

**CONCOURS OUVERTS LES 09, 10, 11 et 12 JUIN 2026
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

4^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef 4 si majeure / Coef 2 si mineure)

Vendredi 12 juin 2026

Composition

DROIT HOSPITALIER

**CONCOURS EXTERNE et CONCOURS EXTERNE
SPECIAL dit « TALENTS »**

4^{ème} EPREUVE - COMPOSITION

DROIT HOSPITALIER

CONCOURS EXTERNE ET CONCOURS EXTERNE SPECIAL DIT « TALENT »

Sujet : (10 pages)

« Les coopérations hospitalières, levier des transformations de l'offre de soins ? »

Liste des documents

Document 1 (page 2 à 8)

Coopérations hospitalières in Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale, Rapport IGF IGAS, Annexe IX, sept 25, Extraits p 17 (§ 2 2 2) – p.23

Document 2 (page 9 et 10)

Le GTSMS où la poursuite de l'ambiguïté des liens entre le sanitaire et le social, B. Gallet, Finances hospitalières, n° 209, Fév. 2026

Document 1

Coopérations hospitalières in Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale, Rapport IGF IGAS, Annexe IX, sept 25, Extraits p 17 (§ 2 2 2) – p.23

2.2.2. Les groupes de cliniques privées, qu'ils soient associatifs, mutualistes ou commerciaux, ont opté pour une organisation permettant à la fois l'intégration de certaines fonctions clefs et le maintien d'une responsabilité opérationnelle des filiales. L'organisation des principaux groupes de cliniques repose sur les principes suivants : → une répartition de fonctions et de responsabilités entre siège et filiales (l'établissement) reposant sur le maintien d'une certaine autonomie des filiales qui ne perdent pas leur indépendance juridique en étant rachetées (sauf cas particulier d'une restructuration locale de l'offre du groupe), → une intégration de certaines fonctions clés, notamment la stratégie financière (endettement, politique d'acquisitions, de reventes ou de restructuration), la politique de marque, le contrôle de gestion et le choix des responsables des filiales. Les deux groupes rencontrés par la mission ont également centralisé certaines fonctions opérationnelles, notamment les achats. Un des groupes cherche à faire converger l'ensemble de ses systèmes d'information sans y être complètement parvenu pour le moment. Ce modèle est également appliqué dans le secteur privé non lucratif, notamment par des groupes de cliniques mutualistes.

La commission stratégie de la conférence des DG de CHU fait d'ailleurs explicitement référence au modèle des groupes de cliniques mutualistes privées lorsqu'elle envisage l'évolution des GHT. De même dans les échanges avec la mission, la FHF invite à passer de la logique de coopération à celle de groupe pour la conduite des GHT. Sur ce sujet, voir L'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : la coopération pour la concurrence.

Les auteurs du rapport Igas sur les fusions d'hôpitaux observaient que l'organisation traditionnelle des groupes, en opérant une distinction entre la société mère, d'une part, et les filiales, d'autre part, évitait deux risques, « soit d'emboliser la gestion de l'établissement-siège par les questions liées à la gestion du groupe, soit au contraire de faire disparaître la logique de groupe derrière les préoccupations plus immédiates de la gestion de l'établissement-siège ». Ils observaient par ailleurs, « alors que les perceptions sont essentielles dans les projets de rapprochement entre entreprises, qu'en instituant l'établissement-siège en primus inter pares ce choix ne pouvait que le faire apparaître comme « gagnant » de la création de la CHT face aux autres établissements susceptibles d'y participer, et de ce fait peu incités à y entrer effectivement. »⁴⁴ La mission a pu faire le constat de cette difficulté lors de certains de ses déplacements. Le modèle collaboratif doit donc être mis en œuvre dans des conditions attentives à ce :

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

→ qu'elles soient accompagnées. L'ensemble de ces analyses et de ces constats plaide pour :

→ un rapprochement, jusqu'à la fusion, des plus petits établissements – en dessous de 150 ou 200 lits

→ la recherche d'économies d'échelle par la mutualisation des services medicotechniques, des services généraux, de la direction générale et des services administratifs,

→ la recherche d'économies de gamme, sur un territoire donné, par la coopération et la spécialisation des services cliniques, dans le cadre du GHT,

→ le maintien d'une autonomie opérationnelle des établissements au-delà de quelques centaines de lits, à l'image des groupes de cliniques mutualistes ou privés, afin d'éviter des déséconomies d'échelle. Ce maintien d'une autonomie opérationnelle doit s'accompagner d'une responsabilisation du directeur de site sur tous les facteurs organisationnels et managériaux (taux d'occupation des lits, durée de séjour, quantité de personnel).

