de progression constaté en France entre 2009 et 2020.

**Ces efforts ne pourraient être temporairement supérieurs, afin de résorber le déficit des EPS, que sur la base d'un mandat politique fort permettant à la fois leur intégration dans des groupes publics au sein desquels seraient mutualisés l'intégralité des services administratifs et médico-techniques et la réorganisation de la carte sanitaire sur la base d'un principe de gradation de soins.** Il convient toutefois d'observer que les effets de ces réorganisations ne seront pas immédiats. Des travaux pourraient être diligentés pour procéder à la modélisation des gains d'efficacité susceptibles de résulter de ces opérations de mutualisation de fonctions et de réorganisation de l'offre, travaux que la mission n'a pas été en mesure de réaliser.

Le virage ambulatoire pourrait également constituer un levier d'efficacité très important, mais les économies susceptibles d'être réalisées grâce à la progression de la chirurgie et de la médecine ambulatoire sont trop mal documentées à l'heure actuelle pour pouvoir affirmer que ce virage ambulatoire pourrait devenir le principal levier du retour à l'équilibre des EPS durant les trois prochaines années.

**Au-delà de la définition d'un rythme moyen de progression de l'Ondam qui constituera une composante essentielle de la trajectoire financière de retour à l'équilibre, la situation appelle par ailleurs, dans le contexte contraint des finances publiques, la mobilisation des organismes de protection complémentaire** alors que leur part dans le financement de l'hôpital a fortement diminué depuis la pandémie<sup>119</sup> (cf. supra 1.2.2). Celle-ci pourrait venir d'une revalorisation des outils de participation financière des assurés.

Les scénarios de financement qui seront discutés dans le cadre de la préparation du PLFSS pour 2026 et pour les années suivantes doivent permettre d'arrêter un équilibre entre les trois leviers permettant de définir une trajectoire budgétaire soutenable pour le système hospitalier public : les efforts d'efficacité, la contribution des organismes complémentaires et des assurés sociaux et l'Ondam. Cela afin de donner une perspective de retour vers l'équilibre d'ici à la fin de la décennie, indispensable pour permettre aux établissements publics de financer leurs investissements et leur développement.

**Recommandation n° 14 : Rétablir la contribution des organismes complémentaires au financement de l'hôpital à leur niveau antérieur à la crise sanitaire, et fixer un objectif d'économie structurelle des établissements publics de santé lors de la construction de l'Ondam.**

#### **4.4. La mise en œuvre du plan doit être assortie de mesures d'accompagnement**

##### **4.4.1. Permettre aux ARS de mieux prendre en compte différentes situations des équipes de directions mobilisées dans la mise en œuvre du plan de consolidation territoriale du système hospitalier public**

Outre l'accompagnement opérationnel de l'Anap, la mission propose que la démarche bénéficie de trois autres mesures d'accompagnement permettant de mieux prendre en compte différentes situations rencontrées par les équipes de direction :

- ◆ pour faciliter et renforcer la cohérence du pilotage des établissements d'un même GHT les directions communes, ou à défaut les intérimaires, pourraient être généralisées en cas de vacance d'un poste de direction d'établissement. Cette mesure devrait être temporaire, dans l'attente de l'évolution du cadre législatif transformant les GHT en groupes publics, dotés de la personnalité morale ;

---

<sup>119</sup> La mission évalue à environ 1,0 Md€ à 1,5 Md€ l'augmentation des produits de titre 2 selon que la part relative des organismes complémentaires était rétablie à son niveau de 2019 ou de 2015.

## Rapport

- ◆ pour mieux reconnaître l'engagement managérial, le RIFSEEP devrait être mis en œuvre dans la fonction publique hospitalière, prioritairement pour les corps de direction<sup>120</sup>. Les critères d'évaluation devraient être arrêtés en fonction des objectifs des plans de consolidation territoriale, ce qui implique non seulement la prise en compte de l'évolution de la situation budgétaire mais également de nombreuses autres actions à la réalisation desquelles la contribution des directeurs est essentielle (implication dans le projet collectif territorial, accompagnement des réorganisations de l'offre, mise en œuvre des mutualisations, portage de la démarche vis-à-vis des communautés hospitalières et des élus du territoire...) <sup>121</sup> ;
- ◆ enfin, pour améliorer la gestion des situations managériales les plus complexes, la mission soutient les démarches proposées par le CNG et l'Anap de création d'un vivier de managers de transition. Cela afin de faciliter la mobilisation du dispositif d'administration provisoire par la mise en place d'équipes de transition expertes en cas de grave difficulté dans un établissement. Cela implique de recruter des professionnels disposant de l'expérience et des compétences requises pour ce type de missions, et de pouvoir les appuyer, le cas échéant, par des ressources expertes (en finances, RH, SI...). Les conditions de mobilisation de ce dispositif et d'armement des appuis devraient faire l'objet d'une coordination étroite entre le CNG et l'Anap, en concertation avec les ARS demandeuses.

