

En 2022, les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent très fortement, du fait d'une détérioration inédite de leur résultat d'exploitation. Leur déficit s'élève à 1,3 milliard d'euros en 2022, après 415 millions en 2021, soit 1,3 % de leurs recettes, une proportion inobservée depuis 2005. Toutes les dépenses progressent fortement (+5,1 %), sous l'impulsion notamment des charges de personnel, alors que les recettes augmentent un peu plus modérément (+4,1 %), ce qui explique ce creusement du déficit. L'effort d'investissement poursuit sa hausse amorcée en 2021, à la suite des engagements pris lors du Ségur de la santé. Dans le même temps, la capacité d'autofinancement et les dotations aux amortissements continuent à se replier. Le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, s'améliore pour la quatrième année consécutive, en raison des mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. En revanche, la durée apparente de la dette continue à augmenter, en rupture avec l'amélioration observée de 2017 à 2020.

## Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent très fortement en 2022

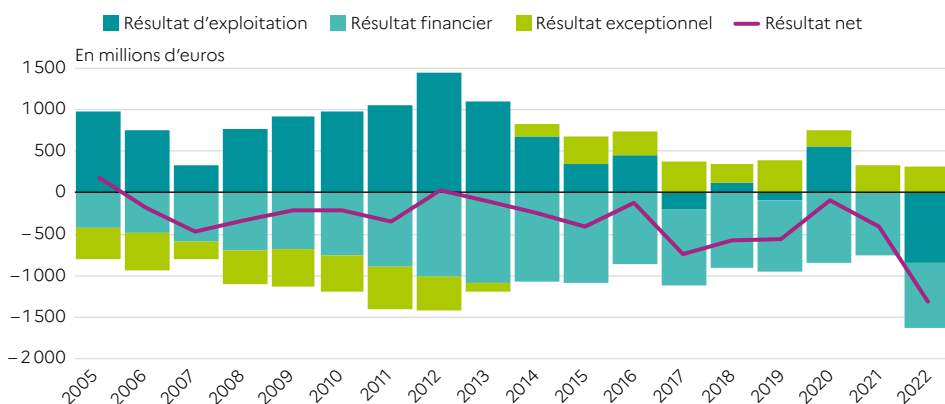
En 2022, le déficit global (résultat net négatif) des hôpitaux publics atteint 1,3 milliard d'euros<sup>1</sup>, après 415 millions en 2021, 91 millions en 2020 et 565 millions en 2019, avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (*graphique 1*). Cette très nette détérioration contraste donc avec l'amélioration apparente de leur situation financière en 2020, qui était essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire. Rapporté aux recettes<sup>2</sup>, le résultat net est de -1,3 % en 2022 (après -0,4 % en 2021 et -0,7 % en 2019), une proportion inédite depuis 2005, point de départ des observations (*tableau 1*).

Le résultat net correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel (voir annexe 1, « Glossaire économique et

financier »). En 2022, leurs évolutions respectives sont contrastées. La détérioration de la situation financière des hôpitaux publics est largement attribuable à la dégradation sans précédent du résultat d'exploitation depuis 2005. En effet, il s'établit en 2022 à -847 millions d'euros, après +21 millions d'euros en 2021, et +555 millions d'euros en 2020, du fait de la sortie progressive des dispositifs de concours exceptionnels, ainsi que de la forte augmentation des dépenses d'exploitation (*graphique 1*). Le résultat financier est, quant à lui, structurellement négatif en raison du paiement des intérêts des emprunts. Il s'établit à -792 millions d'euros en 2022 (après -751 millions d'euros en 2021). Alors que son déficit se résorbait lentement depuis 2015, à la faveur notamment d'un assainissement de l'encours de la dette et d'une diminution de l'endettement net, il repart donc légèrement à la hausse en 2022, dans un contexte de remontée des taux d'intérêt ; mais il reste toutefois stable exprimé en pourcentage des recettes (-0,8 %).

1. Sauf indication contraire, tous les chiffres de cette publication portent sur le budget global des établissements publics de santé, c'est-à-dire sur l'ensemble des budgets (budget principal et budgets annexes) consolidés des flux internes entre budget principal et budgets annexes (voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »).

2. Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à juillet 2022. Ce terme n'apparaît plus car il n'a pas la même définition en finance d'entreprise et peut donc prêter à confusion. Ce choix relève de la volonté d'améliorer la comparabilité des indicateurs entre le secteur public et le secteur privé.

**Graphique 1** Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2005

**Note** > Une correction a été apportée aux comptes 7071 (rétrocession de médicaments) et 6021 (produits pharmaceutiques et produits à usage médical) de l'AP-HP de 2005 à 2010, pour tenir compte de flux de rétrocession internes à l'AP-HP qui n'étaient pas consolidés avant 2011.

Le compte 7722 (produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie) est exclu du résultat exceptionnel et inclus dans le résultat d'exploitation, mais cette correction n'est pas effective entre 2006 et 2011 inclus, étant donné que le compte 772 n'est pas subdivisé sur cette période (anciennes instructions budgétaires et comptables M21).

