



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2026

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 2026

SOMMAIRE

PLFSS 2026 - 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. Présentation des modalités de financement des établissements de santé par champ d'activité 5
- 1.2. Le financement des établissements de santé en 2024 9
- 1.3. La campagne de financement 2025 et les perspectives d'évolution des modes de financement des établissements de santé 29

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

- 2.1 Le financement des ESMS de 2021 à 2025 36
- 2.2 Modèle de financement des ESMS 40
- 2.3 Les évolutions récentes et à venir du modèle de tarification des ESMS 42

PARTIE 2 : La situation financière des établissements de santé et médico-sociaux 44

1. La situation financière et l'investissement des établissements de santé 44

- 1.1. Les indicateurs financiers des établissements de santé : rétrospective 2015-2023 et tendance 2024 44
- 1.2. Les investissements au bénéfice des établissements de santé 64

2. Situation financière des ESMS 68

- 2.1 Indicateurs financiers des ESMS : rétrospective 2022-2023 68
- 2.2 Situation globale des EHPAD 70
- 2.3 Situation globale des ESMS PH 77
- 2.4 Investissements dans le secteur médico-social : les plans d'aide à l'investissement (PAI) et le Ségur « Investissement » 81
- 2.5 Les investissements numériques dans les établissements sociaux et médico-sociaux 88

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.

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 plus de 41% en 2024 avec un montant de 105,6 Md€. Le fonds d'intervention régional (FIR) contribue également au financement des dépenses des établissements de santé - plus de la moitié des montants alloués en FIR le sont à destination des établissements de santé (68% en 2024 pour 3,8 Md€), pour des activités spécifiquement identifiées et organisées au niveau régional¹.

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 2024, l'ONDAM ES voté initialement s'élevait à 105,6 Md€. Cela représente plus de 3,2 Md€ de financements nouveaux pour les établissements de santé en 2024, soit une progression de +3,2%, par rapport à 2023. Ce montant a été rectifié à hauteur de 105,5 Md€ en partie rectificative pour 2024 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Pour l'année 2025, le niveau voté en LFSS 2025 s'élève 109,6 Md€, soit une progression de +3,8% par rapport à 2024.

Ce premier chapitre consacré au financement des établissements de santé vise à présenter :

- Les modalités de financement des établissements de santé par champ d'activité ;
- Les faits saillants de la campagne de financement 2024 ainsi que l'activité hospitalière 2024 et les financements alloués aux établissements par région ;
- La campagne de financement de l'année 2025 et les perspectives d'évolution des modes de financement des établissements de santé.

1.1. Présentation des modalités de financement des établissements de santé par champ d'activité

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.

Il existe quatre champs d'activité :

- 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 », qui regroupe l'ensemble des établissements publics de santé (EPS) et la majeure partie 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).

¹ Sur le FIR, voir également : Le fonds d'intervention régional (FIR) - Ministère chargé de la santé - (sante.gouv.fr)

► **Le financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de médecine d'urgence**

Pour leurs activités de médecine, chirurgie et obstétrique et d'hospitalisation à domicile, les établissements de santé bénéficient de financements directs en fonction de l'activité réalisée d'une part, et d'autre part de ressources sous forme de dotations et de forfaits.

Les modalités de financement des séjours hospitaliers MCO relèvent majoritairement de la tarification à l'activité (T2A) qui se base sur une description médico-économique des patients accueillis – au sein des groupes homogène de malades (GHM), auxquels correspondent des tarifs – rattachés à des groupes homogènes de séjour (GHS). Les séjours sont ainsi financés par un tarif défini selon la prise en charge du patient et son coût.

Les prises en charge réalisées en établissements de santé en dehors des hospitalisations (actes et consultations externes et prestations hospitalières sans hospitalisation venant couvrir le recours au secteur hospitalier) sont facturées pour chaque acte réalisé.

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. Il s'agit :

- des forfaits qui financent la coordination de l'équipe pour les activités transversales à la greffe et aux prélèvements d'organe ;
- du forfait annuel activités isolées (FAI) qui 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 ;
- du forfait maladie rénale chronique pour la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique aux stades 4 et 5 et en pré-suppléance.