**Recommandation n° 15 : Prendre en compte la situation des équipes de directions mobilisées dans la mise en œuvre du plan, notamment via :**

- la mise en place des directions communes, ou à défaut des intérimaires, en cas de vacance d'un poste de direction d'établissement *a minima* pendant la durée du plan ;
- la mise en œuvre le RIFSEEP dans la fonction publique hospitalière, prioritairement pour les directeurs d'hôpitaux, et mobiliser les nouvelles modalités d'attribution du régime indemnitaire en cohérence avec les objectifs du plan ;
- la création d'un dispositif coordonné entre l'Anap et le CNG, en concertation étroite avec les ARS, permettant de mobiliser des managers de transition destinés aux situations hospitalières les plus complexes.

---

<sup>120</sup> La DGOS indique qu'une refonte statutaire incluant cette mesure est engagée dans le cadre de la transposition du régime des administrateurs de l'Etat. L'application du RIFSEEP vise à résoudre un certain nombre de difficultés de la part variable du régime indemnitaire (PFR) (logique d'augmentation quasi-systématique, plafonnement rapide qui en découle). Le CIA doit permettre d'introduire une part non soclée et variable aujourd'hui inexistante.

<sup>121</sup> Dans le même esprit, la Note d'information n° CNG/DGD/2025/101 du 16 juillet 2025 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital adressée aux ARS par le CNG fait une courte mention dans son annexe 1 aux enjeux d'efficience « conformément à la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025, les objectifs assignés pour l'année à venir, et qui seront évalués l'année prochaine, doivent intégrer une démarche d'amélioration de l'efficience des établissements de santé. ».

#### 4.4.2. Introduire une contrepartie financière conditionnée dans la contractualisation avec les GHT

**La mise en œuvre effective du plan de consolidation proposé nécessite de renforcer les leviers de négociation des ARS.** La mission propose donc d'élargir le champ de la conditionnalité des financements de l'assurance maladie. A cette fin une enveloppe pourrait être constituée par redéploiement de crédits d'investissement du Ségur, reconduction de l'enveloppe post SMA de 200 M€<sup>122</sup> et d'éventuels crédits complémentaires. Il est important que l'intégralité des efforts qui seront mobilisés pour financer le système hospitalier au cours des prochaines années ne soit pas injectée dans les tarifs et que les pouvoirs publics aient à leur disposition un levier réellement incitatif. La délégation des crédits serait conditionnée à l'atteinte des objectifs des contrats territoriaux et aux conclusions du réexamen des projets d'investissement.

**Recommandation n° 16 : Mobiliser une enveloppe pour accompagner le plan sur la période 2026-2029 dont l'attribution sera conditionnée à l'atteinte des objectifs des contrats territoriaux afin de s'assurer de la tenue des engagements.**

#### 4.4.3. Intéresser les agents des établissements à la réussite du contrat de consolidation

Enfin, la mission propose de mobiliser la prime d'engagement collectif<sup>123</sup> pour accompagner les contrats de consolidation et valoriser les efforts réalisés par les professionnels dans les établissements. Le cadre juridique actuel semble le permettre. Si ce n'était pas le cas, il faudrait l'adapter.

**Recommandation n° 17 : Revoir les conditions d'attribution de la prime d'engagement collectif en lien avec les objectifs fixés par le plan dont les conditions d'attribution devraient être inscrites dans le contrat signé avec l'ARS.**

---

<sup>122</sup> L'exercice 2025 ne contient plus de SMA mais une enveloppe a été prévue dans la construction budgétaire à la main des ARS pour les établissements les plus en difficultés. Une circulaire en cours de finalisation fixera les critères de mobilisation de cette enveloppe.

<sup>123</sup> Le décret n°2020-255 du 13 mars 2020, modifié par le décret du 20 juillet 2021, permet aux personnels des établissements publics de santé de bénéficier d'une prime d'engagement collectif liée à la qualité du service rendu. Le montant de la prime est arrêté à 300 € bruts, pouvant être modulé selon la complexité du projet. Les projets valorisés « *doivent contribuer à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités au sein des établissements, en faveur des usagers du service public mais également des personnels de ces mêmes établissements* ». Il s'agit de « *favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches* ».

## CONCLUSION

**Au terme de ses travaux, la mission souhaite remercier vivement l'ensemble des interlocuteurs sollicités qui ont répondu favorablement à ses demandes.** Les échanges nombreux et les informations transmises ont permis d'alimenter la production de ce rapport. Ces remerciements s'adressent tout d'abord aux équipes hospitalières qui l'ont reçue avec beaucoup de disponibilité dans le cadre des travaux de terrain. La mission tient aussi à remercier les nombreuses structures publiques et les représentations professionnelles qui l'ont éclairée de leurs expériences et connaissances respectives, en particulier les services des ARS et de l'Anap.

**La mission appelle l'attention des commanditaires comme des acteurs hospitaliers sur la sévérité de la situation budgétaire du système hospitalier public. Les perspectives auxquelles les EPS devront faire face ne peuvent être comparées à celles de la décennie 2010.** Elles sont d'une toute autre gravité. Il est primordial que l'ensemble des acteurs concernés en ait pleinement conscience et en prenne la mesure. Il est également indispensable que les pouvoirs publics assument une politique de transformation territoriale de l'offre hospitalière qui n'est par ailleurs pas antinomique avec un objectif de renforcement de l'offre médicale de proximité. Cette situation appelle en conséquence des réponses d'une autre nature que celles mobilisées jusqu'à présent.