**Champ** > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Sources** > DGFIP, traitements DREES.

**Tableau 1** Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2013

Catégorie	2022		Excédent ou déficit de 2013 à 2022 (en % des recettes)									
	Effectif	Poids dans les recettes (en %)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Ensemble des hôpitaux publics</b>	<b>810</b>	<b>100</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,4</b>	<b>-1,3</b>
AP-HP	1	9,2	-0,1	-0,1	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7	<b>-3,2</b>
Autres CHR	31	29,5	-0,3	-0,6	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3	<b>-0,3</b>
CH spécialisés en psychiatrie	82	7,3	-0,1	0,0	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3	<b>2,2</b>
CH ex-hôpitaux locaux	190	2,8	0,4	0,4	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4	<b>-1,3</b>
Très grands CH	163	72,0	0,0	-0,2	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4	<b>-1,3</b>
Grands CH	151	15,2	-0,6	-0,7	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7	<b>-1,6</b>
Moyens CH	256	9,8	-0,4	-0,6	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5	<b>-1,4</b>
Petits CH	240	2,9	0,8	0,5	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1	<b>-1,6</b>

AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

**Note** > Les effectifs indiqués dénombrent des entités juridiques.

Une correction a été apportée aux comptes 7071 (rétrocession de médicaments) et 6021 (produits pharmaceutiques et produits à usage médical) de l'AP-HP de 2005 à 2010, pour tenir compte de flux de rétrocession internes à l'AP-HP qui n'étaient pas consolidés avant 2011.

Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de tailles, mesurées à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros). En complément, certaines catégories d'établissements spécifiques ont été isolées (AP-HP, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

**Champ** > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Sources** > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Enfin, le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2014, augmente légèrement et se rapproche de son niveau d'avant crise (322 millions d'euros en 2022, contre 388 millions d'euros en 2019). La détérioration importante constatée en 2020 (196 millions d'euros) s'expliquait largement par la baisse de la plus-value sur les cessions d'immobilisations, en raison d'un contexte d'incertitude défavorable et de la baisse des produits exceptionnels sur le budget des dotations non affectées<sup>3</sup> (ATIH, 2022).

### Près des deux tiers des établissements sont déficitaires, un niveau sans précédent

La dégradation de la situation financière des hôpitaux en 2022 concerne toutes les catégories d'établissements<sup>4</sup>. Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie font toutefois exception, car il s'agit de la seule catégorie d'établissements dont le résultat net n'est pas déficitaire, et même s'améliore ; il représente 2,2 % de leurs recettes en 2022 (après 1,3 % en 2021). À l'inverse, les centres hospitaliers régionaux (CHR), hormis l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), ainsi que les ex-hôpitaux locaux, dont la situation financière s'était déjà dégradée en 2021, deviennent déficitaires en 2022. Leur résultat net représente respectivement -0,3 % et -1,3 % de leurs recettes (après +0,3 % et +0,4 % en 2021). La situation financière de l'AP-HP est particulièrement dégradée : son résultat net s'établit à -3,2 % de ses recettes, après -2,7 % en 2021 (tableau 1).

Près des deux tiers (65 %) des hôpitaux publics sont déficitaires en 2022 (après 52 % en 2021 et

42 % en 2020), une proportion supérieure à celle précédant la crise sanitaire (58 % en 2019) et même inédite depuis 2005. Leur situation financière reste cependant contrastée. Le déficit cumulé des établissements déficitaires s'accroît fortement (-1,8 milliard d'euros en 2022, après -1,1 milliard en 2021, et -882 millions en 2020), mais il est plus largement partagé, car près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 39 établissements, après 24 en 2021 et 12 en 2020. L'AP-HP représente, à elle-seule, 16 % du déficit cumulé en 2022<sup>5</sup>, soit un peu moins qu'en 2021 (22 %). Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement et s'établit à 506 millions d'euros en 2022, après 655 millions en 2021. La concentration de cet excédent s'accroît : la moitié est imputable à 18 établissements, contre 26 en 2021.

### Tous les titres de produits continuent leur progression

La progression des recettes totales des hôpitaux publics se poursuit en 2022 (+4,1 %), bien que plus modérément que les deux années précédentes, où elle était particulièrement forte (+7,0 % en 2020 et 6,4 % en 2021). Elle reste, toutefois, plus élevée qu'avant la crise sanitaire (+2,5 % par an en moyenne entre 2005 et 2019). Les recettes atteignent 98,0 milliards d'euros en 2022 (après 94,1 milliards d'euros en 2021), dont 90,4 % comptabilisés dans le budget principal<sup>6</sup> (88,7 milliards d'euros).

Les produits et charges du budget principal sont usuellement ventilés par nature, en trois

3. Le budget annexe des « dotations non affectées » regroupe les charges et produits afférents aux biens du domaine privé, faisant partie du patrimoine immobilier de l'établissement, et dont la destination principale n'est pas l'activité hospitalière (il s'agit de biens de natures très diverses, généralement issus de dons ou de legs, comme des forêts, des terres, des vignes, des immeubles d'habitation, ou encore des châteaux, des théâtres ou des hôtels). Les produits de cessions de ces biens sont comptabilisés parmi les produits exceptionnels du budget annexe des dotations non affectées.

4. Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). En effet, les données comptables des hôpitaux publics fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques publiques.

5. En 2022, les recettes de l'AP-HP représentent 9,2 % de l'ensemble des recettes des hôpitaux publics, tandis que ses dépenses représentent 9,4 % de l'ensemble des dépenses.

