



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2025

Projet de loi de financement de la sécurité sociale

ANNEXE 6 Situation financière
des établissements de santé
et des établissements
médico-sociaux financés
par les régimes obligatoires
de base de la sécurité sociale

ANNEXE 6
SITUATION FINANCIÈRE
DES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ ET DES
ÉTABLISSEMENTS
MÉDICO-SOCIAUX
FINANCÉS PAR LES
RÉGIMES OBLIGATOIRES
DE BASE DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

PLFSS 2025

SOMMAIRE

PLFSS 2025 - Annexe 6

PARTIE 1 : Les modalités de financement des établissements de santé et médico-sociaux 5

1. Les modalités de financement des établissements de santé 5

1.1. Les chantiers relatifs à l'évolution des modes de financement des établissements de santé	6
1.2. Le financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).....	8
1.3. Le financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR)	15
1.4. Le financement des activités de psychiatrie	18
1.5. Le financement des unités de soins de longue durée (USLD).....	20
1.6. Des modalités de financement communes à différents champs d'activité	23
1.7. Focus sur deux faits marquants de l'exercice 2023 : le financement des dépenses de revalorisation des rémunérations des personnels hospitaliers et la mise en place de la sécurisation modulée à l'activité (SMA)	32

2. Les modalités de financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) 36

2.1. Le financement des ESMS de 2020 à 2024	36
2.2. Modèle de financement des ESMS.....	41
2.3. Les évolutions portées dans le cadre de la campagne 2023 et 2024 sur la tarification des services dispensant des soins à domicile.....	43

PARTIE 2 : La situation financière des établissements de santé et médico-sociaux 47

1. La situation financière et l'investissement des établissements de santé 47

1.1. Les indicateurs financiers des établissements de santé : rétrospective 2015-2022 et tendance 2023	47
1.2. Les investissements au bénéfice des établissements de santé	66

2. Situation financière des ESMS..... 68

2.1. Indicateurs financiers des ESMS : rétrospective 2021-2022.....	68
2.2. Situation globale des EHPAD	74
2.3. Investissements dans le secteur médico-social : les plans d'aide à l'investissement (PAI) et le Ségur « Investissement »	80
2.4. Programme ESMS numérique	85

INTRODUCTION

La présente annexe, conformément à la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2022, vise à améliorer l'information du Parlement en présentant « *les actions menées dans le champ du financement [des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux] et leur bilan, y compris les dotations dont ils bénéficient et leur répartition par région et par établissement* ».

Ainsi, cette annexe, qui recouvre en l'étendant le champ du rapport au Parlement prévu par l'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale, a pour objectif d'éclairer le Parlement sur « *les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées* » au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, en application du c) du 6° de l'article LO. 111-4-1 du code de la sécurité sociale, cette annexe vise également à permettre une visibilité sur « *les éventuels engagements pris par l'État relatifs à l'évolution pluriannuelle des ressources de ces établissements* ». Ainsi, ces engagements se sont notamment traduits par la signature en 2020 du premier protocole¹ d'accord entre l'État et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé pour 2020 à 2022. Pour la période de 2025 à 2027, un nouvel accord est en cours de négociation.

Enfin, en application du 5° de l'article LO. 111-4-1 du code de la sécurité sociale, le chapitre relatif au financement des établissements de santé, présente également une description de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les établissements de santé ainsi que les éléments saillants des dernières évolutions de son périmètre.

Une première partie expose un panorama global des différentes modalités de financement des établissements de santé et médico-sociaux au sein de l'ONDAM selon les champs d'activité et le statut des offreurs de soins.

La seconde partie est consacrée à l'analyse de la situation financière et à l'investissement des établissements de santé et médico-sociaux.

¹ Protocole de pluri annualité : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_pluriannualite.pdf

PARTIE 1 : Les modalités de financement des établissements de santé et médico-sociaux

1. Les modalités de financement des établissements de santé

L'essentiel du financement public des établissements de santé est constitué des dépenses d'assurance maladie obligatoire rassemblées au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à destination des établissements de santé (dit « ONDAM ES »). A côté de l'enveloppe dédiée aux soins de ville, l'ONDAM ES constitue le deuxième poste de dépense le plus important au sein de l'ONDAM global ; il en représente 41,4 % en 2023. Le fonds d'intervention régional (FIR) contribue également au financement des dépenses des établissements de santé, auquel il consacre plus de la moitié de ses moyens pour des activités spécifiquement identifiées et organisées au niveau régional².

Le niveau de l'ONDAM ES est défini chaque année par le Parlement, dans le cadre du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Pour l'année 2023³, l'ONDAM ES voté initialement s'élevait à 100,7 Md€. Ce montant a été rectifié à hauteur de 101,2 Md€ via la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023. Enfin, l'ONDAM ES de l'année 2023 a été porté à 102,5 Md€ par la LFSS pour 2024. Il devrait atteindre 105,5 Md€ en 2024 et 108,8 Md€ en 2025 selon la trajectoire sous-jacente au PLFSS.

Au sein de l'ONDAM, les modalités de financement des activités réalisées par les établissements de santé diffèrent selon les champs d'activité concernés et les secteurs de financement auxquels les établissements sont rattachés.

Quatre champs de financement regroupent sept activités hospitalières pour lesquelles les modalités de financement et les tendances en volume d'activité propres à chacune sont abordées ci-après :

- La médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) y compris sous forme d'hospitalisation à domicile (HAD) et au sein des hôpitaux de proximité ;
- Les soins médicaux et de réadaptation (SMR), anciennement soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- La psychiatrie ;
- Les soins de longue durée au sein des unités dédiées (USLD).

Les deux secteurs de financement se caractérisent par les catégories d'établissements qui s'y rattachent :

- Le secteur dit « ex-DG » ou « ex-DAF » selon les champs, qui regroupe l'ensemble des établissements publics de santé (EPS) et la plupart des établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL) ;
- Le secteur dit « ex-OQN », qui regroupe l'ensemble des établissements privés à but lucratif (EBL) et le reste des établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL).

S'agissant des établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL), ils se répartissent donc sur l'un ou l'autre des secteurs (ex-DG/ex-DAF ou ex-OQN) selon leurs spécificités et leur positionnement historique.

Sur le plan financier, l'année 2023 a été marquée par les mesures de revalorisation des rémunérations du personnel médical et non médical traduites dans l'ONDAM ES 2023 rectifié à hauteur de 1,9 Md€ ainsi que par la mise en œuvre d'une sécurisation modulée des financements assurance maladie pour accompagner les établissements dans la sortie de crise sanitaire.

En outre, **les paramètres du protocole pluriannuel antérieur relatif au financement des établissements ont été reconduits pour l'année 2023**, dans l'attente de l'engagement des discussions d'un nouveau protocole. En 2024, des discussions ont été engagées avec les fédérations représentatives des établissements de santé avec pour objectif d'élaborer un nouveau protocole pour la période de 2025 à 2027.

² Sur le FIR, voir également : Le fonds d'intervention régional (FIR) - Ministère de la Santé et de la Prévention - (sante.gouv.fr)

³ Pour rappel, si un montant de 95,2 Md€ au titre de l'année 2022 avait été voté initialement en LFSS pour 2022, le montant rectifié s'élevait à 98,2 Md€ dans LFSS rectificative pour 2022.

En tenant compte de ce contexte général, la première partie de cette annexe vise à présenter :

- les chantiers relatifs à l'évolution des modes de financement des établissements de santé (voir la partie 1.1) en cours depuis le lancement de la stratégie nationale de transformation du système de santé en 2018 ;
- les modalités de financement des établissements de santé (voir les parties 1.2 à 1.5) ;
- deux faits marquants de 2023 : le financement des dépenses de revalorisation des rémunérations des personnels hospitaliers et les nouvelles modalités de sécurisation des recettes des établissements de santé en sortie de crise sanitaire (voir la partie 1.7).

1.1. Les chantiers relatifs à l'évolution des modes de financement des établissements de santé

Les chantiers d'évolution des modes de financement des établissements de santé ont été initiés en 2018 dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé. Dans le prolongement, l'année 2023 a été marquée par l'annonce présidentielle d'une évolution dès le PLFSS 2024 du système de financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), qui représentent près de 65 % du financement hospitalier.

Cet objectif s'inscrit dans la continuité des réformes menées sur la quasi-totalité des champs d'activité, s'appuyant sur un ensemble de principes communs et sur la mise en place de modes de financement combinés.

► Les principes communs aux réformes de financement des différents champs d'activité

La mise en place de nouveaux modes de financement combinés vise à **diversifier et sécuriser les modes de financement des établissements de santé**. Les nouveaux modèles mis en œuvre doivent en effet être adaptés aux caractéristiques des prises en charges et prendre en compte les besoins des territoires. Cela justifie une part plus importante des financements laissée à la main des régions, allouée en fonction du besoin de soins des populations. Ces nouveaux modes de financement doivent, en outre, mieux prendre en compte les objectifs de qualité, de pertinence, de coordination des parcours et des prises en charge entre les acteurs. Ils permettent ainsi de réduire les inégalités entre les territoires et constituent un levier d'appui à la restructuration de l'offre de soins. Dès lors, les réformes mises en œuvre ou engagées s'appuient sur des modèles combinés articulants :

- une part de **financements issus de l'activité réévaluée pour favoriser davantage la pertinence des soins et l'adéquation aux besoins des patients**. A titre d'exemple, le financement des activités de psychiatrie prend désormais en compte la file active des patients suivis. De même, l'intégration des nouveaux forfaits dans la part du financement des services d'urgences liée à l'activité permet de mieux prendre en compte l'intensité des prises en charge ;
- une **part de financements populationnels établis à partir des caractéristiques démographiques et épidémiologiques**, visant à réduire les inégalités de ressources entre territoires. Ainsi, les modèles de financement mis en œuvre sur les champs de la médecine d'urgence, de la psychiatrie et des soins médicaux et de réadaptation allouent une part importante des ressources selon ce schéma : ce sont les dotations populationnelles. Cela permet d'améliorer l'adéquation entre les ressources financières des régions et les besoins de la population sur un territoire donné.

La répartition des dotations populationnelles par champs entre les régions repose sur l'identification de déterminants de santé relatifs aux caractéristiques de la population (notamment l'âge, l'état de santé, la précarité, les flux de population saisonniers) et/ou des territoires (notamment l'offre de soins, l'isolement, la densité, la dispersion géographique des populations).

Ce nouveau mode de financement repose sur une **territorialisation renforcée de l'allocation des ressources** puisque la répartition de l'enveloppe entre établissements au sein de chaque région est réalisée par les agences régionales de santé (ARS) en concertation avec des comités consultatifs d'allocation de ressources régionaux

(CCAR) qui réunissent sur chacun des champs concernés les représentants des établissements, des médecins et des usagers, et rendent des avis sur les modalités de distribution de ces ressources entre établissements ainsi que sur les objectifs de transformation de l'offre de soins et des parcours spécifiques à chaque champ.

Si les principes et objectifs sont communs, les modalités de mise en œuvre des compartiments populationnels peuvent varier entre les champs d'activités pour prendre en compte les spécificités de chaque activité ou type d'établissement ;

- le développement de **financements distribués à partir d'indicateurs de qualité** dans chacun des champs d'activité valorise l'incitation à une amélioration de la pertinence et de la qualité des prises en charge des patients. Ce développement comprend la montée en charge du dispositif d'incitation au financement de l'amélioration de la qualité (IFAQ), mais également des dispositifs spécifiques au financement des services d'urgences ou de psychiatrie, des hôpitaux de proximité ou du forfait maladie rénale chronique (MRC) ;
- l'allocation de **financements ciblés sur des missions spécifiques** pour soutenir des activités dites d'expertise ou de recours, considérées comme structurantes pour l'offre de soins mais ne pouvant être financées en totalité par les autres modes de financements (activité, financement populationnel) notamment sur les champs des soins médicaux et de réadaptation (SMR) et de la psychiatrie.

Ces réformes se déploient dans un calendrier **instaurant, pendant une période de transition, une sécurisation importante des financements pour les établissements** ou un lissage des variations de ressources afin de limiter les possibles effets revenus négatifs sur les premières années de mise en œuvre. Cette période de transition permet un temps d'**appropriation de ces nouvelles modalités de financement par chacun des acteurs**.

La conception, le pilotage et la mise en œuvre de l'ensemble des réformes sont menés en concertation avec les acteurs hospitaliers, les agences régionales de santé et les partenaires institutionnels.

Les **expérimentations** menées dans le cadre du dispositif prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ont également vocation à alimenter les travaux de réforme, en apportant des analyses sur des modèles organisationnels et économiques innovants. Ces travaux, qui dépendent du calendrier propre à chaque expérimentation, s'appuieront sur leur évaluation dressant le bilan médico-économique à la fois de leur efficacité, leur faisabilité, leur reproductibilité ou encore leur efficience.

Enfin, en parallèle des travaux relatifs au financement des établissements par l'Assurance maladie obligatoire (AMO), les modalités de financement par les patients ou leur **assurance maladie complémentaire (AMC)** ont également été révisées. La réforme du ticket modérateur sur les séjours hospitaliers, sur l'ensemble des champs d'activité, a permis d'assurer sur l'ensemble du territoire une plus grande équité de traitement entre établissements et pour les patients en l'appuyant sur un tarif national journalier de prestation.

► L'état des lieux de la mise en œuvre des réformes de financement

Depuis 2018, les réformes de financement lancées dans certains champs d'activité ont déjà permis de renforcer les financements liés à des objectifs de santé publique, qu'il s'agisse de l'amélioration de la réponse aux besoins de santé des territoires ou de la prise en compte de la qualité des soins.

A titre d'exemple, **les réformes de financement dans les champs d'activité suivants se sont concrétisées** :

- en 2019, avec la montée en charge du dispositif d'incitation au financement de l'amélioration de la qualité (IFAQ) et la mise en place du forfait de prise en charge de la maladie rénale chronique (MRC) ;
- en 2021, avec la refondation du financement des urgences ;
- en 2022, avec la réforme du financement des hôpitaux de proximité et de la psychiatrie ;
- en 2023, depuis le 1^{er} juillet, avec la réforme du financement des soins médicaux et de réadaptation.

La LFSS pour 2024 a posé les principes d'un nouveau système de financement applicable à tous les établissements de santé pour le champ des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (voir la partie 1.2.1.4.) à compter du 1^{er} janvier 2025.

Les évolutions mises en œuvre ainsi que les perspectives sont détaillées ci-après pour chaque champ d'activité hospitalière.

1.2. Le financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

1.2.1. Les modalités de financement pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique

a) L'activité d'hospitalisation : un financement au séjour

Les modalités de financement des séjours hospitaliers relèvent jusqu'à présent majoritairement de la **tarification à l'activité (T2A)** qui se base sur des groupes d'activité (groupe homogène de malades, GHM) auxquels correspondent schématiquement des groupes homogènes de séjour (GHS). Les séjours sont ainsi financés par un tarif de GHS défini selon la prise en charge du patient et son coût.

b) Les autres prestations hospitalières : un financement à l'acte ou au passage

Les prises en charge réalisées en établissements de santé en dehors des hospitalisations sont dites « externes ». Elles sont facturables à chaque acte ou passage.

Il s'agit des **actes et consultations externes (ACE)** ainsi que des **prestations hospitalières non suivies d'hospitalisation** venant couvrir le recours au secteur hospitalier dont, notamment, les forfaits dénommés « forfait âge urgence » (FU) qui sont facturés à chaque passage non suivi d'hospitalisation dans une structure des urgences depuis le 1^{er} janvier 2022.

c) Les forfaits annuels

Pour certaines activités qui nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé, un forfait annuel est versé à l'établissement afin de couvrir les coûts fixes ou les coûts de coordination de ces activités :

- le **forfait annuel greffes (FAG)** finance la coordination de l'équipe pour les activités transversales à la greffe d'organes telles que les astreintes, la coordination de la greffe, le transport des greffons, la prise en charge de donneurs vivants ;
- le **forfait annuel coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO)** couvre quant à lui les frais de coordination liés aux prélèvements ;
- le **forfait annuel activités isolées (FAI)** peut être versé dans le cadre d'activités de médecine, chirurgie, obstétrique répondant à des critères d'isolement et d'implantation de l'établissement qui les exerce ;
- les **forfaits pathologies chroniques** financent la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique. Le premier forfait annuel pathologie chronique mis en œuvre s'adresse aux patients atteints de maladie rénale chronique (dit forfait MRC) aux stades 4 et 5 et en pré-suppléance avec pour objectif de favoriser le recours plus précoce à un spécialiste, retarder la survenue de l'insuffisance rénale chronique terminale et augmenter la durée de vie sans dialyse. Depuis 2023, une partie des financements (5 % de l'enveloppe financière de plus de 25 M€ dédiée au forfait) est allouée sur la base d'indicateurs liés à la qualité du suivi patient. Depuis sa mise en œuvre, le nombre de patients pris en charge connaît une progression constante avec 101 516 patients suivis en 2023 (76 % patients en stade 4 et 24 % en stade 5) soit une hausse de +38 % entre 2020 et 2023.

► La dynamique de l'activité de soins en médecine, chirurgie et obstétrique en 2023⁴

Entre 2022 et 2023, le nombre de séjours de médecine, chirurgie et obstétrique (hors dialyse) a augmenté de +4,7 %⁵. Le nombre de séjours et séances (hors dialyse) réalisés en 2023 est supérieur de +6,4 % au volume d'activité réalisé en 2019, année de référence précédant la crise sanitaire.

Par catégorie d'activité de soins, les séjours de chirurgie (+6,7 %⁶), de médecine ambulatoire (+11,5 %), d'interventionnel (+7,6 %) ainsi que les séances hors dialyse (+4,5 %) sont dynamiques. Le dynamisme de l'activité chirurgicale entre 2022 et 2023 concerne à la fois les séjours de chirurgie ambulatoire (+8,9 %) et les séjours de chirurgie avec nuitées (+3,5 %).

Même s'ils sont en légère augmentation entre 2022 et 2023 (+0,3 %), les séjours de médecine en hospitalisation complète restent à un niveau nettement inférieur à celui observé en 2019, avant la crise sanitaire (-10,3 %). Par ailleurs, les séjours d'obstétrique et de périnatalité sont en forte baisse (-5,5 % entre 2022 et 2023) en lien avec la baisse du nombre de naissances estimée par l'Insee à -6,6 % en 2023 par rapport à 2022.

La croissance de l'activité d'hospitalisation en MCO est principalement portée par les séjours ambulatoires (c'est-à-dire les séjours sans nuitée). Entre 2022 et 2023, le nombre de séjours ambulatoires a augmenté de +9,3 %. En parallèle de cette forte dynamique des séjours ambulatoires, les séjours avec nuitées de médecine et de chirurgie ont augmenté de +1 % entre 2022 et 2023. Cette légère hausse des hospitalisations complètes contraste avec la baisse observée depuis plusieurs années de ce mode de prise en charge. Concernant les hospitalisations complètes (c'est-à-dire les séjours incluant au moins une nuitée), le nombre de séjours avait diminué de -1,0 % en 2022 par rapport à 2021 et de -9,4 % par rapport à la situation antérieure à la crise en 2019.

► Les évolutions portées dans le cadre du financement du MCO pour 2024

L'évolution des financements des établissements de santé dans le cadre de la campagne 2024 pour le périmètre de médecine, chirurgie et obstétrique est portée par une augmentation globale des tarifs en moyenne de +4,4 % pour le secteur ex-DG et +0,4 % pour le secteur ex-OQN, en lien notamment avec les mesures de revalorisations des rémunérations.

La crise sanitaire ayant perturbé le recours aux soins pour les activités de médecine, dont les soins palliatifs, de pédiatrie et de transplantations d'organes, une politique de soutien prioritaire conduit à une progression des tarifs des séjours ciblés par cette mesure de près de +6% sur le secteur ex-DG et de près de +3 % sur le secteur ex-OQN. Les maternités bénéficient également de ce soutien tarifaire spécifique dans un contexte de forte baisse de la natalité.

► Les perspectives d'évolution des modalités de financement pour les activités de MCO à compter du 1^{er} janvier 2025

Le 6 Janvier 2023, lors de ses vœux aux acteurs du monde de la santé, **le Président de la République a fixé l'objectif d'un « nouveau système de financement » afin de réduire la part des financements issus de la tarification à l'activité pour les établissements exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).**

La LFSS pour 2024 a ainsi porté une mesure réduisant progressivement la part du financement à l'activité, bien que ce financement reste l'un des trois piliers des ressources des établissements exerçant une activité de MCO. Ce modèle de financement combiné commencera à entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et comprendra :

⁴ Source ATIH

⁵ Taux corrigé des jours ouvrés

⁶ Voir note 5

- **un compartiment dédié au financement des objectifs de santé publique** qui comprennent notamment la santé des personnes âgées, des femmes et des enfants ou la prise en charge des troubles addictifs et des douleurs chroniques. Ce compartiment vise également à financer des missions de prévention, de qualité, de pertinence des soins ou la coordination de parcours de soins pour lesquels il convient d'améliorer les dispositifs existants et de développer des modes de financement alternatifs. Pour les établissements de santé, une part progressivement structurante de la rémunération reposera sur des objectifs de santé publique négociés à l'échelle du territoire ;
- **un compartiment dédié au financement des missions spécifiques** constituées d'une part de l'enseignement, la recherche, l'innovation, des activités de recours et d'expertise et d'autre part des activités d'urgences, de soins critiques, des établissements isolés ou des prises en charge de maladies chroniques. Ce compartiment permet de financer des activités dont le coût est substantiellement indépendant du volume de l'activité réalisée et pour lesquelles un financement mixte est indiqué afin d'assurer la permanence de l'offre sur l'ensemble du territoire ;
- **un compartiment dédié au financement à l'activité** qu'il soit à la journée, au séjour, à la séance ou à l'épisode de soins. Ce compartiment, gage d'équité et de réactivité pour le financement des établissements, reste pertinent pour le financement des soins répondant à des prises en charge protocolisées et reproductibles sur l'ensemble du territoire.

Les compartiments dédiés au financement des objectifs de santé publique et des missions spécifiques se substituent aux missions d'intérêts général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) en MCO (voir la partie 1.6.2).

1.2.2. Les modalités spécifiques de financement des hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité visent à fédérer l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux dans une logique collective pour assurer une offre de soins continue et structurée. Ces hôpitaux s'inscrivent en appui aux acteurs du premier recours en renforçant l'offre de proximité, en particulier pour les populations vulnérables, et en s'impliquant dans des actions de prévention. Ces établissements exercent une activité de médecine, proposent des consultations de spécialités, donnent accès à des plateaux techniques et à des équipements de télésanté. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique mais peuvent détenir toute autre autorisation de soins (SMR, médecine d'urgence, HAD, ...) ou services (centres périnataux de proximité notamment) en réponse aux besoins du territoire.

En cohérence avec l'élargissement des missions attribuées à ces hôpitaux de proximité, leur modèle de financement vise à décloisonner les interventions des acteurs et fluidifier le parcours du patient. Le volume annuel de l'activité ne constitue plus le « cœur » du modèle qui se veut désormais sécurisant pour les établissements et qui valorise leurs nouvelles missions. Le modèle est constitué :

- d'une **garantie pluriannuelle de financement** qui sécurise les recettes de l'activité de médecine, complétée le cas échéant d'un complément de recettes qui valorise le dynamisme de l'établissement ;
- d'une **dotation de responsabilité territoriale** visant à financer les missions exercées en relation avec les acteurs du territoire.

L'année 2022 a été la première année de mise en œuvre effective du modèle de financement porté par l'article 33 de la LFSS pour 2020 dont les modalités concrètes d'application ont été précisées dans le décret du 11 février 2022 relatif au financement des hôpitaux de proximité.

A ce jour, 312 établissements ont été labellisés « hôpitaux de proximité » bénéficiant depuis 2022 d'une sécurisation du financement de leur activité de médecine et du versement de la dotation de responsabilité territoriale. En 2024, le montant de la dotation forfaitaire garantie nationale, s'élève à 1,2 Md€ pour 1,1 Md€ en

2023. Enfin, 65 M€ ont été délégués par les agences régionales de santé dans le cadre de la dotation de responsabilité territoriale, afin d'accompagner les projets des hôpitaux de proximité et conforter leur ancrage territorial.

1.2.3. Les modalités de financement pour les urgences

Depuis 2021, les structures de médecine d'urgence bénéficient d'un mode de financement combiné⁷ qui s'inscrit dans le cadre du Pacte de refondation des urgences présenté en septembre 2019.

Ce modèle s'est déployé progressivement autour :

- **d'une dotation populationnelle** qui vise à réduire les inégalités entre les territoires et à soutenir l'articulation avec les soins non programmés. Elle est allouée aux régions sur la base de critères ayant un impact direct sur le recours aux services de médecine d'urgence et au SMUR ;
- d'un **compartiment dédié à la qualité** des organisations et des prises en charge qui représente environ 2 % du financement de la médecine d'urgence. Ce compartiment complète le modèle avec une valorisation de la progression observée de l'établissement de santé sur des indicateurs spécifiques permettant par exemple, d'inciter à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données d'activité remontées par les services d'urgences. Le financement à la qualité au titre de l'année 2023 s'est vu enrichir de nouveaux indicateurs⁸ pour inciter notamment à diminuer les durées de passage des patients de plus de 75 ans aux urgences, y compris dans les unités d'hospitalisation de courte durée ainsi qu'assurer une continuité de l'activité⁹.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, ce modèle se compose également d'une meilleure prise en compte, dans le financement à l'activité, de l'intensité des prises en charge avec la mise en place de forfaits (urgentistes, imagerie, biologie, spécialistes) et suppléments dépendant notamment de l'âge du patient et de ses caractéristiques. Depuis le 1^{er} mars 2023, afin d'améliorer le financement des passages ayant donné lieu à une prise en charge pédiatrique, un nouveau forfait âge 0-3 mois et deux suppléments pédiatrie peuvent être déclenchés en fonction des diagnostics.

Par ailleurs, un **forfait patient urgences unique (FPU)** pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation a été mis en place en 2022. Il correspond au reste à charge dû par les patients ou leur organisme complémentaire, en complément des financements couverts par l'Assurance maladie obligatoire (AMO). Le caractère forfaitaire de ce paiement permet au patient de connaître dès son passage le montant de son reste à charge.

1.2.4. L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD)

► Les modalités de financement pour l'hospitalisation à domicile

L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une partie de l'activité du champ de la médecine chirurgie obstétrique (MCO). Néanmoins, du fait de sa grande spécificité, elle dispose d'un mode de financement qui lui est propre, articulé autour :

- d'un financement tarifaire qui valorise les journées d'hospitalisation à domicile par le biais des groupes homogènes de tarifs (GHT) ;

⁷ Financement combiné des structures d'urgences défini à l'article 36 de la LFSS pour 2020

⁸ Arrêté du 2 avril 2024 modifiant l'arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement mentionnées à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation

⁹ Article 43-1 - Arrêté du 1^{er} juin 2021 relatif aux mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé maintenues en matière de lutte contre la covid 19

- du financement des médicaments en sus, qui correspond aux dépenses engagées au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation de MCO auquel s'ajoute une enveloppe complémentaire spécifique au champ de l'hospitalisation à domicile qui finance une partie des spécialités coûteuses non inscrites dans la liste en sus pour les séjours en établissement mais considérées comme onéreuses au regard des GHT concernés d'HAD.

► La dynamique de l'activité de l'hospitalisation à domicile en 2023¹⁰

En 2023, on observe une augmentation du nombre de journée de +6,0 % par rapport à 2022. Cette évolution est marquée par un fort effet recours¹¹ de +4,6 % par rapport à 2022.

En 2023, les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins de nursing lourds concernent 59 % des journées d'hospitalisation à domicile. Par ailleurs, les chimiothérapies, les rééducations neurologiques, les rééducations orthopédiques ainsi que les transfusions sont les motifs d'hospitalisation à domicile qui connaissent la progression la plus importante (respectivement +13,6 %, +25,9 %, +30,7 % et +54,7 % en 2023 par rapport à l'année précédente).

Après trois années de relative stabilité, le nombre de journées HAD en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) repart à la hausse avec +9,4 % par rapport à 2022. La prise en charge conjointe entre unité d'hospitalisation à domicile et service de soins infirmier à domicile (SSIAD) poursuit sa croissance entamée depuis son autorisation en 2017, à un rythme plus soutenu (+13,3 % en 2023).

► Les perspectives d'évolution du modèle de financement de l'hospitalisation à domicile

La nécessité de réformer le modèle de financement de l'HAD fait l'objet d'un consensus des acteurs. À ce stade, les orientations identifiées sont les suivantes :

- mettre en place des mesures incitatives pour fluidifier le parcours de soins et favoriser la juste prescription de la prise en charge en HAD ;
- accélérer la médicalisation des prises en charge et l'évolution des pratiques, notamment en lien avec les mentions spécialisées issues du nouveau régime des autorisations en HAD¹². En outre, la meilleure prise en compte de ces deux éléments pourra intervenir grâce à la refonte de la classification médico-économique ;
- améliorer la prise en compte des spécificités de l'HAD en termes de diversité des territoires couverts, de population prise en charge, d'organisation et de liens avec les professionnels de santé. Il convient notamment d'adapter le financement de l'HAD au regard des évolutions constatées sur les prises en charges réalisées pour les patients âgés polypathologiques, les soins palliatifs et la réadaptation complexe.

Ainsi, les travaux d'élaboration d'un nouveau modèle de financement mixte, en sus de l'actuel financement à l'activité, se poursuivent. Ce modèle pourrait combiner plusieurs compartiments dédiés au financement de missions spécifiques, d'objectifs de santé publique et de l'activité.

¹⁰ Source ATIH

¹¹ Effet recours : correspond à l'estimation de l'effet de l'évolution de la proportion de patients HAD dans la population française et la quantification de l'effet de l'évolution de la durée d'hospitalisation

¹² Cette activité est déclinée en 4 mentions : socle, réadaptation, enfants de moins de 3 ans, ante- et post-partum

1.2.5. La répartition régionale des financements pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, hospitalisation à domicile et structures d'urgences en 2023

Le tableau ci-après présente par région, pour 2023, les financements des établissements de santé pour leurs activités de médecine, chirurgie, obstétrique¹³, urgences et hospitalisation à domicile avec, d'une part, les ressources allouées sous forme de dotations et, d'autre part, les financements en lien direct avec l'activité réalisée.

