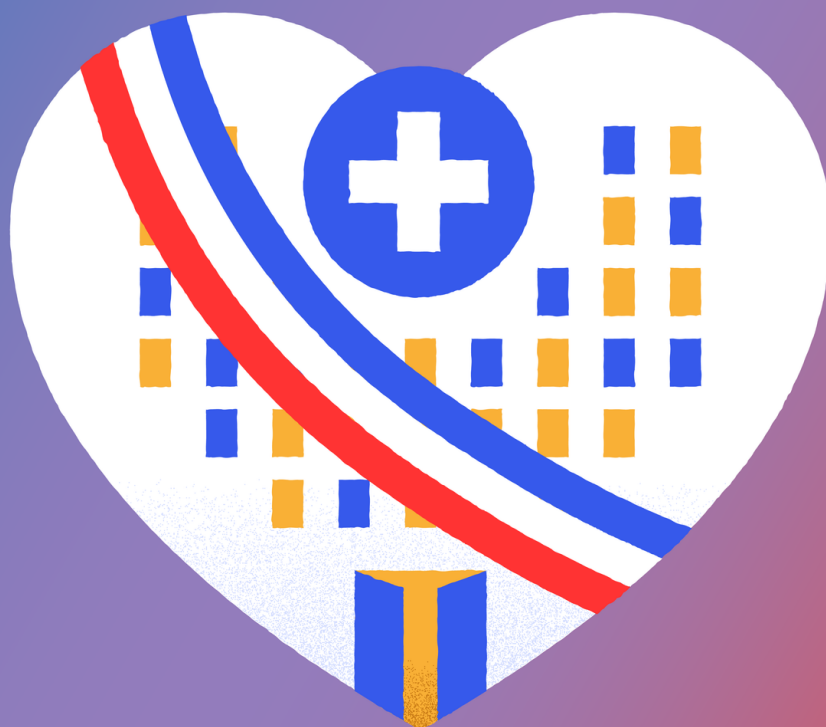




La santé sur votre territoire : guide pour les élus municipaux

Se repérer, fixer le cap, agir pour l'accès aux soins

Avant-propos

La santé est devenue, dans de très nombreuses communes, l'une des premières préoccupations exprimées par les habitants. Difficulté à trouver un médecin traitant, délais trop longs pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, tensions sur les urgences, accompagnement des personnes âgées, attractivité des professionnels de santé : autant de sujets qui s'imposent désormais au cœur du quotidien des élus locaux.

Face à ces attentes, les maires et les élus municipaux sont en première ligne. Sans être responsables de l'organisation du système de santé, **vous en percevez directement les fragilités et les conséquences concrètes pour la population.** Vous jouez également un rôle essentiel pour faire vivre les coopérations locales, en lien avec l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social (dépendance, grand âge et handicap).

Les difficultés que vous observez localement s'inscrivent dans des évolutions plus larges qui affectent l'ensemble de notre système de santé.

L'accès aux soins continue de se dégrader :

Quatre Français sur dix estiment qu'il est difficile d'obtenir des soins là où ils vivent, et cette proportion dépasse **50 % dans les communes rurales et les agglomérations de moins de 20 000 habitants¹**. Plus préoccupant encore, notre baromètre publié en mars 2026 montre que **73 % des Français déclarent avoir renoncé à au moins un acte de soins au cours des cinq dernières années**. Cette situation est appelée à s'aggraver, sous l'effet du **vieillissement de la population** et de la **progression des maladies chroniques**.

Dans ce contexte, **l'hôpital public demeure le pilier irremplaçable de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.** Présent partout, accessible à toutes et tous, à toute heure, **il assure les prises en charge les plus complexes et constitue souvent le recours lorsque les autres réponses font défaut.** Son activité ne cesse de croître, traduisant à la fois l'augmentation des besoins de santé et les tensions qui pèsent sur l'organisation globale du système. Le nombre de séjours hospitaliers est passé de **13,4 millions en 2010 à plus de 17 millions en 2024**.

Mais notre système de santé ne peut plus être piloté uniquement à court terme.

Un secteur qui mobilise plus de 200 milliards d'euros par an² a **besoin de stabilité et d'un cap clair.**

C'est pourquoi la Fédération hospitalière de France, avec de nombreux acteurs, **défend la mise en place d'une loi de programmation pluriannuelle en santé**, permettant de mieux articuler les besoins de la population, les moyens et l'organisation des soins sur le long terme.

Ce guide a été conçu pour vous permettre de mieux vous repérer dans l'organisation du système de santé. Il vise à clarifier le rôle des différents acteurs, à mieux comprendre le fonctionnement de l'hôpital et du secteur médico-social publics, ainsi qu'à identifier les lieux où les élus peuvent utilement intervenir dans la gouvernance sanitaire.

Parce qu'en matière de santé, l'efficacité de l'action publique repose d'abord sur une bonne compréhension des organisations et des responsabilités de chacun.



Arnaud Robinet

Président de la Fédération hospitalière de France

Zaynab Riet

Déléguée générale de la Fédération hospitalière de France

¹ Enquête « Les Français et la santé locale », quatrième vague de l'Observatoire des territoires réalisée par l'Institut Verian et la Fondation Jean Jaurès en partenariat avec la Fédération hospitalière de France.

² Objectif national de dépenses d'assurance maladie dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Sommaire

Partie 1 – L’hôpital public : pilier de l’accès aux soins sur tous les territoires	3
1. Les établissements publics, cœur du système de santé	5
A. Les hôpitaux publics au service de la population sur l’ensemble du territoire	5
B. Lieu de vie et lieu de soins : le médico-social public, une offre de proximité et d’excellence qui maille le territoire	10
C. Les femmes et les hommes du service public hospitalier	11
2. Le service public hospitalier : principal pilier de la continuité du système de santé	12
3. L’organisation interne de l’hôpital public	13

Partie 2 – Les élus, acteurs clés de la gouvernance sanitaire	14
1. Les élus dans la gouvernance hospitalière	15
A. Le conseil de surveillance	15
B. Le conseil d’administration des établissements sociaux et médico-sociaux	15
C. Le comité territorial des élus locaux des groupements hospitaliers de territoire : organiser l’offre de soins à l’échelle locale	15
2. Démocratie sanitaire : la voix des territoires dans les décisions de santé	16
A. La conférence régionale de la santé et de l’autonomie : l’espace du débat en santé	16
B. La commission spécialisée de l’organisation des soins : orienter concrètement l’organisation des soins	16
C. Les conseils territoriaux de santé : la démocratie sanitaire au plus près des habitants	16
3. Les élus dans la gouvernance des agences régionales de santé : les élus au cœur du pilotage régional	17