6. Le budget principal présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé, couvrant le court et moyen séjour, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie. Il est défini par opposition aux budgets annexes, qui présentent les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La somme des recettes (respectivement aux dépenses) du budget principal et des budgets annexes n'est pas strictement identique aux recettes (respectivement aux dépenses) du budget global, elles-mêmes retraitées du compte 7087, qui correspond à des flux internes entre le budget principal et les budgets annexes.

titres de produits et en quatre titres de charges<sup>7</sup> (tableau 2). La progression des produits du budget principal s'observe, pour l'ensemble des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes proches, et la part respective des différents titres dans le financement des produits reste similaire à celle de 2021. L'Assurance maladie finance le budget principal des

hôpitaux publics à hauteur de 71,8 milliards d'euros (titre 1), en hausse de 4,3 % par rapport à 2021 (68,9 milliards d'euros) et de 23,0 % par rapport à 2019 (58,3 milliards d'euros). La part des produits financés par l'Assurance maladie, largement majoritaire, baisse légèrement (77,1 % en 2022, après 77,5 % en 2021), mais reste supérieure à son niveau d'avant crise (75,2 % en 2019).

**Tableau 2 Produits et charges des hôpitaux publics (budget principal) depuis 2019**

	En milliards d'euros			
	2019	2020	2021	2022
<b>Produits</b>				
<b>Total du budget principal – somme des comptes de produits de classe 7</b>	<b>74,4</b>	<b>79,6</b>	<b>85,1</b>	<b>88,7</b>
<b>Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :</b>	<b>77,6</b>	<b>83,4</b>	<b>88,9</b>	<b>93,1</b>
titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	58,3	64,5	68,9	71,8
titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,5	4,9	5,2	5,6
titre 3 : autres produits	13,7	14,0	14,8	15,7
<b>Charges</b>				
<b>Total du budget principal – somme des comptes de charges de classe 6</b>	<b>75,1</b>	<b>79,8</b>	<b>85,4</b>	<b>89,7</b>
<b>Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :</b>	<b>78,2</b>	<b>83,6</b>	<b>89,3</b>	<b>94,1</b>
titre 1 : charges de personnel	47,6	51,3	54,9	57,9
titre 2 : charges à caractère médical	16,0	17,1	18,8	19,9
titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,8	8,1	8,5	9,0
titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,9	7,2	7,1	7,3

**Note >** La composition des titres de charges et de produits présentée ici est définie dans la nomenclature budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) [annexe 2 de l'instruction M21], mise à jour chaque année. Elle est usuellement présentée sur le seul budget principal, et pas sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs présentés dans cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et les comptes de produits (comptes de classe 7) de la nomenclature M21 ne sont pas tous inclus dans cette décomposition et leur classification en titres de produits ou en titres de charges ne repose pas uniquement sur le numéro du compte. En effet, certains comptes de charges à valeur positive sont classés parmi les titres de produits et inversement pour les comptes de produits à valeur négative. C'est le cas notamment des comptes renseignant les variations de stocks, rabais, remises et ristournes. Ainsi, la somme des titres de produits (respectivement des titres de charges) définis selon les titres de l'EPRD (présentés dans ce tableau) ne correspond pas exactement à la somme des comptes de produits (respectivement des comptes de charges).

Les autres produits (titre 3) correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et des accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

**Champ >** France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Source >** DGFIP, traitements DREES.

<sup>7</sup> La composition des titres de charges et des titres de produits présentée ici est définie dans la nomenclature budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) [annexe 2 de l'instruction M21], mise à jour chaque année. Elle est usuellement présentée sur le seul budget principal, et pas sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs présentés dans cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et les comptes de produits (comptes de classe 7) de la nomenclature M21 ne sont pas tous inclus dans cette décomposition et leur classification en titres de produits ou en titres de charges ne repose pas uniquement sur le numéro du compte. En effet, certains comptes de charges à valeur positive sont classés parmi les titres de produits et inversement pour les comptes de produits à valeur négative. C'est le cas notamment des comptes renseignant les variations de stocks, rabais, remises et ristournes. Ainsi, la somme des titres de produits (respectivement des titres de charges) définis selon les titres de l'EPRD (présentés dans le tableau 2) ne correspond pas exactement à la somme des comptes de produits (respectivement des comptes de charges).

La hausse de la contribution de l'Assurance maladie, qui s'observe depuis la crise sanitaire, provient principalement de la mise en place de la « garantie de financement »<sup>8</sup> au cours de la période 2020-2022. Ce dispositif, qui s'applique à l'ensemble des activités concernées par la tarification à l'activité (T2A), vise à garantir le financement provenant de l'Assurance maladie, pour éviter toute rupture de trésorerie et sécuriser les recettes des établissements de santé, leur donnant ainsi de la visibilité sur leurs ressources. Les versements prévus par ce dispositif ont été calibrés en prenant pour référence les recettes de l'année 2019<sup>9</sup>, majorées d'une progression annuelle<sup>10</sup> décorrélée de l'évolution de l'activité (soit, en cumul pour les hôpitaux publics, 2,5 milliards d'euros en 2020, 1,6 milliard d'euros en 2021 et 1,8 milliard d'euros en 2022) [Cour des Comptes, 2023a et 2023b]. En 2022, la garantie de financement a été réservée aux établissements dont l'activité reste inférieure à son niveau de 2019. Près de 78 % des hôpitaux publics en ont encore bénéficié, ce qui reflète l'ampleur de la baisse d'activité de nombreux établissements par rapport à la situation antérieure à la crise.