2.3. Face aux limites actuelles des GHT, il est nécessaire de construire un cadre intégratif solide, pérenne et sécurisé. L'histoire du droit de la coopération hospitalière montre qu'il existe, en droit, de nombreux outils pour renforcer la coordination des hôpitaux publics. Cependant, malgré leur intérêt, que ce soit pour les patients, les communautés hospitalières ou le régulateur, ces dispositifs n'ont été que partiellement mis en œuvre. Les conseils de surveillance sont présidés le plus souvent par les maires des communes dans lesquels les hôpitaux sont implantés, et non par des élus qui exerceraient une responsabilité sur l'ensemble du territoire du GHT, qu'il s'agisse de responsables intercommunaux ou départementaux. La nomination des chefs d'établissement se fait après avis du maire, président du conseil de surveillance, sans que les instances dirigeantes du GHT soient consultées. L'employeur des praticiens hospitaliers est l'établissement, et pas le GHT. La tarification à l'activité, qui est par nature concurrentielle, est la principale source de financements des EPS et elle peut conduire dans certains cas à une divergence entre l'intérêt de l'établissement et l'intérêt du groupement. Comme vu supra, ces facteurs, parmi d'autres, favorisent la préservation des intérêts et logiques d'établissement au détriment des coopérations territoriales. Pour renforcer l'efficacité du système hospitalier, il paraît donc souhaitable à la fois construire un cadre intégratif solide, pérenne et sécurisé, tout en donnant aux différents acteurs de ce système de puissantes incitations à coopérer.

2.3.1. Deux scénarios paraissent devoir être évités, le statu quo et la fusion de l'ensemble des EPS des GHT. Ce cadre ne devrait pas être, à terme, celui du GHT dans sa forme actuelle, dont les limites ont été rappelées. Comme le relevait la Cour des comptes, le GHT demeure « un modèle intégratif plus ou moins avancé qui souffre régulièrement de l'absence de personnalité morale pour permettre de peser dans la finalisation des rapprochements d'établissements et dans la réorganisation territoriale ». Dans ces

conditions, pour tenter de mettre en œuvre la stratégie de groupe dont le GHT pourrait être porteur, les directions hospitalières ont été contraintes de mettre en œuvre de nombreux mécanismes juridiques complémentaires et palliatifs qui ont fait la preuve de leurs limites, qu'il s'agisse de l'utilisation de la personnalité juridique de l'établissement support, agissant au regard des activités transférées et mutualisées « comme un substrat juridique palliatif », de la création de GCS dont les instances de groupement doublonnent celles des établissements de santé, ou de la mise en place de directions communes. Ce cadre ne devrait pas non plus être celui de la fusion pure et simple de l'ensemble des établissements, qui risque de créer des déséconomies d'échelle et comporte également un risque de déresponsabilisation et d'aléa moral de la part des établissements les moins bien gérés. La création des GHT et la promotion des coopérations interhospitalières était d'ailleurs une réponse au constat de l'échec des fusions et restructurations réalisées dans les années 1990.

(...)

La construction de véritables groupes publics, à l'échelle d'un GHT, paraît être la solution la plus pertinente pour conjuguer l'efficacité au niveau territorial et au niveau de chaque établissement. Cette démarche peut être progressive selon les situations. Un troisième scénario, qui a été évoqué par certains interlocuteurs de la mission, ne paraît pas convaincant à ce stade : la création d'une trentaine de groupes publics, à l'échelle des territoires universitaires de santé. Ce scénario présente un inconvénient majeur : il modifierait profondément la relation entre le régulateur et les EPS, exposant le régulateur à un risque de capture réglementaire, en particulier si les dirigeants de ces groupes publics devaient être nommés en conseil des ministres comme le sont les directeurs d'ARS. Par ailleurs, dans la situation actuelle des comptes sociaux, il semble important de trouver des leviers d'efficacité à court terme, ce qui plaide, non pour une recomposition complète du paysage des coopérations interhospitalières, mais pour un approfondissement des coopérations dans le cadre territorial, déjà connu depuis neuf ans, des GHT. Cette démarche n'interdit pas, comme cela a déjà été mentionné, un mouvement de rapprochement au cas par cas, dans un cadre départemental notamment, lorsque l'offre de soins du GHT est notoirement insuffisante.