Partie 3 – Les défis du système de santé : quels leviers pour agir ?	19
1. Un système de santé sous tension : des constats largement partagés	20
2. Des leviers structurants pour préparer l’avenir	21
Premier levier : financer à son juste niveau le service public de santé et de l’autonomie	21
Deuxième levier : inscrire l’action publique dans le temps long grâce à une loi de programmation en santé	21
Troisième levier : faire de la prévention et de la pertinence des soins des priorités nationales	22
Quatrième levier : renforcer l’organisation territoriale des soins	23

PARTIE 1

L'hôpital public :
pilier de l'accès
aux soins sur tous
les territoires

1 000
hôpitaux publics

3 800
structures médico-sociales

135
groupements hospitaliers
de territoire (GHT)

+ de 1,2 M
de professionnels



1. Les établissements publics, cœur du système de santé

A. Les hôpitaux publics au service de la population sur l'ensemble du territoire

Le service public hospitalier repose sur un **réseau d'établissements complémentaires**, organisés pour répondre aux besoins de santé sur l'ensemble du territoire.

Les centres hospitaliers universitaires (CHU)

Au nombre de **32**, ils exercent une **triple mission de soins, d'enseignement et de recherche**. Dotés de plateaux techniques de pointe, ils assurent la prise en charge des **pathologies les plus complexes et des maladies rares**, tout en formant **près de 60 000 étudiants en médecine et dans les professions paramédicales**.

Ils sont **au cœur de l'excellence médicale française** et portent les grandes avancées scientifiques, médicales et technologiques en santé. Les CHU concentrent **environ 80 % de la recherche clinique hospitalière en France** et contribuent largement aux innovations médicales ainsi qu'aux **premières mondiales réalisées chaque année**. L'on peut citer, par exemple, le CHU de Reims avec la première greffe de cornée assistée par un robot chirurgical au monde en juin 2025, ou le CHU de Bordeaux qui a effectué la toute première opération de téléchirurgie cardiaque intercontinentale au monde, en opérant un patient situé à Xiamen, en Chine, à plus de 10 000 kilomètres.

Les centres hospitaliers (CH)

Ils **maillent finement l'ensemble du territoire français**. Ils assurent la prise en charge des **soins aigus (médecine, chirurgie, obstétrique)** et disposent généralement d'un **service d'urgences**.

Acteurs essentiels du **service public hospitalier**, ils participent pleinement à **l'excellence des prises en charge médicales** et assurent un large éventail **d'activités spécialisées**.



L'hôpital public au cœur de la prise en charge des mères et des nouveau-nés

L'hôpital public est le principal acteur de la prise en charge de la femme et de l'enfant et le seul en mesure de traiter les situations les plus complexes, urgentes et critiques. Avec 324 maternités publiques, réalisant près de 75 % des accouchements en France, il constitue le pilier de l'offre de soins périnataux.

Les maternités sont organisées en **trois niveaux**, selon la complexité des prises en charge avec pour premier objectif d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant :

Niveau 1 pour les grossesses sans risque particulier ;

Niveau 2 pour les situations nécessitant une surveillance néonatale spécialisée ;

Niveau 3 pour les grossesses et naissances à haut risque qui nécessitent la **présence d'un service de réanimation néonatale juste à côté** des salles d'accouchement.



L'hôpital public concentre l'expertise et la prise en charge des situations les plus complexes, avec **l'intégralité des maternités de niveau 3 et la quasi-totalité des maternités de niveau 2**.

Cette responsabilité se traduit également dans l'activité : l'hôpital public assure **100 % de la réanimation néonatale, 94 % des séjours de soins intensifs pour les nouveau-nés et 95 % des passages aux urgences pédiatriques**. Il constitue plus que jamais le socle de la prise en charge des mères et de leurs enfants sur l'ensemble du territoire.

Les hôpitaux de proximité publics

Au nombre de 276, soit près de 85 % des hôpitaux de proximité en France, ils ancrent le service public hospitalier au cœur des territoires. Labellisés par les agences régionales de santé, ils jouent un rôle déterminant dans l'organisation des parcours de soins, en assurant une prise en charge en médecine polyvalente, particulièrement adaptée aux personnes âgées et aux patients atteints de maladies chroniques.

Acteurs charnières entre la médecine de ville et les grands centres hospitaliers, les hôpitaux de proximité offrent des soins au plus près des besoins de la population. Leur organisation repose sur un projet de santé territorial en lien avec leur groupement hospitalier de territoire (GHT) et associant étroitement les professionnels libéraux, afin de favoriser une coopération souple et de **faciliter l'organisation des soins à l'échelle des bassins de vie**. Ce positionnement en fait des lieux privilégiés d'innovation organisationnelle, permettant de développer des **réponses adaptées aux spécificités locales**.

Le modèle de financement spécifique dont bénéficient les hôpitaux de proximité est déterminant. En sécurisant une part importante de leurs ressources, il leur permet de **porter des projets innovants et diversifiés**, tels que le développement d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique des patients, de consultations avancées, de dispositifs de télémedecine ou encore de nouvelles modalités de coopération avec les professionnels de santé du territoire. Dans certains territoires, ce modèle permet également de développer ou de renforcer certaines activités de proximité, comme la médecine gériatrique, les consultations spécialisées ou encore les dispositifs d'accompagnement autour de la naissance.

Les hôpitaux de proximité peuvent être le fer de lance d'un système de santé ancré dans les territoires et tourné réellement vers la prévention, qui reste le parent pauvre de notre système de soins.

Pour la Fédération hospitalière de France, la réforme des hôpitaux de proximité constitue ainsi une évolution majeure et positive pour l'organisation du système de santé. Elle offre aux établissements les moyens d'adapter l'offre de soins aux réalités et aux évolutions territoriales, tout en renforçant les coopérations avec les professionnels de ville et du secteur médico-social.

Si les élus s'en emparent, la dynamique portée par les hôpitaux de proximité permettra pleinement de répondre aux besoins de la population dans chaque territoire.

Les centres hospitaliers spécialisés (CHS)

Au nombre de **83**, les centres hospitaliers sont dédiés à la **prise en charge des troubles psychiatriques**. Organisés selon un principe de sectorisation¹, ils assurent, aux côtés des CH et CHU ayant une activité de psychiatrie, le suivi et l'accompagnement des patients au plus près de leurs lieux de vie.