¹³ Pour le MCO, les forfaits annuels correspondent au forfait annuel greffes (FAG), au forfait annuel coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO) et au forfait annuel activités isolées (FAI).

en millions d'euros

Activités de médecine, chirurgie, obstétrique et hospitalisation à domicile - Financements 2023								
Région	Allocations de ressources					Financements directs à l'activité		
	Missions d'intérêt général & aides à la contractualisation	Dotations urgences	Forfaits annuels	Incitation financière à la qualité	Dotation annuelle de financement	Séjours	Actes et consultations externes	Produits de santé financés en sus
	A	B	C	D	E	F	G	H
Auvergne-Rhône-Alpes	1 239,8	357,1	28,0	63,9		6 060,7	593,5	1 327,0
Bourgogne Franche Comté	481,9	167,9	8,4	19,7		2 163,9	211,9	432,5
Bretagne	489,9	144,1	10,7	26,5		2 543,3	241,1	595,5
Centre Val de Loire	347,8	135,7	6,5	16,6		1 727,0	175,6	331,9
Corse	79,6	31,6	2,7	2,0		243,6	17,2	42,4
Grand Est	892,6	270,7	17,1	42,2		4 358,3	444,0	873,9
Hauts-de-France	917,2	301,4	15,2	47,4		4 623,8	515,2	827,5
Ile-de-France	2 636,2	558,3	42,6	82,3	3,6	9 324,8	904,7	1 806,8
Normandie	513,5	188,7	9,0	22,0		2 416,1	259,5	487,2
Nouvelle-Aquitaine	890,2	300,4	20,9	44,6		4 573,6	436,1	1 050,1
Occitanie	940,8	264,4	22,9	45,4	9,1	4 488,3	404,8	958,3
Pays de la Loire	530,8	143,1	10,6	26,7		2 594,4	237,3	604,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	779,9	259,4	16,7	40,5		4 200,2	422,5	879,0
France métropolitaine	10 740,1	3 122,8	211,2	479,9	12,7	49 318,0	4 863,5	10 216,3
Guadeloupe	145,5	31,8	4,1	2,2		407,4	25,8	32,6
Guyane	120,6	22,2	1,5	1,4		171,8	9,4	7,3
Martinique	171,8	22,5	0,6	1,1		334,2	27,2	42,3
Mayotte			0,0	0,0	297,8			
La Réunion	156,4	41,9	2,7	7,4		907,9	51,3	91,2
Outre-mer	594,2	118,5	8,8	12,2	297,8	1 821,2	113,7	173,5
Total	11 334,4	3 241,3	220,1	492,1	310,5	51 139,2	4 977,2	10 389,8

Sources : A-B-E arrêtés de dotations régionales 2023, C-D données HAPI 2023, F recettes séjours et suppléments y compris dialyse (y compris GF) G-H données de valorisation issues des remontées PMSI 2023 (H : hors remises)

1.3. Le financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR)

► Les modalités de financement pour les soins médicaux et de réadaptation en 2023

Le financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR) reposait jusqu'en 2017 sur un système de financement binaire selon le secteur des établissements réalisant ces activités :

- les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN), regroupant les établissements privés à but lucratif et une partie des établissements privés à but non lucratif, étaient financés par des prix de journée et des suppléments, définis par les agences régionales de santé pour chaque établissement, présentant un caractère inflationniste et ne traduisant qu'imparfaitement la variété et la lourdeur des prises en charge ;
- les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF), regroupant les établissements publics et la plupart des établissements privés à but non lucratifs, bénéficiaient d'un financement sous forme de dotation. Cette modalité de financement ne permettait pas suffisamment de prendre en compte l'évolution du niveau d'activité des établissements et de leurs prises en charge, qu'il s'agisse de leur intensité ou des modalités d'organisation.

L'article 78 de la LFSS pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins médicaux et de réadaptation afin de corriger les effets de ce financement différencié. Celui-ci a débuté en 2017 avec l'instauration d'un dispositif transitoire combinant anciennes (90%) et nouvelles (10%) modalités de financement afin de permettre aux établissements d'appréhender la réforme progressivement, en limitant les effets revenus, et de finaliser en parallèle les évolutions techniques et organisationnelles nécessaires.

Depuis 2017, s'ajoutent donc aux anciennes modalités de financement :

- la dotation modulée à l'activité (DMA) qui correspond à un financement tarifaire au séjour, comparable sur son principe à la valorisation tarifaire pour les activités de MCO ;
- des compartiments complémentaires pour financer les molécules onéreuses, certaines missions d'intérêt général (MIG) spécifiques aux activités de SMR ainsi que les aides à la contractualisation (équivalentes à ce qui se pratique pour les activités MCO) ;
- un financement à la qualité dédié (IFAQ).

Selon les dispositions de l'article 107 de la LFSS pour 2023, le nouveau modèle de financement pour les activités de soins médicaux et de réadaptation est entré pleinement en vigueur le 1^{er} juillet 2024¹⁴. Trois objectifs principaux sous-tendent la mise en œuvre du modèle combiné. D'une part, il permet de financer les établissements de SMR sur la base de critères épidémiologiques et démographiques explicatifs du recours aux soins de SMR sur le territoire, plutôt qu'à partir des caractéristiques des structures existantes, tout en tenant compte de l'activité pour l'ensemble des établissements. D'autre part, il vise à améliorer la stabilité financière des établissements, essentielle à l'amélioration des prises en charge des patients. Enfin, il harmonise les modalités de financement des établissements historiquement sous dotation annuelle de financement (DAF) et des établissements financés à la journée d'hospitalisation.

Ce modèle se compose :

- de **financements issus de l'activité** qui représentent au niveau national 50 % du financement total des établissements SMR. Pour chaque séjour, l'établissement percevra un montant forfaitaire correspondant aux tarifs (GMT) en vigueur. Ces recettes permettront de rendre le modèle de financement dynamique et réactif par rapport à l'évolution des prises en charge effectuées par les établissements ;

¹⁴ décret du 29 juillet 2023 relatif à la réforme du financement des activités de soins médicaux et de réadaptation

- de **compartiments forfaitaires** introduits pour fournir de la visibilité et de la stabilité aux établissements. Au regard des fortes inégalités territoriales en termes d'équipements et de compétences sur ce champ, il est essentiel pour les établissements de disposer d'un vecteur de financement sécurisant afin de leur permettre d'engager les transformations nécessaires. En conséquence, les financements forfaitaires spécifiques aux SMR sont de deux types :
 - des compartiments ciblés (plateaux techniques spécialisés, activités d'expertise financées en dotations MIGAC, dotation pédiatrie...) qui permettent de prendre en compte les profils spécifiques d'établissements très spécialisés et de stabiliser ainsi leurs financements, tout en travaillant à un meilleur maillage territorial ;
 - le compartiment dit « dotation populationnelle » qui permet de mettre en relation l'allocation de financement et le besoin de santé au niveau territorial, indépendamment de la structure d'offre existante. Cette dotation sera répartie sur la base de critères démographiques et épidémiologiques ayant un impact direct sur le recours aux activités de SMR ;
- un **financement à la qualité** à travers le dispositif d'incitation au financement de l'amélioration de la qualité (IFAQ) adapté au champ des soins médicaux et de réadaptation.

Compte tenu du changement de modèle de financement au cours d'une même campagne tarifaire, les vecteurs de financement historiques ont été maintenus pour le second semestre 2023 et l'impact de la réforme calculé rétroactivement pour cette période.

La mise en œuvre du nouveau modèle s'accompagne d'un dispositif transitoire, **la dotation de transition**, qui ajuste la dotation populationnelle afin de lisser dans le temps les effets revenus induits par ce nouveau modèle de financement. Ce mécanisme de transition, qui permet une appropriation meilleure du modèle par les acteurs, est dégressif jusqu'au 1^{er} janvier 2028, date prévue de sa disparition.

► La répartition régionale des financements pour les activités de SMR en 2023

Le tableau ci-après présente par région, pour 2023, les financements des établissements de santé pour leurs activités soins médicaux et réadaptation avec, d'une part, les ressources allouées sous forme de dotations et, d'autre part, les financements en lien direct avec l'activité réalisée.

en millions d'euros

Activités de soins médicaux et de réadaptation - Financements 2023						
Région	Allocations de ressources			Financements directs à l'activité		
	Dotations annuelles de financement	Missions d'intérêt général & aides à la contractualisation	Incitation financière à la qualité	Dotations modulées à l'activité	Financement à la journée	Actes et consultations externes
	A	B	C	D	E	F
Auvergne-Rhône-Alpes	836,2	92,8	10,6	105,4	163,9	0,5
Bourgogne Franche Comté	260,6	28,5	3,5	38,8	118,5	0,1
Bretagne	426,6	21,8	4,8	45,5	31,3	0,9
Centre Val de Loire	237,4	22,6	3,3	32,0	52,2	0,1
Corse	25,2	4,4	0,6	6,2	26,4	0,0
Grand Est	676,4	52,7	6,4	71,6	83,0	0,7
Hauts-de-France	665,5	54,7	7,2	78,2	131,7	0,6
Ile-de-France	1 328,9	107,1	16,2	199,2	575,8	- 4,3
Normandie	325,8	28,3	5,1	50,6	115,9	0,4
Nouvelle-Aquitaine	577,3	38,3	8,0	77,2	166,9	0,4
Occitanie	527,1	62,8	9,8	95,1	314,3	0,2
Pays de la Loire	414,6	14,9	4,4	43,3	23,8	0,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	366,6	74,8	8,9	81,5	320,2	0,3
France métropolitaine	6 668,2	603,7	88,8	924,7	2 123,8	0,8
Guadeloupe	40,6	5,9	0,7	10,8	52,9	0,4
Guyane	3,2	1,6	0,0	2,5	21,0	
Martinique	62,1	6,1	0,4	7,1	9,3	0,1
Mayotte						
La Réunion	34,7	8,2	1,4	14,8	104,5	0,1
Outre-mer	140,6	21,8	2,5	35,3	187,6	0,5
Total	6 808,8	625,5	91,2	959,9	2 311,4	1,3

Sources : A-B arrêtés de dotations régionales 2023, C-F données HAPI 2023, D données de valorisation issues des remontées du PMSI, E données de facturation provisoire CNAM à fin mai 2024

► La dynamique de l'activité de SMR en 2023¹⁵

En 2023, près de 873 000 séjours d'hospitalisation complète ont été réalisés au sein des établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR), soit une évolution de +3,6% par rapport à 2022 et de -14,9 % par rapport à 2019, dernière année de référence avant la crise sanitaire. Ce repli correspond à une évolution de +3,2 % du nombre de journées d'hospitalisation complète en 2023 par rapport à 2022 et de -9,0 % en cumulé sur la période 2019 - 2023. En hospitalisation partielle (au cours de laquelle le patient est pris en charge uniquement en journée), le nombre de journées a été sensiblement plus dynamique avec une augmentation de +11,5 % en 2023 par rapport à 2022 et de +18,5 % en cumulé de 2019 à 2023.

Concernant les séjours d'hospitalisation complète, les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire, les affections du système nerveux et celles de l'appareil circulatoire concernent 67,6 % des journées de soins médicaux et de réadaptation en 2023.

Les séjours pour ces motifs sont également majoritaires en hospitalisation partielle.

► Les évolutions portées dans le cadre du financement des SMR pour 2024

En 2024, les établissements sont désormais entièrement financés selon les compartiments du nouveau modèle. Une dotation de transition a toutefois été appliquée en 2024 afin de lisser les effets induits par la réforme.

L'évolution des financements des établissements de santé dans le cadre de la campagne 2024 pour le périmètre de soins médicaux et de réadaptation est portée par une augmentation globale des tarifs des séjours en moyenne de +3,0 % pour le secteur ex-DG et +1 % pour le secteur ex-OQN, en lien notamment avec les mesures de revalorisations des rémunérations.

1.4. Le financement des activités de psychiatrie

► Les modalités de financement pour la psychiatrie

La réforme du financement des activités de psychiatrie, entrée en vigueur en 2022, a permis d'harmoniser les modalités de financement du secteur¹⁶. Le modèle mis en place, qui vise à réduire les inégalités territoriales constatées et à soutenir la nécessaire transformation de ce champ d'activité, repose sur huit compartiments :

- une **dotation populationnelle** répartie entre les régions sur la base de leur population ajustée au regard de critères identifiés comme explicatifs du recours aux soins¹⁷ de psychiatrie ;
- une **dotation à la file active** (DFA) ;
- un **compartiment activités spécifiques** pour reconnaître et financer certaines activités à portée suprarégionale ;
- **plusieurs compartiments** de financements ciblés afin de soutenir la **transformation** du secteur, la **structuration de la recherche** en santé mentale et le **développement d'activités innovantes** ;
- un **financement à la qualité** à travers l'extension du dispositif d'incitation au financement de l'amélioration de la qualité (IFAQ) au champ de la psychiatrie et la création d'un compartiment dédié au financement de la **qualité du codage**.

¹⁵ Source ATIH

¹⁶ Les établissements sous dotation se trouvaient contraints dans le développement de leur activité et ne pouvaient accompagner l'évolution nécessaire des prises en charge, dans leurs modalités organisationnelles comme dans leur intensité. A contrario, la modalité de financement des établissements bénéficiant des prix de journée favorisait une activité dynamique mais ne traduisait pas forcément ni la variété ni la lourdeur des prises en charge.

¹⁷ Taux de pauvreté, taille moyenne des ménages, densité de psychiatres libéraux, densité de l'offre médico-sociale adaptée et surpondération de la population mineure

Afin de prendre en compte les spécificités des anciens secteurs de financement, les poids respectifs de la dotation populationnelle et de la dotation file active sont différents par secteur de financement. En 2023, la dotation file active représente ainsi 15 % du total du montant des dotations populationnelle et file active pour les établissements publics et une partie des établissements privés à but non lucratif (EBNL) et 85 % pour les établissements privés à but lucratif et l'autre partie des EBNL. Ce poids pourrait varier à l'avenir.

L'année 2022 a été une année de transition vers le nouveau modèle de financement reposant sur une sécurisation totale des recettes historiques pour chaque établissement puisque ceux-ci ont été financés par une **dotation provisionnelle**, d'un montant au moins équivalent aux recettes 2021.

En 2023, les établissements sont désormais financés entièrement selon les compartiments du nouveau modèle. Toutefois, en 2023 comme en 2024, les recettes des établissements restent intégralement sécurisées sur le périmètre des deux compartiments principaux de financement : dotation populationnelle et dotation file active, ce qui permet à chaque établissement de recevoir une dotation au moins égale à celle de l'année précédente. Les recettes des établissements resteront sécurisées pour ces deux compartiments jusqu'en 2025. Le taux de sécurisation de la dotation file active est fixé chaque année après concertation des fédérations hospitalières et peut varier entre les secteurs de financement. L'application pleine et entière du nouveau modèle, sans dispositif de sécurisation, est prévue pour 2026.

► La répartition régionale du financement pour les activités de psychiatrie en 2023

Le tableau ci-dessous présente par régions les financements 2023 des établissements pour leur activité de psychiatrie.

en millions d'euros

Activité de psychiatrie - Financement 2023								
Région	Allocation de ressources							
	Dotation populationnelle	Dotation nouvelles activités	Dotation activités spécifiques	Dotation structuration de la recherche	Dotation accompagnement à la transformation	IFAQ PSY	Dotation relative à la file-active	Dotation relative à la qualité du codage
	A	B	C	D	E	F	G	H
Auvergne-Rhône-Alpes	1 000,1	5,4	27,7	5,7	111,3	13,0	292,1	2,4
Bourgogne Franche Comté	400,1	2,7	4,7	0,3	29,8	4,0	100,6	0,9
Bretagne	474,7	2,9	18,7	0,8	37,0	5,8	133,4	1,1
Centre Val de Loire	309,7	2,6	9,3	0,3	25,1	3,8	93,7	0,8
Corse	46,5	0,8	1,5	0,1	2,6	0,4	17,8	0,1
Grand Est	707,0	3,8	58,7	1,1	66,1	9,5	156,6	1,8
Hauts-de-France	805,7	4,6	30,1	0,8	61,6	10,9	207,6	1,8
Ile-de-France	1 690,4	8,0	46,7	1,4	106,4	23,6	406,2	3,5
Normandie	461,4	3,6	14,2	0,6	37,7	5,3	109,1	0,9
Nouvelle-Aquitaine	817,8	4,1	30,6	3,1	58,6	9,5	210,3	1,9
Occitanie	696,6	4,7	22,9	0,5	51,8	10,5	256,0	1,7
Pays de la Loire	474,1	3,2	5,3	0,3	34,3	5,4	90,6	0,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	609,6	3,9	38,8	0,5	59,3	8,5	216,3	1,5
France métropolitaine	8 493,5	50,3	309,2	15,5	681,4	110,2	2 290,2	19,5
Guadeloupe	67,1	0,0	1,8	0,1	9,6	0,4	13,7	0,2
Guyane	45,7	0,3	1,1	0,1	1,7	0,6	1,0	0,0
Martinique	63,4	0,4	1,5	0,1	18,3	0,8	15,0	0,1
Mayotte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
La Réunion	126,1	0,7	4,3	0,1	7,4	1,6	42,7	0,2
Outre-mer	302,3	1,4	8,7	0,4	37,0	3,4	72,4	0,5
Total dotations régionales	8 795,8	51,7	317,9	15,9	718,5	113,6	2 362,6	20,0

Sources : arrêtés de dotations régionales 2023 de A à E, et source HAPI 2023 pour F, G et H

► La dynamique de l'activité de psychiatrie en 2023¹⁸

Entre 2022 et 2023, le nombre de journées augmente de +0,4 %. Cette évolution correspond à une évolution de -0,9 % du nombre de journées d'hospitalisation complète en 2023. En hospitalisation partielle (au cours de laquelle le patient est pris en charge uniquement en journée), le nombre de journées a connu une forte progression par rapport à 2022 : il a augmenté de +6,5 % en 2023.

Les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et des troubles somatoformes concernent 38 % des journées de psychiatrie en 2023. Les journées d'hospitalisation liées à des troubles névrotiques, à des facteurs de stress et des troubles somatoformes ressortent en hausse de +6,5 % tandis que celles liées à des troubles de l'humeur progressent de +2,1 % entre 2022 et 2023.

En 2023, environ 407 000 patients ont été pris en charge (à temps complet ou partiel) au titre de l'activité hospitalière en psychiatrie, en progression de +1,2 % par rapport à 2022. L'analyse par classe d'âge montre une augmentation globale du nombre de patients de moins de 40 ans. En moyenne, les évolutions sont plus marquées pour les patients de 0 à 3 ans (+5,6 % par rapport à 2022) et les patients de 75 à 79 ans (+7,0 % par rapport à 2022).

Par ailleurs, 21,9 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire au titre de l'activité de psychiatrie en 2023, un nombre en croissance de +2,9 % par rapport à 2022. Cette croissance est principalement expliquée par l'augmentation du nombre d'actes constaté chez les patients âgés de 25 à 29 ans, de 13 à 17 ans et de 18 à 24 ans.

► Les évolutions portées dans le cadre du financement de la psychiatrie pour 2024

L'année 2024 constitue la deuxième année de mise en œuvre opérationnelle du modèle de financement combiné de la psychiatrie. La progression des ressources de la psychiatrie inscrite dans l'ONDAM pour 2024, notamment du fait des engagements pris dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, a permis en particulier d'apporter d'une réponse plus adaptée aux besoins de soins urgents et non programmés par le développement du volet psychiatrie du service d'accès aux soins (SAS).

Au-delà des mesures prévues par les Assises de la santé mentale, la progression des ressources consacrées à la psychiatrie vise notamment à poursuivre le renforcement de l'offre de prise en charge psychiatrique à destination des enfants et adolescents (pédopsychiatrie), à organiser un nouvel appel à projets du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie ainsi qu'à anticiper la nouvelle stratégie nationale autisme et troubles neurodéveloppementaux.

1.5. Le financement des unités de soins de longue durée (USLD)

► Les modalités de financement pour les soins de longue durée

Les unités de soins de longue durée sont des structures d'hébergement et de soins prenant en charge des patients nécessitant un suivi sanitaire au long cours et des soins médicaux et techniques importants, sans critères d'âge. Elles sont chargées d'accueillir et de soigner des personnes présentant une pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes de décompensation répétés et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale continue et l'accès à un plateau technique minimum. Si 97 % des personnes prises en charge sont des personnes âgées (l'âge moyen d'entrée en 2015 est de près de 84 ans), 3 % de la population prise en charge est constituée de personnes plus jeunes avec une situation de handicap et des besoins de soins techniques élevés au long cours.

¹⁸ Source ATIH

Le financement des places d'hébergement permanent des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et des unités de soins de longue durée (USLD) est calqué sur celui des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et assuré par trois acteurs selon le type de dépenses concernées :

- **les dépenses de la section « soins »** (personnel soignant et équipements médicaux) sont financées par la branche maladie pour les USLD, représentant 58 % des ressources des USLD ;
- **les dépenses de la section « dépendance »** (aide et surveillance) représentent 12 % des ressources des USLD. Les deux-tiers de ces dépenses, sont financées par les conseils départementaux, par le biais d'une prestation individuelle, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'APA est une aide au résident permettant de payer le tarif dépendance correspondant à son niveau de perte d'autonomie. Le dernier tiers de ces dépenses est couvert par la participation des résidents ;
- **les dépenses de la section « hébergement »** (hôtellerie, restauration, animation, etc.), représentent 30 % des ressources des USLD. Elles sont financées par les résidents et leurs familles qui peuvent néanmoins percevoir des aides sociales en fonction de leurs ressources (0,6 Md€ en 2023 pour les USLD).

► **La répartition régionale du financement sanitaire pour les soins de longue durée en 2023**

Le tableau ci-dessous présente par régions les financements sanitaires 2023 pour les établissements exerçant des activités de soins de longue durée¹⁹.

¹⁹ Les unités de soins de longue durée bénéficient d'un financement ternaire. Ce tableau correspond uniquement aux ressources au titre de la section soins, dont les ressources sont issues de l'ONDAM.

en millions d'euros

Activité de soins de longue durée - Financement 2023	
Région	Allocation de ressources
	Dotations soins des USLD
Auvergne-Rhône-Alpes	165,1
Bourgogne Franche Comté	59,1
Bretagne	65,2
Centre Val de Loire	54,4
Corse	8,8
Grand Est	120,8
Hauts-de-France	120,1
Ile-de-France	233,6
Normandie	68,3
Nouvelle-Aquitaine	139,1
Occitanie	136,1
Pays de la Loire	73,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	73,4
France métropolitaine	1 317,0
Guadeloupe	11,5
Guyane	1,5
Martinique	7,8
Mayotte	
La Réunion	5,0
Outre-mer	25,8
Total	1 342,8

Sources : arrêtés de dotations régionales 2023

► Les perspectives d'évolution du modèle de financement des USLD

Les réformes sur l'autonomie et le grand âge ainsi que le souhait des personnes de demeurer à domicile le plus longtemps possible conduisent à un accueil par les USLD des personnes âgées les plus dépendantes et nécessitant des soins renforcés, dans un *continuum* et une gradation des prises en charge avec l'offre des EHPAD.

Une première étape de la mise en œuvre de ces réformes a été menée avec le rapport « 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie »²⁰ qui visait à définir les profils de soins relevant plus spécifiquement des USLD ou des EHPAD, et les besoins auxquels l'offre de soins des « unités de soins prolongées complexes (USPC) » devrait répondre de manière spécifique. Il a conduit à la publication d'une feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023²¹ dont le premier axe porte sur l'évolution des USLD et définit les conditions d'une plus forte médicalisation des EHPAD.

²⁰ Le rapport du 5 juillet 2021 par les professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin « 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie »

²¹ Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023

La LFSS pour 2024 a en outre prévu une expérimentation sur la fusion des sections « soins » et « dépendance » à compter du 1^{er} janvier 2025, concernant les EHPAD comme les USLD.

1.6. Des modalités de financement communes à différents champs d'activité

1.6.1. Le financement à la qualité

Depuis 2016 pour le champ MCO/HAD, 2017 pour le SMR et 2022 pour la psychiatrie, les établissements exerçant ces activités hospitalières peuvent bénéficier d'une **dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)** en fonction des résultats obtenus en matière de qualité et de sécurité des soins.

Ce dispositif constitue le principal mode de financement reposant sur des objectifs et des indicateurs de qualité de prise en charge. Il a été profondément rénové en 2019 afin de faire de la qualité un compartiment tarifaire à part entière, d'accroître son poids dans le financement des établissements de santé et de renforcer son caractère incitatif et inclusif. Les principales évolutions sont les suivantes :

- la logique de score qualité global par établissement a été remplacée par une rémunération à l'indicateur ;
- la part d'établissements rémunérés sur la base du niveau atteint est passée d'environ 30 % au global à 70 % par indicateur.

La logique de valorisation du niveau atteint par l'établissement mais aussi de la progression de l'établissement entre deux dates de recueils a quant à elle été conservée.

Il constitue le principal mode de financement relatif à la qualité avec, depuis 2022, **avec une enveloppe annuelle de 700 M€**.

Si la mise en œuvre des évolutions du dispositif a été freinée par la crise sanitaire, depuis 2022, son extension au champ de la psychiatrie et l'introduction d'une mécanique de gradation des rémunérations en fonction du niveau de résultat atteint ont pu être réalisés. En lien étroit avec les acteurs, il a été acté le fait de stabiliser le modèle en 2024 afin de recentrer les travaux autour de la consolidation du dispositif et de l'appropriation du modèle par les acteurs. Un travail de réforme du financement du dispositif IFAQ va être engagé à compter de 2025 visant à améliorer sa lisibilité et son efficacité.

D'autres dispositifs visent à valoriser la qualité et la pertinence des soins dans le financement des établissements, la dotation qualité pour les structures de médecine d'urgence en constituant un exemple (voir la partie 1.2.3).

1.6.2. Les dotations afférentes aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

L'ONDAM ES porte les crédits relatifs à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) destinée à financer les missions spécifiques assurées par les établissements de santé, indispensables à la prise en charge de la population d'un territoire.

► **Les objectifs et l'allocation du financement des missions d'intérêt général (MIG)**

Les missions d'intérêt général (MIG) recouvrent des activités bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité soit en raison de l'absence d'une classification adaptée soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné. Ces activités peuvent être classées en deux grandes catégories :

- les **missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation** (MERRI)²² ;
- **les autres missions**²³ parmi lesquelles les missions de vigilance et de veille épidémiologique, la veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques, l'intervention d'équipes pluridisciplinaires et la coordination pour certaines pathologies spécifiques.

Les crédits finançant les missions d'intérêt général représentent un montant de plus de 5,3 Md€ en 2023.

Le tableau ci-dessous présente les crédits alloués aux établissements de santé au titre de la gestion 2023 pour chaque mission d'intérêt général (en M€) :

en M€

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2023 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant
Missions générales de recherche médicale, d'enseignement et d'innovation	Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation	1 963,8
Missions spécifiques de recherche médicale et d'innovation en matière de soins	Préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques	28,1
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	30,5
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRCK)	7,5
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	14,3
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS)	0,9
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRTK)	1,1
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	12,9
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	2,7

²² Les MIG^(MERRI) sont précisées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale

²³ Les autres MIG figurent au 2°, 3° et 4° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale

en M€

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2023 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant
	Effort d'expertise des établissements de santé	2,6
	Soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	9,1
	Programmes de recherche médico-économique (PRME)	6,2
	Les programmes de recherche médico-économique en cancérologie (PRMEK)	0,2
	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	64,7
	Conception des protocoles, gestion et analyse de données	15,7
	Investigation	16,2
	Coordination territoriale	15,9
	Qualité et performance de la recherche impliquant la personne humaine à finalité commerciale	20,0
	Les projets de recherche clinique hospitaliers dédiés aux maladies infectieuses émergentes et réémergentes (ReCH-MIE)	0,9
Missions spécifiques d'enseignement et de formation des personnels hospitaliers	Stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	4,6
	Financement des études médicales	1 072,1
Missions de recours exceptionnel	Financement des activités de recours exceptionnel	61,0
Missions spécifiques de recherche, d'enseignement, de référence, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées	Centres mémoire de ressources et de recherche	13,5
	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	10,8
	Centres de référence maladies rares labellisés (hors centres inclus dans les MIG F05, F06, F07 ²⁴)	98,3
	Centres labellisés Maladies hémorragiques constitutionnelles	7,1
	Centres labellisés Mucoviscidose	20,6
	Centres labellisés Sclérose latérale amyotrophique	7,5

24 La MIG F05, F06, F07 correspondent respectivement aux centres labellisés Maladies hémorragiques constitutionnelles, au centre labellisé mucoviscidose, aux centres labellisés sclérose latérale amyotrophique listés spécifiquement dans le tableau ci-dessus.

en M€

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2023 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant
	La mortalité périnatale	5,5
	Centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	7,9
	Centres régionaux de Pathologies Professionnelles et Environnementales (CRPPE)	8,9
	Services experts de lutte contre les hépatites virales	9,2
	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	15,9
	Centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)	6,7
	Centres de référence pour infections ostéo-articulaires (CIOA)	1,5
	Réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte	7,2
	Filières de santé pour les maladies rares	14,4
	Centres de ressources et de recherche sur la sclérose en plaques (C2Rsep)	2,7
	Centre national de référence en hémobiochimie périnatale	5,6
	Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCND)	0,4
	Plateformes maladies rares	5,5
	Bases de données sur les maladies rares	11,4
	Appui à l'expertise maladies rares	9,8
Activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispense des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs	Actes de biologie et d'anatomopathologie non inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers	507,0
	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	15,5
Missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise	Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et d'addictovigilance (CEIP-A) mentionnés aux articles R. 5121-158 et R. 5132-112 du code de la santé publique	1,5
	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique	3,1

en M€

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2023 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant
	Centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique	9,7
	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres	4,8
	Centre national de ressources de la douleur	0,4
	Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie	1,3
	Centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	44,0
	Centre national pour malades jeunes, Alzheimer et apparentées (CNR-MAJ)	0,7
	Centre expert national sur les médicaments et autres agents tératogènes et/ou foetotoxiques	0,7
	Lutte contre les maladies vectorielles à tiques, dont la maladie de Lyme (MVT)	1,7
Missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient	Équipes de cancérologie pédiatrique	19,9
Missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine	Lactariums mentionnés à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique	8,7
	Surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité	33,3
	Prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté	1,6
	Prélèvements et stockage de sang placentaire	1,8
Missions de maintien et d'accès aux soins de proximité	Mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maïs	30,1
	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	8,3
Mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes	Espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI)	5,9
Missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles	Actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	0,8
	Missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique	12,8

en M€

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2023 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant
	Acquisition et la maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	30,2
Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Consultations hospitalières d'addictologie	63,5
	Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	76,5
	Consultations hospitalières de génétique	40,4
	Centres experts de la maladie de Parkinson	3,7
	Primoprescription de chimiothérapies orales	2,0
	Dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violence	7,4
Aide médicale urgente	Services d'aide médicale urgente (SAMU) pour les missions mentionnées aux articles R. 6311-2 et R. 6311-3 du code de la santé publique	374,8
	Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques : centres de consultations et d'assistance télé-médicale maritimes et de relai des appels passés par les personnes sourdes et malentendantes	1,9
	Prise en charge des patients en situation d'obésité	1,2
	Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP)	12,5
	Évacuations sanitaires pour les patients des territoires ultramarins et de Corse (EVASAN)	14,1
Participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	Rémunération des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires	6,9
	Coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements, des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales	0,8
	Rémunération des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements hors SMR	7,2
	Coopération hospitalière internationale	1,1
	Participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997	55,8

en M€

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2023 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant
Activités de soins dispensés à des populations spécifiques	Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	20,3
	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)	211,5
	Chambres sécurisées pour les personnes détenues	12,4
Prise en charge des patients en situation de précarité	Dépenses liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies spécifiques de nature à la complexifier	1,3
Missions relevant des soins médicaux et de réadaptation	Accompagnement à la scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation	6,6
	Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation	8,2
	Rémunération des internes en stage hospitalier	3,3
	L'effort d'expertise des établissements	0,1
	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)	0,0
	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	0,1
	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	0,1
	Hyperspécialisation des prises en charge	6,6
	Rémunération des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de SMR	0,2
	Équipes mobiles en soins médicaux et de réadaptation	18,7
	Unités cognitivo-comportementales (UCC)	9,0
	Plateaux techniques spécialisés (PTS)	5,8
	Ateliers d'appareillage	3,0
Total		5 342,6

Source : données HAPI 2023

► Les objectifs et l'allocation des aides à la contractualisation (AC)

Les dotations d'aide à la contractualisation (AC) ont pour objectif de financer ponctuellement les établissements de santé pour la mise en œuvre des adaptations de l'offre de soins. Ces aides permettent à chaque agence régionale de santé de mettre en œuvre une démarche de contractualisation avec les établissements afin de répondre à des orientations ou à des problématiques qui ne seraient pas financées par d'autres modalités de financement.