Par ailleurs, les surcoûts engendrés par le traitement des patients affectés par le Covid-19 ont été pris en charge par l'Assurance maladie. Les montants attribués ont été de 3,0 milliards d'euros en 2020, 3,2 milliards d'euros en 2021, et 0,7 milliard d'euros en 2022 (Cour des Comptes, 2023b). De nouvelles ressources ont également été allouées aux établissements de santé par l'intermédiaire de hausses tarifaires pour compenser les revalorisations salariales accordées dans le cadre des accords du Ségur de la santé en vue de renforcer l'attractivité des carrières hospitalières (en cumul, pour tous les

établissements de santé hospitaliers, publics et privés, cela s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2020, 5,8 milliards d'euros en 2021, et 7,2 milliards d'euros en 2022) [PLFSS pour 2023, Annexe 5].

Les ressources issues de la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), en hausse de 6,5 %, atteignent 5,6 milliards d'euros en 2022 (5,2 milliards d'euros en 2021). Elles représentent 6,0 % des produits, soit 1,1 point de moins qu'en 2019. Les autres produits (titre 3), en hausse de 6,2 %, atteignent 15,7 milliards d'euros (14,8 milliards d'euros en 2021), et représentent 16,9 % des produits, soit 0,8 point de moins qu'en 2019. Ils correspondent, par exemple, aux recettes issues des prestations non médicales en direction principalement des patients et des accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

### Les dépenses des hôpitaux augmentent davantage que leurs recettes

La forte progression des dépenses du secteur hospitalier public, amorcée depuis la crise sanitaire, se poursuit : +5,1 % en 2022, après +6,8 % en 2021, +6,4 % en 2020, et seulement +2,6 % par an en moyenne avant la crise (entre 2005 et 2019). Les dépenses sont estimées à 99,4 milliards d'euros (après 94,6 milliards d'euros en 2021), dont 90,3 % comptabilisés dans le budget principal (89,7 milliards d'euros). La croissance des dépenses en 2022 est supérieure à celle des recettes (+4,1 %), plus nettement qu'en 2021, ce qui explique le creusement du déficit.

8. Ordonnance n°2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de la Sécurité sociale. Arrêtés relatifs à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (du 6 mai 2020 pour l'année 2020 ; du 13 avril et du 17 août 2021 pour l'année 2021 ; du 10 mai et du 24 août 2022 pour l'année 2022).

9. Plus précisément : « Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par chaque établissement, notamment au titre de ses activités. Pendant la période concernée, lorsque les recettes issues de leurs activités sont inférieures au niveau de cette garantie, les établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes leur permettant d'atteindre ce niveau. » (Loi de financement de la Sécurité sociale [LFSS] pour 2023, article 44).

10. Calculée en prévoyant une progression des dépenses d'Assurance maladie relatives aux établissements de santé de 2,4 % par an pour la période 2020-2022 (Cour des Comptes, 2023b).

La progression des charges du budget principal s'observe pour la plupart des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes toutefois différents selon les titres considérés. Ainsi, les dépenses de personnel (titre 1) continuent leur forte hausse amorcée en 2020 (+5,5 % en 2022), à un rythme cependant moins soutenu qu'au cours des années précédentes (+7,1 % en 2021 et +7,7 % en 2020), mais qui reste nettement plus élevé que pendant la période précédant la crise (+2,3 % par an en moyenne de 2005 à 2019). Les effectifs salariés restent globalement stables en 2022 et la progression des charges de personnel s'opère principalement sous l'impulsion des revalorisations salariales : d'une part, celles prévues par les accords du Ségur de la santé et, d'autre part, celles induites par la revalorisation du point d'indice de la fonction publique. Les dépenses de personnel des hôpitaux publics atteignent ainsi 57,9 milliards d'euros en 2022, après 54,9 milliards en 2021. Leur part dans les charges, dont elles constituent le principal poste, augmente légèrement (61,6 %, après 61,5 % en 2021).

Les dépenses à caractère médical (titre 2), constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant, augmentent à un rythme soutenu depuis la crise sanitaire. Elles progressent de 6,2 % en 2022, après +9,6 % en 2021, +7,0 % en 2020 et seulement +2,6 % en 2019. Les dépenses à caractère médical atteignent ainsi 19,9 milliards d'euros en 2022 et représentent 21,2 % des charges (21,0 % en 2021). Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) s'élèvent à 9,0 milliards d'euros. Elles sont en hausse de +5,3 % en 2022, après +5,4 % en 2021. Leur part dans les charges reste stable (9,5 %).

Les amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4), qui représentent 7,7 % des charges, repartent à la hausse en 2022 (+2,7 %),

après une légère baisse en 2021 (-1,4 %). Ils atteignent 7,3 milliards d'euros en 2022.