Le secteur public hospitalier est au cœur de la psychiatrie en France : **les hôpitaux publics prennent en charge 80 % de la file active adulte et 95 % de la file active des enfants et adolescents**. Ils assurent l'ensemble des modalités de prise en charge : soins ambulatoires, hospitalisations complètes, équipes **mobiles**, **interventions en milieu pénitentiaire ou encore prises en charge en urgence**.

Ils **prennent également en charge la grande majorité des situations les plus complexes et des pathologies les plus lourdes**. **Plus de 80 % des patients suivis dans le secteur public le sont en ambulatoire**, sans hospitalisation, dans des structures réparties sur l'ensemble du territoire, au plus près d'eux et de leur entourage

Cette organisation repose sur un modèle structurant, fondé depuis les années 1960 sur la **sectorisation psychiatrique**, articulée autour des centres médico-psychologiques – véritables portes d'entrée dans les soins – des centres d'accueil de crise et, de plus en plus souvent, des services d'accueil des urgences, en lien avec les autres acteurs du champ social, éducatif et médico-social.



Comprendre la gradation des soins

La **gradation des soins** repose sur un principe simple : **tous les établissements n'ont pas vocation à assurer toutes les activités**.

Les établissements de santé s'organisent entre eux afin de garantir la **qualité et la sécurité des prises en charge**, en orientant le bon patient vers **le bon professionnel, dans le bon établissement**, en fonction de son état de santé et du niveau de complexité de sa prise en charge.

Pour cela, chaque établissement et chaque professionnel de santé doit savoir **où sont réalisés les différents types de soins sur le territoire et vers quel établissement orienter les patients selon leurs besoins de prise en charge**.

Cette organisation coordonnée permet ainsi **d'orienter chaque patient vers la structure la plus adaptée à sa situation**.

¹ Découpage territorial en zones géographiques, confiées à une équipe dédiée assurant prévention, soins et suivi psychiatrique de proximité pour ses habitants.

135 GHT : une organisation territoriale graduée

Les hôpitaux publics sont organisés au sein des **groupements hospitaliers de territoire (GHT)**, et assurent un maillage de l'ensemble du territoire national, qu'il soit urbain ou rural. Créés afin de structurer la coopération entre établissements publics de santé, les GHT visent à garantir une offre de soins publique **cohérente, coordonnée et accessible à toutes et tous**.

Au nombre de **135**, les GHT couvrent l'ensemble du territoire français, **y compris les collectivités ultramarines**, et desservent des bassins de population allant d'environ **100 000 à 2,5 millions d'habitants**. En 2026, ils **célèbrent leurs dix ans d'existence**, témoignant de l'installation durable de cette organisation dans le paysage hospitalier français.

Fondés sur une **logique de coopération entre établissements**, les GHT permettent de structurer l'offre hospitalière publique à l'échelle territoriale et de renforcer la complémentarité entre **établissements de proximité, établissements de recours et centres de référence**. Cette organisation favorise la mise en place de filières de soins et de parcours patients coordonnés, avec une exigence constante de **sécurité, de qualité et d'accessibilité des soins**.

Cette structuration territoriale s'appuie sur le **projet médico-soignant partagé (PMSP)**, véritable pierre angulaire du GHT. Élaboré collectivement par les établissements membres, le projet médico-soignant partagé définit la stratégie médicale du groupement et organise l'offre de soins autour de **filières prioritaires identifiées en fonction des besoins de santé de la population**.

Le projet médico-soignant partagé permet ainsi de donner corps à une véritable **gradation de l'offre de soins** : tous les établissements n'ont pas vocation à assurer l'ensemble des activités mais ils se coordonnent afin de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge et d'orienter chaque patient vers **le niveau de soins le plus adapté**. Chaque établissement peut ainsi trouver sa place au sein d'une organisation cohérente, contribuant à garantir **l'égalité d'accès aux soins et la permanence des soins**.

Depuis leur création, **les groupements hospitaliers de territoire (GHT)** ont contribué à **transformer l'organisation hospitalière** en renforçant la coopération entre établissements et la structuration des filières de soins.

Par ailleurs, les GHT ont montré leur importance **lors de la pandémie de covid 19**. Les établissements se sont mobilisés avec **agilité et réactivité** pour accueillir les patients atteints de la covid 19, en déprogrammant massivement certaines activités, en organisant la gestion de crise et en participant activement **aux campagnes de vaccination**.

Dans un contexte marqué par **l'augmentation des besoins de santé et les tensions sur les ressources médicales**, il apparaît aujourd'hui essentiel de conforter et d'approfondir le rôle des GHT. Ceux-ci permettent **une meilleure organisation de l'offre de soins** et l'adaptation du système de santé aux évolutions de la démographie médicale, aux nouveaux parcours de soins et aux attentes des patients. Le GHT constitue ainsi un outil d'adaptation progressive de l'offre de soins, en fonction des besoins de santé et des réalités de la démographie médicale.

Définitions

Établissement de recours : hôpital vers lequel sont orientés les patients qui nécessitent des soins davantage spécialisés et techniques

Centres de référence : service d'un hôpital spécialisé dans un type de prise en charge et qui est reconnu pour son expertise