La mission ne mésestime pas les transformations que la mise en œuvre de ses recommandations impliquera pour les communautés hospitalières. C'est pourquoi elles devront être associées et accompagnées dans la conduite du changement. Toutefois, la gravité de la situation financière et la fragilité de certaines situations, y compris sur le plan des ressources humaines, rendent ces évolutions indispensables à la consolidation du système hospitalier public, une pierre angulaire du système de santé français, aux côtés de l'hospitalisation privé et de la médecine de ville.

## Rapport

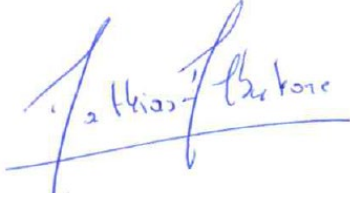
À Paris, le 30 septembre 2025

Les membres de la mission,

### Pour l'IGAS

Les membres de l'inspection générale des affaires  
sociales

Mathias Albertone



Paul-Marie Atger



Pierre Ricordeau



### Pour l'IGF

L'inspectrice générale des finances,

Anne Perrot



L'inspecteur des finances,

Charles-Henry Glaise



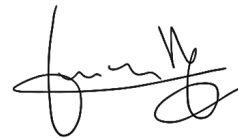
L'inspecteur des finances,  
Matthieu Leclercq



L'inspecteur des finances  
Nicolas Saleille



Le Data Scientist,  
Joé Vincent-Galtié



Le Data Scientist,  
Mouad El Issami



# **Plan de déploiement d'une démarche nationale territorialisée de consolidation du système hospitalier public 2026-2029**

## **1. L'objectif**

L'objectif de la démarche est de déterminer les actions à mettre en œuvre d'ici à 2029, ainsi que les cibles ou résultats associés, pour garantir le maintien durable ou le retour à l'équilibre financier global des établissements, tout en organisant l'offre de soins hospitaliers pour qu'elle réponde de manière la plus pertinente possible aux besoins de la population du territoire.

La démarche se traduira par des contrats pluriannuels par GHT. La durée des contrats pourra, par exception, selon l'analyse des contextes et des enjeux par les ARS, dépasser le terme de 2029 dans une limite maximale de durée de contrat de 6 ans.

**Ce document est une proposition, s'inscrivant dans la suite du rapport IGF-Igas, et allant parfois au-delà des propositions formulées.**

## **2. Un cadre national permettant une répartition de l'effort entre tous les financeurs**

Dans le cadre de la trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux, des arbitrages doivent être rendus par le gouvernement pour fixer au niveau macroéconomique la répartition de l'effort de redressement que l'assurance maladie (Ondam), les autres financeurs (mutuelles et assurés) et les établissements publics de santé (mobilisation de l'ensemble des marges d'efficacité internes et externes) doivent apporter en vue d'un retour à l'équilibre des EPS à échéance de 2029.

## **3. Les principes d'action**

### **➤ Une démarche fondée sur l'amélioration qualitative de l'organisation et du fonctionnement plutôt que sur le « rabot » appliqué aux moyens de fonctionnement :**

Il n'y a pas de mesure d'efficacité unique mais une dynamique générale d'efficacité à entretenir, sur la base d'une démarche médico-économique qui garantisse la meilleure utilisation des ressources. Elle associe une approche au niveau des établissements sous la responsabilité des équipes mais nécessite également d'améliorer l'organisation et la coordination de l'offre hospitalière publique sur le territoire en lien avec les offres privées. Au total il s'agit de transformer pour consolider l'offre hospitalière publique, c'est-à-dire à la fois restaurer son équilibre financier et renforcer l'accès à ses services sur tous les territoires.

### **➤ Un cadre national mais des actions adaptées à chaque territoire**

Le cadre commun proposé doit permettre d'initier une dynamique collective et de garantir une nécessaire cohérence de démarche. Mais, le plan de consolidation sera adapté, dans le respect du cahier des charges national, aux spécificités de chaque territoire afin de tenir compte des caractéristiques de chaque territoire, sur le plan des besoins et de l'offre de soins, de l'organisation hospitalière comme de la situation budgétaire des établissements.

➤ **Une logique de groupe public territorial pour dépasser les limites et le rythme de l'approche coopérative et répondre rapidement à l'intérêt du territoire**

Le plan de consolidation territoriale de l'hospitalisation publique 2026-2029 opérationnalise la mobilisation attendue des EPS. Elle repose sur la contractualisation de chaque GHT avec l'ARS afin de mobiliser les gains d'efficacité internes aux établissements mais aussi ceux qui sont liés à la mutualisation et à l'approche territoriale. Pensé dans le cadre juridique actuel le plan s'inscrit également en anticipation des actions qui sont prévues pour renforcer le cadre juridique des GHT et la logique de groupe territorial public.