2.3.2. Le modèle intégratif organisé autour d'une structure faitière publique paraît de nature à répondre à nombre des limites aujourd'hui constatées. Entre les coopérations au cadre juridique complexe et à la portée limitée et la fusion pure et simple, un troisième modèle de rapprochement des établissements publics de santé pourrait être mis en œuvre. Ce modèle pourrait être celui du GHT doté d'une personnalité morale agissant comme une société faitière. Il permettrait de mettre réellement en œuvre une stratégie commune dans le cadre d'un groupe d'hôpitaux publics économiquement et institutionnellement intégrés. La réforme du financement des hôpitaux, qui établit une responsabilité populationnelle dont le groupe hospitalier serait le garant, tout en conservant une part de financement à l'activité, dans un but d'efficacité, semble créer une fenêtre d'opportunité pour cette transformation de l'hôpital public.

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

- définir la stratégie du groupe et notamment le projet médical sur la base du PRS ;
- d'assurer la gradation et la cohérence de ses activités en recherchant des économies d'échelle et des économies de gamme ;
- d'organiser les parcours patients entre les établissements du groupe ainsi qu'avec les centres de référence, notamment lorsque le groupe ne compte pas en son sein un centre régional hospitalo-universitaire ;
- d'allouer les ressources, notamment en matière d'investissements, que ce soit dans l'immobilier ou dans les équipements lourds. Elle aurait donc la charge de la stratégie immobilière et patrimoniale du groupe ; → de gérer la dette et de piloter les grands projets structurants et transverses, qu'il s'agisse du virage ambulatoire ou de la transformation liée à l'intelligence artificielle.
- d'organiser et de piloter l'activité de recherche⁵¹ ;
- d'établir des partenariats avec les autres établissements en charge du service public hospitalier et les acteurs de l'offre de soins du territoire et avec les établissements médico-sociaux en charge d'un service public. Les MIGAC seraient ainsi versées au niveau du groupe, ce que l'absence de personnalité morale des GHT ne permet pas actuellement. La structure faîtière serait également garante du temps court :
- l'ensemble des services supports (finances, RH, SI, qualité, contrôle de gestion, achats, logistique, patrimoine) et des services médico-techniques (imagerie, pharmacie, biologie) seraient mutualisés au niveau du groupe. Cette mutualisation permettrait de supprimer les GCS qui ont été fréquemment constitués pour mettre en œuvre, dans le cadre réglementaire actuel, cette mutualisation de moyens. L'organisation de ces services serait ainsi décidée au niveau du groupe, tout en ouvrant la possibilité de formes de déconcentration ou d'une présence de services ou d'équipements sur plusieurs sites. Une telle structuration n'implique donc pas nécessairement la centralisation au niveau de la structure faîtière de l'ensemble des ressources et activités concernées. Elle est tout à fait compatible avec le maintien de ressources et d'activités en proximité. Les choix organisationnels doivent procéder au cas par cas d'une analyse d'opportunité conciliant la recherche d'efficacité et la continuité/résilience des activités ; → la mutualisation du contrôle de gestion et des finances au niveau du groupe permettrait, en mutualisant cette expertise, de renforcer la culture médico-économique des établissements. D'une manière générale, ce processus permettrait de renforcer la compétence et la maîtrise dans l'ensemble des champs mutualisés ; → la structure faîtière devrait mettre en place des plans de performance et suivre des indicateurs, tant au niveau de la production que de la qualité de service, pour garantir à l'ARS le respect de la trajectoire convenue dans le cadre d'un CPOM qui serait commun à l'ensemble du groupe ; → elle devrait également être chargée de la politique générale d'accompagnement social de cette transformation.