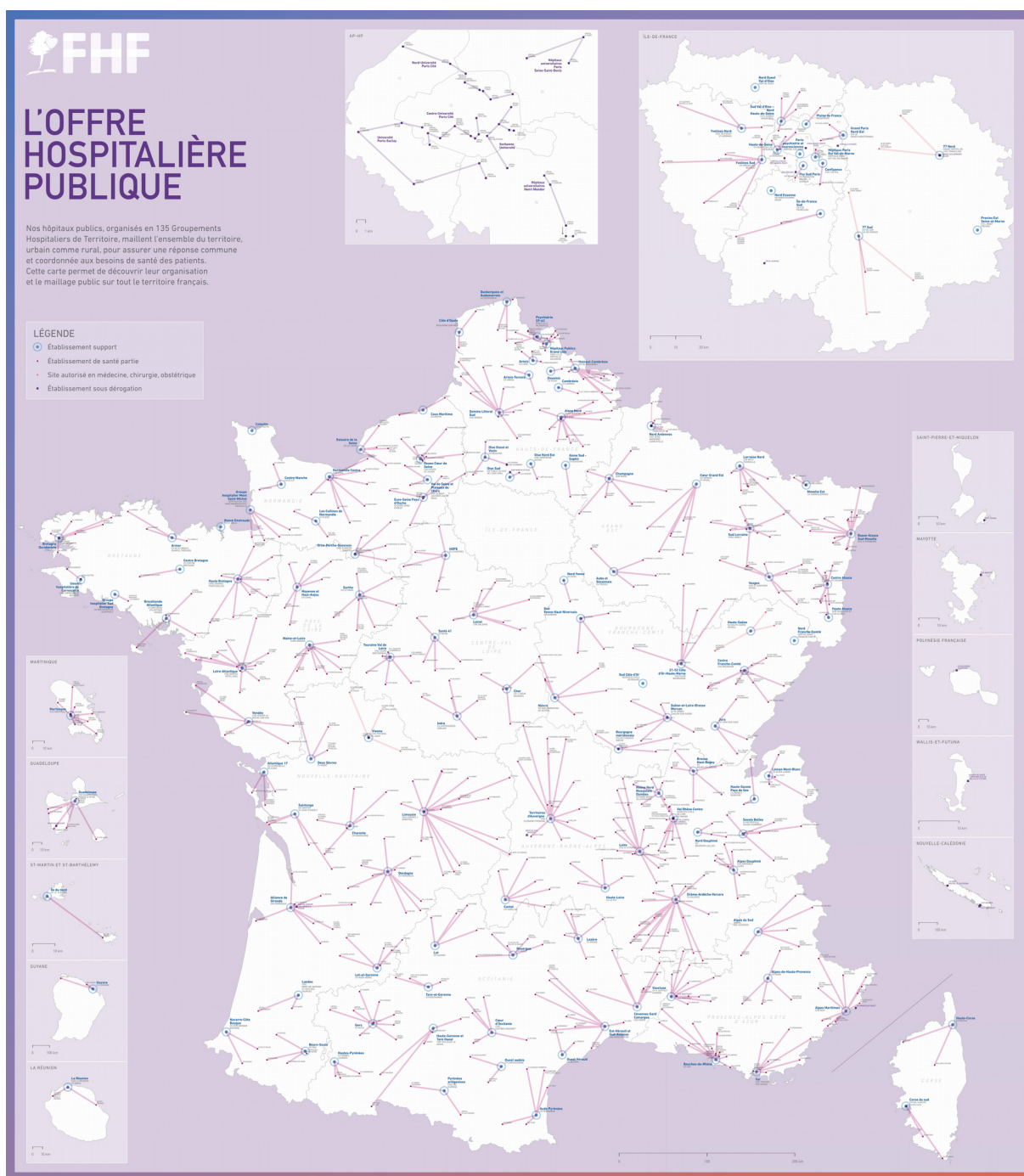


L'OFFRE HOSPITALIÈRE PUBLIQUE

Nos hôpitaux publics, organisés en 135 Groupements Hospitaliers de Territoire, maillent l'ensemble du territoire, urbain comme rural, pour assurer une réponse commune et coordonnée aux besoins de santé des patients. Cette carte permet de découvrir leur organisation et le maillage public sur tout le territoire français.

LÉGENDE

- Établissement support
- Établissement de santé partie
- Site autorisé en médecine, chirurgie, obstétrique
- Établissement sous dérogation



Retrouver la carte interactive de l'offre hospitalière publique en scannant ce QR code ou sur www.fhf.fr



Aux côtés des EHPAD publics, les **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** occupent une place incontournable en matière d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Représentant un tiers des SSIAD existants (soit 730 services publics pour 38 500 places), les SSIAD publics ont la particularité d'être une activité rattachée à des établissements (EHPAD publics ou établissements publics de santé).

Le secteur public compte également une palette diversifiée **d'établissements et services médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap**.

Ainsi, ce sont près de 400 gestionnaires qui assurent le fonctionnement de 1 220 structures, pour les 2/3 de statut public autonome et 1/3 en tant qu'activité rattachée à un établissement de santé ou un EHPAD.

L'ensemble de ces structures représentent près de 53 000 places, soit environ 10 % de l'offre globale (les autres opérateurs étant de statut associatif) dont 63 % sont destinées aux adultes et 37 % aux enfants en situation de handicap.

Dans le champ du handicap comme dans celui des personnes âgées, une évolution profonde de l'offre est nécessaire pour transformer les établissements en véritables plateformes de services ouvertes sur le territoire. **Elle suppose à ce titre une programmation pluriannuelle claire.**

C. Les femmes et les hommes du service public hospitalier et médico-social

Le service public hospitalier et médico-social repose sur l'engagement quotidien de plus de 1,2 million de professionnels, exerçant près de 200 métiers différents et couvrant 44 disciplines médicales, mobilisés au service des patients et des personnes accompagnées sur l'ensemble du territoire.

Parmi ces professionnels, **les infirmiers constituent la première filière hospitalière**, avec près de **260 000 professionnels**, soit **24 % des effectifs**. Ils sont suivis par **les aides-soignants**, qui représentent **21 % des effectifs** (près de **225 000 professionnels**) et sont particulièrement nombreux dans le secteur médico-social.

Au total, **les professionnels soignants représentent plus de 70 % des effectifs hors médecins et 61 % des effectifs totaux**. À leurs côtés, **plus de 130 000 médecins exercent à l'hôpital public**, soit un peu plus de **12 % des effectifs**. Leur nombre progresse régulièrement depuis le début du ^{XXI}^e siècle et devrait continuer à augmenter avec l'essor du nombre d'internes formés depuis le milieu des années 2020.

Au total, **près de trois quarts des professionnels hospitaliers sont des médecins ou des soignants**, directement engagés dans la prise en charge des patients.

Les **27 % d'effectifs classés statistiquement comme « non soignants »** recouvrent en réalité une grande diversité de métiers, dont une part importante participe directement à la prise en charge des patients.

C'est notamment le cas des **métiers médico-techniques**, tels que les **manipulateurs en électroradiologie médicale**, les **techniciens de laboratoire** ou les **préparateurs en pharmacie hospitalière**, qui contribuent au diagnostic, aux traitements et au suivi des patients.

Bien qu'ils ne soient pas comptabilisés comme professions soignantes dans les statistiques nationales, ces métiers sont bien des métiers soignants, directement impliqués dans la prise en charge des patients.

Les **personnels administratifs** représentent pour leur part **entre 10,6 % des effectifs hospitaliers**, une proportion stable depuis le début du ^{XXI}e siècle et **inférieure à celle observée dans le secteur sanitaire et médico-social privé (13 à 14 %)**. Plus de la moitié de ces effectifs correspond à des **secrétaires médicales**, qui travaillent directement au sein des services de soins. Les fonctions strictement de gestion représentent ainsi **moins de 5 % des effectifs hospitaliers** et sont nécessaire à la bonne administration des établissements (gestion des ressources humaines, achat, gestion financière, pilotages des travaux...).