➤ **Une approche reposant sur la responsabilisation et l'incitation plutôt que sur la coercition**

Chaque acteur, du plus haut niveau au plus proche du patient, s'engage sur des objectifs clairs :

- ◆ le Premier ministre porte l'ensemble de la démarche dès son annonce et en supervise l'avancée concrète aux grandes échéances ;
- ◆ le ministre de la Santé la pilote au niveau national sur une base au moins trimestrielle ;
- ◆ les DG ARS sont mandatés explicitement et formellement par le Premier ministre et le ministre de la Santé sur des objectifs précis et mesurables en termes de gains d'efficacité ;
- ◆ les responsables des GHT contractualisent avec les DG ARS la déclinaison opérationnelle de ces objectifs appliqués à leurs territoires, les gains d'efficacité attendus, les actions à mener pour les atteindre, et sur l'appui technique et financier éventuellement nécessaire.
- ◆ La gouvernance médico-administrative des GHT (présidents du comité stratégique et de la commission médicale de groupement qui travaillent en lien avec les directeurs et PCME des établissements partie) prépare le diagnostic et proposent les engagements pour la contractualisation

Un reporting au moins trimestriel est organisé pour suivre l'avancée concrète des actions mises en place et leur résultat en termes d'efficacité, depuis les établissements jusqu'aux ARS et, de manière consolidée, de ces dernières jusqu'au niveau national.

➤ **Une animation nationale et un outillage technique reposant sur les bonnes pratiques identifiées au niveau des établissements et l'expertise accumulée permettent aux établissements de mettre en place rapidement et de manière réaliste des actions concrètes. L'ANAP est la cheville ouvrière de ce dispositif en lien avec les ARS.**

L'Anap dispose des compétences, de la connaissance du secteur et de l'agilité pour jouer un rôle central dans la mise en œuvre opérationnelle du plan en appui des ARS, en mettant en place un tableau de bord national de performance, en apportant son expertise et un appui méthodologique aux exercices prévus par le plan et en intervenant directement en appui individuel ou collectif dans la mise en œuvre auprès des établissements, à la demande et sous le contrôle des ARS. Les moyens de l'agence pourraient être temporairement renforcés au titre de cette opération au regard de l'investissement supplémentaire que cela impliquerait, concentré sur une courte période. Les modalités de mobilisation et de priorisation des interventions de l'Anap devront être arrêtées par le ministère en lien avec les ARS d'une part et la FHF d'autre part.

## 4. Le périmètre

La stratégie doit être mise en œuvre dans l'ensemble des GHT de France métropolitaine et des outre-mer.

L'APHP, qui a déjà conclu avec l'Etat un plan d'actions de redressement et qui ne rencontre pas les mêmes enjeux de gouvernance que les GHT, fera l'objet de dispositions adaptées. Son plan d'action devra être actualisé afin d'être mis en cohérence avec les attendus du cahier des charges national (mesures socles et 4 rubriques d'engagements complémentaires).

Sans les avoir spécifiquement analysés, la mission a noté les enjeux financiers propres aux établissements des départements d'outre-mer et de la Corse qui pourraient nécessiter une action complémentaire que la mission n'avait pas pour objet de définir et qu'il reviendra aux directeurs généraux des ARS concernées de définir en lien avec la DGOS.

Par exception, si le DG ARS considère que les caractéristiques du GHT sont peu adaptées à la démarche de contractualisation, le nombre d'établissements notamment, il peut prévoir d'adapter le dispositif en :

- ◆ identifiant plusieurs zones territoriales au sein d'un grand GHT ;
- ◆ demandant à plusieurs GHT de travailler ensemble, en cas de GHT dont la taille limite les marges de manœuvre.

Les ARS identifient également les établissements dont la situation est structurellement dégradée et qui nécessitent un appui spécifique qui sera prévu explicitement dans le cadre de la démarche.

## 5. Le calendrier

La démarche doit être lancée dès que possible en 2025. Elle devra se décomposer de la manière suivante :

### **A l'échelle nationale, le dispositif serait lancé en deux étapes :**

- ◆ Etape 1 : dès que possible en 2025
  - annonce de la démarche, de ses grandes orientations et de son calendrier général ;
  - le Premier ministre fixe par lettre signée et rendue publique, le mandat pour les mesures d'urgence nationales que chaque établissement devra mettre en œuvre dès l'automne en vue de l'exercice 2026 (Cf.7.1Mandat pour les mesures d'urgence) ;
  - lancement de la mission sur le schéma d'orientation sur l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers ;
  - installation du dispositif de pilotage national et organisation par la DGOS, en lien étroit avec l'Anap, des travaux à conduire en vue d'outiller les parties prenantes ;
  - définition d'un cadre pour la revue des investissements Ségur qui entrent sous revue ;
- ◆ Etape 2 : Début 2026
  - présentation par le Premier ministre du plan de consolidation territoriale de l'hospitalisation publique 2026/2029 (objectifs poursuivis, répartition de l'effort avec l'Ondam et les mutuelles, organisation de son pilotage, modalités de mise en œuvre et d'évaluation, articulation avec les plans de retour à l'équilibre -PRE-d'établissements, mesures d'accompagnement, contreparties...).