Le rôle des établissements de santé membres des groupes hospitaliers publics Les établissements de santé membres des groupes hospitaliers publics seraient de leur côté au cœur de l'activité hospitalière. Ils seraient chargés du fonctionnement et de la gestion hospitalière quotidienne, de la qualité du parcours patient et de la qualité des soins, sur la base des orientations stratégiques décidées au niveau du groupe. Ils seraient chargés de mettre en œuvre tous les leviers d'efficience interne liés aux activités cliniques : taux d'occupation des lits, IPDMS, gestion du personnel, mise en œuvre des plans de transformation (virage ambulatoire, numérique en santé et intelligence artificielle), et de l'animation des partenariats avec les autres acteurs de la santé du territoire (ESPIC, cliniques, CPTS, ESMS). Le modèle cible de groupe hospitalier public de territoire serait plus intégratif que le GHT actuel, y compris en intégrant les apports de loi de 2019. Il serait également plus intégratif que le modèle de GHT avancé prévu par la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (issue de la PPL dite « Valletoux »), et cela pour plusieurs raisons :

- comme le GHT, qu'il remplacerait, il serait obligatoire, au contraire du GHT « Valletoux » qui suppose, pour être créé, de recueillir l'accord de l'ensemble de ses membres ;
- les activités médico-techniques seraient mutualisées de droit alors qu'il ne s'agit que d'une option dans la loi de 2023. Les fonctions logistiques et support, mais aussi la politique de qualité et la certification le seraient également ;
- comme dans un groupe de cliniques mutualistes, ce modèle reposerait sur une solidarité financière due à la consolidation des comptes, tout en préservant la liberté de gestion pour ses membres. Il permettrait également de dépasser les difficultés structurelles actuelles, qu'il s'agisse de la gouvernance, du recrutement des directeurs, de la gestion des carrières des médecins et des autorisations d'activités de soins dans un seul établissement de santé.
- La composition et les compétences des instances de gouvernance devraient être revues pour tenir compte de la nouvelle architecture des compétences et des responsabilités exercées. Les décisions les plus stratégiques et les plus lourdes relèveraient des instances de gouvernance du groupe (du type commission médicale de groupe et comité stratégique). La composition de ce dernier devrait être modifiée afin d'assurer la représentation des élus du territoire qui seraient appelés à se prononcer collectivement sur les orientations stratégiques en matière d'organisation territoriale de l'offre hospitalière publique. Les projets et affaires relevant strictement de la gestion locale continueraient d'être examinés par instances des établissements membres, leurs prérogatives et leur composition devraient également être revues ;
- l'architecture des emplois de direction et les processus de sélection devraient également être révisés autour de principes qui pourraient être les suivants :
 - 1/ la constitution d'un vivier de professionnels pour les emplois de direction d'un groupe hospitalier public prenant en compte les attendus spécifiques de ce type de poste ainsi que l'expérience acquise et les résultats obtenus dans les postes à responsabilités précédent ;
 - 2/ un avis émis préalablement à la nomination par une représentation des élus du territoire et pas uniquement le maire de la ville siège du groupement ;

3/ la définition par le directeur du groupement de l'organisation de l'équipe de direction du groupement, incluant les fonctions assumées au siège et celles exercées en établissement ;

4/ le recrutement des membres de l'équipe de direction par le directeur du groupement, y compris pour ceux qui exerceront en établissement. La mise en œuvre d'une telle réforme impliquera un réexamen de la de la cotation et de la répartition des emplois fonctionnels du corps des directeurs d'hôpital.

Enfin, face aux tensions provoquées par les pénuries de praticiens, en particulier dans les zones rurales (accroissement de l'intérim médical et du coût de la PST) et afin d'assurer la qualité des soins, partout sur le territoire, grâce à des équipes de soignants stables, le recrutement des médecins serait réalisé par le groupe, sur la base de fiches de poste mentionnant un établissement d'affectation à titre principal et l'éventuelle réalisation d'activités territoriales. Un statut médical unique éviterait ainsi les phénomènes de concurrence dispendieuses sur les recrutements médicaux, que les juridictions financières relèvent régulièrement malgré le statut de la fonction publique. En parallèle, les autorisations seraient progressivement délivrées non pas au niveau de chaque hôpital mais au niveau du groupe 52 qui deviendrait le principal point de contact avec le régulateur. Cette évolution pourrait s'accompagner d'une réforme du droit des autorisations. En France l'ARS est chargée à la fois de veiller à la pertinence des groupements hospitaliers et à la répartition des autorisations en fonction des besoins de santé de la population. En Belgique, à la suite de la réforme hospitalière de 2019⁵³, la loi a fixé les missions de soins, générales et spécialisées, que chaque réseau hospitalier locorégional doit assurer. En parallèle, les activités à seuil normatif se sont multipliées. A côté de critères portant sur l'accessibilité de l'offre de soins, assez similaire à ceux que la France avait respecté lors de la création des GHT, chaque réseau doit donc proposer une gamme assez complète de soins généraux et spécialisés. En France, l'ajout de cette exigence supplémentaire serait sans doute de nature à rassurer patients et élus locaux sur le socle de services qui pourraient être proposés par chaque groupe hospitalier, tout en facilitant l'évolution, sur une base objective, des GHT ne disposant pas à l'heure actuelle d'une offre de soins suffisamment étendue. Les groupes hospitaliers de territoires se verraient donc reconnu une responsabilité territoriale de coordination pour les établissements publics membres, alors que le législateur n'a pas reconnu aux GHT, en la matière, une responsabilité supérieure à celle, très limitée, antérieurement dévolue aux établissements publics de santé. A ce titre, des objectifs évaluables devraient leur être fixés, comme le HCSP l'avait proposé, en termes d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité de l'offre de soins, mais aussi d'amélioration de l'état de santé de la population. Les grandes lignes de ce schéma cibles présentes plusieurs points de convergence avec celles que Pierre Pribile et Norbert Nabet faisaient en 2018 dans leur rapport intitulé « Repenser l'organisation territoriale des soins », rendu dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé élaborée. Ils recommandaient alors de