A titre exceptionnel, les aides à la contractualisation ont été mobilisées lors de la crise sanitaire pour le financement des tests et vaccins, la compensation des surcoûts liés à la Covid-19 mais également dans le cadre de la mise en œuvre de certaines mesures de revalorisation des ressources humaines liées au Ségur de santé, la poursuite des mesures exceptionnelles prises à l'été 2022 (notamment la majoration des gardes et astreintes, du temps additionnel et des heures de nuit pour le personnel médical et non médical) et aux mesures de préservation du pouvoir d'achat (revalorisation du point d'indice, versement d'une l'aide exceptionnelle).

Le tableau ci-dessous présente les crédits d'aides à la contractualisation au titre de la gestion 2023 regroupés par destinations.

en millions d'euros

Répartition des crédits d'aides à la contractualisation (AC) délégués en 2023 par destination	
Destination des aides à la contractualisation	Montant
Financement exceptionnels liés à la crise sanitaire (tests, vaccins), aux mesures de préservation du pouvoir d'achat et aux autres mesures de revalorisations salariales	2 217,5
Soutien à la démographie des professionnels de santé	1 959,9
Soutien à l'investissement des établissements de santé	915,1
Restructuration et soutien financier aux établissements de santé	928,1
Financement de la mesure d'admission directe des personnes âgées dans le cadre du pacte urgences	115,3
Accompagnement au fonctionnement des services d'urgences	156,7
Accompagnement au fonctionnement des activités de médecine et de chirurgie	32,6
Accompagnement au fonctionnement des activités d'hospitalisation à domicile	27,7
Accompagnement au fonctionnement des activités d'obstétrique et de périnatalité	13,5
Accompagnement au fonctionnement des activités de cancérologie	3,2
Accompagnement au fonctionnement des soins palliatifs	8,8
Accompagnement au fonctionnement des activités de prévention d'accident vasculaire cérébral	1,5

en millions d'euros

Répartition des crédits d'aides à la contractualisation (AC) délégués en 2023 par destination	
Destination des aides à la contractualisation	Montant
Accompagnement au fonctionnement des activités de prévention contre l'obésité	1,7
Soutien à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins	2,1
Total	6 383,8

Source : HAPI 2023

1.6.3. L'accompagnement financier des établissements de santé par le fonds d'intervention régional

Le fonds d'intervention régional (FIR) constitue le vecteur financier dont disposent les agences régionales de santé afin de soutenir plusieurs axes de la politique sanitaire, au travers de l'ensemble des acteurs de la santé (établissements de santé, professionnels libéraux, etc.) dans le cadre des cinq missions²⁵ confiées à ce fonds, y compris en réponse à des situations d'urgence.

En 2023, le montant alloué aux établissements de santé par les agences régionales de santé s'élève à 3,4 Md€ (sur les 5,2 Md€ du fonds) et se répartit comme suit, selon les cinq missions du fonds :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie : 414,1 M€ ;
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale : 1 142,7 M€ ;
- la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire : 772 M€. Parmi les politiques portées spécifiquement par le fonds au titre des établissements de santé, la permanence des soins en établissement de santé représente le plus gros poste de dépenses (740 M€) ;
- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels : 1 099,6 M€ ;
- le développement de la démocratie sanitaire : 0,6 M€.

Le FIR permet également de financer des projets innovants alliant la ville et l'hôpital. Issu du Pacte de refondation des urgences puis réaffirmé dans le cadre du Ségur de la santé, le SAS est un nouveau service d'orientation dans le système de santé. Il permet à toute personne ayant un besoin de santé urgent, ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé, d'accéder à distance à un professionnel de santé. En 2023, le FIR a financé le déploiement de nouveaux services d'accès aux soins (SAS), avec 15 nouveaux projets de SAS qui se sont ajoutés aux 58 SAS déjà mis en place pour 52,4 M€. Le FIR a aussi soutenu entre autres la création d'équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et d'équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) supplémentaires ainsi que plusieurs autres mesures de soutien dans le cadre du plan national 2021-2024 « développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie », pour un montant de 10 M€. De même, 3,4 M€ supplémentaires ont été délégués pour soutenir le déploiement

²⁵ Les missions du FIR sont définies à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique

des filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose portant à 4,5 M€ les crédits alloués sur cette thématique.

1.6.4. Les spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux facturables en sus pour les activités de MCO, HAD et SMR

Le financement des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux consommés au sein des établissements de santé est assuré par les tarifs des prestations²⁶ (Groupes homogènes de séjours (GHS) pour les activités de MCU et HAD, Groupes médico-tarifaires (GMT) pour les activités de SMR).

Par dérogation, la mise en place de la tarification à l'activité dans le champ MCO/HAD, puis du financement mixte dans le champ du SMR depuis le 1^{er} juillet 2023, s'est accompagnée d'un dispositif de financement complémentaire pour certains dispositifs médicaux, implants, greffons et certaines spécialités pharmaceutiques innovants et coûteux afin de soutenir et de diffuser l'innovation dans les établissements de santé. Ce dispositif dérogatoire est celui dit de la « liste en sus »^{27 28}. L'inscription des produits sur les « listes en sus » est réalisée par indication thérapeutique.

En effet, si les tarifs de GHS ou de GMT sont réputés inclure le coût des traitements délivrés lors de l'hospitalisation, certains médicaments et dispositifs médicaux, implants ou greffons innovants présentent des particularités en raison de leur prix élevé rapporté au tarif des séjours correspondants, mais aussi dans certains cas, du fait qu'ils peuvent être utilisés de manière marginale au sein des prestations d'hospitalisation, sans que leur coût ne puisse pour autant être intégré dans les tarifs desdites prestations.

L'inscription de ces produits de santé sur une de ces listes permet leur prise en charge à l'euro l'euro, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur présentation d'une facture de l'établissement de santé, en sus de la prestation elle-même.

Les travaux du conseil stratégique des industries de santé 2021 ont abouti à l'annonce, par le Président de la République, de l'élargissement des critères d'inscription sur les listes en sus pour faciliter l'accès aux innovations sur le territoire. Les textes permettant cet élargissement ont été publiés en décembre 2021 et sont applicables depuis le 1^{er} janvier 2022.

Des travaux visant à proposer de nouvelles modalités de gestion dynamiques de ces listes sont en cours en lien avec les professionnels de santé. En effet, une croissance de +11 % a été observée entre 2022 et 2023 pour la consommation de médicaments sur les champs du MCO/HAD, portant les montants remboursés à plus de 6,7 Md€ en 2023. Les dépenses remboursées sur la liste en sus pour les dispositifs médicaux, implants et greffons ont représenté quant à elles près de 2,4 Md€ en 2023, soit une hausse de près de +5,5 % par rapport à 2022²⁹.

1.7. Focus sur deux faits marquants de l'exercice 2023 : le financement des dépenses de revalorisation des rémunérations des personnels hospitaliers et la mise en place de la sécurisation modulée à l'activité (SMA)

1.7.1. Les mesures de revalorisation des rémunérations issues du Ségur de la santé

Diverses mesures de soutien financier aux professionnels de santé ont été mises en œuvre depuis 2020 à la suite des accords du Ségur de la santé. Celles-ci ont été financées de manière pérenne dans les ressources des établissements de santé et ont débouché sur des mesures de revalorisation salariale au bénéfice des personnels

²⁶Tarifs de prestations définis aux articles L. 162-22-3 et L.162-23-4 du code de la sécurité sociale

²⁷Liste en sus pour les champs du MCO/HAD prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

²⁸Liste en sus pour le champ du SMR défini à l'article L. 162-23-6-1 du code de la sécurité sociale

²⁹Données PMSI-ATIH MCO bases 2023, traitement DGOS

médicaux et non médicaux des établissements de santé publics et privés accompagnées d'un financement cumulé de 6,9 Md€ sur la période 2020-2023. Pour l'année 2023, la dernière annuité du financement de la mesure relative à la sécurisation des organisations a été financée à hauteur de 277 M€.

Le financement de ces mesures est ainsi progressivement monté en charge entre 2020 et 2023, au fur et à mesure du déploiement des revalorisations, de la façon suivante :

Catégories de mesures de revalorisation des ressources humaines financées dans le cadre du Ségur de la santé		2020	2021	2022	2023
Revalorisations des personnels non médicaux	Revalorisations socle	258 M€	2 189 M€	2 894 M€	2 785 M€
	Revalorisations indemnitaires	1 772 M€	2 330 M€	2 401 M€	2 359 M€
Revalorisations des personnels médicaux	Revalorisations socle	11 M€	152 M€	249 M€	244 M€
	Revalorisations indemnitaires	82 M€	82 M€	79 M€	69 M€
Revalorisations des étudiants et internes en médecine	Revalorisations socle	22 M€	142 M€	142 M€	142 M€
	Revalorisations indemnitaires	0 M€	2 M€	2 M€	2 M€
Sécurisation des organisations et des environnements de travail			281 M€	551 M€	852 M€
Financement transversal des mesures Ségur	Péréquation du financement Ségur		406 M€	379 M€	382 M€
	Revalorisation des MIG consécutive au Ségur		29 M€	35 M€	35 M€
Total des mesures financées dans le cadre du Ségur de la santé		2 147 M€	5 612 M€	6 732 M€	6 869 M€

Source : données circulaires budgétaires 2020 à 2023 et arrêtés tarifaires 2021 à 2023

1.7.2. Les mesures de revalorisation des rémunérations des personnels médicaux et non médicaux en complément des mesures issues du Ségur de la santé

L'ONDAM ES 2023 rectifié emporte 1,9 Md€ au titre des mesures de revalorisation des rémunérations des personnels des établissements de santé composées des trois éléments suivants :

► **La majoration des indemnités de garde et des sujétions de nuit**

Depuis l'été 2022, dans le cadre de la mission « flash » sur les urgences et les soins non programmés, des mesures de revalorisation des indemnités de sujétion, correspondant à la valorisation du temps de travail réalisé dans le cadre de la permanence des soins (nuits, week-ends et jours fériés), ont été mises en œuvre pour le personnel médical et non médical des établissements publics de santé. Elles permettent d'améliorer la valorisation et d'assurer la permanence des soins pour faire face aux tensions anticipées sur l'offre de soins.

Dans la continuité de cette mission, la LFRSS pour 2023 prévoit le financement de 600 M€ pour les établissements publics de santé, afin de prolonger le financement des majorations de l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit. Ce montant prend en compte la revalorisation des indemnités de garde à hauteur de 441 M€ et les revalorisations des indemnités de sujétions de nuit à hauteur de 160 M€.

La mise en œuvre de ces engagements se poursuit en 2024, pour plus de 500 M€, avec les mesures attractivité et permanence des soins pour les personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière. En effet, à

compter du 1^{er} janvier 2024, une indemnité pour travail de nuit, égale à 25 % du traitement indiciaire brut et de l'indemnité de résidence, a été instaurée. Le montant de l'indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et des jours fériés a quant à elle été revalorisée pour être portée à 60 euros brut.

► **Les mesures liées au pouvoir d'achat**

En 2023, 1,3 Md€ de mesures de revalorisation de la rémunération des personnels médicaux et non médicaux ont été financées.

Pour les agents de la fonction publique hospitalière, à la suite des annonces du ministre de la Transformation et de la fonction publique, en juin 2023, ces mesures comprennent :

- la revalorisation du point d'indice de +1,5 % au 1^{er} juillet 2023 ;
- l'octroi de points indiciaires pour les plus bas salaires ;
- le versement d'une prime de pouvoir d'achat, entre 300 et 800 euros bruts, à l'ensemble des agents dont la rémunération est inférieure au seuil de 3 250 euros bruts.

Ces mesures de revalorisation, à l'exception de l'octroi de points indiciaires pour les plus bas salaires, ont été transposées aux établissements de santé à but non lucratif.

Une mesure additionnelle permettant l'attribution supplémentaire de 5 points d'indice à l'ensemble des agents a été mise en œuvre au 1^{er} janvier 2024, portant le financement de ces mesures de revalorisations à 1,7 Md€ sur deux ans.

► **Les mesures spécifiques à l'Outre-mer**

En 2023, une mesure de 36 M€ vise à harmoniser les critères d'attribution de l'indemnité majorant le montant des émoluments de 40 % en cas d'exercice dans certaines collectivités d'outre-mer pour les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques, pour le personnel enseignant et hospitalier et étudiants de troisième cycle des établissements publics de santé³⁰ à compter du 1^{er} avril 2023.

1.7.3. La sécurisation des ressources des établissements de santé depuis la crise sanitaire

► **Les modalités de mise en œuvre et d'application de la sécurisation de ressources des établissements**

Dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19 un mécanisme de garantie de financement, reconduit jusqu'au 31 décembre 2022, a permis de sécuriser les recettes des établissements de santé dans tous les champs d'activité.

Afin de sortir progressivement du dispositif de garantie de financement, un mécanisme, dit de « sécurisation modulée à l'activité³¹ » (SMA), a été prévu par l'article 44 de la LFSS pour 2023. Ce dispositif transitoire combine, pour l'année 2023, une sécurisation des recettes à hauteur de 70 % et une incitation à la reprise de l'activité à hauteur de 30 % pour les activités de MCO. Les champs de la psychiatrie et du SMR ne bénéficient pas de ce dispositif en raison des mécanismes de sécurisation déjà prévus dans le cadre de leurs nouveaux modèles de financement, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 pour la psychiatrie (voir la partie 1.4.1), et depuis le 1^{er} juillet 2023 pour le champ du SMR (la garantie de financement ayant ainsi été prolongée jusqu'au 30 juin 2023 (voir la partie 1.3.1).

³⁰ Décret n° 2023-242 du 31 mars 2023 relatif à l'indemnité spéciale des étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie, des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et du personnel enseignant et hospitalier exerçant leurs fonctions dans certaines collectivités d'outre-mer

³¹ L'arrêté du 3 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale

La garantie de financement puis la sécurisation modulée à l'activité, se sont traduits par :

- la fixation d'un plancher de recettes basé notamment sur les recettes d'activité historiques. Depuis 2023 avec la sécurisation modulée à l'activité, ce plancher prend également en compte une part de l'activité effectivement réalisée par l'établissement (30% en 2023) ;
- la prise en compte de la totalité de l'activité valorisée uniquement si elle est supérieure au montant plancher.

Pour l'année 2024, le dispositif de sécurisation modulée à l'activité s'est poursuivi pour le champ MCO, à périmètre constant, avec une sécurisation des recettes à hauteur de 50 % et 50 % de financement à l'activité.

► Bilan des dispositifs de sécurisation des ressources des établissements depuis 2020

Les tableaux ci-dessous présentent le bilan des dispositifs de sécurisation des ressources de 2020 à 2023 pour les établissements des deux secteurs de financement :

Bilan des dispositifs de sécurisation des ressources des établissements ex-DG depuis 2020								
Champ d'activité	Dispositif de sécurisation	Année	Nombre total	Nombre à la valorisation	Nombre bénéficiant de la GF/SMA	% d'ES à la GF/SMA	Montant de valorisation perçu au-delà de la GF/SMA	Montant complémentaire versé au titre de la GF/SMA
MCO	Garantie de financement	2020	561	42	519	93%	25 M€	3 416 M€
		2021	565	126	439	78%	251 M€	1 851 M€
		2022	530	141	389	73%	331 M€	2 115 M€
	Sécurisation modulée à l'activité	2023	522	190	332	64%	520 M€	1 197 M€
HAD	Garantie de financement	2020	139	111	28	20%	63 M€	8 M€
		2021	138	92	46	33%	73 M€	21 M€
		2022	138	82	56	41%	73 M€	34 M€
	Sécurisation modulée à l'activité	2023	140	96	44	31%	76 M€	17 M€

*Sources : ATIH

**Le dispositif de SMA est hors actes et consultations externes (ACE)

Bilan des dispositifs de sécurisation des ressources des établissements ex-OQN depuis 2020								
Champ d'activité	Dispositif de sécurisation	Année	Nombre total	Nombre à la valorisation	Nombre bénéficiant de la GF/SMA	% d'ES à la GF/SMA	Montant de valorisation perçu au-delà de la GF/SMA	Montant complémentaire versé au titre de la GF/SMA
MCO	Garantie de financement	2020	648	208	440	68%	121 M€	769 M€
		2021	596	260	336	56%	241 M€	276 M€
		2022	585	272	313	54%	355 M€	338 M€

Bilan des dispositifs de sécurisation des ressources des établissements ex-OQN depuis 2020								
Champ d'activité	Dispositif de sécurisation	Année	Nombre total	Nombre à la valorisation	Nombre bénéficiant de la GF/SMA	% d'ES à la GF/SMA	Montant de valorisation perçu au-delà de la GF/SMA	Montant complémentaire versé au titre de la GF/SMA
	Sécurisation modulée à l'activité	2023				40%		175 M€
HAD	Garantie de financement	2020	142	122	20	14%	102 M€	7 M€
		2021	139	105	34	24%	164 M€	13 M€
		2022	137	97	40	29%	190 M€	19 M€
	Sécurisation modulée à l'activité	2023				19%		13 M€
SSR	Garantie de financement (2023: seul les 6 premiers mois sont concernés)	2020	506	75	431	85%	14 M€	270 M€
		2021	512	132	380	74%	54 M€	221 M€
		2022	511	189	322	63%	106 M€	179 M€
		2023	510	277	233	46%	104 M€	58 M€
PSY	Garantie de financement	2020	202	54	148	73%	13 M€	53 M€
		2021	205	93	112	55%	36 M€	33 M€

*Sources : CNAM

** Le dispositif de SMA est hors actes et consultations externes (ACE)

► Une dernière année de financement de dépenses exceptionnelles liées à la Covid-19

Le soutien financier apporté aux établissements de santé s'est également traduit par des délégations exceptionnelles de crédits visant à prendre en charge les surcoûts du système hospitalier générés par la réorganisation profonde des établissements de santé pour faire face à la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de Covid-19.

En 2023, les 94 M€ ainsi délégués au titre du remboursement des établissements de santé pour le financement des tests RT-PCR et des vaccins marquent la fin de leurs financements spécifiques liés à la crise sanitaire.

2. Les modalités de financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS)

2.1. Le financement des ESMS de 2020 à 2024

Les dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux, pour l'essentiel opérées par la voie de dotations, s'inscrivent, pour la part financée au sein de l'ONDAM, dans le cadre budgétaire de l'objectif global de dépenses (OGD) mentionné à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Certaines dépenses de ces établissements et services sont prises en charge par d'autres financeurs que la sécurité sociale, principalement les Conseils départementaux.

Les dépenses médico-sociales de l'OGD sont fixées par les Agences régionales de santé (ARS) et versées aux ESMS par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Le niveau de l'OGD fixé en 2024 s'établit à 31,5 Md€, en augmentation d'environ 4,5 Md€ par rapport au montant exécuté de dépenses en 2021 (+17 %). Cette progression sur 4 ans est de +13 % pour le secteur personnes âgées et de +21 % pour le secteur personnes handicapées. L'OGD pour le secteur personnes âgées avait augmenté de +9,5 % entre 2020 et 2021 du fait de la compensation des mesures de revalorisation issues du Ségur de la santé. La compensation des mesures équivalentes au secteur PH a été appliquée à compter de 2022, expliquant l'écart de progression entre les deux secteurs sur la période 2021-2024.

Synthèse des dépenses de l'OGD pour les personnes âgées (PA) et pour les personnes handicapées (PH), intégrant les surcoûts Covid-19 et les revalorisations salariales (en Md€)

2021	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	14,0	6,25%	12,5	0,70%	26,5	3,56%
OGD final	14,4	9,53%	12,6	1,37%	27,0	5,57%

2022	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	14,4	0,01%	13,7	8,66%	28,0	3,83%
OGD final	14,6	1,07%	13,9	10,23%	28,4	5,34%

2023	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	15,3	5,43%	14,7	5,87%	30,0	5,64%
OGD final	15,5	6,48%	14,7	6,15%	30,2	6,32%

2024	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	16,3	4,91%	15,2	3,52%	31,5	4,23%
OGD final						

(*) Evolution par rapport à l'OGD rectifié N-1, tenant compte des opérations de fongibilité.

En 2023 et 2024, l'OGD est en forte augmentation, avec en 2023 une croissance supérieure à l'an passé (6,32 % versus 5,34 %) et une dynamique restant forte en 2024 (+4,23 %) Ces évolutions sont essentiellement imputables à des mesures pérennes.

L'OGD est en effet marqué sur ces deux années par la poursuite de la mise en œuvre des différentes revalorisations salariales :

- Évolution du point d'indice dans les établissements et services relevant de la fonction publique et transposition au secteur privé, soit 340 M€,
- La fin du financement des mesures issues du Ségur, soit 205,8 M€,
- Majoration exceptionnelle des indemnités horaires dans le secteur hospitalier, soit 109 M€,
- Soutien du pouvoir d'achat dans le secteur public, soit 189 M€, ainsi que mise en œuvre de l'accord bas salaires agréé le 4 juin 2024 dans la branche de l'action sanitaire et sociale, soit 291 M€.

Des mesures importantes concourant à la transformation du secteur médico-social expliquent également cette forte progression de l'OGD :

- **sur le secteur des personnes âgées (PA)** : renforcement du taux d'encadrement dans les EHPAD, amorçage du plan de création de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour avec une autorisation d'engagement de 400 M€, première année de mise en œuvre de la réforme du financement des SSIAD, poursuite du déploiement des centres de ressources territoriaux (autorisation d'engagement de 200 M€) et coordination entre les SSIAD et les Services d'aide à domicile (SAAD) dans la perspective de la réforme des services autonomie ;
- **sur le secteur des personnes en situation de handicap** : les mesures traduisent la poursuite des orientations stratégiques fixées par le Président de la République lors des conférences nationales du handicap (CNH) du 11 février 2020 et du 26 avril 2023, et des mesures annoncées en comités interministériels du handicap (CIH) qui visent à changer le regard de la société, à faciliter la vie au quotidien par une société plus accessible et à apporter des réponses effectives aux besoins des personnes quel que soit leur handicap et leur âge et dans tous les secteurs. La campagne 2023 permet de renforcer les actions relatives au développement de l'école inclusive et du repérage et de l'accompagnement précoce. En cohérence avec la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, l'année 2023 vise à poursuivre le déploiement des dispositifs dédiés aux personnes présentant des troubles du neurodéveloppement, afin de conforter les unités d'enseignement, les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), ainsi que les unités de vie résidentielle. Enfin, des crédits sont délégués pour développer des solutions dédiées à certains publics (personnes polyhandicapées, personnes handicapées vieillissantes ainsi que les personnes en situation de handicap vivant en outre-mer).

2.1.1. Pour les personnes âgées (PA)

2.1.1.1. Evolution des ressources issues de la branche autonomie par type d'établissements et services

L'évolution des ressources (hors mesures liées à la pandémie et soutien des mesures non reconductibles) est de +12 % pour les EHPAD sur la période 2021-2023. Cette évolution s'explique principalement par l'application des mesures de revalorisation issues du Ségur de la santé à partir du 1^{er} octobre 2020, ainsi que la poursuite de la médicalisation des établissements et du financement de la fin de la convergence tarifaire.

En outre, des actions pour le développement de l'offre et pour l'amélioration de la prise en charge ont été soutenues depuis 2019 (actions de prévention, astreintes infirmières de nuit, accompagnement du passage au tarif global des EHPAD, évolution des taux d'encadrement).

S'agissant des SSIAD, des accueils de jour et des résidences autonomie (pour les seuls financements liés aux soins), les ressources ont également progressé de manière significative (respectivement 10 % et 14 %) du fait de l'extension des mesures de revalorisation salariale à l'ensemble du secteur (initialement centrée sur les EHPAD en 2020). En 2023, la mise en place de la réforme du financement des SSIAD, ainsi que le déploiement du plan de création de places de SSIAD conduit à une poursuite de la progression des dépenses à destination de ces services.

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	Evolution 2021-2023
EHPAD (dont PUV)	11 772 535 980 €	11 969 508 463 €	13 215 782 945,23 €	+12 %
SSIAD	1 870 010 459 €	2 050 113 033 €	2 060 313 539,75 €	+10 %
AJA et RA	87 127 290 €	93 784 848 €	99 255 779,81 €	+14 %

Source : HAPI médico-social et SIDOBA tarification

Par ailleurs, les ARS financent chaque année des actions ciblées via des crédits non reconductibles (CNR). En 2023, le montant des CNR s'élève à 656 M€ (soit +81 M€ par rapport à 2022). Ils servent principalement à financer des actions régionales non pérennes, du soutien aux investissements, de l'aide en trésorerie ou encore des dépenses non pérennes de personnel.

2.1.1.2. Evolution régionale des dépenses OGD

Il s'agit des dépenses déléguées par la CNSA aux ARS dans le cadre des campagnes budgétaires :

Dotations régionales limitatives (PA)	2021	2022	2023
Auvergne-Rhône-Alpes	1 836 677 458 €	1 826 697 000 €	1 947 504 927 €
Bourgogne-Franche-Comté	791 021 332 €	789 660 952 €	846 607 308 €
Bretagne	919 907 240 €	932 766 486 €	992 412 183 €
Centre-Val de Loire	682 050 164 €	686 471 638 €	731 035 064 €
Corse	53 143 153 €	57 360 067 €	60 636 343 €
Grand Est	1 218 726 182 €	1 219 362 986 €	1 301 998 415 €
Guadeloupe	46 424 510 €	50 681 651 €	54 083 772 €
Guyane	10 599 103 €	13 320 178 €	14 601 224 €
Hauts-De-France	1 160 699 734 €	1 173 068 257 €	1 251 234 102 €
Ile-de-France	1 656 202 832 €	1 636 740 242 €	1 731 279 212 €
La Réunion	53 770 179 €	60 631 697 €	64 513 099 €
Martinique	55 695 923 €	62 374 666 €	66 677 807 €
Mayotte	1 579 850 €	1 920 669 €	2 255 028 €
Normandie	799 528 650 €	805 489 154 €	857 521 000 €
Nouvelle-Aquitaine	1 621 583 755 €	1 647 233 153 €	1 761 357 647 €
Occitanie	1 438 399 380 €	1 448 659 819 €	1 530 651 387 €
Pays de la Loire	963 983 132 €	972 160 330 €	1 038 810 134 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 080 441 511 €	1 091 471 859 €	1 152 141 741 €
TOTAL	14 390 434 088 €	14 476 070 802 €	15 405 320 394 €

Source : Décisions CNSA notifiant les dotations régionales limitatives et instructions budgétaires

2.1.2. Pour les personnes en situation de handicap (PH)

2.1.2.1. Evolution des ressources issues de la branche autonomie par type d'établissements et services

L'évolution des ressources issues de la branche autonomie pour les ESMS du secteur handicap s'explique principalement par l'extension des mesures de revalorisations salariales issues du Ségur, et notamment l'extension au personnel socio-éducatif. Cette évolution provient également des crédits d'actualisation, intégrant les mesures exceptionnelles liées à l'inflation et les revalorisations de point d'indice.

Cette évolution résulte aussi de la délégation de mesures nouvelles lors de ces deux années consécutives pour poursuivre les orientations de politique publique sur le secteur du handicap (développement des solutions de scolarisation et de la stratégie nationale autisme notamment) et par la dynamique de création de places.