**A l'échelle territoriale**, une fois les binômes de pilotes désignés (cf. 5.), les établissements parties au groupement mobilisés et le dispositif de pilotage régional installé, la démarche se décompose en 4 étapes :

- ◆ **Etape 1 :**
  - mobilisation des acteurs du territoire pour la mise en œuvre des mesures d'urgence nationale ;
  - identification, en lien avec l'ARS, d'éventuelles mesures d'urgence complémentaires spécifiques au territoire (septembre/octobre 2025) ;
- ◆ **Etape 2 :** initialisation du diagnostic de territoire par le binôme de pilotes pour répondre aux attendus du cahier des charges (octobre/novembre 2025) ;
- ◆ **Etape 3 :**
  - finalisation du diagnostic de territoire, échanges avec l'ARS ;
  - présentation par le binôme de pilotes et l'ARS au diagnostic aux acteurs du territoire dont les maires nouvellement élus (avril/mai 2026) ;
  - finalisation du mandat de consolidation ;
- ◆ **Etape 4 :**
  - préparation et négociation avec l'ARS des propositions d'engagements, cibles et résultats du contrat territorial de l'hospitalisation publique ;
  - finalisation et signature du contrat (été 2026).

La mise en œuvre du contrat sera initiée à compter de la rentrée 2026. Le binôme de pilotes et l'ARS pourraient alors présenter le diagnostic et le contrat aux conseils municipaux des communes siège d'établissements parties au GHT à l'automne afin de renforcer leur connaissance des enjeux et des actions qui seront engagées.

## 6. Le mandat et les moyens du mandat

Pour conduire les travaux au niveau du GHT, mandat est donné par le DG ARS au binôme de pilotes constitué par les président(e)s du comité stratégique et de la commission médicale de groupement du GHT. Ce mandat anticipe la réforme des GHT qui sera engagée le cas échéant en parallèle sans en dépendre juridiquement.

Le DG ARS donne ce mandat sur la base de celui qu'il reçoit lui-même du Premier Ministre. Quel que soit le choix qui sera fait, il est important que le DG ARS agisse sur un mandat national clair connu des représentants de l'Etat en région et en département.

Ce mandat est double :

- ◆ **un mandat d'urgence** pour traduire à l'échelle du territoire les mesures d'urgence nationales fixées par le Premier ministre à mettre en œuvre dès l'automne 2025, complétées le cas échéant par d'éventuelles mesures d'urgence complémentaires spécifiques au territoire et initier un diagnostic sur le territoire du GHT ; le fait que le GHT soit impliqué dès cette phase d'urgence n'est pas incompatible avec le dispositif en cours de discussion sur la répartition de l'enveloppe de 200M€ mise en place pour faire suite à la suppression de la SMA qui prévoira un contrat par établissement ; il est proposé que le GHT soit intégré par l'ARS à la supervision de cette opération même si aucun contrat n'est signé à ce stade au niveau du GHT ;

## Plan d'action

- ◆ **un mandat de consolidation** pour élaborer, mettre en œuvre et s'assurer de l'atteinte des engagements du contrat de consolidation territoriale de l'hospitalisation publique ; celui-ci met en œuvre le cahier des charges national, en fixant de premières orientations tenant compte notamment des priorités du PRS, des spécificités du GHT et des établissements parties, des diagnostics réalisés (recommandations des 360 Anap) et des contrats de retour à l'équilibre en cours.

L'ARS sollicite l'avis du CHU associé au GHT pour faire le lien avec les questions de démographie médicale et de filières de soins régionales ; elle concerte le mandat de consolidation avec le binôme de pilotes qui travaille lui-même en lien avec les directeurs et PCME des établissements parties au GHT. Le projet de mandat de consolidation est présenté aux élus du territoire dans le cadre du comité des élus ou dans un autre cadre en fonction des contextes et fait l'objet d'une discussion.

Le mandat de consolidation final, arrêté après ces échanges, est adressé aux binômes de pilotes. Il est transmis pour information aux présidents des conseils de surveillance des établissements partie au groupement.

Le DG ARS intègre les éléments du mandat à la lettre d'objectifs de chaque directeur des établissements du GHT. L'évaluation et la part variable de chacun des directeurs est directement liée à la réalisation des objectifs du contrat territorial 2026/2028 qui les engagent, ainsi le cas échéant que du contrat de retour à l'équilibre de leur établissement.

Dans la perspective du schéma cible des GHT, les vacances de poste de directeur au sein du GHT donnent lieu à direction commune avec le directeur de l'établissement support ou, en l'absence de demande de direction commune, à mise en place d'un intérim par le directeur de l'établissement support jusqu'à la contractualisation avec l'ARS.

## 7. Le pilotage et le cadre national

### Comité de pilotage national

Le plan de consolidation territoriale de l'hospitalisation publique 2026/2029 est préparé, porté et suivi au niveau national par un comité de pilotage présidé par le Premier Ministre ou le ministre de la santé en fonction des choix de gouvernance. Les directions d'administrations centrales principalement concernées (DGOS, DSS, SGMAS, DREES, DB, DGFIP), l'assurance maladie, l'Anap, une représentation des ARS sont membres du comité de pilotage. La FHF (représentation managériale, médicale et soignante) y est associée. D'autres acteurs susceptibles de contribuer au suivi de la stratégie, tels que l'ATIH, la DNS ou le CNG, peuvent également participer aux travaux.

Le secrétariat du comité de pilotage est assuré par la DGOS.