### L'effort d'investissement des hôpitaux poursuit sa reprise

L'effort d'investissement des hôpitaux publics (tous types d'investissements confondus), soutenu au début des années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012<sup>11</sup>, s'est ensuite tendanciellement orienté à la baisse. Il marque cependant un rebond depuis 2021 et atteint 5,0 % des recettes en 2022 (après 4,7 % en 2021 et 4,4 % en 2020) [graphique 2], malgré la forte remontée des taux d'intérêt au cours de l'année. Les investissements représentent 4,9 milliards d'euros en 2022, après 4,4 milliards d'euros en 2021.

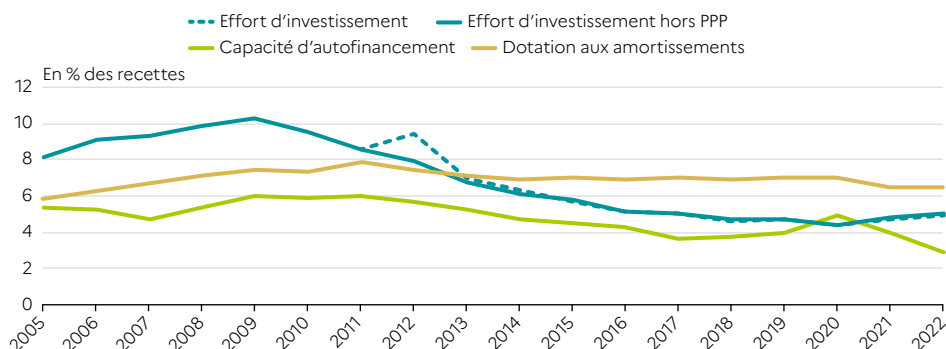
La reprise de l'investissement hospitalier est l'une des conséquences des accords du Ségur de la santé (signés en juillet 2020), traduits concrètement dans la LFSS 2021 (article 50). Ces dispositifs prévoient des aides en vue de soutenir le financement des investissements indispensables au fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux ou à leur transformation, tout en maîtrisant leur endettement. Sur l'engagement global de 19 milliards d'euros sur dix ans (dont 13 milliards prévus par la LFSS 2021 et alloués par la Caisse d'amortissement de la dette sociale [Cades], et 6 milliards prévus par le Ségur, intégrés au plan France Relance), 9 milliards d'euros<sup>12</sup> ont vocation à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé : 7,5 milliards d'euros pour les investissements structurants<sup>13</sup> et 1,5 milliard d'euros, durant la période 2021-2025, pour améliorer rapidement le fonctionnement courant des établissements de santé. L'enveloppe des aides aux investissements structurants allouée par la Cades est en majeure partie sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS) [5,5 milliards d'euros], et le reste

11. Relance de l'investissement sanitaire d'un montant cumulé de 8,8 milliards d'euros.

12. Le reste de l'enveloppe se décompose ainsi : 6,5 milliards d'euros spécifiquement consacrés à la restauration de la capacité financière des établissements de santé (désendettement) assurant le service public hospitalier, 1,5 milliard d'euros pour rénover ou créer des places dans les Ehpad en faisant évoluer les modes de prises en charges des personnes âgées, 2 milliards d'euros en faveur du numérique en santé, dont 600 millions d'euros réservés au secteur médico-social.

13. Dont 6,5 milliards alloués par la Cades.

## Graphique 2 Effort d'investissement et capacité d'autofinancement des hôpitaux publics depuis 2005



PPP : partenariat public-privé.

**Note >** Les contrats de partenariat public-privé sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat.

Le compte 1675 « dettes – partenariat public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante. Cette règle est ici appliquée depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque.

Le recours aux PPP des établissements publics de santé est fortement encadré depuis 2014, ce qui se retrouve dans l'évolution des investissements retraités ou non des PPP. On constate, en effet, une forte progression des investissements, non retraités des PPP, entre 2011 et 2012, tandis que les séries retraitées ou non ont des évolutions identiques depuis 2014. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les CHR).

**Champ >** France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Sources >** DGFIP, SAE, traitements DREES.

(1 milliard d'euros) est à la discrétion du ministre de la Santé (Cour des comptes, 2023b). Sur ces 6,5 milliards d'euros, seuls 108 millions d'euros ont été versés aux établissements de santé en 2021 et 2022 (respectivement 16 millions et 92 millions d'euros). L'enveloppe des aides aux investissements courants a été répartie entre les ARS par la circulaire du 10 mars 2021, au prorata des produits des hôpitaux (en 2021) ou de la population (en 2022).

Les différentes composantes de l'effort d'investissement ont des évolutions contrastées. Après un net repli en 2020, l'effort d'investissement de construction, dont l'immobilier lourd, poursuit sa progression (+17,2 %, après +21,2 % en 2021, et -11,3 % en 2020) et dépasse son niveau d'avant crise (3,0 % des recettes en 2022, contre 2,8 % en

2019) [graphique 3], malgré le renchérissement, depuis 2022, des coûts de construction en raison notamment de l'augmentation des prix des matériaux et de l'énergie. Si les investissements courants continuent globalement à augmenter en 2022 (+2,2 %), bien que plus lentement qu'en 2021 (+10,2 %), les investissements d'équipement, qui en font partie, diminuent (-5,4 % en 2022, après +7,2 % en 2021).