2. Le service public hospitalier : principal pilier de la continuité du système de santé

Les **1 000 hôpitaux publics** accueillent toutes et tous, sans condition de ressources, **24 heures sur 24, 7 jours sur 7**, et maillent l'ensemble du territoire français. En **2024, 9 millions de nos concitoyens** ont été pris en charge en hospitalisation publique. L'hôpital public assure **81 % des 21 millions de passages aux urgences** chaque année en France, une proportion qui atteint **87 % au cœur de la nuit**.

Il constitue également **le pilier de la permanence des soins** : l'hôpital public prend en charge **83 % des patients la nuit et le week-end**, alors qu'il n'assure que **69 % des lignes de garde**, selon l'enquête nationale menée par la direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé.

77 % des structures d'urgences relèvent du public pour plus de 80 % des passages. La quasi-totalité des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) est implantée dans des établissements publics (99 %), les services d'aide médicale urgente (SAMU) sont exclusivement publics ; les SMUR pédiatriques sont intégralement portés par les hôpitaux publics.

En cancérologie, 330 hôpitaux publics sont autorisés sur tout le territoire et sont les premiers acteurs en France de la lutte contre tous les cancers : ils assurent notamment près des deux tiers des hospitalisations avec nuitée, 82 % de l'oncopédiatrie, 72 % des séjours les plus sévères, et plus de la moitié de la recherche clinique contre le cancer.

L'hôpital public assure par ailleurs **les prises en charge les plus complexes**.

À ce titre, quelques exemples sont éloquentes :

- Il réalise **cinq fois plus de chirurgies sur des cas sévères** que le secteur privé ;
- Il assure **près de 70 % des séjours hospitaliers avec nuitée**, correspondant aux prises en charge les plus lourdes ;
- 100 % des greffes ont lieu à l'hôpital public.

Ces missions illustrent le rôle singulier du service public hospitalier : garantir à tous l'accès à des soins de qualité, partout et à tout moment.

Le secteur médico-social public repose sur un modèle de financement associant plusieurs sources. Les soins sont financés par l'assurance maladie, tandis que l'accompagnement de la perte d'autonomie relève principalement des départements, via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'hébergement reste, quant à lui, à la charge des résidents, sauf lorsqu'ils bénéficient de l'aide sociale.

Les **EHPAD publics** jouent à ce titre un rôle essentiel en matière d'accessibilité. Tous sont **habilités à l'aide sociale**, ce qui permet d'accueillir des personnes aux ressources modestes.

Ils proposent ainsi une offre d'hébergement **financièrement plus accessible**, avec un tarif en moyenne **plus de 1 000 € inférieur** à celui des établissements commerciaux. Cette vocation sociale se traduit dans le profil des résidents : le secteur public accueille **plus de la moitié des personnes disposant de moins de 1 600 € de revenus mensuels**, et **près des deux tiers de celles dont les ressources sont inférieures à 800 €**.

3. L'organisation interne de l'hôpital public

La gouvernance de l'hôpital public repose sur un principe central : **l'association étroite entre la direction et les professionnels de santé**, afin de garantir la sécurité et la qualité des soins, tout en assurant une gestion responsable **au service de l'intérêt général**.

Les décisions stratégiques sont pilotées par un **binôme composé du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement (PCME)**. Ils sont les garants de la qualité et la sécurité des soins. Ils organisent le lien avec les professionnels de ville et les autres établissements du territoire.

Le directeur est le responsable légal de l'établissement : il veille au bon fonctionnement de l'hôpital et à la bonne utilisation des fonds publics. Le président de la commission médicale d'établissement, élu par ses pairs, représente la communauté médicale. Ensemble, ils définissent le projet médical, les priorités d'investissement et l'évolution de l'offre de soins, dans le cadre des orientations fixées par l'agence régionale de santé et le ministère de la Santé.

Leur action s'appuie sur **le directoire**, instance collégiale composée majoritairement de médecins et de cadres soignants. Le directoire prépare le projet d'établissement, approuve le projet médical et contribue à éclairer les grandes orientations stratégiques.

Deux instances consultatives complètent cette organisation :

- **La commission médicale d'établissement (CME)**, qui représente la communauté médicale et est consultée sur la stratégie médicale, l'organisation des soins, les ressources humaines médicales ainsi que la qualité et la sécurité des prises en charge. À l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT), cette représentation est assurée par la **commission médicale de groupement (CMG)**, qui élabore le projet médical partagé du groupement et contribue à la coordination des prises en charge entre établissements.
- **Le comité social d'établissement (CSE)**, qui représente les personnels non médicaux et est consulté sur l'organisation du travail, les conditions d'exercice ainsi que la santé et la sécurité au travail.

Par ailleurs, plusieurs instances spécialisées contribuent à la qualité des prises en charge et à la définition de la politique de l'établissement :

- **La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)**, associée à l'organisation des soins infirmiers et paramédicaux.
- **La commission des usagers (CDU)**, qui veille au respect des droits des patients et participe à l'amélioration de leur prise en charge.

Au plus près des patients, l'hôpital s'organise enfin en pôles et en services médicaux, dirigés par des chefs de pôle et des chefs de service, responsables de l'organisation des activités et de la qualité des prises en charge.

PARTIE 2

Les élus, **acteurs clés**
de la gouvernance
sanitaire

1. Les élus dans la gouvernance hospitalière

Les élus occupent une place essentielle dans la gouvernance du système de santé. Leur présence dans les principales instances garantit l'ancrage territorial des décisions, la prise en compte des besoins de la population et le contrôle démocratique de l'action publique en santé.

Leur rôle s'exerce à trois niveaux : **dans les établissements hospitaliers, au sein de la démocratie sanitaire territoriale et régionale et dans la gouvernance des agences régionales de santé.**

A. Le conseil de surveillance

Organe stratégique et de contrôle des établissements publics de santé, le **conseil de surveillance se prononce sur les grandes orientations de l'hôpital**, notamment le projet d'établissement, les investissements, les coopérations, les opérations de fusion ou encore les résultats financiers.

Les élus y occupent une place centrale : **le maire de la commune siège de droit et peut en assurer la présidence**. D'autres représentants des collectivités territoriales siègent également au conseil de surveillance, parmi lesquels **le président du conseil départemental et, le cas échéant, le président de la métropole**.

Le président du conseil de surveillance est **un élu local ou une personnalité qualifiée**, élu pour **un mandat de cinq ans**¹.

B. Le conseil d'administration des établissements sociaux et médico-sociaux

Les établissements sociaux et médico-sociaux publics (ESMS), tels que les **EHPAD publics autonomes**, sont administrés par un **conseil d'administration**² qui joue un rôle comparable à celui du conseil de surveillance dans les hôpitaux.