transformer les GHT en Etablissements Publics de santé de territoire, avec une gouvernance médicale et administrative unifiée, une solidarité financière de fait et une intégration des fonctions supports.

Document 2

Finances hospitalières

ÉDITORIAL - ÉVÈNEMENT

Publié dans le N°209 - Février 2026

Le GTSMS, où la poursuite de l'ambiguïté des liens entre le sanitaire et le social

Bruno GALLET

Directeur des EPSM Lille-Métropole, Agglomération Lilloise et Val de Lys-Artois.

Le décret n° 2025-1394 du 29 décembre 2025 relatif aux groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS) et aux autres formes de groupement de coopération est paru, après une longue attente. En effet, créé par la loi du 8 avril 2024 dite du « bien vieillir », le dispositif a subi de plein fouet l'instabilité gouvernementale et son décret constitutif est publié avec beaucoup de retard, alors que les enjeux du secteur médico-social, notamment gériatrique, sont importants.

Ce décret vient renforcer pleinement le questionnement sur l'évolution concomitante des secteurs sanitaire et médico-social pilotée par les pouvoirs publics. Ces derniers, de façon très paradoxale, font converger les deux régimes, tout en renforçant le cloisonnement entre ces secteurs.

Le GTSMS, avec ce décret d'application, devient le GHT du secteur médico-social. Il en a les mêmes outils, notamment ce « projet d'accompagnement partagé », qui ressemble beaucoup au « projet médico-soignant partagé ».

Il est également obligatoire, mais cette obligation de regroupement dans un GTSMS ne s'applique qu'aux EHPAD et accueils de jour publics autonomes, aux petites unités de vie et aux services à domiciles publics. Le secteur du handicap, les établissements de la fonction publique territoriale et les services rattachés à un centre hospitalier échappent à cette obligation.

Le GTSMS se démarque en revanche du GHT par le choix d'une simplification de la gouvernance. Prenant la forme d'un GCSMS et doté de la personnalité morale, ce nouveau dispositif peut s'appuyer sur un exécutif fort avec une assemblée générale potentiellement resserrée pour avancer de façon agile.

Simultanément à ce rapprochement entre les régimes juridiques des secteurs sanitaire et social, on peut craindre un cloisonnement par le développement de corpus juridiques propres alors qu'une synergie entre les deux domaines de prise en charge serait souhaitable et en tout cas cohérente avec le projet de développement des parcours de soins.

C'est ce qui interpelle quand on observe les réformes du secteur médico-social depuis quelques années. Elles ont toutes amené un rapprochement de régime, avec la mise en place des CPOM, des EPRD-PGFP, mais elles n'ont eu de cesse de constituer un cloisonnement par rapport au monde sanitaire. Vu les difficultés financières auxquelles sont confrontées

le secteur médico-social, qui expliquent en grande partie la création du GTSMS contrôlé par les ARS, une transversalité d'approche avec le développement d'un vrai lien entre sanitaire et social aurait été préférable, même s'il aurait froissé quelques susceptibilités. Les EHPAD doivent aujourd'hui répondre à des enjeux de médicalisation, de technicité et d'efficacité qui nécessitent de sortir de réflexes identitaires au service d'une approche plus globale à la fois de la personne et de la santé. Gageons que l'intelligence collective d'acteurs que l'on sait par ailleurs pragmatiques permettra de progresser sur cette voie.