La capacité d'autofinancement (CAF)<sup>14</sup>, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements, se replie à nouveau et atteint 2,9 % des recettes en 2022 (après 4,0 % en 2021 et 4,9 % en 2020, son dernier point haut), en lien notamment avec la dégradation du résultat net. Enfin, la dotation aux amortissements<sup>15</sup> augmente, mais plus lentement que les recettes. Sa part dans ces

<sup>14</sup>. La CAF représente l'ensemble des ressources générées par l'entité juridique qui restent à disposition à la fin de son exercice comptable pour assurer son financement et son investissement.

<sup>15</sup>. La dotation aux amortissements est une charge qui ne correspond à aucun décaissement. Elle constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

dernières, stable autour de 7,0 % entre 2014 et 2020, baisse à 6,4 % en 2022 (après 6,5 % en 2021). Le niveau de l'effort d'investissement reste supérieur à celui de la CAF. Si cette tendance est observée depuis 2005 (année 2020 mise à part), l'écart se creuse néanmoins. Bien que l'effort d'investissement reste nettement inférieur à la dotation aux amortissements, l'écart, qui avait tendance à se creuser depuis 2013, se réduit pour la deuxième année consécutive

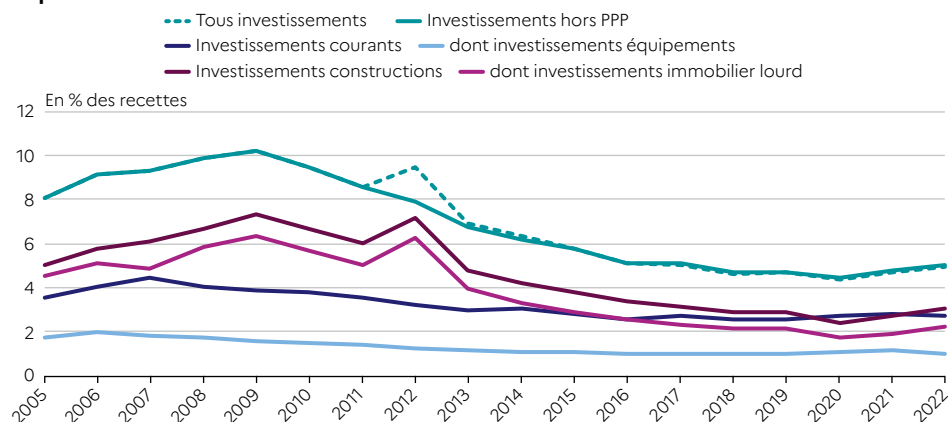
La baisse continue de l'investissement hospitalier depuis les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 s'est accompagnée d'une augmentation du taux de vétusté, un indicateur du besoin d'investissement requis pour maintenir en état les constructions ou les équipements de

l'établissement. C'est encore le cas en 2022 pour les constructions, avec un taux de vétusté qui atteint 57,1 % de la valeur brute des immobilisations (après 55,5 % en 2021), tandis que ce taux diminue légèrement, pour la deuxième année consécutive, pour les équipements (80,0 % en 2022, après 80,4 % en 2021, et 80,8 % en 2020), en rupture avec la tendance observée depuis 2015 [graphique 4].

### Le ratio d'indépendance financière des hôpitaux poursuit l'amélioration engagée depuis 2019

L'encours de la dette des hôpitaux publics diminue légèrement en 2022 (30,7 milliards d'euros), après avoir atteint, en 2021, son point le plus

### Graphique 3 Effort d'investissement des hôpitaux publics par type d'investissement depuis 2005



PPP : partenariats public-privé.

**Note >** Cette distinction des investissements par type n'est pas totalement disjointe car les investissements courants, définis comme l'ensemble des investissements hors immobilier lourd, comprennent une partie des investissements de construction.

Les contrats de partenariats public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat.

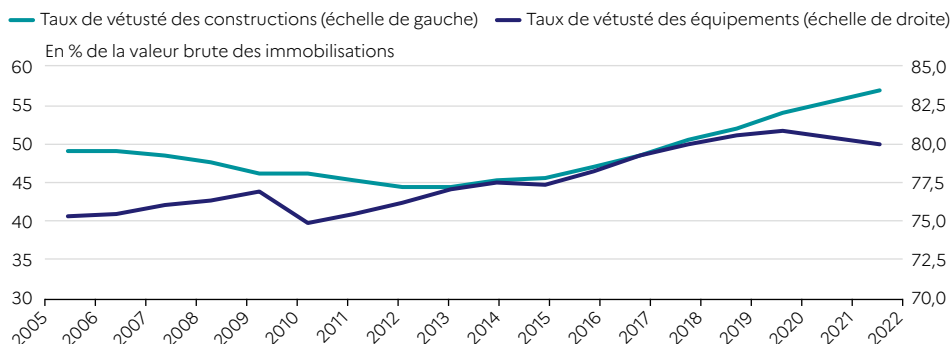
Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP, en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante, cette règle est appliquée ici depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque (Richet, 2022). Le recours aux PPP des établissements publics de santé est fortement encadré depuis 2014, ce qui se retrouve dans l'évolution des investissements retraités ou non des PPP. On constate, en effet, une forte progression des investissements, non retraités des PPP, entre 2011 et 2012, tandis que les séries retraitées ou non ont des évolutions identiques depuis 2014. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les CHR).