Cette instance se prononce sur les **grandes orientations de l'établissement** : projet d'établissement, organisation de l'accompagnement des résidents, investissements ou encore situation financière.

Les élus y occupent une place centrale.

Le maire de la commune d'implantation préside le conseil d'administration des établissements publics autonomes, aux côtés d'autres représentants des collectivités territoriales, notamment du **département**, qui est également compétent en matière d'action sociale et d'autonomie.

C. Le comité territorial des élus locaux des groupements hospitaliers de territoire : organiser l'offre de soins à l'échelle locale

Au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT), les élus disposent d'une instance dédiée : le comité territorial des élus locaux (CTEL).

Il réunit notamment les maires des communes sièges des établissements du groupement, les représentants des collectivités siégeant dans les conseils de surveillance et, le cas échéant, des représentants d'établissements médico-sociaux associés.

¹ Articles L. 6143-5 et R. 6143-5 du code de la santé publique.

² Dont la composition est définie à l'article L.315-10 du code de l'action sociale et des familles.

Le comité territorial des élus locaux permet un dialogue entre les élus et les établissements hospitaliers sur l'organisation de l'offre de soins. Il examine notamment la stratégie du GHT — projet médico-soignant partagé, organisation des activités, coopérations entre établissements — et veille à ce que ces orientations contribuent à garantir l'égalité d'accès aux soins, la qualité et la sécurité des prises en charge.

2. Démocratie sanitaire : la voix des territoires dans les décisions de santé

La démocratie sanitaire regroupe les dispositifs qui **associent les citoyens, les patients, les professionnels et les élus aux décisions en matière de santé**.

A. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie : l'espace du débat en santé

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) constitue la principale instance de **concertation régionale en matière de santé**. Elle participe à l'élaboration et à l'évaluation de la politique régionale de santé et formule des avis sur les grandes orientations, notamment sur le **schéma régional de santé**.

Les collectivités territoriales y sont représentées et les élus siègent aux côtés des professionnels, des patients et des résidents. Leur participation contribue à articuler les priorités régionales avec les réalités locales.

B. La commission spécialisée de l'organisation des soins : orienter concrètement l'organisation des soins

Au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, la **commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS)** contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.

Instance consultative, elle donne notamment un avis sur **les projets régionaux de santé** et sur les **autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds**. Les élus y participent et peuvent ainsi se **prononcer sur l'implantation de l'offre hospitalière et ambulatoire au regard des besoins des territoires**.

C. Les conseils territoriaux de santé : la démocratie sanitaire au plus près des territoires

Les **conseils territoriaux de santé (CTS)** constituent le plus haut niveau de proximité de la démocratie en santé. Ils analysent les besoins de santé du territoire, évaluent l'offre existante et contribuent à identifier les priorités locales.

Les députés et sénateurs du territoire en sont membres de droit. Le collège des collectivités territoriales regroupe **des représentants des départements, des intercommunalités et des communes**, qui relaient les besoins de la population et les difficultés d'accès aux soins sur leur territoire.

3. Les élus dans la gouvernance des agences régionales de santé : les élus au cœur du pilotage régional

Les **agences régionales de santé (ARS)** sont pilotées par un **conseil d'administration** dans lequel les élus locaux occupent une place importante.

Ils représentent environ **un tiers des membres** et comprennent notamment **le président du conseil régional, plusieurs présidents de conseils départementaux ainsi que des maires ou présidents d'intercommunalité**. Trois vice-présidences du conseil d'administration sont confiées à des élus.

Un **député et un sénateur de la région** peuvent également participer aux réunions avec voix consultative, ce qui associe la représentation nationale au pilotage régional du système de santé¹.

5 lieux où un élu peut agir pour l'organisation des soins

1. Conseil de surveillance de l'hôpital

→ Définit les grandes orientations de l'établissement (projet, investissements, coopérations).

2. Conseil d'administration des établissements médico-sociaux

→ Gouvernance des EHPAD publics et des établissements médico-sociaux.

3. Comité territorial des élus locaux des groupements hospitaliers de territoire

→ Échanges entre élus et hôpitaux sur l'organisation de l'offre de soins.

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et commission spécialisée de l'organisation des soins

→ Participation des élus aux orientations de la politique régionale de santé.

Conseil d'administration de l'agence régionale de santé

→ Pilotage régional du système de santé.

¹ Article L. 1432-3 du code de la santé publique.



Ce que peut faire concrètement un élu dans la gouvernance hospitalière

Les élus locaux jouent un rôle important dans l'organisation de l'offre de soins sur leur territoire. Leur implication dans les instances de gouvernance sanitaire **permet de relayer les besoins de la population et de contribuer aux orientations du système de santé.**

Un maire ou un élu local peut notamment :

- **Présider ou siéger au conseil de surveillance** d'un établissement public de santé, instance qui se prononce sur les grandes orientations stratégiques de l'hôpital (projet d'établissement, investissements, coopérations),
- **Participer au comité territorial des élus locaux (CTEL)** d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), qui examine la stratégie médicale et l'organisation de l'offre de soins à l'échelle du territoire,
- **Porter les enjeux de son territoire** dans les instances de démocratie sanitaire, notamment au sein de la **conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)** ou des **conseils territoriaux de santé (CTS)**,
- **Entretenir un dialogue régulier avec la direction et la commission médicale d'établissement (CME)** de l'hôpital afin d'identifier les besoins de santé de la population et les évolutions nécessaires de l'offre de soins.

PARTIE 3

Les défis du système
de santé : quels leviers
pour agir ?

1. Un constat largement partagé : un système de santé sous tension

La France dispose d'un système de santé reconnu pour la qualité de ses professionnels et l'excellence de ses établissements. L'hôpital public en constitue l'un des piliers.

Cependant, ce modèle est aujourd'hui confronté à plusieurs évolutions majeures qui transforment profondément les besoins de santé de la population.

La première tient à la **transition démographique**. En 2025, **plus de 22 % de la population française a plus de 65 ans**, et cette proportion continuera de croître fortement dans les prochaines décennies. Selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), notre pays comptera **environ 700 000 personnes âgées supplémentaires en perte d'autonomie d'ici 2050**, ce qui impliquera une hausse importante des besoins en établissements, en professionnels et en services d'accompagnement à domicile.