Handicap adultes :

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	Evolution 2021-2023
MAS	2 440 739 186 €	2 702 141 744 €	2 920 240 074,76 €	20 %
FAM /EAM	768 290 393 €	911 331 036 €	1 004 770 818 €	9 %
ESAT	1 543 237 578 €	1 639 362 833 €	1 742 161 688,06 €	12 %
CRP / Etablissement de service de réadaptation professionnelle	287 525 721 €	298 603 265 €	314 088 641,99 €	1 %
SAMSAH	150 522 768 €	183 539 229 €	200 787 127,45 €	33 %

Source : HAPI médico-social et SIDOBA tarification

Handicap enfance :

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	Evolution 2021-2023
IME	2 965 236 914 €	3 305 870 246 €	3 523 551 489 €	19 %
ITEP	810 631 673 €	898 102 234 €	968 595 411,60 €	20 %
SESSAD	1 095 034 708 €	1 204 965 180 €	1 229 627 839,61 €	12%
CAMPS	221 665 214 €	252 890 568 €	283 174 919,55 €	22 %
CMPP/BAPU	356 294 029 €	384 016 020 €	405 122 291,04 €	14%

Source : HAPI médico-social

Par ailleurs les ARS financent chaque année des actions ciblées via des crédits non reconductibles (CNR). En 2023, le montant des CNR s'élève à 428,8 M€ (soit +7 M€ par rapport à 2022). Ils servent principalement à financer des actions régionales non pérennes, du soutien aux investissements, de l'aide en trésorerie ou encore des dépenses non pérennes de personnel.

2.1.2.2. Evolution régionale des dépenses OGD

Dotations régionales limitatives (PH)	2021	2022	2023
Auvergne-Rhône-Alpes	1 315 609 365 €	1 433 001 665 €	1 513 690 511 €
Bourgogne-Franche-Comté	567 558 190 €	619 219 251 €	653 932 496 €
Bretagne	574 552 190 €	633 002 687 €	667 547 201 €
Centre-Val de Loire	502 475 016 €	547 541 189 €	572 769 672 €
Corse	58 113 098 €	64 796 868 €	68 778 127 €
Grand Est	1 127 263 794 €	1 227 611 627 €	1 287 654 170 €
Guadeloupe	93 009 332 €	100 921 374 €	106 249 391 €
Guyane	58 777 532 €	65 265 035 €	70 162 669 €
Hauts-De-France	1 273 830 435 €	1 386 454 782 €	1 464 969 950 €
Ile-de-France	2 021 855 847 €	2 244 314 484 €	2 352 301 527 €
La Réunion	178 501 278 €	195 860 739 €	207 615 309 €
Martinique	80 234 458 €	87 260 773 €	92 152 004 €
Mayotte	18 031 671 €	24 155 452 €	26 347 951 €
Normandie	687 622 211 €	744 257 271 €	779 490 634 €
Nouvelle-Aquitaine	1 137 856 134 €	1 237 877 907 €	1 304 436 627 €
Occitanie	1 216 503 978 €	1 323 550 172 €	1 383 361 610 €
Pays de la Loire	656 554 297 €	715 118 749 €	748 734 434 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	856 324 638 €	933 230 920 €	980 049 438 €
Saint Pierre et Miquelon	985 439 €	1 065 795 €	1 465 347 €
TOTAL	12 425 658 903 €	13 584 506 740 €	14 281 709 068 €

2.2. Modèle de financement des ESMS

Le modèle de financement des ESMS repose sur une tarification des prestations fournies par les ESMS fixée, selon le type d'établissement, par le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental ou conjointement par ces autorités en cas de cofinancement.

Les dotations financières allouées aux ESMS, exprimées en prix de journée, dotation globale, ou forfait, s'inscrivent dans le cadre des enveloppes limitatives régionales allouées aux ARS en fonction des enveloppes budgétaires définies au niveau national dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA et correspondant désormais pleinement aux sous-objectif personnes âgées et personnes en situation de handicap de l'ONDAM, et des crédits disponibles dans les départements.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, deux systèmes de présentation budgétaire coexistent :

- Le **budget prévisionnel (BP) et le compte administratif (CA)**. Ces deux outils sont destinés à fixer un tarif et à contrôler que les fonds alloués ont été utilisés conformément aux prévisions ayant servi de fondement à la fixation de ce tarif. Le schéma sous-jacent s'appuie donc nécessairement sur le renouvellement annuel du périmètre de charges historique. Ce périmètre est modulé en fonction de l'activité, des taux d'évolution courants des charges et de mécanismes spécifiques d'incorporation de résultat. Dans ce schéma, le niveau de charges prévisionnel, seul point de départ des prévisions

budgétaires, est à la base du mécanisme de fixation du niveau de produits de tarification alloués. Le BP et le CA sont donc à visée essentiellement tarifaire.

- **L'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) et l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD)** issus des lois du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Le schéma est inversé : il s'agit d'un pilotage par la ressource, passant par l'application d'équations tarifaires dans le cas des EHPAD et des petites unités de vie³² (PUV) ou bien par la fixation de modalités tarifaires préétablies pour cinq ans dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM) pour les autres établissements et services soumis à l'EPRD (relevant d'un CPOM-personnes en situation de handicap (PH), accueil de jour autonomes (AJA) ou service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)/services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Le niveau de produits peut donc faire l'objet d'une prévision sur les recettes et les charges prévisionnelles sont adaptées à ce niveau de produits. Plus globalement, ces outils permettent de passer à une analyse financière plus globale des établissements et services d'un organisme gestionnaire dans une perspective pluriannuelle. L'autorité de tarification doit dorénavant apprécier la soutenabilité financière de l'organisme gestionnaire au regard des objectifs du CPOM en matière de réponse aux besoins des personnes accompagnées. Cette appréciation concerne plus précisément la situation financière de l'organisme, ses difficultés éventuelles et les facteurs de solidité à renforcer ou pouvant être développés.

Par ailleurs, l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a substitué le CPOM à la convention pluriannuelle, dite tripartite, des EHPAD. Ce CPOM peut être élargi à d'autres catégories d'établissements ou de services lorsque ces derniers sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. Les EHPAD sont sous EPRD quelle que soit leur situation vis-à-vis du CPOM. En outre, les établissements et services du secteur des personnes en situation de handicap sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) doivent signer un CPOM. L'exercice suivant la signature du CPOM, de nouvelles règles budgétaires et comptables s'appliquent et notamment l'utilisation de l'EPRD. Cette obligation de contractualisation pour les EHPAD et les ESSMS du secteur PH repose sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Une montée en charge de 5 ans était initialement prévue soit une échéance au 31 décembre 2021. Or, un retard important dans la mise en œuvre de cette mesure a été pris³³, s'expliquant à la fois par l'ampleur de l'impact de la démarche de contractualisation sur le secteur médico-social et aussi par la crise sanitaire. Aussi, des instructions ont été prises pour desserrer de cinq ans le calendrier de signature des CPOM soit jusqu'au 31 décembre 2026.

Enfin, il convient de souligner que le **décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière** dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux vient renforcer la réglementation budgétaire, comptable et financière applicable aux ESSMS. Ainsi, le cadre normalisé simplifié de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), des relevés infra-annuels et de l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), applicable principalement aux établissements commerciaux est supprimé. Les gestionnaires de ces établissements doivent remplir les cadres dits « complets ».

Par ailleurs les gestionnaires d'EHPAD commerciaux ou non habilités à l'aide sociale ont l'obligation de tenir une comptabilité analytique distincte pour chaque EHPAD géré. Les gestionnaires « mono-établissements »

³ Hors PUV bénéficiant d'une tarification dérogatoire au titre des soins

(EHPAD) ne sont cependant pas visés par cette obligation. L'objectif de cette comptabilité analytique est de permettre le suivi :

- de l'utilisation des dotations publiques, sur les sections « Soins » et « Dépendance » et le cas échéant sur le tarif « Hébergement », aussi bien en comptes de résultats (charges et produits) qu'au niveau des comptes des capitaux permanents au bilan ;
- des marges réalisées, avant impôt sur les sociétés et participation des salariés aux bénéfices de l'entreprise, par sections tarifaires, et notamment sur la section « Hébergement » ;
- des flux financiers, au sens de flux comptables représentatifs de charges et de produits (par exemple des facturations pour des prestations ou des frais financiers) qui existent entre l'EHPAD et son organisme gestionnaire ou une entité tierce liée, en présence de groupes.

Les gestionnaires d'EHPAD commerciaux ou non habilités à l'aide sociale doivent, en outre, transmettre aux autorités de tarification et de contrôle, une attestation du commissaire aux comptes sur la conformité de la tenue de cette comptabilité analytique aux règles de présentation prescrites et la qualité de l'information du gestionnaire sur l'explicitation des clés de répartition retenues et des montants des flux financiers au sein de l'entité gestionnaire ou du groupe³⁴. En complément, les gestionnaires sont soumis à l'obligation de nommer un ou plusieurs commissaires aux comptes doivent transmettre le rapport établi et ses annexes lors de la clôture de l'exercice.

Il est également expressément prévu l'obligation d'imputer les rabais, remises et ristournes obtenus sur les budgets sur lesquels ils ont été obtenus. En outre, ce décret fixe à cinq ans le délai de rejet des dépenses qui sont manifestement étrangères à la gestion normale d'un établissement ou service.

Enfin, le décret du 29 décembre 2023 relatif à la prise en compte des reports à nouveau et des réserves prévues aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles précise les modalités par lesquelles l'autorité de tarification peut tenir compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service médico-social, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. Il aménage également le périmètre des décisions modificatives budgétaires à l'initiative des autorités de tarification, afin de différencier le traitement des indus, qui sont repris en tarification, des sanctions financières, qui sont versées directement par l'organisme gestionnaire au Trésor Public ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Ce décret est pris en application de l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

2.3. Les évolutions portées dans le cadre de la campagne 2023 et 2024 sur la tarification des services dispensant des soins à domicile³⁵

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a créé les services autonomie à domicile. Ces services dispensent des prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile auprès de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap. Ces services concourent à préserver leur autonomie et à favoriser leur maintien à domicile.

Ces dispositions ont été complétées par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et sont précisées par le décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile

³⁴ Le contenu de la comptabilité analytique et les modalités d'attestation par le commissaire aux comptes sont précisés par l'arrêté du 29 décembre 2023 relatif à la mise en œuvre de la comptabilité analytique applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes gérés par des organismes à but lucratif ou non habilités ou minoritairement habilités à l'aide sociale.

³⁵ Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et services autonomie à domicile (SAD)

pour les personnes âgées et personnes handicapées. Ces différentes mesures sont entrées en vigueur dès 2023 pour les services délivrant des prestations de soins à domicile.

Dans ce cadre, l'allocation des ressources à ces services comprend différentes phases, allant de la collecte des données relatives à l'activité jusqu'à la procédure de validation par les ARS des prévisions budgétaires.

2.3.1. La collecte des données relatives à l'activité des services délivrant des prestations de soins infirmiers à domicile

La dotation globale de soins de ces services comprend :

- Un forfait global de soins (comprenant d'une part un montant versé au titre des frais de structure et de déplacement et, d'autre part, un montant versé au titre des interventions à domicile auprès des personnes accompagnées, réalisées sur une période de référence) ;
- Le cas échéant, la dotation de coordination entre l'aide et le soin ;
- Le cas échéant, des financements complémentaires.

La collecte des données d'activité a pour objet de déterminer le forfait global de soins pour sa composante « intervention à domicile auprès des personnes accompagnées ».

En application de l'article L. 314-2-3 du code de l'action sociale et des familles, les données d'activité sont à transmettre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et aux agences régionales de santé (ARS) territorialement compétentes. Ces données sont complétées par celles transmises par les conseils départementaux.

Ces services transmettent leurs données d'activité pour le 30 juin de l'année qui précède l'exercice sur lequel cette activité sera prise en compte dans la détermination de la composante « intervention auprès des personnes accompagnées ». L'activité concernée porte sur la période allant du 1^{er} juin N-2 au 31 mai N-1. Les services disposent d'un délai d'un mois pour faire remonter leurs données.

Des dispositions transitoires ont été prévues pour les années 2023 et 2024.

Les agents des ARS et des organismes payeurs de l'Assurance maladie spécialement habilités peuvent procéder à des contrôles sur pièce et sur place des données déclarées par les services.

En fonction des conclusions retenues, le directeur général de l'ARS peut procéder à une régularisation sur le montant du forfait global de soins.

2.3.2. La détermination des dotations globales de soins et des forfaits globaux de soins-cibles, et règles de convergence :

Comme indiqué précédemment, la dotation globale de soins comprend :

- un forfait global de soins qui comprend lui-même :
 - Un montant versé au titre des frais de structure et de déplacement ;
 - Un montant versé au titre des interventions à domicile auprès des personnes accompagnées ;
- le cas échéant, la dotation de coordination entre l'aide et le soin ;
- le cas échéant, des financements complémentaires.

Ces trois composantes sont précisées comme suit.

2.3.2.1 Détermination du montant du forfait global de soins et convergence sur la période 2023-2027 :

Le forfait global de soins comprend :

- Une composante « frais de structure et déplacements », égale au produit d'un forfait annuel déterminé par arrêté, multiplié par le nombre de places autorisées au 31 décembre de l'année précédente ;
- Une composante « interventions au domicile des personnes accompagnées », égale à la somme des « forfaits usagers » des personnes prises en charge au cours de la période de recueil des données. Le « forfait usager » d'une personne accompagnée est calculé en multipliant le montant forfaitaire hebdomadaire fixé par arrêté applicable à cette personne par le nombre de semaines de sa prise en charge effective pendant la période de recueil des données. Certains de ces forfaits sont majorés en fonction de situations particulières (diabète insulino traité, nécessité d'un accompagnement réalisé simultanément par deux intervenants, infirmiers diplômés d'Etat ou aides-soignants).

La période 2023-2027 correspond à la montée en charge de la réforme du financement des forfaits globaux de soins pour ces services. A ce titre, et durant cette période, les financements alloués comprennent :

- Le montant des produits de la tarification pérennes de l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté interministériel³⁶ ;

Une fraction de la différence entre ce montant et celui du forfait global de soins-cible (soit 1/5^{ème} en 2023). Pour les exercices 2023 et 2024, lorsque ce montant est inférieur à la dotation pérenne perçue en 2022 (le cas échéant, hors dotation de coordination et financements complémentaires), le forfait global de soins est fixé à hauteur du montant précité perçu en 2022.

Pour les services créés depuis moins de deux ans, la remontée des informations relatives à l'activité du service n'est pas obligatoire. Dans cette attente, l'ARS fixe le montant du forfait global de soins en fonction des montants forfaitaires fixés par la CNSA. Cette procédure peut s'appliquer également aux extensions de capacité des services existants.

2.3.2.1. La dotation de coordination

Cette dotation, applicable depuis 2022³⁷, qui bénéficie aux activités d'aide et de soins de la structure, couvre le coût des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence des interventions auprès de la personne accompagnée.

Le montant de cette dotation est déterminé par l'ARS en tenant compte notamment du nombre de personnes accompagnées par le service et du volume d'activité d'aide et de soins de la structure.

Ces dispositions ont été précisées par voie d'instruction.

2.3.2.2. Les financements complémentaires

Peuvent être financées à ce titre :

- Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Des interventions auprès de personnes présentant des besoins spécifiques (maladies neurodégénératives, des interventions à des horaires spécifiques) ;
- Des actions de prévention ;
- Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des mesures prises pour améliorer l'attractivité des postes offerts par le service et les conditions d'exercice de ses agents.

³⁶ En 2023, ce taux est de 2,06% pour les personnes âgées et de 2,53% pour les personnes handicapées.

³⁷ Décret n° 2021-1932 du 30 décembre 2021 relatif au tarif minimal applicable aux heures d'aide à domicile et à la dotation visant à garantir le fonctionnement intégré de l'aide et du soin au sein d'un service autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles

Ces financements sont définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui fixe les modalités de leur revalorisation annuelle. Dans l'attente de la signature du contrat, le directeur général de l'ARS en fixe le montant (hors procédure contradictoire)³⁸.

³⁸ Article 68(V) de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

PARTIE 2 : La situation financière des établissements de santé et médico-sociaux

1. La situation financière et l'investissement des établissements de santé

1.1. Les indicateurs financiers des établissements de santé : rétrospective 2015-2022 et tendance 2023

1.1.1. Les établissements publics de santé

Des résultats nets 2022 en décrochage par rapport à la tendance des dernières années mais également par rapport aux résultats d'avant crise sanitaire

Le résultat net³⁹ des budgets principaux⁴⁰ des établissements publics de santé (EPS), dédié à l'enregistrement comptable de l'activité hospitalière des établissements et permettant d'isoler les effets conjoncturels de certains budgets annexes⁴¹ (notamment ceux relatifs aux cessions), atteint -1 032 M€ en 2022 (-1,2 % des produits⁴²), soit le triple du déficit de 2021. Pour rappel, le déficit hospitalier s'élevait à -381 M€ en 2021 (-0,5 % des produits), les produits issus des dispositifs de soutien face à la crise ayant permis de sensiblement limiter son niveau.

Résultat net des budgets principaux des établissements publics de santé de 2015 à 2022⁴³

Type d'EPS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
AP-HP	-39 M€	-43 M€	-199 M€	-157 M€	-169 M€	-244 M€	-283 M€	-303 M€
CHU	-280 M€	-173 M€	-93 M€	18 M€	22 M€	156 M€	77 M€	-79 M€
CH>=150M	-74 M€	-41 M€	-161 M€	-93 M€	-135 M€	17 M€	-32 M€	-310 M€
70M<=CH<150M	-96 M€	-66 M€	-184 M€	-197 M€	-184 M€	-53 M€	-87 M€	-251 M€
20M<CH<70M	-106 M€	-145 M€	-220 M€	-196 M€	-177 M€	-105 M€	-107 M€	-117 M€
CH<20M	-13 M€	-5 M€	-17 M€	-21 M€	-16 M€	-12 M€	51 M€	28 M€
Total général	-608 M€	-473 M€	-873 M€	-647 M€	-660 M€	-242 M€	-381 M€	-1 032 M€

Source : balances comptables transmises par la DGFIP à la DGOS, traitement DGOS via l'outil Diamant (M21).

NB : en 2020 le résultat des EPS peut être corrigé à -539M€ lorsqu'on neutralise l'effet des variations de stocks⁴⁴.

³⁹ Résultat net : différence entre la somme de tous les produits et la somme de toutes les charges

⁴⁰ Budget principal : budget dédié à l'activité hospitalière pour les champs d'activité de MCO, de psychiatrie et de SMR. L'analyse de ce budget permet d'isoler les effets conjoncturels de certains budgets annexes (notamment ceux relatifs aux cessions) qui traitent par exemple de la situation financière des EHPAD et des USLD.

⁴¹ Budgets annexes : budgets attribués aux unités de soins longues durée (USLD⁰⁰², Dotation non affectée, Groupement hospitalier de territoires

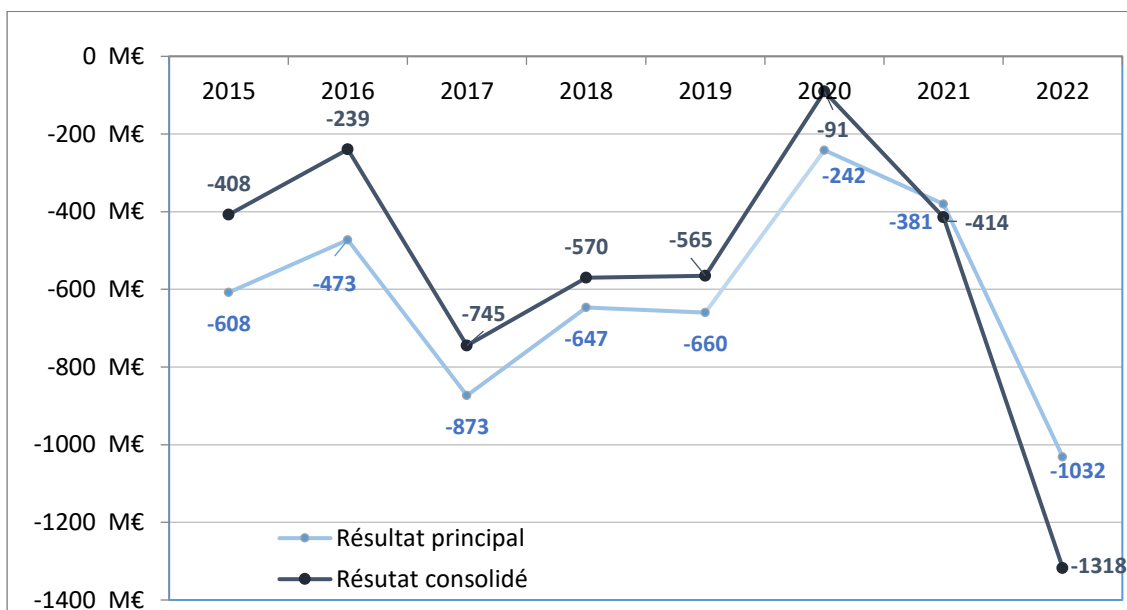
⁴² Les produits correspondent aux différentes recettes des établissements.

⁴³ Le total général diffère légèrement sur certaines années des données présentées les années précédentes, du fait d'un changement de méthode de traitement des données. La répartition des établissements au sein de chaque type varie également par rapport aux années précédentes, la typologie des établissements publics de santé se basant dans la présente annexe sur le montant total des produits de titre 1 (produits versés par l'assurance maladie) inscrits au compte de résultat principal de l'année 2022.

⁴⁴ L'exercice 2020 avait en effet été « amélioré » par des effets de comptabilisation de stocks. La comptabilisation des biens remis à titre gratuit à leur valeur vénale en 2020 a induit une augmentation des stocks sans charge associée avec pour effet une impression d'amélioration du résultat des établissements publics de santé. Le résultat principal des établissements publics de santé évalué à -241 M€ aurait en effet été, sans l'effet stock déficitaire, de l'ordre de -539 M€.

Les résultats d'exploitation consolidés (tous budgets, y compris budgets annexes) atteignent -1,3 Md€ et présentent une nette dégradation en 2022 par rapport à l'année 2021. Si le déficit consolidé est porté principalement par le résultat du budget principal, les budgets annexes contribuent également au déficit des établissements en 2022 à hauteur de -250 M€, soit en aggravation par rapport à 2021, exercice pour lequel le déficit des budgets annexes s'élevait à -27 M€. Il convient de noter que les budgets annexes étaient globalement excédentaires sur la période 2013-2020. Ce déficit des budgets annexes est quant à lui porté par le déficit des USLD et des EHPAD en 2022.

Résultat net principal et consolidé des établissements publics de santé de 2015 à 2022⁴³



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS.

NB : en 2020 le résultat des EPS peut être corrigé à -539 M€ lorsqu'on neutralise l'effet des variations de stocks ⁴⁵.

Si la dégradation du déficit hospitalier par rapport à 2021 concerne tous les types d'établissements, ce sont les établissements de petite taille (produits inférieurs à 20M€), ceux de taille moyenne (produits compris entre 70 et 150 M€), les grands CH (produits >150 M€) et les CHU qui connaissent la dégradation la plus marquée par rapport à 2021. Les éléments disponibles à l'échelle de l'entité juridique témoignent de forts écarts entre les situations, au sein même de ces catégories.

Résultat consolidé par catégorie d'établissements publics de santé en 2021 et 2022 ⁴⁶

Type d'EPS	Résultat consolidé 2021	Résultat consolidé 2022
AP-HP	-230,3 M€	-284,6 M€
CHU	85,7 M€	-65,4 M€
CH>=150M	3,2 M€	-152,3 M€
70M<=CH<150M	-128,6 M€	-435,2 M€

⁴⁵ L'exercice 2020 avait en effet été « amélioré » par des effets de comptabilisation de stocks. La comptabilisation des biens remis à titre gratuit à leur valeur vénale en 2020 a induit une augmentation des stocks sans charge associée avec pour effet une impression d'amélioration du résultat des établissements publics de santé. Le résultat principal des établissements publics de santé évalué à -241 M€ aurait en effet été, sans l'effet stock déficitaire, de l'ordre de -539 M€.

⁴⁶ Le résultat consolidé 2021 présenté dans cette annexe diffère de celui présenté l'année précédente du fait d'une incomplétude des données relevée dans l'outil décisionnel DIAMANT. Le résultat consolidé 2021 présenté dans cette annexe est le correct reflet des balances comptables 2021.

20M<CH<70M	-139,0 M€	-248,2 M€
CH<20M	-5,3 M€	-131,8 M€
Total général	-414,2 M€	-1 317,5 M€

Seules 3 régions métropolitaines présentent des résultats hospitaliers globalement excédentaires en 2022 (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Pays de la Loire) contre 6 régions en 2021, et 1 région d'outre-mer (Guadeloupe) contre 2 régions en 2021. Les résultats hospitaliers sont globalement déficitaires pour 10 régions métropolitaines (Normandie, Centre-Val de Loire, Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Corse, Hauts-de-France et Ile-de-France) et 4 régions d'outre-mer (Martinique, Mayotte, Guyane et La Réunion).

L'exercice 2022 connaît, à l'instar de 2020 et 2021, des évolutions dynamiques de produits et de charges, bien que les charges progressent plus rapidement (+5,4 %) que les produits (+4,7 %).

La hausse des charges s'observe en 2022 sur l'ensemble des titres mais est principalement portée par les charges de personnel (+5,5 %).

Pour rappel, les **charges de personnel (titre 1)** ont connu une hausse de plus de 7 % entre 2020 et 2021, progression liée notamment à la mise en œuvre des mesures du Ségur (voir la partie 1.7.1). Cette progression ralentit mais se poursuit en 2022 (+5,5 %). **Une étude menée par l'ATIH sur la masse salariale entre 2019 et 2022 conclut ainsi que 80 % de la hausse de la masse salariale s'explique par la progression des rémunérations moyennes. L'effet prix est particulièrement élevé sur la dernière période (2021-2022), du fait du ralentissement de la croissance des effectifs.** A noter que les charges liées aux heures supplémentaires continuent d'augmenter en 2022.

Plusieurs mesures, structurelles pour la plupart, mais aussi conjoncturelles, ont eu un impact significatif en masse salariale en 2022 :

- pour les personnels non médicaux, elles incluent : la poursuite de la mise en œuvre des mesures issues du Ségur de la santé (notamment les revalorisations statutaires, les créations de postes ou la prime d'engagement collectif), la revalorisation du point d'indice, le relèvement de l'indice minimal de traitement, ou encore la majoration exceptionnelle des heures supplémentaires ;
- pour les personnels médicaux, elles incluent : la poursuite de la mise en œuvre des mesures issues du Ségur de la santé (notamment la prime de solidarité territoriale, la revalorisation des indemnités managériales et des émoluments des personnels hospitalo-universitaires), la majoration exceptionnelle du temps de travail additionnel qui a de nouveau été ponctuellement appliquée en 2022, ou encore la majoration des indemnités de garde.

Au global, les charges de titre 1 ont connu une évolution de +21,7 % entre 2019 et 2022 et leur évolution moyenne annuelle est de +6,8 % sur la période 2019-2022.

Les **charges à caractère médical (titre 2)** progressent de +4 % par rapport à 2021. Les variations sont principalement portées par les molécules onéreuses (en lien avec la progression des anticancéreux innovants et l'arrivée de nouvelles molécules sous autorisation d'accès précoce et d'accès compassionnel) et la sous-traitance médicale. Au global, les charges de titre 2 ont connu une évolution de +20,9 % entre 2019 et 2022 et leur évolution moyenne annuelle est de +6,5% sur cette période.

Les **charges à caractère hôtelier et général (titre 3)** progressent de +5,5 % par rapport à 2021. Cette augmentation touche la plupart des comptes qui composent le titre 3, avec un effet majeur sur les achats non stockés (notamment le compte de chauffage) et les services extérieurs. Au global, les charges de titre 3 ont connu une évolution de 14,8 % entre 2019 et 2022 et leur évolution moyenne annuelle est de 4,7 % sur cette période.

Enfin les **charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4)** ont progressé de 2,7 % en 2022 par rapport à 2021. On observe notamment une évolution de +6 % sur les charges financières malgré une baisse de l'encours de dette mais dans un contexte de hausse des taux. Par ailleurs, les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions ont augmenté de 3%, évolution à mettre en lien avec la reprise de l'investissement.

En regard, les produits connaissent une forte augmentation en 2022 (+4,7 %), mais qui ne compense pas l'évolution des charges.

Les **produits d'assurance maladie (titre 1)** progressent de 4,2 % entre 2021 et 2022 (+23 % entre 2019 et 2022 et un taux de croissance moyen annuel de 7,2 % sur cette même période). Il est à noter que les produits de la tarification des séjours MCO augmentent de 1,0 %, en prenant en compte l'application de la garantie de financement. La hausse des produits est portée par :

- les remboursements de molécules onéreuses, en cohérence avec l'évolution des charges de titre 2 ;
- les dotations de financement de la psychiatrie, notamment la prise en compte des revalorisations salariales (voir la partie 1.7) et des mesures liées aux Assises de la santé mentale (voir la partie 1.4.4) ;

et dans une moindre mesure par :

- les forfaits et dotations mensuels MCO qui comprennent notamment la hausse du forfait IFAQ liée à la montée en charge de l'enveloppe nationale IFAQ (voir la partie 1.6.1), de la dotation populationnelle urgences et de la dotation qualité urgences (voir la partie 1.2.3) et de l'intégration des revalorisations salariales ;
- la montée en charge de la labellisation des hôpitaux de proximité (voir la partie 1.2.2.1) ;
- le mouvement de périmètre des missions d'intérêt général (MIG) vers le fonds d'intervention régional (FIR).

Il convient de noter que le montant des dotations MIGAC MCO diminue de 2 %, ce qui est principalement lié à l'effet de la baisse des compensations en lien avec la crise sanitaire, dont l'effet est supérieur aux montant des dotations relatives à la revalorisation du point d'indice et à l'inflation.

Les autres **produits de l'activité hospitalière (titre 2)**⁴⁷ poursuivent leur progression en 2022, en hausse de 6,5 % par rapport à 2021, portés par les produits de la tarification en hospitalisation non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les produits des prestations délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux. Au global, les produits de titre 2 ont connu une évolution de 0,7 % entre 2019 et 2022 et leur évolution moyenne annuelle est de 0,2 % sur cette période.

Les **autres produits (titre 3)** progressent également de 3,4 % en 2022, évolution portée entre autres par les produits des activités annexes (prestations, hors soins, délivrées aux usagers et mise à disposition de personnel) et les reprises sur amortissements, dépréciations et provisions. Il est à noter que les recettes liées à l'activité de rétrocession de médicaments baissent (perte de brevet d'une molécule et passage dans le circuit officinal de deux autres molécules). Au global, les produits de titre 3 ont connu une évolution de 7,6 % entre 2019 et 2022 et leur évolution moyenne annuelle est de 2,5 % sur cette période.