L'Anap est chargée d'apporter son appui à la mise en œuvre opérationnelle du plan afin à la fois de faciliter la tenue des engagements nationaux (mesures réglementaires et outillage du dispositif) et régionaux (suivi du processus de contractualisation) et de renforcer l'expertise et l'appui méthodologique au service de la démarche de consolidation territoriale de l'hospitalisation publique. L'ANAP associe dans ce cadre des équipes de l'assurance maladie.

### **Le cadre national**

Il vise à garantir cohérence méthodologique et politique de la démarche tout en permettant sa déclinaison territoriale. Dans ce but, il fixe :

- ◆ la répartition de l'effort de redressement entre ce qui revient à l'efficacité des établissements, ce qui revient à l'assurance maladie et ce qui revient aux autres financeurs ;
- ◆ la durée du plan en vue d'un retour à l'équilibre global des GHT (2026/2029 avec dérogation possible de 2 années supplémentaires pour les situations les plus complexes) ;
- ◆ les 4 compartiments au sein desquels chaque GHT devra proposer des engagements d'efficacité :
  - 1/ Consolidation du GHT – Mutualisations ;
  - 2/ Efficacité ;
  - 3/ Offre de soins territoriale ;
  - 4/ Pertinence.
  - Chaque compartiment comprendra des actions obligatoires et d'autres qui devront être choisies par les GHT, en lien avec l'ARS, au regard de la situation budgétaire et des spécificités de l'offre de soins et des établissements du GHT ;
- ◆ les différentes contreparties dont l'attribution sera conditionnée à l'atteinte des objectifs des contrats territoriaux afin de s'assurer de la tenue des engagements ;
- ◆ les conditions d'accompagnement mobilisées à l'appui de la mise en œuvre du plan ;
- ◆ les modifications réglementaires à mettre en œuvre dans le cadre du plan de consolidation territoriale de l'hospitalisation publique 2026/2029 (évolution des critères de la prime d'engagement collectif pour y inclure les projets liés avec la logique du plan ou des dispositifs permettant de renforcer l'approche territoriale au sein du GHT -GCS, équipes et solidarité territoriales, statut des PH... - par exemple).

Ces éléments pourront le cas échéant être actualisés à la lumière notamment de l'évaluation de la mise en œuvre du plan qui sera réalisée chaque année dans le cadre du comité de pilotage national.

La démarche devrait par ailleurs s'accompagner de la définition d'une doctrine d'orientation sur l'organisation graduée de l'offre de soins hospitaliers afin d'accompagner les réflexions dans les territoires. Cette doctrine pourrait distinguer les soins hospitaliers de proximité qui doivent être équitablement répartis sur le territoire du GHT (*alternative : du territoire de santé ou du département*), les plateaux techniques et activités qui doivent être regroupés mais présents dans chaque GHT (*alternative : territoire de santé ou département*) et les plateaux techniques ou activités de recours ou d'hyper-recours qui sont organisés sur une base géographique plus large.

Cette doctrine d'orientation serait fixée au premier trimestre 2026 sur la base d'une mission qui pourrait être confiée à une personnalité qualifiée.

## 8. Les axes du mandat

### Le mandat d'urgence du mois de septembre 2025

Ce mandat est identique pour tous les GHT. Il porte sur les mesures d'urgence et le lancement du diagnostic. Il est mis en œuvre dans chaque établissement mais est supervisé par le binôme de pilotes mandaté qui est associé à la discussion sur les contrats signés le cas échéant avec les établissements pour le versement de l'enveloppe post-SMA.

#### **Les mesures d'urgence :**

- ◆ mobilisation de tous les leviers d'amélioration de la trésorerie identifiés par l'ANAP ;
- ◆ mise en place de ROC et généralisation de l'utilisation de l'outil PES-ASAP de la DGFIP ;
- ◆ respect de la réglementation en matière de facturation en Ehpad ;
- ◆ plan de réinternalisation au sein du GHT des analyses de biologie sous-traitées et vérification des autres sources éventuelles de réinternalisation au sein du GHT ;
- ◆ revue de la politique de massification des achats et le cas échéant finalisation de la mutualisation de la fonction achat au sein du GHT ;
- ◆ mise en place d'une procédure de sécurisation des recrutements médicaux et de maîtrise du temps de travail additionnel (TTA) afin de modérer la dynamique d'évolution des dépenses du personnel médical en s'assurant de leur nécessité et de leur pertinence (contrainte de PDSES, développement d'activité étayé par une analyse médico-économique) ;
- ◆ suspension des projets d'investissement Ségur non encore en phase de mise en œuvre afin de pouvoir s'assurer, dans le cadre de la réalisation du diagnostic, de leur caractère dimensionné aux besoins du territoire, restructurant de l'offre de soins et soutenable économiquement pour l'établissement. Par exception, les projets prioritaires pour lesquels l'ARS n'estimerait pas la suspension et le ré-examen nécessaires à l'aune des objectifs mentionnés ci-dessus pourraient ne pas être concernés par cette mesure.

En complément de la mise en œuvre de ces mesures d'urgences nationales, les GHT seront invités, en lien avec l'ARS, à identifier et à mettre en œuvre d'éventuelles mesures d'urgence complémentaires spécifiques au territoire.