Ce vieillissement s'accompagne d'une **progression des maladies chroniques** : diabète, pathologies cardiovasculaires, cancers, insuffisances respiratoires ou troubles psychiques. Ces pathologies nécessitent des prises en charge longues, coordonnées et souvent pluridisciplinaires, mobilisant à la fois l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social.

Dans le même temps, les dépenses de santé représentent **environ 12 % du produit intérieur brut (PIB)**, témoignant de l'importance accordée par la Nation à la santé.

Pour autant, **les ressources dont disposent aujourd'hui les hôpitaux publics ne permettent plus de couvrir l'ensemble des coûts liés à leurs missions**. Un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹ a ainsi confirmé l'existence d'un **sous-financement structurel**. Il estime notamment que le financement des mesures de ressources humaines, dont celles issues du Ségur de la santé, présente **un déficit d'environ 1,7 milliard d'euros pour les hôpitaux publics fin 2024**.

À ce montant s'ajoute **environ 1,3 milliard d'euros de sous-financement lié à l'inflation entre 2022 et 2024**, selon les estimations de la Fédération hospitalière de France.

Ces éléments expliquent largement le déficit des hôpitaux publics, qui s'élevait à 2,8 milliards d'euros en 2024 d'après la DREES².

Enfin, les difficultés de recrutement touchent l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social. Médecins, infirmiers, aides-soignants, personnels médico-techniques, techniques ou administratifs : **tous les métiers sont concernés**. Sans action volontariste sur la formation, l'attractivité des carrières et les conditions de travail, les tensions sur l'accès aux soins risquent de s'aggraver.

Ces constats convergent vers une même conclusion : **notre système de santé ne peut plus être piloté uniquement par ajustements successifs à court terme.**

¹ « La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024 », rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, octobre 2025, publié le 18 février 2026.

² La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 – Premiers résultats sur les établissements de santé en 2024, DREES.

2. Des leviers structurants pour préparer l'avenir

Premier levier : financer à son juste niveau le service public de santé et de l'autonomie

Dans ce contexte, il est indispensable de **garantir un financement à la hauteur des missions confiées au service public de santé**. Les niveaux actuels de financement – qu'il s'agisse des tarifs hospitaliers ou des dotations – ne permettent pas toujours de couvrir pleinement le coût de certaines missions essentielles qui ne peuvent reposer sur la seule logique d'activité : urgences, soins critiques, recherche, formation, psychiatrie, pédiatrie, soins palliatifs, greffes ou encore prise en charge de la grande dépendance.

Dans le champ du grand âge, cet objectif implique également de **sécuriser durablement les moyens des établissements et services médico-sociaux**, afin de garantir les effectifs nécessaires, la qualité de l'accompagnement et la soutenabilité financière des EHPAD et des services à domicile.

Il est également nécessaire de **donner aux établissements de santé une trajectoire financière lisible et pluriannuelle**, afin de sécuriser les investissements hospitaliers, soutenir la recherche et l'innovation et adapter durablement l'offre de soins aux besoins des territoires. Le cadre actuel de régulation des dépenses de santé, construit autour de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) défini annuellement dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et de décisions annuelles, ne permet pas d'offrir cette visibilité dans la durée. **La mise en place d'une loi de programmation en santé apparaît donc comme une condition essentielle pour fixer un cap et des moyens à la hauteur des enjeux.**

Deuxième levier : inscrire l'action publique dans le temps long grâce à une loi de programmation en santé

La FHF porte un projet de **loi de programmation en santé**. À l'image de ce qui existe pour la défense ou la justice, un tel texte permettrait de fixer un cap pluriannuel fondé sur les besoins de la population et de programmer dans la durée les financements, les investissements, les capacités de formation et les priorités sanitaires. La santé, politique publique majeure représentant près de **12 % du PIB**, ne dispose pourtant aujourd'hui d'aucun cadre de programmation. Elle mérite de bénéficier de la même visibilité.

Cette approche repose sur un principe simple : **partir des besoins de santé de la population, les objectiver, puis définir les moyens nécessaires pour y répondre**, tout en identifiant des leviers d'efficience afin de garantir la soutenabilité du système. L'objectif n'est pas de dépenser davantage, mais **de mieux orienter les ressources, avec une cohérence et une visibilité durables**.

Une telle programmation permettrait également de mieux prendre en compte les réalités territoriales, en articulant les orientations nationales avec les besoins des populations et les initiatives locales. À ce titre, les 53 articles de la proposition portée par la FHF intègrent fortement cette dimension : **plus d'un tiers comportent un volet territorial**.

Retrouvez notre projet
de loi de programmation
en ligne



La même logique de programmation devra également être appliquée au **grand âge**, afin de donner à la politique de l'autonomie la visibilité et les moyens qu'exigent les évolutions démographiques à venir.

Troisième levier : faire de la prévention et de la pertinence des soins des priorités nationales

La prévention constitue l'un des leviers les plus puissants pour améliorer durablement la santé de la population. Développer les actions de prévention, renforcer le dépistage précoce, promouvoir les comportements favorables à la santé et agir sur les déterminants environnementaux et sociaux permet de réduire l'apparition des maladies et d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé.

De nombreuses pathologies sont évitables : près de 40 % des cancers pourraient ainsi être évités par la modification des comportements. La pandémie de covid 19 a par ailleurs démontré l'efficacité des politiques de prévention, telles que la vaccination, pour sauver des vies et réserver le recours à l'hôpital aux cas qui le nécessitent.

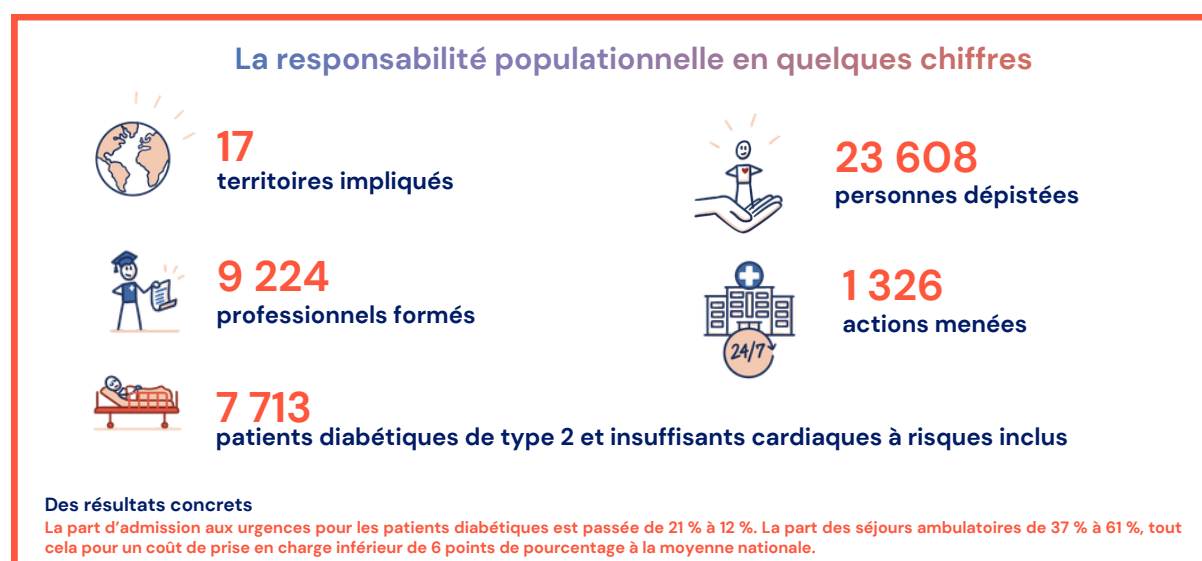
Au-delà de ses bénéfices sanitaires, la prévention représente également **un enjeu économique majeur**. La Cour des comptes estime ainsi qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité représenterait **une économie d'environ 1,5 milliard d'euros pour l'assurance maladie**¹.