Le niveau de marge brute⁴⁸ et la capacité d'autofinancement nette⁴⁹ des établissements publics de santé subissent une dégradation et ne sont toujours pas suffisants pour assurer le remboursement annuel de la dette et l'investissement courant⁵⁰.

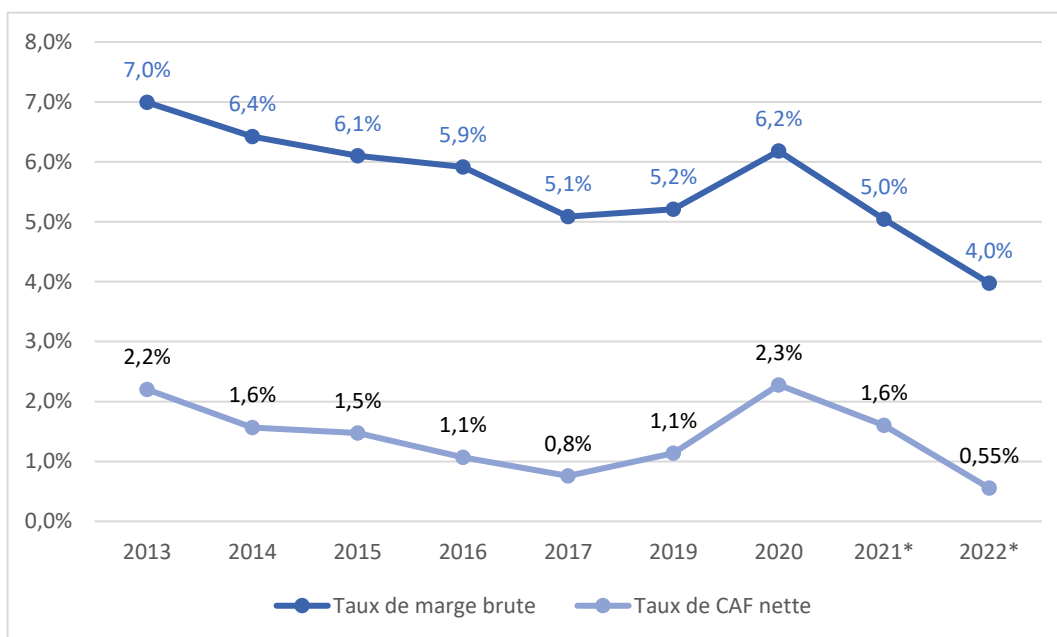
⁴⁷ Les produits de titre 2 correspondent principalement à la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers

⁴⁸ Marge brute : différence entre la somme des produits courants de fonctionnement du budget principal et la somme des charges courantes de fonctionnement du budget principal.

⁴⁹ Capacité d'autofinancement nette : différence entre la capacité d'autofinancement et le remboursement du capital annuel de la dette. Le taux de capacité d'autofinancement (CAF) nette correspond à la CAF nette rapportée aux produits.

⁵⁰ On estime généralement à 3% le taux de CAF net nécessaire pour assurer un autofinancement pérenne des investissements courants

Taux de marge brute et de capacité d'autofinancement (CAF) nette des établissements publics de santé de 2013 à 2022⁵¹



*Pour 2021 et 2022, la CAF nette a été retraitée des emprunts obligataires des CHU de Brest, Rennes et Nancy ayant souscrit des emprunts obligataires avec des durées très courtes (cf. infra)

Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

Le niveau de marge brute des établissements publics de santé atteint en 2022 4,0 %, en dégradation par rapport à 2019 et 2021 où ce taux atteignait 5,0%. A l'exception de l'AP-HP, tous les types d'établissements sont concernés par cette dégradation du taux de marge brute, les CH de petite taille (<20 M€) étant le type d'établissements les plus concernés (-2,2 points par rapport à 2021) en lien avec la forte augmentation de leur niveau de déficit (cf. infra).

Le taux de capacité d'autofinancement nette, qui représente la capacité d'un établissement à investir une fois assuré le remboursement annuel de la dette, s'est nettement dégradé en 2022. Il passe ainsi de 1,6 % en 2021 à 0,55 % en 2022 sur l'ensemble des établissements publics de santé, une fois exclus les emprunts obligataires des CHU de Rennes, Brest et Nancy⁵². Les emprunts de ces trois établissements, conjoncturels, de court terme et visant à profiter de taux négatifs, ne correspondent en effet pas à une logique de financement des investissements⁵³. Là encore, cette dégradation touche l'ensemble des catégories⁵⁴, à l'exception de l'AP-HP ; et concerne d'abord les établissements de petite taille (-2 points de taux de CAF nette) jusqu'aux CHU (-0,9 pt). Le taux de capacité d'autofinancement nette reste donc au-deçà de 3 %, ce qui traduit l'incapacité des établissements publics à financer de façon pérenne leurs investissements, y compris courants.

⁵¹ La marge brute 2021 est ici calculée sur l'ensemble des budgets des établissements publics de santé. Les montants diffèrent avec ceux présentés dans l'annexe 6 au PLFSS pour 2024, qui étaient calculés sur le budget principal uniquement.

⁵² Cour des Comptes, 2023, Rapport thématique, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*

⁵³ Sans ce retraitement, le taux de CAF nette national serait négatif, à -0,7% pour 2022 du fait des CHU susmentionnés, mais « artificiellement » dégradé par le remboursement de ces emprunts, ce qui ne traduirait qu'imparfaitement la situation réelle

⁵⁴ Dans le détail, les EPS dont le budget est compris entre 70 et 150M€ voient leur taux de CAF nette se réduire de -1,5 points, et les CH supérieurs à 150M de -1,3% points.

Taux de marge brute et de capacité d'autofinancement (CAF) nette par catégorie d'établissements publics de santé en 2022

Taux de marge brute et de capacité d'autofinancement (CAF) nette par catégorie d'établissements publics de santé en 2022		
Type d'EPS	Taux de CAF nette 2022*	Taux de marge brute 2022
AP-HP	1,0%	3,90%
CHU	1,5%	5,10%
CH \geq 150M	0,0%	3,80%
70M \leq CH<150M	-0,10%	3,20%
20M<CH<70M	0,10%	2,90%
CH<20M	0,40%	3,70%
Total général	0,55%	4,00%

*Retraitée du remboursement des emprunts obligataires 2022 de trois CHU (Rennes, Brest, Nancy)

En parallèle, on peut noter que le niveau d'investissement progresse encore en 2022 grâce à l'appui des financements du plan Ségur de l'investissement (cf. tableau dans la partie 1.1.1.2).

Marge brute des établissements publics de santé 2020 – 2022 en valeur absolue⁵⁵

Type d'EPS	Marge brute 2020	Marge brute 2021	Marge brute 2022
AP-HP	291,2 M€	267,8 M€	340,2 M€
CHU	1 837,9 M€	1 589,8 M€	1 431,3 M€
CH \geq 150M	1 370,1 M€	1 166,7 M€	904,0 M€
70M \leq CH<150M	878,5 M€	757,8 M€	531,5 M€
20M<CH<70M	546,8 M€	463,4 M€	344,8 M€
CH<20M	378,6 M€	360,4 M€	230,5 M€
Total général	5 303,2 M€	4 605,9 M€	3 782,3 M€

Capacité d'autofinancement (CAF) nette des établissements publics de santé 2020 - 2022 en valeur absolue

Capacité d'autofinancement (CAF) nette des établissements publics de santé 2020 - 2022 en valeur absolue			
Type d'EPS	CAF nette 2020	CAF nette 2021*	CAF nette 2022*
AP-HP	51,2 M€	35,8 M€	89,5 M€
CHU	789,5 M€	669,6 M€	435,7 M€
CH \geq 150M	510,5 M€	301,9 M€	0,7 M€
70M \leq CH<150M	317,7 M€	224,2 M€	-12,3 M€
20M<CH<70M	193,5 M€	127,7 M€	6,3 M€
CH<20M	152,5 M€	150,7 M€	24,0 M€

⁵⁵ La répartition des établissements au sein de chaque type varie également par rapport aux années précédentes, la typologie des établissements publics de santé se basant dans la présente annexe sur le montant total des produits de titre 1 (produits versés par l'assurance maladie) inscrits au compte de résultat principal de l'année 2022.

Total général	2 014,9 M€	1 509,8 M€	544,0 M€
----------------------	-------------------	-------------------	-----------------

*Retraite du remboursement des emprunts obligataires 2021 et 2022 de trois CHU (Rennes, Brest, Nancy)

Tendance 2023

Point méthodologique

Les sources utilisées pour estimer le résultat net 2023 des budgets principaux des établissements publics de santé (EPS) sont de deux types :

1 – Les comptes financiers déposés sur la plateforme « Application Nationale Compte financier Rapport infra-annuel EPRD » (ANCRE) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;

2 – Les balances comptables de l'ensemble des établissements publics de santé sous nomenclature comptable M21 transmises mensuellement par la direction générale des finances publiques (DGFiP) à la direction du numérique des ministères sociaux et intégrées à l'outil décisionnel « Diamant » au sein d'un cube dédié (dit « cube DGFiP »).

Ces deux sources, incomplètes à ce stade, permettent toutefois de confronter les données et d'identifier des premières tendances financières pour l'exercice 2023. Mais, certains éléments comptables n'étant pas finalisés, elles ne permettent pas de présenter des résultats fiabilisés.

Les premières tendances, qui doivent donc encore être fiabilisées et stabilisées, permettent d'évaluer le **déficit hospitalier** 2023 sur le budget principal à -1 746 M€, en forte dégradation par rapport à l'année 2022. Ce déficit porte sur un nombre non exhaustif d'établissements publics de santé (91% des établissements représentant 95% des produits) et n'est pas extrapolé à l'ensemble des établissements. Si la dégradation du déficit hospitalier par rapport à 2022 concerne tous les types d'établissements, ce sont les CHU qui connaîtraient la dégradation la plus marquée par rapport à 2022, ainsi que les CH de plus de 150 M€ de produits pour lesquels la dégradation du résultat rapporté aux produits serait la plus conséquente.

Résultat net principal des établissements publics de santé de 2020 à 2023 (en M€)

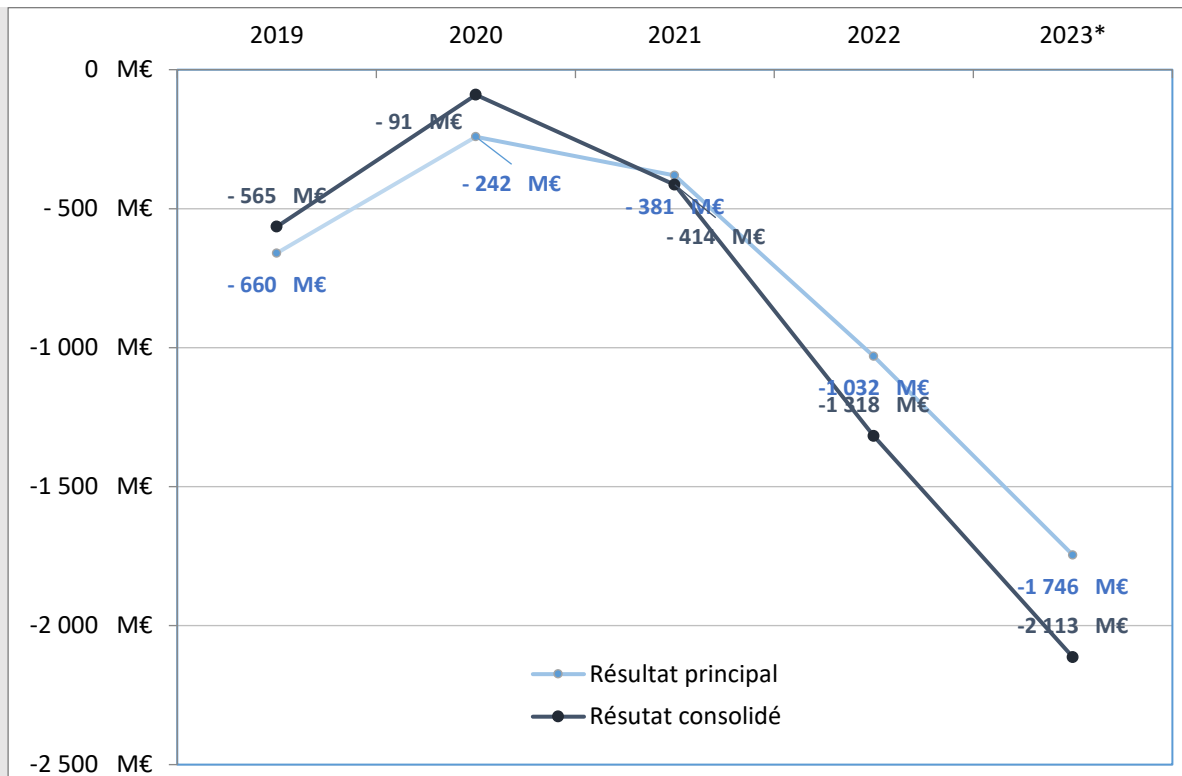
Type d'EPS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
AP-HP	-39 M€	-43 M€	-199 M€	-157 M€	-169 M€	-244 M€	-283 M€	-303 M€	-399 M€
CHU	-280 M€	-173 M€	-93 M€	18 M€	22 M€	156 M€	77 M€	-79 M€	-399 M€
CH>=150M	-74 M€	-41 M€	-161 M€	-93 M€	-135 M€	17 M€	-32 M€	-310 M€	-472 M€
70M<=CH<150M	-96 M€	-66 M€	-184 M€	-197 M€	-184 M€	-53 M€	-87 M€	-251 M€	-300 M€
20M<CH<70M	-106 M€	-145 M€	-220 M€	-196 M€	-177 M€	-105 M€	-107 M€	-117 M€	-184 M€
CH<20M	-13 M€	-5 M€	-17 M€	-21 M€	-16 M€	-12 M€	51 M€	28 M€	8 M€
Total général	-608 M€	-473 M€	-873 M€	-647 M€	-660 M€	-242 M€	-381 M€	-1 032 M€	-1 746 M€

Source : balances comptables transmises par la DGFiP à la DGOS, traitement DGOS via l'outil Diamant

* données 2023 en cours de consolidation

Les **résultats consolidés** (tous budgets y compris annexes), sont estimés, quant à eux, à -2 113 M€ en 2023. Les budgets annexes contribuent au déficit des établissements, comme en 2021 et 2022, mais à l'inverse de la tendance observée depuis 2015. Les premières données 2023 montrent une contribution au déficit consolidé à hauteur de 17 %, soit une proportion inférieure à 2022 (22 %) mais nettement supérieure à 2021 (8 %). Ce déficit des budgets annexes semble, de nouveau en 2023, porté par le déficit des USLD et notamment des EHPAD.

Résultat net principal et consolidé des établissements publics de santé de 2019 à 2023 (en M€)



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

* données 2023 en cours de consolidation

Résultats consolidés par catégorie d'établissements publics de santé en 2023 (en M€)

Type d'EPS	Résultat consolidé 2022	Résultat consolidé 2023*
AP-HP	-284,6 M€	-370,0 M€
CHU	-65,4 M€	-394,0 M€
CH>=150M	-152,3 M€	-539,3 M€
70M<=CH<150M	-435,2 M€	-351,0 M€
20M<CH<70M	-248,2 M€	-270,9 M€
CH<20M	-131,8 M€	-188,3 M€
Total général	-1 317,5 M€	-2 113,5 M€

Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

* données 2023 en cours de consolidation

Sur un périmètre d'établissements encore incomplet, il est observé qu'à l'instar des exercices 2020, 2021 et 2022, l'exercice 2023 présente une **évolution des charges plus rapide (+6,7 % par rapport à 2022) que celles des produits (+5,8 %), et plus marquée qu'en 2022.**

Les données présentes dans les comptes font notamment apparaître une tendance globale d'évolution, **selon les premières données temporaires 2023 issues des sources susmentionnées**, concernant :

- **les charges de personnel à +5,2 % par rapport à 2022.** Les principaux effets portent sur les comptes de rémunération du personnel non médical titulaire et contractuels, et des praticiens hospitaliers, mais également sur l'intérim et la permanence des soins ;
- **les charges à caractère médical à +7,4 % par rapport à 2022,** avec une hausse importante pour les produits pharmaceutiques et produits à usage médical ;
- **les charges à caractère hôtelier et général à +19,6 % par rapport à 2022.** Cette forte évolution est principalement liée à la hausse des charges d'énergie et d'électricité, et dans une moindre mesure à une hausse sur les services extérieurs.

Concernant les **produits**, les données – encore temporaires – montrent une **croissance des produits versés par l'assurance maladie de +6,0 % en 2023 par rapport à 2022**.

1.1.1.1. Des évolutions bilanciellles qui traduisent la mise en œuvre des mesures du Ségur sur l'investissement et la dette

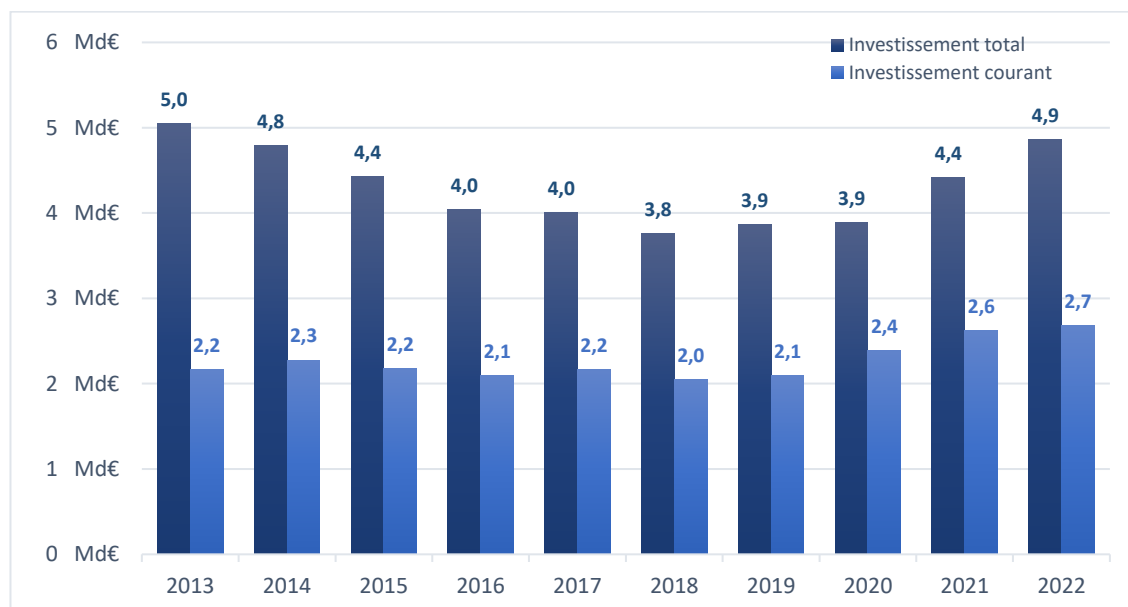
a) La hausse de l'investissement constatée en 2021 se poursuit

La hausse de l'investissement constatée en 2021 se poursuit, avec une évolution de +10 % en volume en 2022 (pour rappel + 13,7 % en 2021) et atteint 4,9 Md€, soit un montant qui n'avait pas été atteint depuis 2014. Cette progression concerne l'ensemble des types d'établissements avec des disparités selon le type d'établissements concernés et au sein d'une même catégorie. En effet, le volume des investissements se concentre à 46 % dans les CHU (dont 11 % pour l'AP-HP), pour un volume de produits représentant 42% des établissements publics de santé. Les CH de grande taille (>150 M€) représentent 23 % de l'investissement, contre 13 % des produits. Les établissements publics de taille moyenne (20-150 M€) ne représentent que 24 % du volume d'investissement alors que leur part dans les produits est de 40 %. Enfin, les CH de petite taille (<20 M€) représentent 7 % du volume d'investissement pour 5 % des produits.

Cette progression est majoritairement tirée par les investissements lourds, qui représentent 45% des investissements, contre 41 % en 2021. Ces investissements connaissent une hausse de +378 M€ par rapport à 2021, soit une progression de 21 %, et sont notamment portés par les **crédits Ségur (volet 2 de l'article 50) ayant pour vocation d'accompagner les projets de transformation de l'offre de soins portés par les acteurs du territoire**. Les versements du Ségur sur ce volet ont été de 15,8 M€ en 2021 et 91,6 M€ en 2022.

Ce dynamisme autour de l'investissement est également porté par l'investissement courant⁵⁶, dont le niveau est passé de 2,4 Md€ en 2020 (+14 % par rapport à 2019) à 2,6 Md€ en 2021 (+10 % par rapport à 2020), pour atteindre 2,7 Md€ en 2022 (+2,2 % par rapport à 2021), sous l'effet notamment des **crédits Ségur dédiés à l'investissement du quotidien** (652 M€ en 2021 et 481 M€ en 2022). Il est à noter que l'investissement courant se situe à un niveau bien supérieur à la période précédant le plan Ségur (2,1 Md€ en 2019).

Evolution de l'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2013 à 2022

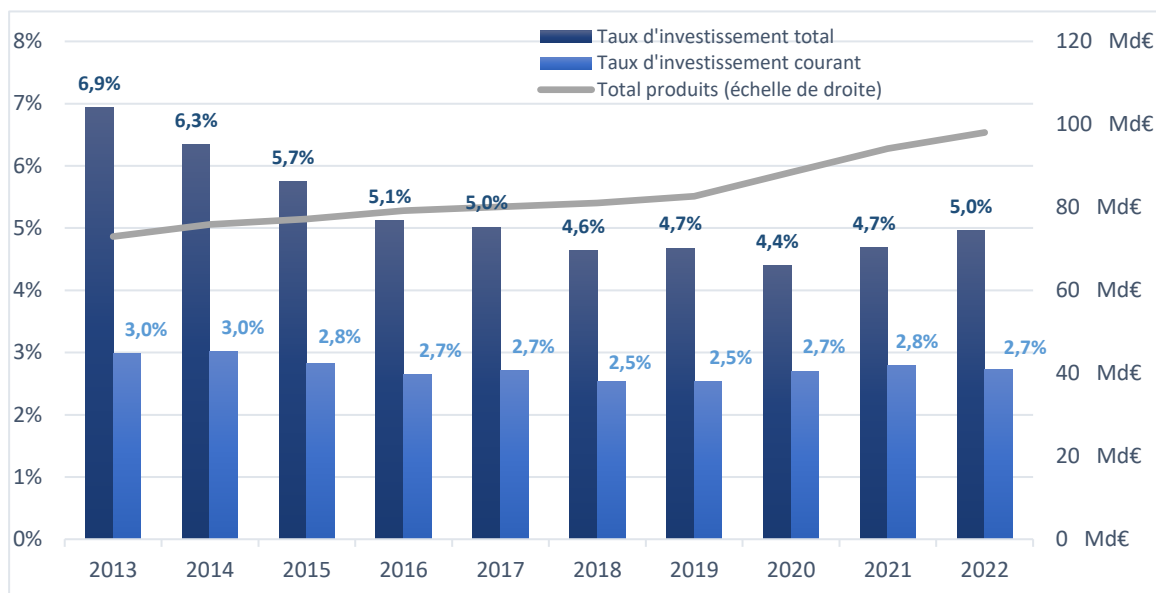


Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS, en Md€.

⁵⁶ L'investissement courant correspond à l'investissement total, à l'exception des opérations d'investissements majeures

Ce niveau d'investissement courant correspond en 2022 à 2,7 % des produits des établissements publics de santé, soit un niveau quasiment stable par rapport à 2020 (2,7 %) et 2021 (2,8 %), et légèrement en-deçà de la cible à 3 % jugée nécessaire pour le renouvellement des équipements. Cette reprise de l'investissement est toutefois moins visible sur ce ratio compte tenu du dénominateur (tous produits), qui a connu une évolution très forte sur les dernières années. Rapporté aux produits 2019, par exemple, le volume d'investissements courants de 2022 aurait représenté un effort de 3,2 %.

Evolution des taux d'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2013 à 2022

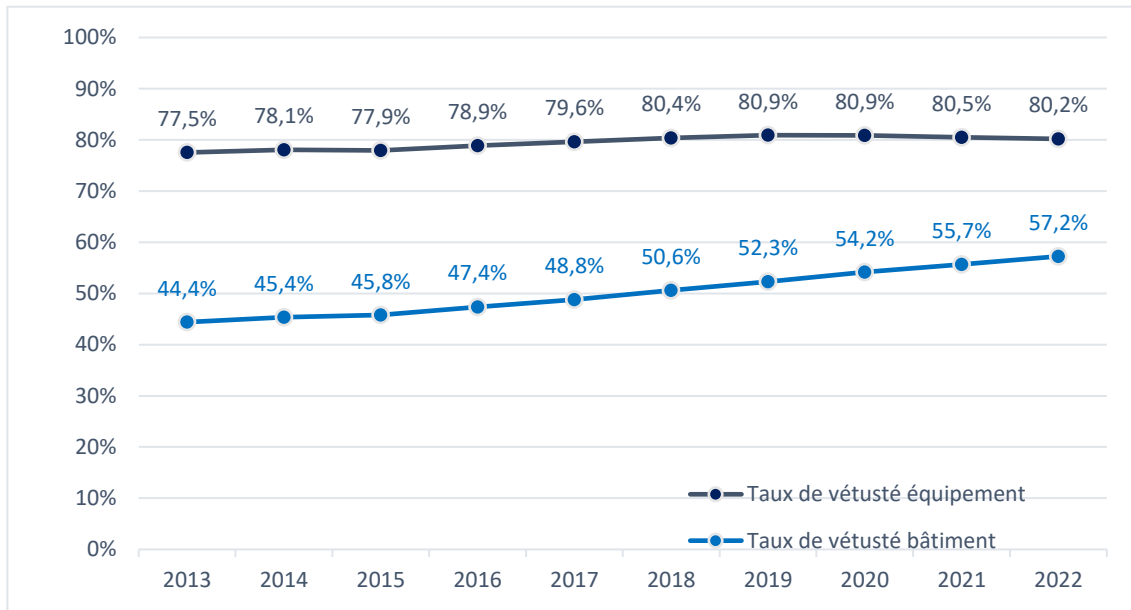


Source : Diamant, cube DGFI, traitement DGOS (Md pour milliard).

La tendance à la hausse des investissements en 2022 se traduit, pour la deuxième année consécutive, par un infléchissement du taux de vétusté⁵⁷ des équipements. Cette tendance n'est pas encore observable sur le taux de vétusté des bâtiments, dont les effets sont plus lents à observer compte tenu du temps nécessaire pour élaborer et mener à bien les projets immobiliers d'ampleur.

⁵⁷ Taux de vétusté : amortissements des équipements ou bâtiments rapportés à la valeur brute des équipements ou bâtiments

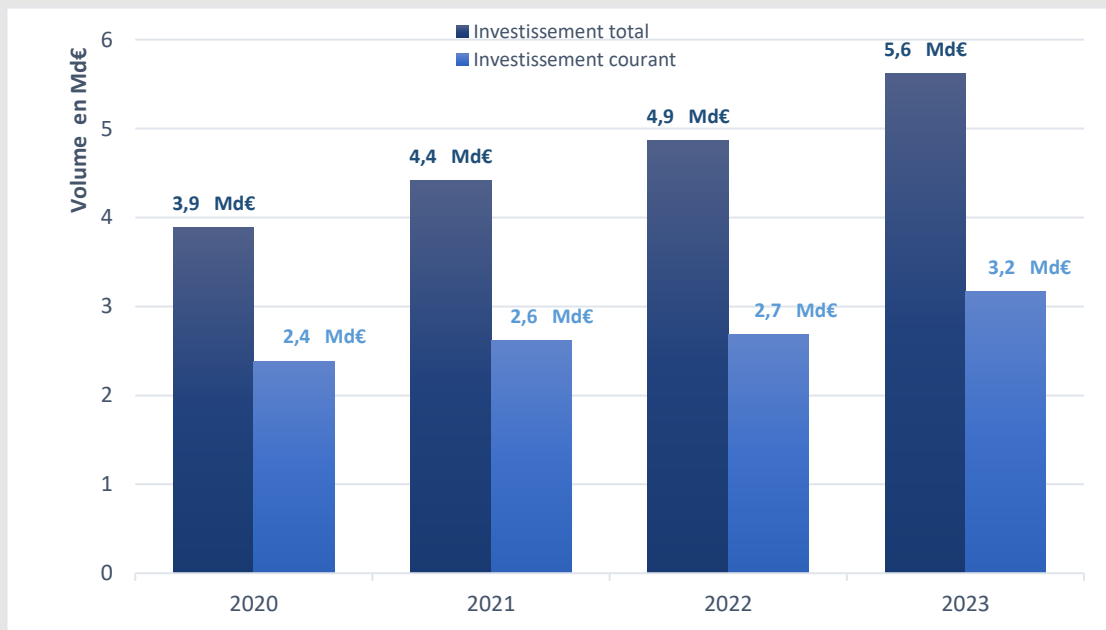
Figure 1- Evolution du taux de vétusté des équipements et des bâtiments des établissements publics de santé de 2013 à 2022



Tendance 2023

Les premières données disponibles pour l'exercice 2023 semblent indiquer des dépenses d'investissement réalisées en 2023 d'environ 5,6 Md€, soit une nouvelle hausse de l'ordre de 15,7 % par rapport à 2022. Le taux d'investissement courant passe quant à lui de 2,7 à 3,1 % entre 2022 et 2023, et semble donc s'établir au-dessus du seuil de 3 % jugé nécessaire pour le renouvellement des équipements.