Les tarifs des GHS sont réputés inclure le coût des traitements délivrés lors de l'hospitalisation – à l'exception des honoraires médicaux pour les établissements privés lucratifs. Néanmoins, le dispositif de la « **liste en sus** » permet un financement complémentaire pour certains dispositifs médicaux, implants, greffons et certaines spécialités pharmaceutiques innovants et coûteux.

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 spécificité, elle dispose d'un mode de financement qui lui est propre, articulé autour :

- d'un financement tarifaire qui valorise les journées des séjours d'hospitalisation à domicile par le biais de groupes homogènes de tarifs (GHT) ;
- du financement des médicaments en sus pour les mêmes molécules que pour le champ MCO auquel s'ajoute une enveloppe complémentaire spécifique au champ de l'HAD qui finance une partie des autres spécialités coûteuses au regard des GHT d'HAD concernés.

Les activités de MCO et d'HAD bénéficient de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (voir 1.1.6) ainsi que de la 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.

Les structures de médecine d'urgence sont financées par :

- 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 ;
- un compartiment dédié à la qualité des organisations et des prises en charge ;
- des forfaits et suppléments pour les passages non suivi d'hospitalisation tenant compte de l'intensité des prises en charge.

► Les hôpitaux de proximité : un ancrage territorial pour des activités de médecine

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.

A ce jour, 326 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€, en hausse de 100 M€ par rapport à 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.

► Le financement des activités de SMR

Les soins médicaux et de réadaptation (SMR), anciennement soins de suite et de réadaptation (SSR) sont financés depuis le 1^{er} juillet 2023 selon un nouveau modèle composé :

- de financements issus de l'activité qui représentent au niveau national 50% du financement total des établissements SMR. Comme sur le champ MCO, l'établissement perçoit pour chaque séjour un montant forfaitaire correspondants aux tarifs (groupes médico-tarifaires) en vigueur ;
- d'une dotation dite « 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 est répartie sur la base de critères démographiques et épidémiologiques ayant un impact direct sur le recours aux activités de SMR ;
- 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 ;
- d'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.

► Le financement des activités de psychiatrie

Les établissements du champ de la psychiatrie sont financés par un nouveau modèle reposant 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 soins¹ 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.

Depuis 2022, et c'est toujours le cas 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. Le dispositif de sécurisation portant sur ces deux compartiments doit disparaître en 2026. Le Gouvernement a cependant engagé des échanges avec les acteurs de la psychiatrie afin de prolonger cette sécurisation.

► Le financement des USLD

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 2/3 des personnes prises en charge sont des personnes âgées de plus de 80 ans (l'âge moyen d'entrée en 2015 est de près de 84 ans), 1/3 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.

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 60% 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 financés 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 28% 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.

¹ Taux de pauvreté, taille moyenne des ménages, densité de psychiatres libéraux, densité de l'offre médico-sociale adaptée et surpondération de la population mineure

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. Ces évolutions amènent à repenser le rôle et la place des USLD dans les parcours de prise en charge et sur leurs modalités de financement.

Dans ce contexte, la LFSS pour 2024 a prévu une expérimentation concernant les EHPAD comme les USLD, lancée depuis le 1^{er} juillet 2023 dans 23 départements, pour fusionner les sections « soins » et « dépendance » et créer un « forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie ».

1.2. Le financement des établissements de santé en 2024

1.2.1. Les faits marquants de l'année 2024

- La première année d'application du modèle de financement des soins médicaux et de réadaptation (SMR)

En 2024, la réforme du financement des soins médicaux et de réadaptation (SMR), mise en œuvre depuis le 1^{er} juillet 2023, a pleinement déployé ses effets dans un contexte de transition vers un modèle national unifié. Cette réforme visait à corriger les fortes inégalités historiques entre territoires et statuts d'établissements, en abandonnant les anciens modèles fondés sur le statut administratif (dotation annuelle pour le public, prix de journée pour le privé) au profit d'un système structuré autour de plusieurs compartiments : une valorisation de l'activité sur la base de tarifs nationaux, une dotation populationnelle attribuée par les agences régionales de santé, et des financements spécifiques pour les plateaux techniques, les activités d'expertise et les missions d'intérêt général.