La **prévention** ne doit donc pas être appréhendée comme une dépense supplémentaire, mais comme un **investissement à fort rendement sanitaire, social et économique et, à ce titre, elle doit être rétribuée à sa juste valeur**.

Le développement de la prévention suppose également de renforcer une **logique de responsabilité populationnelle**, telle que promue par la Fédération hospitalière de France. Il s'agit d'encourager les acteurs de santé – hôpitaux, professionnels de ville et secteur médico-social – à agir collectivement pour améliorer l'état de santé d'une population donnée, sur un territoire donné, et non plus uniquement à intervenir une fois la maladie déclarée.

Cette approche, déjà mise en œuvre dans plusieurs territoires, favorise une meilleure coordination entre les acteurs et une action plus précoce sur les facteurs de risque.

Les hôpitaux publics ont pleinement leur place dans cette dynamique. À l'occasion des millions de séjours et de passages aux urgences qu'ils assurent chaque année, ils constituent des points de contact majeurs pour **informer, orienter, dépister et accompagner les patients**. Leur action s'inscrit en complémentarité avec la médecine de ville et les collectivités territoriales, afin de déployer des actions de prévention adaptées aux besoins des populations (vaccination, dépistage et éducation à la santé).



¹ Cour des comptes, rapport de novembre 2021 : « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ».

Dans le même temps, **la pertinence des soins** constitue un enjeu majeur pour notre système de santé. Elle vise à garantir que chaque patient bénéficie du **bon acte, au bon moment et dans les bonnes conditions**, tout en contribuant à la soutenabilité du système face aux évolutions démographiques et à la progression des maladies chroniques.

La FHF plaide depuis plusieurs années pour **placer la pertinence des soins au cœur des politiques de santé**. Si des dispositifs existent pour contrôler la qualité des soins, aucun cadre structurant ne permet aujourd'hui d'évaluer systématiquement la pertinence des actes, des parcours et des organisations. Or, un acte peut être parfaitement réalisé du point de vue technique, sans que sa réelle utilité pour le patient ait été interrogée.

Renforcer la pertinence des soins permettrait à la fois **d'améliorer la qualité des prises en charge et de mieux utiliser les ressources disponibles**. Elle constitue ainsi un levier essentiel pour :

- Recentrer les ressources humaines sur des actions à forte valeur ajoutée pour les patients ;
- Renforcer la coopération entre les acteurs de santé autour des parcours de soins ;
- Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge ;
- Mieux orienter les ressources financières.

La pertinence des soins doit ainsi devenir **une priorité de santé publique**, en particulier à travers une action déterminée contre les actes médicaux inutiles ou redondants, tout en veillant à lutter également contre les situations de renoncement ou de sous-recours aux soins.

Quatrième levier : renforcer l'organisation territoriale des soins

Les groupements hospitaliers de territoire, la coopération entre hôpitaux, médecine de ville et secteur médico-social, ainsi que l'implication des élus dans la gouvernance sanitaire constituent des leviers essentiels pour garantir une offre de soins lisible, cohérente et adaptée aux besoins des populations.

La FHF défend une organisation davantage **territorialisée et graduée de l'offre de soins**. Le principe de gradation consiste à organiser les prises en charge entre différents niveaux d'offre :

- Des soins de proximité accessibles au plus près de la population ;
- Des activités de recours concentrant les expertises et les plateaux techniques.

Cette organisation permet à la fois **d'améliorer la qualité des prises en charge, d'adapter les organisations aux besoins de santé et d'utiliser au mieux les ressources disponibles**, tout en préservant une offre de soins de proximité.

Pour renforcer cette dynamique, la Fédération hospitalière de France propose **l'élaboration d'une doctrine nationale de gradation des soins**, afin de donner aux acteurs des orientations claires et stables pour organiser l'offre hospitalière à l'échelle des territoires.

Cette organisation doit s'appuyer sur des **projets territoriaux de santé**, véritables outils de pilotage opérationnel permettant de décliner la gradation des soins par filière et d'organiser les parcours de prise en charge des patients. La Fédération hospitalière de France propose à ce titre **de rendre ces projets territoriaux de santé obligatoires et opposables**.

Certaines filières nécessitent en particulier une adaptation de l'organisation territoriale de l'offre de soins. **La périnatalité constitue à cet égard un exemple emblématique**, qui appelle une réflexion globale sur l'organisation graduée des maternités et des prises en charge, afin d'assurer partout et toujours la sécurité de l'enfant et de la mère.

Enfin, dans le champ du grand âge, la Fédération hospitalière de France soutient **la création progressive de groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux** à partir des EHPAD publics autonomes. Ces groupements permettront de mieux structurer l'offre de services aux personnes âgées, de renforcer les coopérations avec les groupements hospitaliers de territoire et de donner davantage de visibilité à l'offre médico-sociale publique.

La création de ces groupements ne remettrait pas en cause **la personnalité morale ni l'autonomie des établissements**, mais permettrait au contraire d'élargir les réponses aux besoins des personnes âgées et de renforcer la cohérence de l'offre sur les territoires.

La FHF se compose de **20 Fédérations régionales** réparties sur l'ensemble du territoire, en métropole comme en outre-mer. Elles sont le **premier interlocuteur** des 1000 hôpitaux et des 3800 établissements médico-sociaux publics.

Retrouvez tous les contacts ici