**Champ >** France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Sources >** DGFIP, traitements DREES.



### Graphique 4 Taux de vétusté des équipements et des constructions des établissements de santé depuis 2005



**Champ** > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.  
**Sources** > DGFIP, SAE, traitements DREES.

haut depuis le point de départ des observations (31,1 milliards d'euros). Il reste cependant supérieur à son niveau d'avant crise (30,1 milliards d'euros en 2019). Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette s'établit à 31,3 % des recettes en 2022, après 33,0 % en 2021 et 33,9 % en 2020. Cette diminution régulière s'inscrit dans la tendance engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %) [graphique 5].

En 2022, le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics<sup>16</sup>, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'établit à 45,7 %, après 46,8 % en 2021 (graphique 5). Cette baisse confirme le reflux entamé après le pic observé en 2018 (à 52,4 %), qui avait fait suite à une progression continue depuis 2005. La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % poursuit également sa baisse et s'établit à 19,5 % en 2022 (après 21,7 % en 2021 et 31,3 % en 2020). Ces améliorations s'expliquent principalement par les accords du Ségur de la santé, consolidés par

l'article 50 de la LFSS pour 2021, qui prévoient un engagement de 6,5 milliards d'euros pour la restauration des capacités financières des hôpitaux d'ici 2029. En 2022, 650 millions d'euros ont été alloués en aides en capital, s'ajoutant à 1,4 milliard d'euros versés en 2021. Initialement conçue comme une reprise de la dette, cette mesure prend plus concrètement la forme d'un soutien au désendettement, par un abondement des capitaux permanents<sup>17</sup>. Ces aides doivent « permettre de soutenir l'autofinancement de l'établissement et permettre de financer les investissements déjà prévus tout en réduisant le recours à l'emprunt » (PLFSS pour 2023, Annexe 5).

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, retrouve son point haut de 2017 en 2022, à 10,6 ans. Elle augmente ainsi nettement, après 8,3 ans en 2021 et 6,9 ans en 2020 (graphique 5). Dans un contexte de baisse de l'encours de la dette, la hausse de la durée apparente de la dette reflète directement la dégradation de la CAF.

<sup>16</sup>. Dans les publications de la DREES antérieures à 2022, le terme de « taux d'endettement » était employé pour désigner l'encours de la dette rapporté aux capitaux permanents. Le terme de « ratio d'indépendance financière », utilisé dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique, lui est désormais préféré. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.

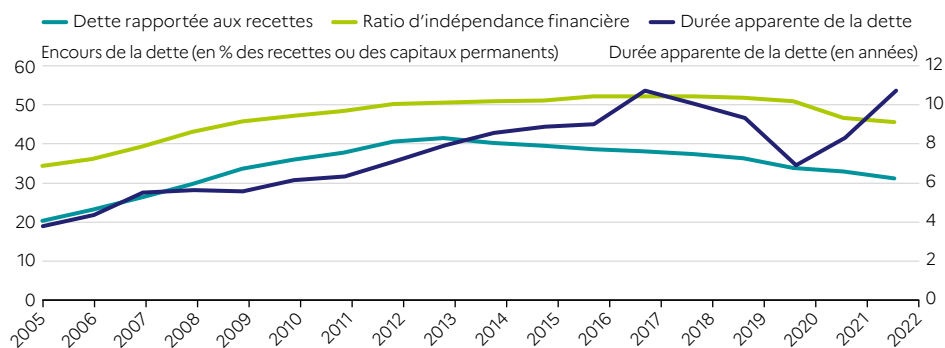
<sup>17</sup>. Les dotations concourant à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, définies en application de l'article 50 de la LFSS pour 2021, sont enregistrées sur le compte 1026 (dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021). Ce compte est inclus dans le calcul des capitaux permanents (somme des soldes des comptes 10, 11, 13, 14, 15, 16, sauf 1688 et 1689, d'après l'arrêté du 7 mai 2012), qui constituent le dénominateur du ratio d'indépendance financière (numérateur : encours de la dette).

Cependant, la durée apparente de la dette, comme l'encours de la dette rapporté aux recettes, pourraient s'améliorer dans les années à venir grâce aux dotations du Ségur de la santé précédemment décrites.

La part des établissements surendettés<sup>18</sup> repart légèrement à la hausse, sans pour autant retrouver

son niveau d'avant crise. Elle atteint 33,6 % en 2022, après 30,5 % en 2021 et 41,5 % en 2019 (graphique 6). En 2022, 36,4 % des établissements n'ont aucun critère de surendettement, un chiffre en nette baisse par rapport à 2021 (42,4 %), mais qui reste légèrement plus élevé qu'avant la crise sanitaire (34,4 % en 2019). ■

### Graphique 5 Encours de la dette rapporté aux recettes, ratio d'indépendance financière, et durée apparente de la dette depuis 2005