En 2024, les effets revenus liés à ce nouveau modèle se sont révélés plus importants qu'anticipé, particulièrement pour les établissements privés ex-OQN. Deux facteurs ont été identifiés : d'une part une anomalie tarifaire sur les séjours en hospitalisation complète qui a impacté exclusivement les établissements ex-OQN et d'autre part une évolution dans les modalités de valorisation des séjours très longs et à cheval sur plusieurs années qui a concerné tous les établissements indépendamment de leur statut.

Les problématiques identifiées ont été corrigées sur l'exercice 2024, corrections qui ont été intégrées de manière pérenne dans les paramètres de financement à compter de 2025.

- La dernière année du dispositif de sécurisation modulée à l'activité

Dans le cadre de la crise sanitaire, de mars 2020 au 31 décembre 2022, un mécanisme de garantie de financement (GF) a été mis en place afin de sécuriser un niveau minimal de recettes pour les établissements de santé en difficulté financière du fait d'une diminution massive de leur activité et d'une priorisation des prises en charge liées au COVID.

A compter de 2023, s'est substitué à ce mécanisme un dispositif transitoire de sécurisation modulée à l'activité¹ (SMA) combinant sécurisation des recettes et incitation à la reprise de l'activité uniquement applicable aux activités de MCO. Ce dispositif transitoire a pris fin au 31 décembre 2024.

Les champs de la psychiatrie et des soins médicaux et de réadaptation n'ont pas bénéficié du dispositif de SMA en raison des mécanismes de sécurisation déjà prévus dans les nouveaux modèles de financement, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 pour la psychiatrie et depuis le 1^{er} juillet 2023 pour les SMR.

¹ 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

Le mécanisme de SMA mis en œuvre sur le champ MCO en 2023 et 2024 a fonctionné de la manière suivante :

- les établissements de santé se sont vus notifier un montant de référence en début d'exercice. Ce montant de référence correspondait à leur activité 2019 (sur le périmètre des prestations d'hospitalisation MCO) valorisée aux tarifs de l'année en cours ;
- le dispositif de SMA a été déclenché pour un établissement donné lorsque la valorisation T2A de son activité sur le périmètre concerné était inférieure au montant de référence ;
- dans ce cas, l'établissement a perçu non pas la valorisation T2A mais un montant correspondant, en 2024, à 50% de sa valorisation T2A + 50% de son montant de référence (en 2023, le montant était établi sur la base de 70% du montant de référence et 30% de la valorisation T2A).

En 2024, le montant complémentaire versé aux établissements de santé au titre du mécanisme de SMA s'est élevé à 0,8 Md€, en nette diminution par rapport au montant versé en 2023, soit 1,4 Md€. Cette diminution reflète à la fois la baisse du niveau de sécurisation et la reprise d'activité des établissements de santé.

Ce montant complémentaire s'est concentré sur les établissements de santé les plus éloignés de leur niveau d'activité pré-crise. Sur le champ MCO, pour le secteur ex-DG, 50% du montant complémentaire était concentré sur les 20% d'établissements qui ont une activité 2024 qui est encore « décrochée » de plus de 10% de leur activité 2019. Pour le secteur ex-OQN, 66% du montant complémentaire versé était concentré sur les 10% d'établissements qui ont une activité 2024 qui est encore « décrochée » de plus de 10% de leur activité 2019. En HAD, 90% du poids de la SMA était porté par les établissements éloignés de plus de 10% de leur montant de référence, et ce pour les deux secteurs de financement.

Les tableaux ci-dessous présentent le bilan des dispositifs de sécurisation des ressources de 2020 à 2024 pour les établissements des deux secteurs de financement.