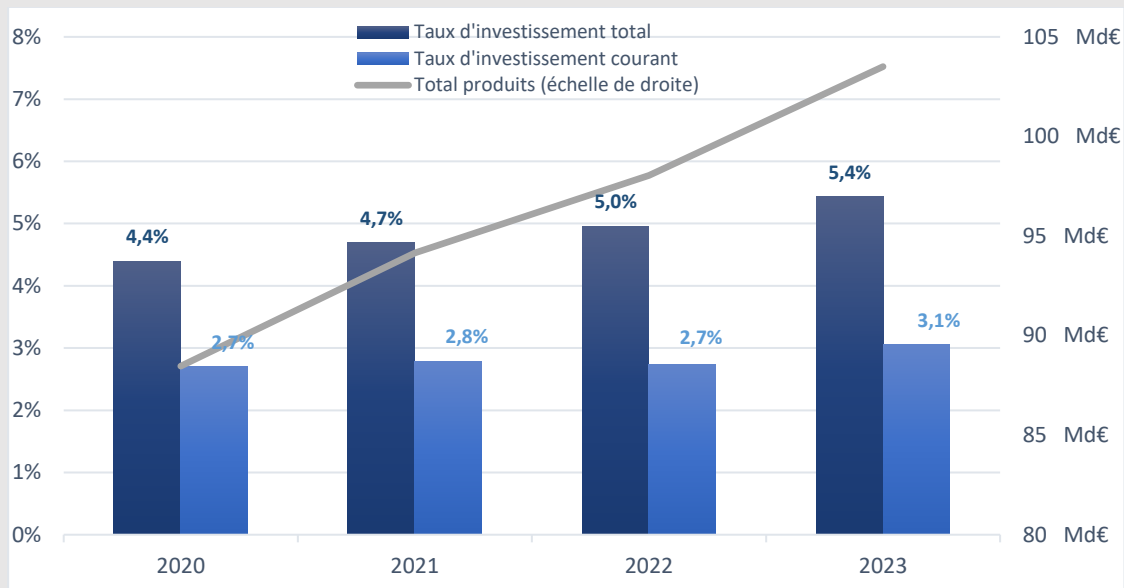
Evolution de l'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2020 à 2023 (en Md€)



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

* données en cours de consolidation

Evolution des taux d'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2020 à 2023



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS (Md pour milliard)

* données en cours de consolidation

Cette évolution à la hausse des dépenses d'investissement en 2023, qui reste à fiabiliser, semble concerner tous les établissements, à l'exception de l'AP-HP et des plus petits centres hospitaliers (produits < 20 M€), avec une progression plus marquée pour les grands établissements.

Taux d'investissement total et d'investissement courant par catégorie d'établissements publics de santé en 2022 et 2023

Type d'EPS	Taux d'investissement		Taux d'investissement courant	
	2022	2023*	2022	2023*
AP-HP	5,7%	5,3%	5,1%	5,4%
CHU	5,9%	7,1%	2,6%	3,3%
CH>=150M	4,6%	5,1%	2,4%	2,6%
70M<=CH<150M	4,3%	4,6%	2,5%	2,7%
20M<CH<70M	3,5%	3,8%	2,2%	2,4%
CH<20M	5,4%	4,7%	2,8%	2,6%
Total général	5,0%	5,4%	2,7%	3,1%

Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

* données en cours de consolidation

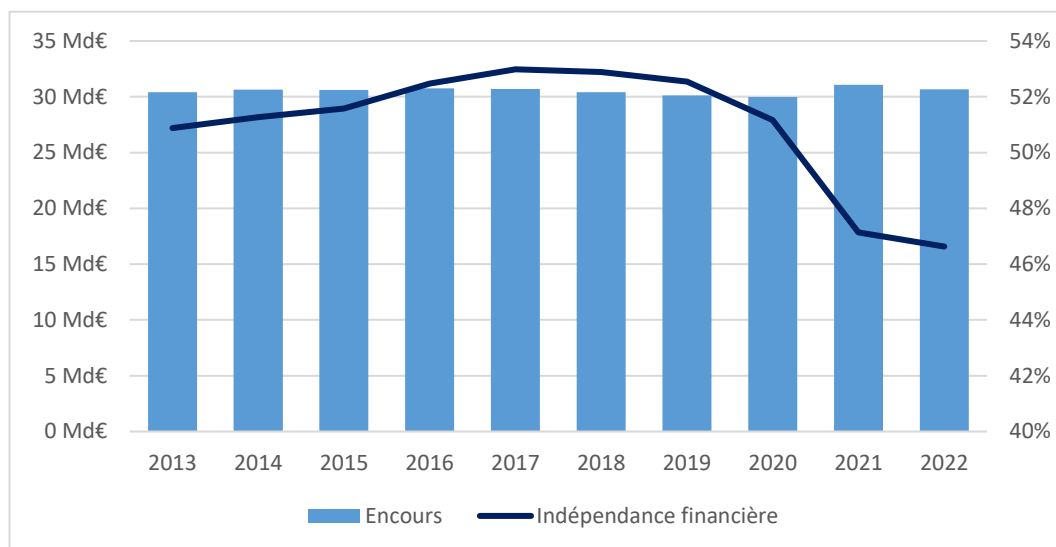
b) Malgré la poursuite de l'investissement, les comptes financiers 2022 traduisent une amélioration globale des ratios d'endettement pour les établissements publics de santé

L'encours de dette⁵⁸ s'établit en 2022 à 30,7 Md€, soit une baisse de 410 M€ par rapport à un encours 2021 de 31,1 Md€. Le niveau d'encours de dette avait progressé en 2021 par rapport à 2020, porté exclusivement par les CHU (dont l'AP-HP), représentant à eux seuls 44 % du stock d'encours total en 2021 et étant à l'origine de 53 % des emprunts mobilisés en 2021. Cette situation spécifique correspondait à l'émission d'emprunts obligataires souscrits à des conditions très favorables. L'échéance de remboursement de ces emprunts se

⁵⁸ Encours : capital de la dette portée au bilan

situant à 1 an, l'encours des CHU a mécaniquement baissé dès 2022 (-404 M€ hors AP-HP), à l'exception de l'AP-HP qui connaît une croissance de +10 % de son encours en 2022 soit +319 M€. En 2022, la diminution de -325 M€ de l'encours de dette va au-delà des CHU et concerne tous les types de CH.

Niveau d'encours de dette et indépendance financière des établissements publics de santé de 2013 à 2022



Source : Diamant, cube DGFiP, traitement DGOS.

Ainsi, le taux d'endettement⁵⁹ a diminué, passant de 33 % en 2021 à 31 % en 2022, et demeure au-delà du seuil d'alerte établi à 30 %. L'analyse de ce ratio doit tenir compte du fait que le total des produits a connu une évolution très forte sur les dernières années.

Cette diminution de l'encours de dette en 2022 est à nuancer au regard de la trajectoire pluriannuelle de l'encours. L'encours de dette des établissements publics de santé retrouve, en 2022, un niveau proche de celui connu en 2017, après une légère diminution de 2018 à 2020.

Il faut souligner que cette baisse de l'encours a été possible malgré une progression significative du niveau des investissements en 2021 et en 2022. Cette articulation entre endettement et investissement est surveillée à l'échelle nationale et régionale afin de garantir la soutenabilité à long terme de la reprise de l'investissement, notamment dans le cadre de l'instruction des projets d'investissement accompagnés au titre du Ségur.

Comme indiqué supra, il convient également de surveiller l'évolution des frais financiers, qui connaissent une hausse en 2022, malgré la baisse de l'encours dans un contexte de relèvement des taux d'intérêt. Le taux d'usure⁶⁰ pour un emprunt à taux fixe de plus de vingt ans est de 3,05 % en décembre 2022, il était de 2,4 % en décembre 2021.

La diminution de l'encours s'accompagne d'une baisse du taux d'indépendance financière⁶¹, qui correspond au poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents de l'établissement.

⁵⁹ Taux d'endettement : encours de dette divisé par le total des produits

⁶⁰ Taux d'usure : taux d'intérêt maximum légal que les établissements de crédit sont autorisés à pratiquer lorsqu'ils accordent un prêt.

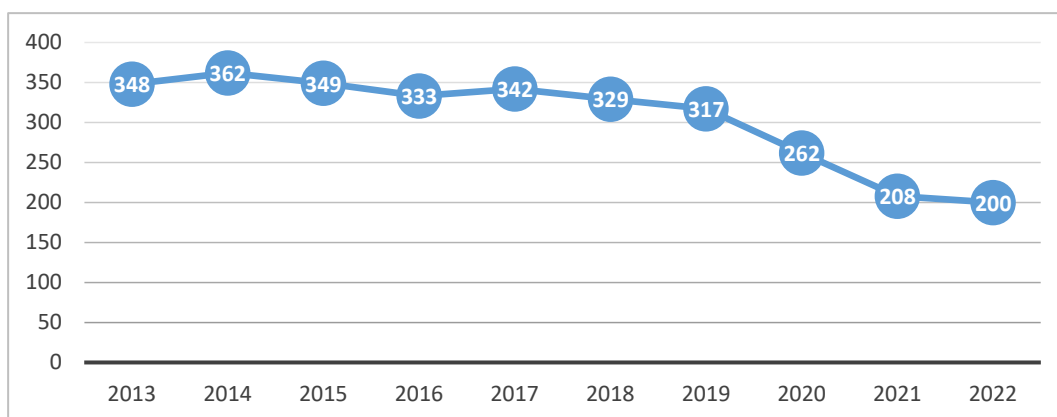
⁶¹ Taux d'indépendance financière : poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents de l'établissement. Il doit se situer à moins de 50% pour que la structure des ressources stables de l'établissement soit équilibrée. A noter que la notion d'indépendance financière représente le niveau de dépendance à la dette.

Cette baisse du taux d'indépendance financière traduit donc en réalité une moindre dépendance des établissements à la dette.

Les **6,5 Md€ de crédits de restauration des capacités financières, dits volet 1 de l'article 50 de la LFSS pour 2021**, ont été intégralement inscrits au bilan des établissements au titre de l'exercice 2021. Cela a conduit à une amélioration du taux d'indépendance financière qui est passé sous le seuil critique⁶² de 50 % pour atteindre un niveau moyen de 47 % en 2021 et 2022. Le versement en trésorerie de ces crédits s'échelonne sur 9 ans avec une disparition progressive de la créance. A fin 2022, 2 Md€ sur les 6,5 Md€ ont effectivement été versés aux établissements de santé. Conformément aux modalités prévues dans les textes, la mobilisation de ces crédits doit permettre, d'ici 2030, l'assainissement de la situation financière des établissements avec une baisse du niveau d'endettement à niveau d'investissement structurant inchangé, et de manière exceptionnelle la remise à niveau de l'investissement courant.

L'amélioration des indicateurs bilanciers se traduit par une diminution en 2021, puis en 2022, du nombre d'établissement public de santé soumis à autorisation d'emprunt tel que définis dans le décret n°2011-1872. En effet, si 32 % des établissements publics de santé, soit 262 établissements, étaient soumis à autorisation d'emprunt en 2020, cette part s'élève à 26 % en 2021 puis 25 % en 2022.

Nombre d'établissements publics de santé soumis au régime d'autorisation préalable à l'emprunt de 2013 à 2022



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

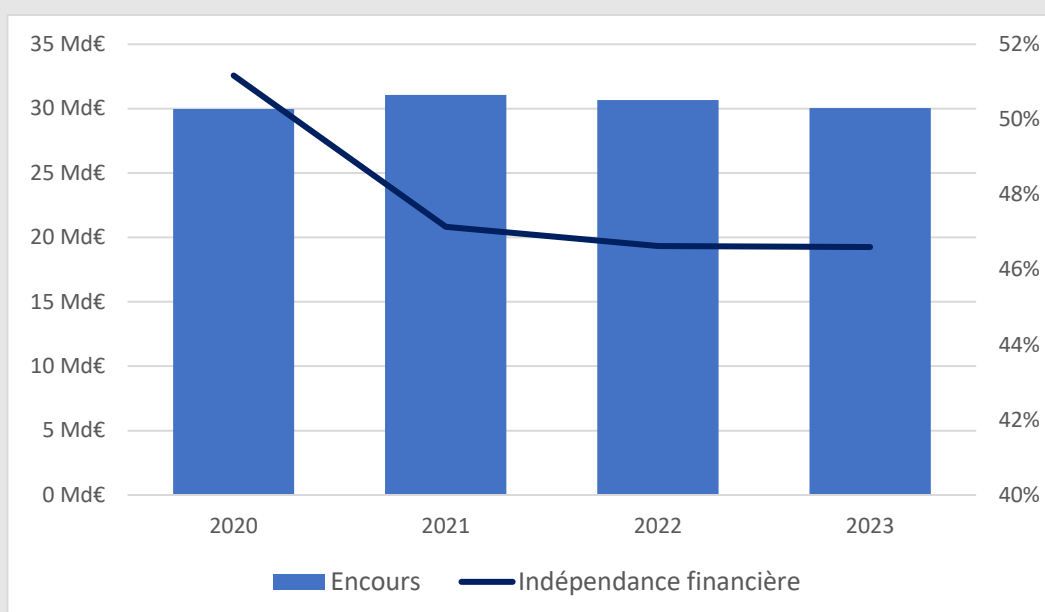
Cette amélioration masque cependant la **dégradation de la durée apparente de la dette (encours divisé par la capacité d'autofinancement)** en lien avec la détérioration de la capacité d'autofinancement des établissements. Elle s'établit à 10,6 années en 2022 pour 8,3 en 2021, alors que cet indicateur était en amélioration continue sur la période 2018-2020⁶³.

Tendance 2023

Selon les premières données disponibles pour 2023, l'encours total a régressé en 2023, pour s'établir à environ 30,1 Md€ (contre un encours de 30,7 Md€ en 2021). Cette diminution de l'encours semble concerner tous les types d'établissement, à l'exception de l'AP-HP, qui connaît de nouveau une forte croissance de son encours en 2023 (+11,5 %). **Le taux d'endettement des établissements publics de santé continuerait de s'améliorer en 2023, en passant de 31,3% à 29,0% et en s'établissant donc en dessous du seuil d'alerte de 30%. Le taux d'indépendance financière semble se stabiliser à 46,6%, en-dessous du seuil d'alerte de 50%.**

⁶² Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

⁶³ La durée apparente de la dette est un indicateur qui exprime le nombre d'années qu'il faudrait pour éteindre la dette si la capacité d'autofinancement y était intégralement consacrée.

Niveau d'encours de dette et indépendance financière des établissements publics de santé de 2020 à 2023

Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS (Md pour milliard)

* données en cours de consolidation

Taux d'indépendance financière et taux d'endettement par catégorie d'établissements publics de santé en 2022 et 2023

Type d'EPS	Taux d'indépendance financière		Taux d'endettement	
	2022	2023*	2022	2023*
AP-HP	73,3%	80,3%	37,9%	40,4%
CHU	51,9%	49,8%	34,8%	31,4%
CH>=150M	48,5%	47,9%	31,1%	28,6%
70M<=CH<150M	42,7%	43,2%	27,7%	25,2%
20M<CH<70M	33,7%	33,4%	21,3%	19,5%
CH<20M	31,0%	31,0%	35,2%	32,1%
Total général	46,6%	46,6%	31,3%	29,0%

Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS)

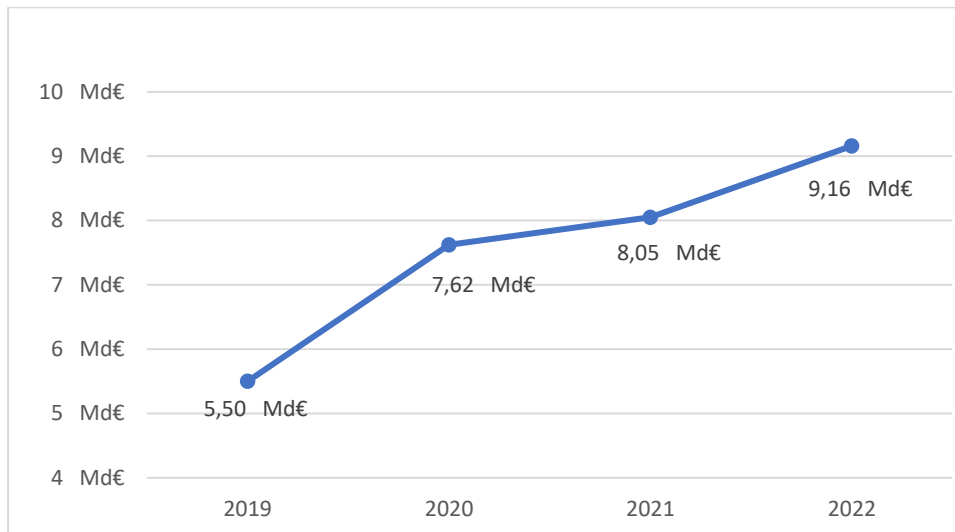
* données en cours de consolidation

1.1.1.2. Une amélioration de la situation de la trésorerie des établissements de santé qui se matérialise par une augmentation globale du solde des comptes au Trésor, mais qui masque de fortes tensions pour certains établissements

L'observation du solde des comptes au Trésor fait apparaître une forte augmentation à partir de l'année 2020, de 5,5 à 7,6 Md€, qui repose sur plusieurs facteurs :

- les dispositifs de soutien mis en place face à la crise, notamment des avances de trésorerie ou des subventions spécifiques destinées à couvrir les coûts liés à la pandémie ;
- l'augmentation des charges des établissements, notamment en lien avec les mesures de revalorisations des rémunérations, qui induit un besoin de niveau de trésorerie courant plus important.

Niveau de trésorerie des établissements publics de santé - montant du compte au Trésor à fin décembre 2019 à 2022 (en Md€)

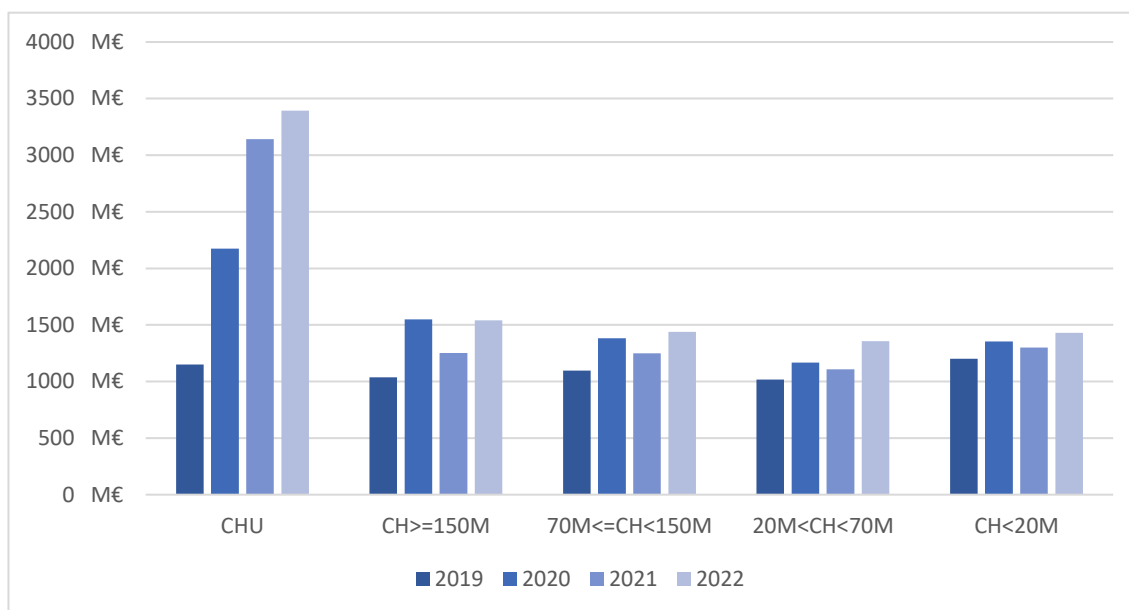


Source : Diamant, cube DGFIIP, traitement DGOS.

L'augmentation de 6 % observée en 2021 (de 7,6 à 8,1 Md€) se concentre exclusivement sur les CHU qui ont mobilisé de nouveaux emprunts durant la même période. **En 2022, l'augmentation de 14 % du solde des comptes au Trésor concerne l'ensemble des catégories d'établissement public de santé à l'exception des CHU dont le niveau de trésorerie se stabilise (hors AP-HP).** Pour 2022, ce solde s'établit à 9,16 Md€. Le versement en 2022 de la double annuité du volet 1 de l'article 50 (au titre de l'année 2021 et 2022) a pu être à l'origine d'un apport temporaire de trésorerie avant mobilisation des crédits.

Cette augmentation du solde des comptes au Trésor masque une forte hétérogénéité de situation des établissements publics de santé. Mais on peut noter que ce sont les CH de taille moyenne (entre 70M€ et 150 M€ de produits) qui présentent la situation la plus tendue avec une trésorerie s'élevant à 0,8 mois de charges d'exploitation alors que les autres catégories sont plutôt préservées en moyenne (sauf situation individuelle particulière) avec 4,3 mois de charges pour les CH de moins de 20 M€ de produits, 1,7 mois pour les CH de plus de 150 M€ de produits, 1,1 mois pour les CH de 20 à 70 M€ de produits et 1,5 mois pour les CHU hors AP-HP.

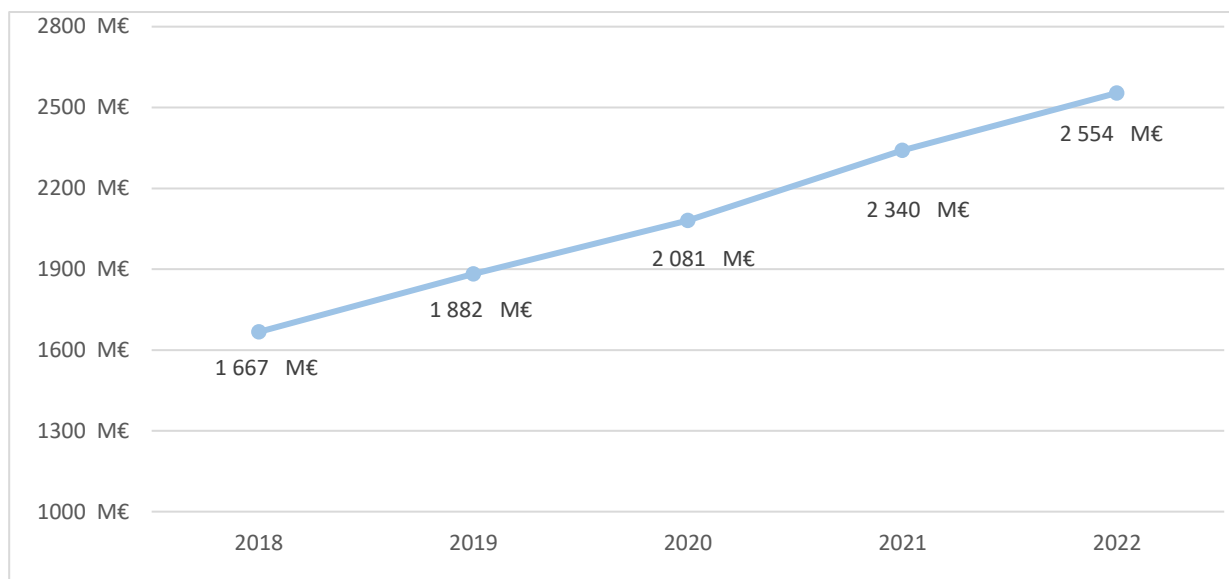
Niveau de trésorerie des établissements publics de santé par types - montant du compte au Trésor à fin décembre 2019 à 2022 (en M€)



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS.

Le suivi d'autres indicateurs montre par ailleurs que les besoins en trésorerie demeurent importants :

- la mobilisation des **lignes de trésorerie** toutes catégories confondues a fortement augmenté entre 2019 et 2022 (+32 %) ;
- la hausse du solde des comptes au Trésor n'a pas généré de baisse des **dettes sociales et fiscales**. Au contraire, ces dernières ont connu une augmentation de 12 % entre 2020 et 2021 en passant de 2 081 M€ à 2 340 M€, puis de 9 % entre 2021 et 2022 s'élevant à 2 554 M€ en 2022. Même rapportées aux charges de personnel qui ont connu une forte hausse sur la période, les dettes fiscales et sociales progressent sur la période (de 4,0 % en 2019 à 4,4 % en 2022) ;
- enfin les **délais globaux de paiement des fournisseurs** montrent que le nombre d'établissements publics de santé dépassant un délai de 70 jours augmente, passant de 18 % en novembre 2020 à 24 % en novembre 2022. En retardant les sorties de trésorerie, ces délais ont permis aux hôpitaux de maintenir des soldes plus élevés sur leur compte bancaire. Il convient de noter qu'aucun CHU de métropole ne rencontre ces mêmes allongements de durée de paiement.

Niveau de dette sociale et fiscale des établissements publics de santé de 2018 à 2022

Source : *Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS.*

Tendance 2023

Les premières observations montrent une baisse importante du solde des comptes au Trésor à fin décembre 2023, de l'ordre de 9,4 %, à l'inverse de la tendance observée depuis 2019. Cette diminution est toutefois concentrée dans les CHU qui connaissent une baisse de leur niveau de trésorerie de l'ordre de 34 %, et plus particulièrement sur 3 CHU à l'origine de plus de 60 % de la baisse (décaissements liés aux opérations de reconstruction des CHU de Rennes et Brest notamment). Une légère baisse est également observée pour les plus petits centres hospitaliers (produits < 20 M€), mais pas pour les autres centres hospitaliers dont le niveau de trésorerie continue d'augmenter en 2023.

1.1.2. Les établissements privés à but non lucratif

Dans son dossier méthodologique Apprécier la situation économique des établissements de santé⁶⁴ publié en 2022, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) précise que « Les données de l'enquête « comptes financiers » de l'ATIH sur le champ des EBNL présentent des limites qui ne peuvent être corrigées en l'état par la DREES : la DREES suspend donc la production de sa fiche sur les EBNL. ». Des travaux ont été menés afin de fiabiliser les données exploitées et permettre une analyse de la situation financière des établissements privés à but non lucratif (EBNL). Les données présentées dans la présente annexe se limitent toutefois aux années 2021 et 2022 et proviennent des comptes financiers déposés par les établissements sur la plateforme « Application Nationale Compte financier Rapport infra-annuel EPRD » (ANCRE) de l'ATIH (traitement DGOS via l'outil Diamant). Il convient de préciser que cette source n'est pas exhaustive mais suffisamment représentative (96 % des FINESS enquêtés ont transmis des données exploitables pour le compte financier 2022). Seuls les établissements à but non lucratif dits « ex-dotation globale » sont représentés.

Le résultat net des budgets principaux reste excédentaire en 2022 pour les établissements à but non lucratif et atteint 79,5 M€ (0,6 % des produits), mais se contracte par rapport au résultat 2021. Pour rappel, le résultat

⁶⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/DM3.pdf>

net des établissements privés à but non lucratif s'élevait à 130,1 M€ en 2021 (1,0 % des produits). Ce niveau de résultat est homogène entre les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les autres établissements privés à but non lucratif.

Le niveau de marge brute des établissements privés à but non lucratif atteint 4,3 % en 2022, soit un niveau proche de celui des établissements publics de santé, et **en dégradation par rapport à 2021 où ce taux atteignait 4,8 %**. **Le taux de capacité d'autofinancement nette diminue passant de 3,0 % en 2021 à 2,6 % en 2022**. Ce taux passe donc sous le seuil de 3 % en 2022, niveau estimé nécessaire pour assurer un autofinancement pérenne des investissements courants. **L'investissement des établissements privés à but non lucratif connaît une très forte croissance de 19,3 % en 2022 et atteint 721,0 M€** contre 604,3 M€ en 2021.

L'encours de dette s'établit en 2022 à 2,9 Md€, soit une légère hausse de 15 M€ par rapport à l'encours 2021 des établissements privés à but non lucratif. **Le taux d'endettement diminue quant à lui légèrement par rapport à 2021, de 20,8 % à 19,8 %**, bien en-deçà du seuil d'alerte établi à 30 % (pour rappel l'analyse de ce ratio doit tenir compte du fait que le total des produits a connu une évolution très forte sur les dernières années). Le taux d'indépendance financière des établissements privés à but non lucratif s'établit également largement en dessous du seuil d'alerte de 50 %, à 36,3 % en 2021 et 34,9 % en 2022. Pour rappel, les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier sont également éligibles aux crédits de restauration des capacités financières, dits volet 1 de l'article 50 de la LFSS pour 2021. Ces crédits ont été intégralement inscrits au bilan des établissements au titre de l'exercice 2021 et ont conduit mécaniquement à améliorer le taux d'indépendance financière.

L'amélioration des indicateurs bilanciers se traduit par une diminution du nombre d'établissements considérés comme surendettés selon les critères du décret n°2011-1872 (applicables aux établissements publics de santé) **de 18,8 % en 2021 à 17,2 % en 2022**. Cet indicateur traduit toutefois une situation d'endettement contrastée d'un établissement à l'autre.

1.1.3. Les établissements privés à but lucratif

Selon les analyses de la DREES publiées en juillet 2024 sur *La situation économique et financière des établissements de santé en 2022*⁶⁵, la situation financière des établissements privés à but lucratif reste nettement bénéficiaire en 2022.

Leur résultat net, très fortement soutenu par les subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire, se maintient aux niveaux précédemment observés. Il s'établit, pour la deuxième année consécutive, **à 3,4 % des recettes**.

La situation économique des établissements privés à but lucratif, globalement excédentaire, masque de **fortes disparités**. En 2022, la part des établissements privés à but lucratif ayant un résultat net négatif augmente (à 24 %, après 21 % en 2021). Cette augmentation s'observe dans toutes les disciplines d'activité, et le pourcentage d'établissements privés à but lucratif déficitaires atteint 26 % en SSR (+1 point), 25 % en MCO (+4 points) et 17 % en psychiatrie (+6 points).

65 Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (solidarites-sante.gouv.fr)

A noter qu'à des fins de lisibilité de l'annexe 6 au PLFSS pour 2025, le terme « clinique privée » employé par la DREES a été remplacé par « établissement privé à but lucratif » dans le texte.

A noter également que les données des années 2021 et précédentes peuvent différer des données figurant dans les analyses publiées précédemment par la DREES. Cela est dû à un changement de méthode de redressement des données détaillé dans l'encadré « Sources et méthodes » de la fiche 28.

D'après les premières estimations, **l'effort d'investissement des établissements privés à but lucratif**, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, poursuit sa reprise amorcée en 2021 et **s'élève à 6,1 % en 2022** (après 5,2 % en 2021), atteignant ce qui serait **son plus haut niveau depuis 2010**.

L'encours de la dette des établissements privés à but lucratif augmente de 15,2 % en 2022 et atteint 2,3 Md€ (après 2,0 Md€ en 2021), **soit 12,3 % des recettes**. Il retrouve ainsi un niveau similaire à celui d'avant crise sanitaire (12,2 % en 2019), après être descendu, en 2021, à 11,4 %, son plus bas niveau depuis 2006, point de départ des observations. Le ratio d'indépendance financière des établissements privés à but lucratif, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, se replie régulièrement depuis son dernier point haut de 2011 (46,4 %). Il s'améliore encore légèrement en 2022, à 36,0 %, après 36,8 % en 2021. 26 % des établissements privés à but lucratif conservent tout de même un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents (25 % en 2021).