#### **Le diagnostic**

Il doit permettre de partager au sein du GHT une analyse des forces et des faiblesses, des opportunités et des facteurs de risques du territoire, sur le plan de l'offre de soins et de la situation budgétaire. Il alimentera les réflexions concernant les engagements à prendre dans le cadre du contrat de consolidation territoriale de l'hospitalisation publique.

Le diagnostic doit porter sur les rubriques suivantes :

- ◆ une analyse harmonisée de la situation financière de chaque établissement du GHT ;
- ◆ une analyse harmonisée des activités hospitalières sur le territoire, des parts de marchés et des taux de fuite hors du GHT et hors du territoire ;
- ◆ une revue générale de l'offre de soins du GHT, des niveaux de qualité et de certification, des taux d'occupation des services mais aussi des blocs et de l'imagerie, du respect des seuils d'activité, du positionnement par rapport aux seuils de rentabilité, du développement de l'ambulatoire, du recours à l'HAD ; cette revue est réalisée en regard de l'offre de soins privée et de l'offre de soins en ville ;
- ◆ un état des lieux de la mise en œuvre du PMP, de son ambition et de son effectivité ;

## Plan d'action

- ◆ un état des lieux du fonctionnement de la PDS-ES, des éventuelles organisations redondantes, des organisations partagées, entre établissements du GHT, et de ses principales fragilités<sup>1</sup> ;
- ◆ un état des lieux des dispositifs mis en œuvre par le GHT pour projeter des compétences médicales et soignantes au sein du territoire (équipes de territoires, consultations avancées, télé expertise...);
- ◆ un état des lieux de la mutualisation effective des fonctions support et de la réalité de l'organisation en commun des fonctions médico-techniques ;
- ◆ une revue des investissements majeurs envisagés ou programmés avec une analyse de leur pertinence et de leur soutenabilité ;
- ◆ une revue générale des forces médicales et paramédicales et de leur évolution mais aussi des pratiques de rémunération, du recours à l'intérim et de la mobilisation des HS et des TTA ;
- ◆ une revue générale de l'évolution des effectifs non soignants.

L'Anap produira un modèle type de diagnostic afin de faciliter la tâche des binômes de pilotes et d'assurer une certaine homogénéité diagnostics.

Lorsque l'Anap a récemment réalisé un diagnostic 360 dans un ou plusieurs établissements du territoire, il est pris en compte pour établir le diagnostic territorial.

Outre les appuis évoqués infra pour réaliser le diagnostic, celui-ci est nourri par un échange avec les partenaires de l'offre de soins du territoire et en particulier les CPTS. Il est débattu au sein du conseil territorial de santé (CTS).

## Le mandat sur le plan de consolidation territoriale

Le plan contient *a minima* quatre compartiments avec des contenus obligatoires dans chacun d'eux.

Lorsque l'Anap a récemment réalisé un diagnostic 360° dans un ou plusieurs établissements du territoire, les recommandations qu'elle a formulées sont de principe inscrites au plan d'action. Dans le cas contraire, le GHT en explique à l'ARS les justifications lors de la négociation du contrat.

Axe du plan	Actions du plan	Commentaire
<b>Consolidation du GHT - Mutualisations</b>	▪ Mise en place d'outils de pilotage de la performance partagés au sein du GHT	Obligatoire
	▪ Mise en œuvre effective et complète des dispositions du CSP sur les fonctions support	Obligatoire
	▪ Proposition d'un programme complémentaire de mutualisation progressive de l'ensemble des fonctions support	Au moins sur deux fonctions support supplémentaires
	▪ Organisation en commun effective des fonctions médico-techniques (imagerie, biologie, pharmacie) soit sous la forme d'une fédération, soit sous la forme d'un GCS, soit sous la forme d'un PIMM pour l'imagerie	Obligatoire

<sup>1</sup> Les éventuelles problématiques de redondance des organisations avec des établissements privés à but lucratif ou non pourront faire l'objet d'échange avec la base de constats transmis par l'ARS.

**Plan d'action**

<b>Axe du plan</b>	<b>Actions du plan</b>	<b>Commentaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opportunité de la mise en œuvre de l'article L6132-5-1 du code de la santé publique (trésorerie partagée, PGFP commun, CPOM unique)</li> </ul>	Examen et vote obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitution d'une maîtrise d'ouvrage commune ?</li> </ul>	Voir proposition rapport IGAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Constitution de directions communes ou mutualisées : DAF, DRH, Qualité, DAM ?</li> </ul>	Le cas échéant
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opportunité de créer un GCS-GHT au sens de la loi de 2023</li> </ul>	Examen et vote obligatoire
<b>Efficienc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimisation du capacitaire, de la gestion des lits et de l'adéquation activités/ressources</li> </ul>	Obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place d'un mécanisme d'analyse et de sélection médico-économique des projets</li> </ul>	Obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan d'optimisation des recettes d'assurance maladie et de facturation et recouvrement des autres produits</li> </ul>	Obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adhésion à ROC</li> </ul>	Obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimisation et numérisation du parcours patient</li> </ul>	Obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opportunité d'extension du champ des sous-traitance (restauration, nettoyage, bio nettoyage...)</li> </ul>	Le cas échéant
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programme d'implantation de l'intelligence artificielle</li> </ul>	Obligatoire en fonction des orientations de la feuille de route nationale
<b>Offre de soins territoriale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de développement de l'accès aux soins hospitaliers de proximité et notamment aux consultations spécialisées sur l'ensemble du territoire du GHT</li> </ul>	Obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place de fédérations médicales inter-hospitalières et équipes territoriales sur certaines filières</li> </ul>	Au moins 4 filières
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stratégie de développement ambulatoire et stratégie de recours à l'HAD,</li> </ul>	Obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de réorganisation de l'offre territoriale pour répondre aux objectifs de qualité et d'efficience (gradation des plateaux techniques, spécialisations de sites pour limiter les offres miroirs et respecter les seuils de qualité et de rentabilité</li> </ul>	Obligatoire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de coopération public/privé</li> </ul>	Le cas échéant
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan Investissement « Ségur » priorités</li> </ul>	Obligatoire
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A définir en fonction de la RDD pertinence en cours</li> </ul>	