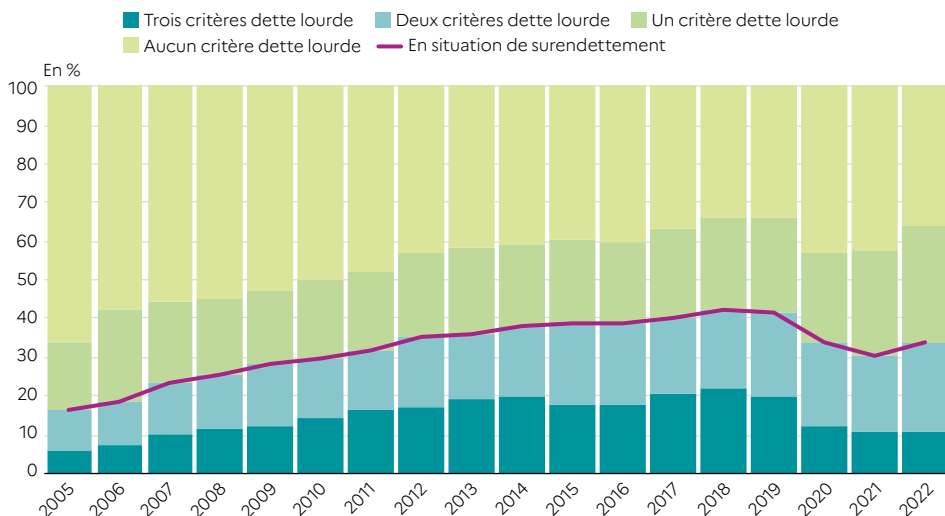
**Note >** Le ratio d'indépendance financière est l'un des critères permettant d'apprécier le poids de la dette dans la situation financière des établissements. Un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % est l'un des trois critères de surendettement identifiés dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé (PPP) », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP, en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables, ce qui se traduit par une augmentation plus marquée de l'encours de la dette en 2011, ainsi que des indicateurs qui en découlent.

**Champ >** France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Sources >** DGFIP, SAE, traitements DREES.

**18.** Les critères de surendettement sont définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Aux termes de cet article, les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement suivants ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ou qui est négative ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Ces trois critères sont définis précisément à partir des comptes de l'instruction M21 par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette. À partir des publications de la DREES postérieures à 2023, le critère 2 inclut les établissements dont la durée apparente de la dette est négative, car cela fait état de l'absence de ressource d'autofinancement de cet établissement pour rembourser sa dette.

## Graphique 6 Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement depuis 2005



**Note >** Distribution des établissements avec zéro, un, deux ou trois critères caractérisant le poids de la dette dans la situation financière de l'établissement, comme définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ou qui est négative ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Le cumul d'au moins deux critères définit une situation de surendettement.

À partir de l'édition 2024 du *Panorama des établissements de santé* de la DREES, le critère 2 inclut les établissements dont la durée apparente de la dette (qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement) est négative, car cela fait état de l'absence de ressource d'autofinancement de cet établissement pour rembourser sa dette.

**Champ >** France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Source >** DGFIP, traitements DREES.

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors service de santé des armées (SSA). Les établissements publics considérés sont ceux apparaissant comme des établissements publics de santé selon la nomenclature des statuts juridiques du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) dans les bases de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), hors établissements des communautés d'outre-mer (sauf Saint-Martin et Saint-Barthélemy). Les établissements pour lesquels toutes les données sont nulles ou manquantes n'ont pas été conservés, ce qui représente 0,4 % des données de 2005 à 2022. Le champ n'est pas restreint à celui de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (E) et non l'entité géographique (EG). Pour l'année 2022, 810 établissements publics sont considérés dans cette étude. Les centres hospitaliers (CH) sont classés en quatre catégories selon leur taille. Celle-ci est mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global, pour correspondre à la classification utilisée par la DGFIP : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

#### Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la DGFIP. Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 15 janvier 2024). Les données de la DGFIP ont été croisées avec celles de la SAE, afin d'isoler certaines ●●●



catégories d'établissements (Assistance publique - Hôpitaux de Paris, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

### Méthodologie

Les comptes définitifs des établissements publics de santé sont parfois transmis à la DGFiP avec retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer de ceux publiés dans les éditions précédentes en raison d'une réactualisation des données.

### Pour en savoir plus

- > **ATIH** (2022, juillet). *Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2020. Comptes financiers 2020*. Rapport.
- > **Cour des comptes** (2023a, juin). Rapport sur la tarification à l'activité. S2023-0851.
- > **Cour des comptes** (2023b, octobre). Rapport thématique sur la situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire.
- > **Courtejoie, N., Richet, J.** (2022, juillet), La situation économique et financière des établissements de santé en 2020. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 100.
- > **Fédération hospitalière de France (FHF) et La Banque Postale** (2022, septembre). *Le poids de la dette des hôpitaux publics : quel bilan en amont de la crise sanitaire ? Regard financier sur les hôpitaux publics*. Étude.
- > **IGF/IGAS** (2020, avril). Rapport sur l'évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise.
- > **Le Rhun, B., Legendre, M.-C.** (2007, décembre). *Comparaison de la M21 et du Plan Comptable Général*. DREES, Documents de travail, 1.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2022, septembre). Ondam et dépenses de santé. Annexe 5 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2023.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2023, septembre). Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Annexe 6 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. DREES, *DREES Méthodes*, 3.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). Les établissements de santé en 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.
- > Tableaux supplémentaires mis à disposition sur le site de la DREES avec les données relatives à la présente étude :
  - Taux de marge brute des hôpitaux publics, par catégorie d'établissements, depuis 2005
  - Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement, par catégorie d'établissements, depuis 2005