L'évolution de l'endettement est cependant contrastée selon les types d'établissement privé à but lucratif. Rapportée aux recettes, le niveau de dette s'accroît en 2022 dans les établissements privés à but lucratif exerçant une activité de psychiatrie (+5,5 points à 13,9 %), mais le ratio d'indépendance financière s'y améliore (-1,1 point, à 18,0 % des capitaux permanents). La dette rapportée aux recettes augmente également dans les établissements privés à but lucratif exerçant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (+0,5 point), de même que le ratio d'indépendance financière se détériore en 2022 pour la deuxième année consécutive, pour s'établir à 37,8 % des capitaux permanents.

La proportion d'établissements privés à but lucratif surendettés augmente et atteint 18 % en 2022, un niveau inégalé depuis 2016. Le pourcentage d'établissements sans aucun critère de surendettement baisse pour s'établir à 60 % en 2022 (après 62 % en 2021).

Source : DREES

1.2. Les investissements au bénéfice des établissements de santé

Le soutien de l'investissement au bénéfice des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour moderniser le patrimoine hospitalier y compris dans sa dimension numérique et accompagner l'adaptation de l'offre aux besoins de soins.

1.2.1. Les investissements hospitaliers

Dans cette perspective, la politique nationale de soutien et d'accompagnement financier a renforcé l'apport en aides en capital pour sécuriser le plan de financement des projets d'investissement et limiter l'endettement des établissements de santé.

Entre sa création en 2012 et sa suppression en 2020, le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) a validé 59 grands projets hospitaliers pour 9,1 Md€, financés par des crédits nationaux d'aide à l'investissement à hauteur de 3,5 Md€. A fin 2023, les crédits d'aide en capital délégués aux ARS au titre du COPERMO s'élèvent à 2,2 Md€. Ces crédits sont complétés par des aides à la contractualisation visant à couvrir les frais financiers générés par les projets immobiliers.

Engagement pris par le Gouvernement en juillet 2020, le Plan « Ségur de la santé » a prévu un investissement massif sur le volet hospitalier pour transformer en profondeur le système de santé. Dans ce cadre budgétaire, 6,5 Md€ ont été dédiés à la restauration des capacités financières des établissements et 7,5 Md€

ont été spécifiquement dévolus au soutien de projets prioritaires ou investissements lourds visant à moderniser, adapter et transformer l'offre de soins (dont 6,5 Md€ étalés sur 10 ans, par le biais du volet 2 des dotations de l'article 50⁶⁶ de la LFSS pour 2021, et dont 1 Md€ faisant l'objet d'un refinancement européen dans le cadre du Plan national de relance et de résilience), et 1,5 Md€ ont été dédiés à la relance de l'investissement courant pour améliorer rapidement et significativement le fonctionnement des services de soins au quotidien, en remettant à niveau les équipements et les installations techniques. Au-delà du montant historique d'investissement, le Ségur de la santé a tracé les contours d'un changement profond de méthode, orienté vers l'accompagnement des projets d'investissement par des experts, un regard médical et une approche globale d'aménagement du territoire de santé. Les crédits ont été, à cette fin, entièrement régionalisés.

En ce qui concerne les projets prioritaires de transformation de l'offre de soins :

- 4,8 Md€ ont été délégués aux ARS au titre du volet 2 des dotations de l'article 50 de la LFSS pour 2021 et 1 milliard d'euros ont été contractualisés avec les établissements de santé à fin 2023 (1,4 Md€ à fin juin 2024) ;
- 606,42 M€ ont d'ores et déjà été délégués aux ARS à l'été 2024 (303,42 M€ en 2023 et 300 M€ en 2024) au titre du Plan national de relance et de résilience. Le solde de ces crédits sera délégué aux ARS en 2025 pour 397 M€.

Sur les 1,5 Md€ contribuant à la relance de l'investissement courant, 1,4 Md€ ont été délégués aux ARS entre 2021 et 2024, dont 1,2 d€ ont été contractualisés par les ARS avec les établissements de santé, et 700 M€ versés aux établissements de santé. La dernière tranche à hauteur de 100 M€ sera déléguée aux ARS en 2025.

1.2.2 Les investissements numériques en établissements de santé

L'accompagnement du développement des usages sécurisés du numérique en établissements de santé se poursuit autour de quatre axes permettant de répondre aux principaux enjeux face au rôle central que joue le numérique dans le quotidien des soignants et des patients :

- a. la cybersécurité et la résilience des systèmes d'information hospitaliers ;
- b. l'évolution de l'équipement des établissements de santé et notamment le renforcement de l'interopérabilité des logiciels utilisés par les soignants hospitaliers ;
- c. l'accompagnement des transformations organisationnelles et le développement des usages du numérique à l'hôpital ;
- d. le développement de l'innovation médicale grâce au numérique.

Concernant la cybersécurité et la résilience (a), le programme Cybersécurité accélération et Résilience des Etablissements (CaRE) a pour objectif d'opérer un rattrapage historique du niveau de sécurité opérationnelle des systèmes d'information hospitaliers sur la période 2023-2027.

En 2023, 10 M€ ont été attribués aux régions pour le déploiement massif d'exercices de préparation en cas de cyberattaque. La mise en place de ressources cyber au bénéfice des établissements se poursuit en 2024 dans le cadre d'une dotation FIR de 26 M€.

Le programme CaRE est également doté d'une capacité d'investissement permettant de renforcer la sécurité opérationnelle des établissements de santé. Démarrant en 2024 avec deux domaines, un montant prévisionnel de 110 M€ d'une part concernant la sécurisation de l'exposition internet, l'annuaire interne des établissements,

⁶⁶ Pour mémoire, un rapport concernant la mise en œuvre des dotations de l'article 50 de la LFSS pour 2021 doit être remis au Parlement à l'automne 2024 conformément à l'article 6 de la LFSS pour 2022.

et le déploiement des plans de sauvegarde, et d'autre part, des appels à projets sur l'identification des professionnels pour un montant prévisionnel de 6 M€. Ce programme a vocation à se poursuivre dans les années à venir compte-tenu des enjeux cyber et de résilience.

Concernant l'évolution de l'équipement logiciel des établissements de santé, pour plus de sécurité et d'interopérabilité (b), l'Etat a mis en place un mécanisme d'achat pour compte permettant de doter les établissements de santé de mises à jour logicielles (sous la forme d'un système ouvert et non sélectif de référencement et de financement, le dispositif SONS).

Une première vague de mise à jour logicielle a permis de renforcer l'identitovigilance et l'interopérabilité grâce au déploiement de l'identité nationale de santé à l'hôpital et de multiplier les échanges fluides et sécurisés de données de santé avec le patient et son équipe de soin. Une seconde vague de mise à jour logicielle pour les hôpitaux a été lancée en mai 2024. Elle permettra aux professionnels de santé hospitaliers d'accéder simplement à l'historique des informations médicales de leur patients par Mon espace santé.

Ce programme a fait l'objet d'un financement de 465 M€ pour l'ensemble du secteur sanitaire, entièrement délégué à l'Agence du numérique en santé entre 2021 et 2023, à engager d'ici 2026.

Concernant les transformations organisationnelles induites par un usage fluide et sécurisé du numérique à l'hôpital (c), elles sont accompagnées au niveau national par des programmes de financement incitatifs.

Pour soutenir les efforts des établissements dans la production et la transmission de documents de santé vers Mon espace santé et par Messagerie sécurisée de santé, le programme de financement appelé SUN-ES pour « Ségur usage numérique en établissements de santé » a été lancé en juillet 2021 et a pris fin en mars 2024. Sur les exercices 2021, 2022 et 2023, les montants délégués aux ARS se sont élevés à 157 M€ pour couvrir le maximum des besoins de financement. Les établissements ayant jusqu'à 2024 pour atteindre les cibles, les montants définitifs seront arrêtés d'ici la fin de cette année.

Dans la continuité des programmes HOP'EN et SUN-ES lancés en 2019, de nouveaux financements accompagneront les transformations organisationnelles liées au développement du numérique en établissement de santé dans le cadre d'un nouveau programme de financement appelé HOP'EN2 lancé en juillet 2024.

Concernant le développement de l'innovation médicale grâce au numérique (d), l'Etat soutient l'accompagnement à la mise en œuvre et au renforcement d'entrepôts de données de santé hospitaliers notamment avec des financements relevant de l'aide à la contractualisation. Ces financements sont octroyés aux établissements lauréats de l'appel à projets « Accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers », lancé dans le cadre de la Stratégie accélération « santé numérique » de France 2030. En 2023, 7,5 M€ y ont été consacrés.

2. Situation financière des ESMS

2.1. Indicateurs financiers des ESMS : rétrospective 2021-2022

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique la situation des établissements et services médico-sociaux, financés ou cofinancés par la branche autonomie, par catégorie d'établissement, en 2021 et 2022.

Il est à noter que tous les ratios financiers présentés ont été corrigés des valeurs extrêmes, qui ont été exclues des calculs. En outre, la colonne « N » indique le nombre final d'établissements et services retenus, pour le calcul du ratio. Les taux moyens et médians sont pondérés, pour corriger notamment des effets taille⁶⁷.

⁶⁷ L'effet de taille est mesuré, selon le ratio, soit par le total des comptes de classe 7 (pour le taux de CAF et le taux de résultat net), soit par le total des capitaux permanents (pour le taux d'endettement).

En outre, il est à noter que le calcul des ratios s'appuie sur des données remontées au niveau national, dans le tableau de bord de la performance du secteur médico-social. Toutes les précautions d'usage liées au mode déclaratif sont donc requises.

A titre strictement indicatif, les valeurs de référence généralement admises, associées à une situation comptable suffisamment robuste pour assurer la pérennité à long terme, sont les suivantes :

- taux de CAF : de 5 à 10 % (source EHESP) ;
- taux d'endettement (ou taux de dépendance financière) : inférieur à 50 % (source EHESP) ;
- taux de résultat net : peu de références existent mais il peut être éclairant de citer l'article D. 6143-39 du Code de la santé publique, qui fixe un seuil de taux de déficit (taux de résultat négatif) de 3 %⁶⁸ du total des produits du compte de résultat principal, comme l'un des critères de déséquilibre financier des établissements de santé publics dont le budget excède 10 M€.

⁶⁸ Hormis une liste fermée d'établissements de santé pour lesquels le seuil est de 2 %

Tableau 1 - Taux de capacité d'autofinancement, taux d'endettement et taux de résultat net, moyens et médians, corrigés des valeurs extrêmes, par catégorie d'ESMS en 2021 et 2022 et taux d'évolution

Catégorie ESMS	Libellé ratios financiers	Année = 2021			Année = 2022			Evolution 2022 / 2021 en points	
		N	Moyenne	Médiane	N	Moyenne	Médiane	Moyenne 2022 vs 2021	Médiane 2022 vs 2021
SESSAD (Services d'éducation spéciale et de soins à domicile)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	1 134	8,9	8,5	1 131	9,1	8,6	0,2	0,1
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	1 191	6,8	0,0	1 150	6,1	0,0	-0,7	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	1 135	5,2	4,7	1 128	6,0	5,1	0,8	0,4
IME (Instituts médico-éducatifs)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	985	6,3	6,2	1 022	6,1	6,0	-0,2	-0,2
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	1 054	14,3	2,9	1 062	14,2	2,4	-0,1	-0,5
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	988	1,0	0,9	1 027	0,9	0,8	-0,1	-0,1
ITEP (Instituts thérapeutes, éducatifs et pédagogiques)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	311	8,8	8,6	307	8,0	7,7	-0,8	-0,9
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	332	13,6	2,3	320	12,6	1,2	-1	-1,1
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	309	3,2	2,9	308	3,5	2,8	0,3	-0,1
EEAP (Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	149	6,4	5,1	158	6,3	5,3	-0,1	0,2
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	153	14,7	0,0	161	12,9	0,0	-1,8	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	149	2,0	1,0	160	1,1	0,5	-0,9	-0,5
CMPP (Centres médico-psycho-pédagogiques)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	219	8,3	8,0	232	7,7	7,6	-0,6	-0,4
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	245	8,6	0,0	247	7,9	0,0	-0,7	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	218	4,6	4,3	231	4,8	4,3	0,2	0,0
CAMSP (Centres action médico-sociale précoce)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	199	8,2	7,1	206	7,9	7,3	-0,3	0,2
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	206	11,4	0,0	204	11,1	0,0	-0,3	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	201	3,4	2,2	208	4,9	4,8	1,5	2,6

Catégorie ESMS	Libellé ratios financiers	Année = 2021			Année = 2022			Evolution 2022 / 2021 en points	
		N	Moyenne	Médiane	N	Moyenne	Médiane	Moyenne 2022 vs 2021	Médiane 2022 vs 2021
IEM (Instituts d'éducation motrice)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	111	6,3	7,1	118	5,7	5,7	-0,6	-1,4
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	119	11,3	0,0	119	11,9	0,0	0,6	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	111	1,4	0,9	119	1,2	0,5	-0,2	-0,4
IDV (Institut pour déficients visuels)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	19	8,2	7,0	19	6,7	7,05	-1,5	0,05
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	22	8,4	0,9	20	7,9	0,0	-0,5	-0,9
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	19	2,6	1,0	19	1,4	0,9	-1,2	-0,1
IDA (Instituts pour déficients auditifs)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	46	5,5	5,1	45	3,9	2,8	-1,6	-2,3
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	49	7,9	0,0	48	8,1	0,0	0,2	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	46	0,5	-0,1	47	-0,6	-0,3	-1,1	0,2
IESPESA (Instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	9	7,4	8,2	14	6,5	6,8	-0,9	-1,4
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	6	6,7	0,0	11	5,6	0,0	-1,1	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	9	3,4	4,0	14	1,5	2,6	-1,9	-1,4
SPASAD (Services polyvalents d'aide et de soins à domicile)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	60	3,9	3,6	67	6,4	5,5	2,5	1,9
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	87	2,8	0,0	87	3,6	0,0	0,8	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	59	2,3	2,4	67	4,9	2,7	2,6	0,3
ESAT (Etablissements de service d'aide par le travail)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	1 039	6,4	5,8	1 077	6,8	6,2	0,4	0,4
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	1 106	15,1	1,8	1 111	14,9	0,6	-0,2	-1,2
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	1 047	1,6	0,9	1 085	1,6	0,9	0,0	0,0
ESRP (Etablissements et service de	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	61	10,9	10,7	60	11,0	11,7	0,1	1,0
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	71	17,0	0,1	65	17,3	2,2	0,3	2,1

réadaptation professionnelle)	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	60	3,4	2,2	60	3,9	1,5	0,5	-0,7
Catégorie ESMS	Libellé ratios financiers	Année = 2021			Année = 2022			Evolution 2022 / 2021 en points	
		N	Moyenne	Médiane	N	Moyenne	Médiane	Moyenne 2022 vs 2021	Médiane 2022 vs 2021
MAS (Maisons d'accueil spécialisées)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	579	5,8	5,8	601	4,3	4,3	-1,5	-1,5
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	594	25,8	12,4	595	26,5	12,4	0,7	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	584	0,2	0,5	603	-0,9	-0,3	-1,1	-0,8
SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	1 195	4,4	4,0	1 278	3,3	2,8	-1,1	-1,2
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	1 161	4,3	0,0	1 179	4,6	0,0	0,3	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	1 191	2,5	2,0	1 270	1,8	1,3	-0,7	-0,7
SAMSAH (Services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	321	10,3	9,7	365	9,4	9,2	-0,9	-0,5
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	369	5,4	0,0	383	4,7	0,0	-0,7	0,0
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	319	6,5	6,2	359	6,6	5,8	0,1	-0,4
EAM (Etablissements d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	804	4,5	4,5	846	2,5	2,4	-2,0	-2,1
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	817	26,9	11,6	828	26,5	11,3	-0,4	-0,3
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	808	0,2	0,3	854	-1,8	-1,6	-2	-1,9
EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	5 262	4,1	4,3	5 656	2,8	2,8	-1,3	-1,5
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	3 985	26,6	20,2	4 388	25,7	18,1	-0,9	-2,1
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	5 255	0,8	0,6	5 654	-0,8	-0,5	-1,6	-1,1

Source : Tableau de bord de la performance 2021 et 2022 corrigé des extrêmes.⁶⁹

Pour détecter et neutraliser les valeurs extrêmes, la présente analyse retient la méthode statistique du troncage à 1 % : chaque indicateur est calculé sur un échantillon dans lequel le 1 % des valeurs les plus basses – percentile 01 – et le 1 % des valeurs les plus élevées – percentile 99 – sont supprimés

Un taux médian d'endettement à 0% signifie qu'au moins 50% des établissements ou services de la catégorie n'ont aucune dette vis-à-vis des établissements de crédit.

⁶⁹ Exemple de lecture : parmi les 1 134 SESSAD qui ont pu être intégrés dans le calcul du taux de capacité d'autofinancement (CAF), en 2021, le taux de CAF moyen pondéré est de 8,9 %. Le taux de CAF médian représente la valeur qui partage l'échantillon en deux : 50 % des 1 134 SESSAD ont un taux de CAF inférieur à 8,5 % et les 50 % restant ont un taux de CAF supérieur à 8,5 % en 2021.

Aussi, le taux de capacité d'autofinancement (CAF) médian des SESSAD augmente de 0,2 points de pourcentage entre 2021 et 2022, passant de 8,9 % à 9,1 %. La médiane augmente sensiblement dans les mêmes proportions. Le faible écart entre les taux 2021 moyen et médian indique une faible dispersion parmi les SESSAD étudiés : pour une majeure partie d'entre eux, leur taux de CAF individuel est relativement proche du taux moyen.

Les établissements les plus endettés appartiennent aux catégories avec hébergement, recourant plus à l'emprunt pour financer leurs immobilisations. Ces tendances étaient déjà constatées sur la période 2020-2021, indiquant que la structuration de l'endettement a peu évolué depuis.

Ce tableau montre par ailleurs que la réduction des taux de CAF et des taux de résultat, déjà visible entre 2020 et 2021, se poursuit en 2022, pour la majeure partie des catégories d'établissements et services, les deux allant de pair puisque le résultat d'exploitation alimente la CAF. Une érosion des niveaux généraux de soutenabilité semble donc à l'œuvre. Cependant, l'érosion semble plus marquée pour les IDA, EAM, MAS et EHPAD, avec des baisses plus importantes que la tendance générale pour le taux de CAF comme pour le taux de résultat. Pour ces quatre catégories d'établissements, les taux de résultat moyens et médians deviennent négatifs en 2022. Le nombre d'établissements en déficit est donc plus élevé que le nombre d'établissements en excédent, au sein de ces quatre catégories.

Ces mêmes catégories sont aussi celles qui présentent un taux de CAF, moyen ou médian, inférieur à 5%. La situation particulière des SSIAD doit par ailleurs être notée, avec un taux de résultat moyen ou médian en baisse (mais restant positif) et un taux de CAF moyen ou médian inférieur à 5 %.

Hormis pour les IDA, EAM, MAS, EHPAD et SSIAD, les taux de CAF moyens restent supérieurs à 5 % et les taux de résultat permettent encore de dégager des marges pour les besoins de long terme.

Un niveau de vigilance accru est donc requis en général et particulièrement concernant les IDA, EAM, MAS et EHPAD.

Pour rappel, entre 2019 et 2020, les taux de CAF moyens et médians, majoritairement supérieurs à 5 %, étaient en progression, pour toutes les catégories d'établissements et services. Au vu de la particularité de l'année 2020, marquée par la crise Covid-19 et les aides exceptionnelles en découlant, cette comparaison doit être interprétée avec précautions.

Les signes de fragilité apparus en 2021, s'amplifient en 2022, avec des situations déficitaires de plus en plus nombreuses pour certaines catégories. Ces éléments font l'objet de nombreux travaux d'analyse et de réflexion pour déterminer si des causes conjoncturelles (pic de l'inflation en 2022, reprise très progressive de l'activité des ESMS après la crise sanitaire) peuvent expliquer cette évolution et, dans le cas contraire, identifier les facteurs structurels érodant durablement la situation des établissements et services.

Des précautions de lecture doivent cependant conduire à considérer avec réserves les chiffres présentés :

- Les trois indicateurs présentés sont certes éclairants mais ne suffisent pas à eux seuls à tirer des conclusions sur la santé financière d'ensemble du secteur, qui nécessite des travaux d'approfondissement, en cours.
- Dans la mesure où les ressources des ESMS ont sensiblement cru sur la période, du fait du financement des mesures de revalorisation salariale, les taux de résultat net et de capacité d'autofinancement, qui reprennent ces ressources au dénominateur, sont toutes choses égales par ailleurs mécaniquement réduits.
- A l'intérieur d'une même catégorie d'établissement ou services, une moyenne / médiane peut contenir des biais du fait de disparités importantes sur des critères qui peuvent influencer la situation financière d'une organisation, par exemple le statut juridique des gestionnaires ; la taille ou la capacité, le statut vis-à-vis de la location/propriété ; ou encore l'emplacement, selon qu'il est situé dans un milieu urbain, péri-urbain ou rural et selon les différences de coût de la vie. Par exemple, deux IME peuvent présenter des situations d'exploitations voisines, en termes de taux de résultat ou de taux de capacité

d'autofinancement, mais s'inscrire dans des contextes très différents selon qu'ils relèvent d'un gestionnaire mono-établissement ou d'un groupe permettant la mutualisation de charges, de la trésorerie, des achats etc. Les lieux d'implantations et contextes géographiques peuvent par ailleurs expliquer des différences de coût significatives, pour des activités comparables, selon le coût de l'immobilier ou la possibilité plus ou moins importante de recourir aux ressources du territoire (pharmacie, médecin, transports etc.).

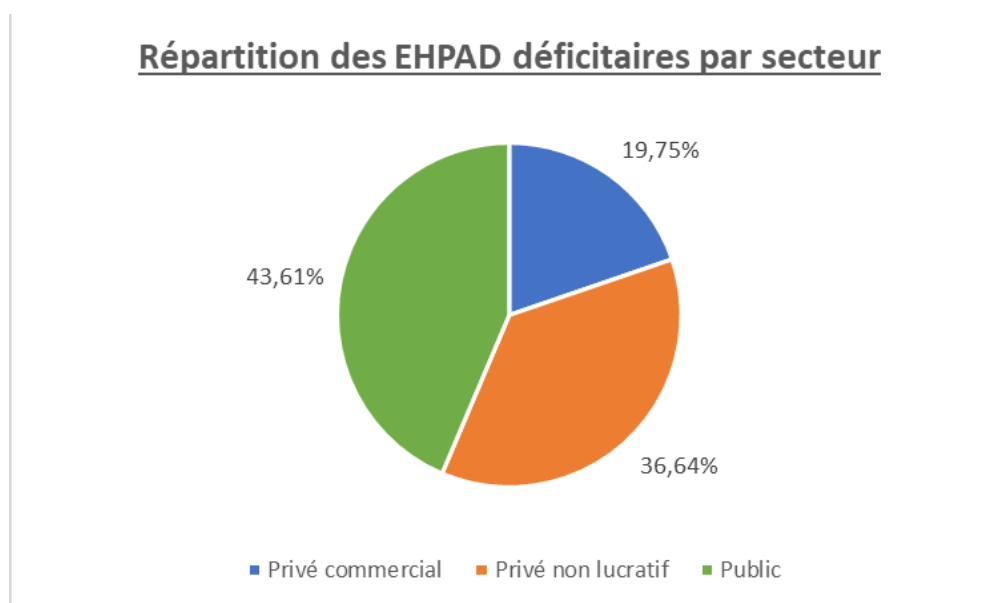
- Certaines catégories présentent de très faibles effectifs, qui sont non significatifs et ne permettent donc pas d'analyser la situation financière de la catégorie concernée (ex : IDV, IESPESA). Cela explique notamment la très faible dispersion sur ces catégories et des taux de variation importants, dépendants de quelques gestionnaires.
- Dans la catégorie des EHPAD, les données des établissements soumis à l'ERRD simplifié (EHPAD privés dont le tarif « Hébergement » n'est pas fixé par le Conseil départemental) étaient partielles jusqu'à 2022. Les taux de CAF et de résultat moyen et médian sont calculés uniquement sur la base des données des activités « Soins » et « Dépendance ».

2.2. Situation globale des EHPAD

Les données présentées ci-après, qui illustrent la situation financière des EHPAD, constitue une première analyse, en cours d'approfondissement. Ces données sont donc susceptibles d'évoluer.

2.2.1. Tous statuts juridiques confondus

La part des EHPAD en déficit dans le total des EHPAD, tous statuts confondus, est de 54,7 % au 31 décembre 2022, avec une progression d'environ 15 points par rapport 2021.



Source : Tableau de bord de la performance 2022

2.2.2. Secteur privé

Au préalable, il est important de noter que les gestionnaires privés d'EHPAD, dont le tarif « Hébergement » n'est pas fixé par le Conseil départemental, n'avaient pas l'obligation jusqu'à l'exercice 2022 de transmettre l'intégralité de leurs données budgétaires et financières (décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses

mesures d'amélioration de la transparence financière dont les dispositions sont rappelées en section 2.2 de la partie 1).

En l'espèce, ils ne transmettaient pas leurs données bilancielle ainsi que leurs données de charges et de produits afférant à la section « Hébergement ». A ce stade, il est probable qu'une partie de ces gestionnaires n'aient pas non plus saisi ces données dans le tableau de la performance. Les taux présentés pour le secteur commercial, majoritairement non habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, doivent donc être interprétés avec la plus grande prudence.

Proportion d'EHPAD déficitaires

Le tableau suivant montre la proportion d'EHPAD déficitaires par statut privé au 31 décembre 2022 :

	Nombre d'EHPAD déficitaires	Nombre total d'EHPAD (1)	Part des EHPAD déficitaires
Privé non lucratif	1 166	2 203	53%
Privé commercial	717	1 713	42%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2022

(1) Ayant transmis un ERRD pour 2022

La proportion d'EHPAD déficitaires est très importante dans les deux secteurs, notamment dans le secteur privé non lucratif, en lien avec les difficultés financières visibles depuis 2021.

Selon les premiers éléments d'analyse 2023, cette proportion croît pour le secteur privé non lucratif pour atteindre 65 % (montant estimé). Dans le secteur commercial, elle aurait tendance à baisser légèrement, tout en restant à un niveau important (près de 38 % selon les premières estimations) et sous réserve des précautions de méthode évoquées plus haut.

Taux de résultat

	Privé commercial		Privé non lucratif	
	Moyen	Médian	Moyen	Médian
Taux de résultat au 31/12/22 (en %)	-1,00	0,79	0,50	-0,26

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2022

Dans le secteur privé non lucratif, le taux négatif signifie que plus de 50% des EHPAD sont déficitaires, ce qui confirme la détérioration déjà constatée dès 2021.

Les premiers éléments disponibles, sur la base des ERRD (état réalisé des recettes et des dépenses) 2023, confirmeraient la tendance baissière, notamment pour le secteur privé non lucratif dont le taux médian au 31/12/2023 est estimé à -1,63 %.

Capacité d'autofinancement (CAF)

	Privé commercial		Privé non lucratif	
	Moyen	Médian	Moyen	Médian
Taux de CAF au 31/12/22 (en %)	2,68	2,68	2,98	3,86

Source : Tableau de bord de la performance

Selon les premières analyses, le taux de CAF serait encore en baisse en 2023, au moins pour le secteur privé non lucratif, étant estimé à moins de 2 %. Concernant le secteur commercial, les politiques d'investissement

peuvent être plus étroitement liées à la gouvernance et au pilotage centralisés au niveau du groupe, qui peuvent influencer sur les perspectives de long terme.

Trésorerie en jours

Trésorerie en jours au 31/12/22	Privé commercial		Privé non lucratif	
	Moyen	Médian	Moyen	Médian
	116,0	22,0	110,9	90,7

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2022

On note une grande dispersion des données, notamment dans le cas des organismes commerciaux, qui ne permet pas de dégager une tendance.

Concernant le secteur privé non lucratif, la baisse du nombre de jours d'exploitation d'avance [pendant lesquels l'établissement peut couvrir ses frais courants sans percevoir de produits] déjà entamée en 2021, se poursuit en 2022. Selon les premiers éléments d'analyse des ERRD 2023, la trésorerie en jours a continué de baisser en 2023. Elle est estimée en médiane à 78 jours.

Taux d'endettement

Taux d'endettement au 31/12/22 (en %)	Privé commercial		Privé non Lucratif	
	Moyen	Médian	Moyen	Médian
	25,99	14,65	34,18	28,56

Source : Tableau de bord de la performance 2022

Le secteur privé commercial avait un taux d'endettement inférieur au taux médian tous secteurs confondus (18,1 %) alors que celui du secteur privé non lucratif était supérieur.

Ces taux restent inférieurs en médiane / moyenne au taux de référence de 50 %. Mais la dégradation de la CAF peut entamer la capacité des établissements à rembourser les emprunts. Cette situation doit faire l'objet d'une attention particulière.

2.2.3. Secteur public

Proportion d'EHPAD déficitaires

Le tableau suivant montre la proportion d'EHPAD déficitaires par statut public au 31 décembre 2022 :

	Nombre d'EHPAD déficitaires	Nombre total d'EHPAD (1)	Part des EHPAD déficitaires
Public autonome	671	1 126	60%
Rattaché à une collectivité territoriale	432	722	60%
Rattaché à un établissement public de santé	555	726	76%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2022

(1) Ayant transmis un ERRD pour 2022

La proportion d'EHPAD déficitaires est très importante pour les trois catégories et reflète la dégradation financière du secteur, d'autant plus concernant les EHPAD rattachés à un établissement public de santé. Les premiers éléments d'analyse 2023 semblent montrer que cette proportion croit. Elle est estimée pour 2023 à 70 % pour les EHPAD publics autonomes, 66 % pour ceux rattachés à une collectivité territoriale et 85 % pour ceux rattachés à un établissement public de santé.

Taux de résultat

	Public autonome		Rattaché à une collectivité territoriale		Rattaché à un établissement public de santé	
	Moyen	Médian	Moyen	Médian	Moyen	Médian
Taux de résultat au 31/12/22 (en %)	-1,62	-0,90	-1,59	-1,00	-4,72	-3,70

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2022

Pour les trois catégories, plus de la moitié des EHPAD est déficitaire. Là encore, cela confirme les évolutions constatées en 2021. En 2023, les premières tendances montrent une poursuite de la dégradation, avec des taux autour de -2 %, en moyenne comme en médiane, pour les établissements publics autonomes et ceux rattachés à une collectivité territoriale. Concernant les EHPAD rattachés à un établissement public de santé, les taux médians / moyens pourraient être inférieurs à -5 % selon les premières estimations. Leur situation apparaît donc dégradée, sous réserve d'une analyse plus approfondie.