## 9. Les appuis au binôme mandaté

Pour réaliser le diagnostic puis préparer le plan de consolidation, le binôme de pilotes mobilise les ressources DIM du GHT, les DRH, DAM et DAF des établissements du GHT. Il reprend les éléments produits pour la construction du dernier PMP de GHT.

Il peut également demander l'aide de l'ARS qui organisera des ressources (task-force) en soutien de l'opération dans le cadre de l'animation nationale qui sera organisée par l'ANAP :

- ◆ en faisant appel à ses ressources propres ;
- ◆ mais également aux opérateurs (Grades...) ou aux réseaux qu'il finance ;
- ◆ en sollicitant les services de l'assurance maladie ;
- ◆ et de la DRFIP ;
- ◆ en mobilisant le CHU associé au GHT qui apportera son expertise pour nourrir le diagnostic et le plan de consolidations, notamment pour la structuration des filières de soins mais également pour l'optimisation de l'organisation et du fonctionnement des fonctions administratives, financières, techniques et médico-techniques.

Le soutien méthodologique que l'Anap apportera à la démarche prendra plusieurs formes :

- ◆ la rédaction d'un modèle type de diagnostic ;
- ◆ la mise à disposition de ses ressources documentaires thématiques ;
- ◆ la mise en œuvre d'appuis collectifs ;
- ◆ la mise en œuvre d'appuis individuels selon des modalités à définir en lien avec la DGOS et les ARS afin de veiller l'utilisation la plus pertinente possible des ressources expertes ; cet appui individuel pourra notamment concerner des établissements identifiés par les ARS au démarrage de la démarche, dont les difficultés structurelles nécessitent prioritairement un appui renforcé au sein de l'approche GHT ; l'opportunité d'utiliser la procédure de l'administration provisoire pourra être examinée dans ce cadre ;
- ◆ la mobilisation de son expertise à la demande des ARS, par exemple à l'occasion du réexamen de projets d'investissements du Ségur.

## 10. La contractualisation

Elle prend la triple forme au titre du mandat de consolidation :

- ◆ d'un avenant à la convention constitutive du GHT car le plan d'actions touchera nécessairement au Projet médical partagé ;
- ◆ d'un contrat de l'ARS avec le GHT ;
- ◆ et d'annexes aux CPOM conclus avec les établissements, sauf si le choix d'un CPOM unique a été fait par les établissements du GHT. La mission considère que ce choix devrait être privilégié chaque fois que possible dans un souci de cohérence de l'action et de simplification des procédures administratives.

Elle conduira, le cas échéant, à modifier les plans de retour à l'équilibre (PRE) en cours entre l'ARS et certains des établissements du GHT.

Le contrat reprend les actions prévues dans le plan de consolidation territoriale de l'hospitalisation publique 2026/2029, les calendriers de mise en œuvre, les indicateurs d'évaluation associés et les modalités de suivi.

## Plan d'action

En contrepartie le contrat reprend les financements accordés par l'ARS aux titres suivants :

- ◆ aides à l'investissements Ségur ;
- ◆ le cas échéant aides en trésorerie ;
- ◆ aides à la stratégie ambulatoire (en supposant que des financements soient identifiés notamment pour créer des plateaux de consultation) ;
- ◆ et le cas échéant, les crédits qui seraient dédiés au niveau national à la consolidation territoriale de l'hospitalisation publique susceptibles d'être alloués aux établissements du GHT.

Le DG ARS peut valider les propositions faites par le binôme de pilotes et les inclure telles quelles dans la contractualisation. S'il considère qu'elles sont insuffisantes pour garantir les objectifs fixés au plan de consolidation par le mandat, il peut demander au GHT de nouvelles propositions. Il peut le cas échéant utiliser dans ce cadre les dispositions prévues dans le code de la santé publique notamment aux articles L 6132-2 (demande de modification de la convention constitutive du GHT), L 6145-1 et L 6145-2 (demande de modification de l'EPRD des établissements), L. 6143-3 et L. 6114-2 (demande ou mise en demeure de produire un plan de redressement) et L. 6131-2 et L. 6131-4 (demande de constitution d'un GCS ou d'une fédération inter-hospitalière).