Capacité d'autofinancement

	Public autonome		Rattaché à une collectivité territoriale		Rattaché à un établissement public de santé	
	Moyen	Médian	Moyen	Médian	Moyen	Médian
Taux de CAF au 31/12/22 (en %)	3,70	3,89	1,73	1,61	0,34	0,29

Source : Tableau de bord de la performance

Le taux de CAF est en dessous du ratio de référence (5% de référence) illustrant des fragilités communes à toutes les catégories. Par rapport à 2021, ces taux ont baissé pour les trois catégories, la dégradation étant plus marquée pour les établissements rattachés à une collectivité territoriale ou à un établissement public de santé (en première analyse, en médiane, -1 point de pourcentage pour le secteur public autonome, près de - 2 points pour les EHPAD rattachés à une collectivité territoriale et plus de -3 points pour ceux rattachés à un établissement public de santé). Globalement, cette tendance réduit la capacité des établissements à dégager les ressources pour investir et rembourser les emprunts. La situation des EHPAD rattachés à un établissement public de santé doit être analysée à l'échelle de la situation des établissements, aussi décrite dans la présente annexe.

Trésorerie en jours

Trésorerie (en jours)	Public autonome		Rattaché à une collectivité territoriale	
	Moyen	Médian	Moyen	Médian
	114,5	92,6	70,1	45,3

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2022

Données non disponibles pour un établissement rattaché à un établissement public de santé

La variabilité des situations est forte entre les établissements rattachés à une collectivité territoriale, compte tenu de l'écart entre leur taux moyen et leur taux médian. Pour la moitié de ces établissements, le nombre de jours de trésorerie d'avance ne dépasse pas 45,3 jours, attestant d'une situation particulièrement tendue.

Pour ces deux catégories d'établissements, les premières analyses 2023 montrent une tendance à la poursuite de la dégradation. Les taux médians au 31/12/2023 sont estimés à 71,8 jours pour les établissements publics autonomes et à 35,6 jours pour les établissements rattachés à une collectivité territoriale. Si cette tendance est confirmée, cette détérioration constitue une alerte, notamment pour les seconds.

Taux d'endettement

Taux d'endettement au 31/12/22 (en %)	Public autonome		Rattaché à une collectivité territoriale	
	Moyen	Médian	Moyen	Médian
	36,83	39,25	33,01	30,89

Source : Tableau de bord de la performance 2022

Données non disponibles pour un établissement rattaché à un établissement public de santé

Même si les taux moyens d'endettement restent inférieurs en médiane et moyenne au taux de référence de 50 %, la dégradation de la CAF peut entamer la capacité des établissements à rembourser les emprunts. Cette situation fait l'objet d'une attention particulière, de la même manière que pour les établissements privés.

2.2.4. Bilan de l'utilisation du fonds exceptionnel par les commissions départementales de suivi des ESMS en difficultés

Les commissions départementales de suivi réunissant les ARS, conseils départementaux, DDFIP, URSAFF, CPAM ont été mises en place en septembre 2023. Elles ont pour objet de prévenir les situations d'insuffisance de trésorerie des EHPAD et des services à domicile en assurant un suivi des établissements et services médico-sociaux implantés dans le département et présentant des risques graves d'insuffisance de trésorerie. Elles ont également eu pour mission d'allouer le fonds exceptionnel aux établissements les plus en difficultés.

Un pilotage national est également organisé avec des évaluations régulières du dispositif. **Une cellule d'appui nationale** peut également être sollicitée si besoin pour les situations les plus complexes.

Au total, au 31/12/2023, 69 667 617 € ont été utilisés pour soutenir les structures en difficultés. Le reliquat a fait l'objet d'un report sur 2024 avec des ESMS déjà identifiés comme ayant besoin d'un soutien financier.

2.2.4.1. EHPAD

Au 31/12/2023, 327 EHPAD ont fait l'objet d'un soutien dans le cadre du fonds exceptionnel.

Répartition de l'octroi du fonds par statut pour les EHPAD

Statut	Montant du fonds attribué	Détail statut	Détail montant attribué
Privé	10 989 196 €	Privé commercial	100 000 €
		Privé Non Lucratif	10 889 196 €
Public	49 782 885 €	Public autonome	11 803 503 €
		Public rattaché à un EPS	5 869 313 €
		Public territorial	32 110 069 €

On note par rapport à la répartition par statut de l'ensemble des EHPAD une part plus importante des EHPAD publics territoriaux et des EHPAD publics autonomes.

2.2.4.2. Secteur du domicile

- **SSIAD et SPASAD**

Au 31/12/2023, 24 SSIAD/SPASAD ont été soutenus par le fonds. Les structures soutenues sont majoritairement (64 %) des structures du secteur privé non lucratif.

Répartition de l'octroi du fonds par statut pour les SSIAD et SPASAD

Statut	Montant du fonds attribué	Détail statut	Détail montant attribué
Privé	1 458 041 €	Privé commercial	0 €
		Privé Non Lucratif	1 458 041 €
Public	199 583 €	Public rattaché à un EPS	142 462 €
		Public territorial	57 122 €

- **SAAD**

126 services à domicile ont été soutenus par le fonds exceptionnel.

Répartition de l'octroi du fonds par statut pour les SAAD¹

Statut	Montant du fonds attribué	Détail statut	Détail montant attribué
Privé	11 789 081,13 €	Privé commercial	521 490,50 €
		Privé Non Lucratif	11 267 590,63 €
Public	1 450 797,32€	Public rattaché à un EPS	100 000€
		Public territorial	1 350 797,32 €

¹ 68,25 % sont des SAAD du secteur privé non lucratif.

2.3. Investissements dans le secteur médico-social : les plans d'aide à l'investissement (PAI) et le Ségur « Investissement »

Depuis 2006, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) soutient l'investissement dans le secteur médico-social pour des opérations de restructuration, de création, d'extension et de mise aux normes des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap. Les financements accordés dans ce cadre se sont élevés sur l'ensemble de la période 2006-2022 à 3,7 Md€ pour un montant total de plans d'investissement de 23,4 Md€.

Dans le cadre du Ségur de la santé, les plans d'aide à l'investissement (PAI) ont connu un essor important avec 2,1 Md€ sur la période 2021-2024 qui se répartissent en 1,5 Md€ pour des opérations immobilières au profit du secteur « Personnes âgées » et 600 M€ pour le numérique dans tous les ESMS, intégrés au plan France Relance et ayant vocation à faire l'objet d'un remboursement par la facilité de relance et de résilience (FRR) de l'Union Européenne. Dans ce cadre, sur le volet immobilier, la France a pu justifier d'au moins 3 000 EHPAD ayant bénéficié d'une aide dans le cadre des investissements du quotidien et obtenu le remboursement de 250 M€ en 2023. Elle devra justifier de 32 200 places rénovées ou créées dans le cadre de l'investissement immobilier en faveur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD, résidences autonomie et habitats inclusifs) pour bénéficier d'un remboursement de 1,25 Md€ en 2026.

Dans le cadre des travaux préparatoires débutés fin 2022, la conférence nationale du handicap a souhaité impulser un nouveau plan d'aide à l'investissement à hauteur de 500 M€ à destination du secteur du handicap sur la période 2024-2030. Ce plan d'aide soutiendra la démarche de transformation du secteur et permettra le développement d'« unités de vie plus petites, soutiendra le rapprochement des structures, poursuivra le développement de l'habitat inclusif tout en cofinçant les équipements nécessaires¹ ». Cette impulsion se concrétise par la mise en place d'un fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027 qui a fait l'objet d'une instruction en juillet 2024.

2.3.1. Les plans d'aide à l'investissement immobilier :

2.3.1.1 Des priorités nationales déclinées au niveau de chaque région

Les priorités nationales sont définies par la loi (article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles). Les opérations d'investissement qui peuvent bénéficier d'une aide doivent porter sur des projets de mise aux normes de sécurité et d'accessibilité, de restructuration, de transformation de l'offre médico-sociale et de leur adaptation à l'évolution des besoins des personnes accueillies ; peuvent également être financées des prestations intellectuelles telles que la maîtrise d'usage ou des études de faisabilité.

Ces aides doivent conduire à réaliser des établissements dont la qualité architecturale procure un confort d'usage des espaces de vie pour les résidents et des équipements apportant des réponses à l'objectif de maintien de l'autonomie des personnes, ainsi qu'un environnement de travail favorisant la qualité de vie au travail pour le personnel des établissements.

Elles concourent ainsi à la mise en œuvre des objectifs qualitatifs et quantitatifs des plans nationaux de développement de l'offre médico-sociale, de la modernisation des structures les plus inadaptées et du soutien des opérations de transformation de l'offre.

La mise en œuvre de ces priorités conduit à déterminer des critères d'éligibilité aux différents PAI.

- Sur le périmètre des établissements et services éligibles : il s'agit des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées financés exclusivement ou conjointement sur

¹ Dossier de presse de la conférence nationale du handicap 2023

l'objectif global de dépenses (OGD) issu de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le secteur médico-social ;

- Sur la nature des opérations d'investissement éligibles : il s'agit d'opérations pour lesquelles les travaux n'ont pas encore débuté, portant soit sur des capacités d'accueil habilitées à l'aide sociale existantes, par restructuration ou par reconstruction de locaux, ou la création de places nouvelles également habilitées à l'aide sociale, soit sur des travaux de mise aux normes techniques de sécurité et d'accessibilité ;

Sur le montant de l'opération : montant minimum de 400 000 € TTC, toutes dépenses confondues (TTC – TDC). Ce montant est réduit à 40 000 € pour certaines opérations de mise aux normes et de sécurité et pour des études préalables.

Ces subventions peuvent porter également sur des opérations reposant sur la vente en l'état de futur achèvement (VEFA) ou en contrat de promotion immobilière (CPI).

Les études de faisabilité préalables nécessaires à la programmation technique des opérations d'investissement sont également éligibles.

A *contrario*, les opérations suivantes ne sont pas éligibles les opérations suivantes :

- le coût d'acquisitions foncières ou d'équipements matériels et mobiliers,
- les opérations d'entretien courant,
- sauf dérogation accordée par l'agence régionale de santé (ARS), les opérations n'atteignant pas les seuils pour être subventionnées,
- ses opérations en cours de réalisation.

Ces priorités sont déclinées régionalement afin de garantir une cohérence des investissements avec la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des besoins identifiés sur le territoire, notamment dans le schéma régional de santé. A ce titre, les ARS apprécient la pertinence des projets et de leur place dans le maillage local, dans l'intérêt des résidents, des familles et de l'aménagement du territoire. Elles prennent en compte des critères d'efficacité comportant une analyse préalable de la soutenabilité financière des projets, ainsi qu'un objectif de maîtrise des dépenses publiques. Enfin, elles prennent en compte les dimensions de développement durable.

Pour le secteur des personnes âgées, sont en particulier visées les opérations de modernisation d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) habilités à l'aide sociale, de création de places autorisées et habilitées, de création de places en accueils de jour, en hébergement temporaire ou en unités d'hébergement renforcé et de transformation de capacités hospitalières en capacités médico-sociales.

Pour le secteur du handicap, sont en particulier visées les opérations de transformation de l'offre, de modernisation, de restructuration et de créations de places, d'adaptation des modalités d'accueil aux personnes handicapées vieillissantes ou aux personnes autistes.

2.3.1.2 Les financements et les modalités d'attribution des subventions d'investissement

Au titre de 2019, 130 M€ ont été consacrés au PAI (hors reports de crédits destinés à l'Etablissement Public National Antoine Kœnigswarter (EPNAK) dans le cadre de la reprise des établissements de l'ONAC-VG), dont 30 M€ sur le secteur du handicap, en conformité avec les décisions de la Conférence nationale du handicap du 19 mai 2016. Au titre de 2020, 110 M€ ont été consacrés au PAI (hors reports de crédits), dont 80 M€ sur le secteur des établissements pour personnes âgées et 30 M€ sur le secteur des établissements et services pour personnes en situation de handicap.

Le Ségur est venu alimenter de manière exceptionnelle les crédits alloués à l'investissement dans le champ des personnes âgées. Entre 2021 et 2024, le Ségur de la santé permet ainsi d'accompagner la révolution démographique à l'œuvre dans notre société de la longévité, avec une enveloppe d'aide à l'investissement

historique de 1,5 Md€ destinée à soutenir le libre choix du lieu de vie pour les personnes âgées, rendre possible leur vie à domicile dans une plus grande diversité de formes (résidences autonomie, habitat inclusif, etc.) et améliorer la prise en soin des plus fragiles dans les établissements.

2.3.1.3 La répartition des crédits entre régions

Ces crédits sont répartis sous la forme d'autorisations d'engagement que les ARS peuvent engager sur les projets qu'elles ont retenus. Les crédits de paiement correspondants sont ensuite versés à ces agences sur la période N+1 à N+4 (5 % la première année, puis respectivement 15, 30 et 50 %).

La répartition entre régions est effectuée en fonction de trois critères :

- pour 35 % du montant, un indicateur populationnel avec projection de population à 10 ans,
- pour 50 %, un indicateur de l'offre existante sur les territoires,
- pour 15 %, un indicateur de potentiel fiscal départemental.

Tableau de répartition des autorisations d'engagement entre régions au titre de 2021 et 2023 (en millions d'euros) au 31 décembre 2022

	PAI PH			PAI PA		
	Enveloppe 2021	Enveloppe 2022	Enveloppe 2023	Enveloppe 2021	Enveloppe 2022	Enveloppe 2023
Auvergne-Rhône-Alpes	3 310 961	3315586	3 351 515	36 501 584	29 081 852	27 319 316
Bourgogne-Franche-Comté	1 380 821	1406529	1 440 151	17 213 971	14 687 488	13 797 337
Bretagne	1 519 690	1553655	1 600 034	21 574 526	16 795 306	15 777 409
Centre-Val de Loire	1 244 304	1278623	1 309 407	13 918 256	10 409 404	9 778 531
Grand Est	2 790 353	2789087	2 779 678	26 639 058	22 882 066	21 495 274
Hauts-de-France	3 118 562	3099739	3 116 420	22 448 049	26 228 099	24 638 517
Île-de-France	4 431 680	4345836	4 265 267	20 436 865	24 722 115	23 223 804
Normandie	1 724 964	1733513	1 742 882	16 494 585	12 677 570	11 909 232
Nouvelle-Aquitaine	2 863 541	2826037	2 827 855	31 429 516	21 811 643	20 489 726
Occitanie	2 717 533	2730747	2 640 118	28 421 245	25 116 121	23 593 932
Pays de la Loire	1 650 160	1664905	1 680 690	23 592 085	19 217 461	18 052 766
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 736 520	1750038	1 743 295	21 330 260	23 870 875	22 424 156
Total métropole	28 489 089	28 494 295	28 497 312	280 000 000	247 500 000	232 500 000
Corse	240 000	240 000	240 000	4 886 970	3 390 740	3 390 740
Guadeloupe	240 000	240 000	240 000	4 236 430	3 585 109	3 585 109
Guyane	240 000	240 000	240 000	847 300	902 074	902 074
La Réunion	310 911	305 705	302 688	4 717 823	5 560 426	5 560 426
Martinique	240 000	240 000	240 000	4 591 477	3 452 455	3 452 455
Mayotte	240 000	240 000	240 000	720 000	609 196	609 196
ARS Corse et OM	1 510 911	1 505 705	1 502 688	20 000 000	17 500 000	17 500 000
ARS France entière	30 000 000	30 000 000	30 000 000	300 000 000	265 000 000	250 000 000

2.3.1.4 Les financements et les modalités d'attribution des subventions d'investissement

Les crédits sont répartis sous la forme d'autorisations d'engagement (AE) que les ARS peuvent engager sur les projets qu'elles ont retenus. Les crédits de paiement (CP) correspondants sont ensuite versés par appels de fonds des ARS trois fois l'année jusqu'à épuisement :

- 1^{er} appel de fond en janvier pour un versement CNSA en mars
- 2^{ème} appel de fond en mai pour un versement en juillet
- 3^{ème} appel de fond en septembre pour un versement en novembre.

2.3.1.5 L'octroi des subventions aux projets retenus

Ces subventions sont des aides à l'investissement uniques et, sauf exception, non réévaluables. Elles sont calculées sur la base d'opérations en « valeur fin de travaux toutes taxes comprises et toutes dépenses

confondues » dans la limite de 2 100 € par mètre carré de surface dans œuvre hors taxe (TTC-TDC) pour des réhabilitations et 2 800 €/m² TTC-TDC en travaux neufs. Ce calcul ne s'applique pas à l'Outre-mer. Cependant, au regard du contexte d'inflation du coût des travaux, les ARS ont été autorisées à verser une aide complémentaire aux opérations dont les travaux en cours de réalisation depuis moins de deux ans présentait un surcoût financier inférieur ou égal à 1M€ pour des motifs tenant à des contraintes techniques particulières et imprévisibles de réalisation de l'opération ou pour cause de l'augmentation du prix des matériaux. A compter de 2023, ce seuil de 1M€ est abrogé.

Le pourcentage de l'aide à l'investissement est plafonné à 50 % du montant subventionnable pour les établissements pour personnes âgées, et à 60 % pour les établissements et services pour personnes en situation de handicap. Le pourcentage plafond d'aide à l'investissement pour les études de faisabilité préalables nécessaires à la programmation technique des opérations d'investissement est établi à 80 %.

Les ARS peuvent, financer des opérations lourdes sur plusieurs années en accordant une aide pluriannuelle. Le cumul des aides reste soumis au taux de financement maximal (60 %).

Dans le cas notamment des EHPAD, ces subventions doivent s'accompagner d'une mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles au soutien de l'investissement afin de minimiser le reste à charge des résidents. Depuis 2021, il est à noter que les départements s'engagent de moins en moins dans le co-financement des projets.

2.3.2. Les plans d'aide à l'investissement au titre de l'année 2023 :

2.3.2.1 Le plan d'aide à l'investissement immobilier (PAI)

En 2021, 280 M€ ont été notifiés pour soutenir près de 250 projets de restructuration d'EHPAD, permettant la rénovation ou la création d'environ 21 000 places d'EHPAD.

En 2022, 240,5 M€ ont été notifiés pour la réhabilitation de 158 EHPAD (soit 18 515 places).

En 2023 et 2024, les ARS peuvent allouer 465 M€ supplémentaires à des projets de rénovation d'EHPAD (232,5 M€/an). Au titre de l'année 2023, 148 projets ont été retenus permettant de rénover près de 15 000 places.

En 2023, les ARS ultramarines ont programmé un niveau important de projets avec plus de 8 M€. Il s'agit d'un plan d'aide à l'investissement immobilier spécifique qui permet de répondre au sous équipement de ces territoires où les places en établissements spécialisés sont rares : l'offre en EHPAD est en effet 2 à 3 fois inférieure dans les régions insulaires à ce qu'elle est au niveau national, avec un parc d'EHPAD vieillissants. Ce financement permet ainsi aux régions insulaires de concourir à l'installation de nouvelles places et à résorber leur retard. L'année 2024, dernière année du PAI, sera marquée par une encore plus importante programmation.

La possibilité de report laissée aux ARS dans le cadre de ce plan et le besoin d'accompagner davantage la maturation des projets sur ces territoires expliquent que seuls 1,5 M€ aient été consommés. Le reliquat sera intégré au plan d'aide à l'investissement 2023.

Sur la période 2022-2024, la répartition des crédits s'établit comme suit :

ARS	PAI Année 2022	PAI Année 2023	PAI Année 2024
Corse	3 390 740	3 390 740	3 875 131
Mayotte	609 196	609 196	696 226
Réunion	5 560 426	5 560 426	6 354 772
Guadeloupe	3 585 109	3 585 109	4 097 267
Martinique	3 452 455	3 452 455	3 945 663
Guyane	902 074	902 074	1 030 941
Total général	17 500 000	17 500 000	20 000 000

La CNSA a également financé en 2023 un plan d'aide à l'investissement de 30 M€ consacré au secteur des établissements et services pour personnes en situation de handicap.

2.3.2.2 Développement durable et énergies renouvelables : les rénovations thermiques et énergétiques des établissements

L'accent est mis sur les projets d'investissement comportant une dimension énergétique, d'éco-responsabilité globale des opérations et du respect de l'environnement par l'amélioration des performances et capacités thermiques et climatiques.

Les ARS doivent ainsi porter une attention particulière à l'intégration de la rénovation énergétique et au recours aux énergies renouvelables améliorant les performances énergétiques et la vie quotidienne des résidents et du personnel, notamment pour les établissements assujettis aux obligations d'économies d'énergie issues de la loi ELAN¹. Certaines ARS ont ainsi déployé des « bonus écologique » aux projets les plus exemplaires en accordant des crédits complémentaires.

Sont éligibles à ce titre les opérations suivantes :

- les travaux de rénovation énergétique relevant du gros entretien ;
- les travaux indissociables tels que le désamiantage et l'étanchéité des toitures ;
- l'utilisation de matériaux à faible empreinte environnementale ou issus du recyclage et du réemploi ;
- la mise en place d'énergies renouvelables en remplacement de l'utilisation d'énergies fossiles ;
- la mise en place d'outils de suivi des consommations énergétiques des bâtiments et des systèmes de régulation et de pilotage ;
- l'amélioration du confort d'été par des travaux limitant l'exposition à la chaleur et favorisant la ventilation naturelle ;
- le déploiement des Conseillers en Transition Énergétique et Ecologique en santé (CTEES) a également permis d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre d'une politique de sobriété énergétique. Ils ont pour objectif principal d'accompagner les acteurs hospitaliers et médico-sociaux dans la mise en place d'une politique d'efficacité énergétique et de transition écologique. Leur accompagnement a permis de faire baisser en moyenne de 13% la consommation énergétique ans les établissements suivis.

2.3.2.3 L'enveloppe « tiers lieux »

Cette enveloppe est dédiée à une politique d'ouverture des EHPAD sur leur environnement. Après avoir financé 25 tiers-lieux en EHPAD expérimentaux dans le cadre de l'appel à projets « Un tiers-lieu dans mon EHPAD » en 2021, la CNSA a délégué en 2023 des fonds aux ARS pour soutenir près de 20 nouveaux projets.

Sur la période 2022-2024, la répartition des crédits s'établit comme suit :

¹ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

ARS	Nbre d'EHPAD 50% HAS	Année 2022	Année 2023	Année 2024
Auvergne-Rhône-Alpes	719	373 333	373 333	373 333
Bourgogne-Franche-Comté	321	166 676	166 676	166 676
Bretagne	377	195 753	195 753	195 753
Centre-Val de Loire	210	109 040	109 040	109 040
Grand Est	400	207 696	207 696	207 696
Hauts-de-France	306	158 887	158 887	158 887
Île-de-France	297	154 214	154 214	154 214
Normandie	220	114 233	114 233	114 233
Nouvelle-Aquitaine	500	259 620	259 620	259 620
Occitanie	591	306 870	306 870	306 870
Pays de la Loire	377	195 753	195 753	195 753
Provence-Alpes-Côte d'Azur	256	132 925	132 925	132 925
TOTAL ARS hors Corse et OM	4 574	2 375 000	2 375 000	2 375 000
Corse	19	25 000	25 000	25 000
Guadeloupe	18	25 000	25 000	25 000
Guyane	4	25 000	25 000	25 000
Réunion	16	25 000	25 000	25 000
Martinique	21	25 000	25 000	25 000
TOTAL Corse et OM	78	125 000	125 000	125 000
TOTAL GLOBAL	4 652	2 500 000	2 500 000	2 500 000

2.3.2.4 Le plan d'aide à l'investissement dédié à l'habitat intermédiaire :

37,5 M€ ont été délégués à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) en 2022 pour le financement de la modernisation des résidences autonomie. Ces financements se répartissent comme suit :

- 15 M€ pour l'initiative pour le développement des résidences autonomies (IDRA) qui a vocation à soutenir les opérations de création de près de 3 000 nouveaux logements en résidence autonomie dans les départements les moins bien équipés,
- 22,5 M€ pour la mise en œuvre d'un plan d'aide à l'investissement en direction des résidences autonomie (anciennement logements-foyers) pour réhabiliter près de 10 000 logements. Cela permet de financer des travaux de réhabilitation, de modernisation, de mise aux normes, d'agrandissement ou de restructuration. Ce plan a permis également de financer des prestations intellectuelles pour la bonne réalisation de ces projets ainsi que la constitution de tiers-lieux en résidence-autonomie.

Par ailleurs, 7,5 M€ ont été alloués dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt (AMI) à destination des conseils départementaux souhaitant financer des travaux d'investissement dans des habitats inclusifs pour personnes âgées. L'AMI a permis de retenir plus de 100 projets d'investissement dans des habitats inclusifs, proposés par une vingtaine de conseils départementaux. Fort de son succès, cet AMI sera reconduit en 2024.

2.4. Programme ESMS numérique

Le programme ESMS numérique vise à généraliser l'utilisation du numérique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Il repose principalement sur le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI) pour chaque personne accompagnée (75 % des crédits) et l'accélération de la mise en conformité des logiciels métier par un financement direct des éditeurs via l'ouverture du Système de sélection non sélectif (SONS) opéré par l'Agence du numérique en santé (25 % des crédits). Grâce aux crédits du Ségur de la Santé, ce programme permet de mobiliser 600 M€ sur la période 2021-2025.

Les objectifs stratégiques du programme ESMS numérique visent à :

- aboutir à une progression du niveau de maturité de l'ensemble des établissements et services sur les sujets numériques et sur l'apport des systèmes d'information à la qualité de l'accompagnement et des soins, en plaçant l'utilisateur et son projet au cœur des solutions numériques ;
- amener les ESMS à un socle minimum de maturité de leurs systèmes d'information (sécurité, interopérabilité, RGPD, équipement matériel, acquisition de logiciels, déploiement) que certains ont déjà atteint et pourront dépasser ;
- développer les usages et les bonnes pratiques du numérique dans les ESMS.

À la suite de deux campagnes d'amorçage (2020 et 2021), une nouvelle vague d'appels à projets régionaux et un appel à projets national ont été lancés en 2022 pour généraliser le programme.

Cette phase de généralisation entamée en 2022 se poursuit jusqu'en **2025**. Dans le prolongement de la phase d'amorçage, elle est destinée à développer l'usage du numérique dans les ESSMS pour améliorer :

- la qualité des accompagnements dans une logique de parcours en apportant des outils permettant de faciliter la coopération et la coordination entre les différents acteurs (internes et externes à l'ESSMS) et faciliter l'implication de la personne accompagnée et de ses proches ;
- la connaissance des personnes accompagnées et de leurs besoins et la prise en compte de leurs attentes ;
- le pilotage de ces transformations et l'efficacité dans le fonctionnement des ESSMS.

La **phase de généralisation** du programme ESMS numérique doit permettre d'équiper un très grand nombre d'ESSMS d'un DUI interopérable et communicant d'ici 2025. Elle bénéficie des crédits Ségur du numérique en santé dédiés au secteur médico-social soit 423 M€, dont 83 M€ pour l'année 2025.

Il s'agit de faire bénéficier un peu plus de 36 000 ESSMS d'aides à l'équipement et aux usages du DUI, portés par environ 1 400 projets.



Le cadrage financier pour l'année 2025 mobilise une enveloppe totale de 135 M€, répartis sur les différents segments du Ségur numérique de la santé. Les crédits sont répartis comme suit :

- les crédits alloués au programme ESMS numérique : **83 M€**
 - o **74 M€** sont délégués aux ARS pour financer les projets sélectionnés à l'issue des appels à projets régionaux pilotés par les ARS
 - Dans le cadre de la 1ère circulaire FMIS (C1) 2025, une autorisation d'engagement sera donnée aux ARS.
 - Les crédits de paiement seront versés aux porteurs de projet par la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du FMIS.
 - o **8,7 M€** pour financer les projets sélectionnés à l'issue de l'appel à projets national piloté par la DNS et la CNSA pour couvrir les projets de déploiement généralisés. L'ARS pivot désignée pour porter le projet à l'issue de sa phase d'instruction se verra allouer les crédits affectés à l'appel à projet national à hauteur de la décision de l'aide accordée par la DNS et la CNSA.
 - o **0,3 M€** pour les frais de gestion de la Caisse des dépôts et consignations.
- les crédits alloués au financement du SONS : **49 M€** ;
- les crédits dédiés au soutien à l'innovation numérique dans le secteur médicosocial : **1,56 M€** ;
- les crédits alloués au renforcement des ressources Ségur en région : **1,44 M€**.

Les crédits alloués au programme ESMS numérique sont délégués aux ARS pour financer les projets sélectionnés à l'issue des appels à projets régionaux pilotés par les ARS ; une autorisation d'engagement

sera donnée aux ARS dans le cadre de la 1ère circulaire FMIS (C1) 2025 selon une répartition entre régions qui sera définie ultérieurement.

Pour 2024, les appels à projet régionaux étaient ouverts du 1^{er} janvier au 15 septembre 2024, les enveloppes régionales étaient définies de la façon suivante¹ :

Région	Enveloppe régionale
Auvergne-Rhône-Alpes	9 418 350 €
Bourgogne-Franche-Comté	4 086 891 €
Bretagne	3 972 526 €
Centre-Val de Loire	2 971 826 €
Corse	500 000 €
Grand Est	5 625 783 €
Guadeloupe	500 000 €
Guyane	500 000 €
Hauts-de-France	6 084 927 €
Île-de-France	8 875 114 €
La Réunion	500 000 €
Martinique	500 000 €
Mayotte	500 000 €
Normandie	4 162 575 €
Nouvelle-Aquitaine	6 909 033 €
Occitanie	6 910 715 €
Pays de la Loire	4 663 765 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 818 495 €
Total	71 500 000 €

Les crédits de paiements seront versés aux porteurs de projets par la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du FMIS.

8,7 M€ seront mobilisés pour financer les projets sélectionnés à l'issue de l'appel à projets national piloté par la DNS et la CNSA pour couvrir les projets de déploiement généralisé concernant plus de 50 structures. Pour ces projets, à l'issue de la phase de sélection par la CNSA et la DNS, une ARS pivot sera désignée pour porter le projet et les crédits supplémentaires lui seront alloués.

¹ INSTRUCTION N° DNS/DGCS/CNSA/2024/15 du 1er février 2024 relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESMS numérique ».



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*