Bilan des dispositifs de sécurisation 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€
		2024	514	239	275	54%	644 M€	639 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€
		2024	138	96	42	30%	140 M€	13 M€

Sources : ATIH - M€ pour millions d'euros - Le dispositif de SMA est hors actes et consultations externes

Bilan des dispositifs de sécurisation 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 complément aire 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€
	Sécurisation modulée à l'activité	2023	575	350	225	40%	660 M€	178 M€
		2024	574	363	211	37%	747 M€	154 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	134	106	28	19%	267 M€	15 M€
		2024	134	108	26	19%	345 M€	12 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 - M€ pour millions d'euros - Le dispositif de SMA est hors actes et consultations externes

► La révision des valeurs du coefficient géographique pour la Guyane, la Réunion et Mayotte

Le coefficient géographique a été introduit avec la tarification à l'activité, pour compenser les surcoûts qu'assument les établissements implantés dans les départements et régions d'Outre-mer, en Corse et en Île-de-France, du fait de leur environnement spécifique (insularité, éloignement, isolement, coût de la vie). Il s'applique à une large part des recettes des établissements de santé de ces territoires – et notamment sur les tarifs de prestations hospitalières.

L'augmentation des coefficients géographiques pour la Guyane, la Réunion et Mayotte, à la suite du rapport de la DREES diffusé en novembre 2023, a été lissée sur les exercices 2024 et 2025. Le tableau ci-après présente les valeurs du coefficient géographique par zones.

Zones géographiques	2023 *	2024	2025
2A Corse du Sud	11%	11%	11%
2B Haute Corse	11%	11%	11%
75 Paris	7%	7%	7%
77 Seine et Marne	7%	7%	7%
78 Yvelines	7%	7%	7%
91 Essonne	7%	7%	7%
92 Haut de Seine	7%	7%	7%
93 Seine saint Denis	7%	7%	7%
94 Val de Marne	7%	7%	7%
95 Val d'Oise	7%	7%	7%
971 Guadeloupe	27%	27%	27%
972 Martinique	27%	27%	27%
973 Guyane	29%	31,05%	33,1%
974 Réunion	31%	32,5%	34%
976 Mayotte	31%	32,5%	34%

(*) Valeurs actualisées en 2017

► **L'effet année pleine des mesures de revalorisation salariales dites « Guérini » et d'attractivité -permanence des soins**

L'ONDAM ES pour 2024 comprenait l'extension en année pleine des mesures de revalorisation salariale déployées à l'été 2023 à hauteur de 800 M€. Il s'agit :

- des mesures dites « Guérini » de revalorisation des rémunérations de l'ensemble des agents publics, dont ceux des établissements publics de santé, annoncées en juin 2023. La mesure de revalorisation du point d'indice de 1,5 % a fait l'objet d'une transposition en année pleine en 2024 au bénéfice des EBNL et EBL pour le personnel non médical uniquement ;
- des mesures d'attractivité – permanence des soins en établissements de santé (PDSES) - annoncées fin août 2023, comme la revalorisation des indemnités de nuit des personnels non-médicaux ou la majoration des indemnités de garde des personnels médicaux.

► **Les évolutions portées dans le cadre de la campagne tarifaire 2024**

Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et d'hospitalisation à domicile, l'évolution des financements des établissements de santé dans le cadre de la campagne 2024 a été 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. Le différentiel entre les deux secteurs s'explique par le financement des mesures de revalorisation des rémunérations qui concerne principalement le secteur ex-DG.

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 a 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 ont également bénéficié de ce soutien tarifaire ciblé spécifique dans un contexte de forte baisse de la natalité.

Pour les activités de soins médicaux et de réadaptation, l'évolution des financements des établissements de santé dans le cadre de la campagne 2024 a été 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 revalorisation des rémunérations.

Pour les activités de psychiatrie, l'année 2024 a constitué la deuxième année de mise en œuvre opérationnelle du modèle de financement de la psychiatrie. Les ressources de la psychiatrie inscrite dans l'ONDAM pour 2024

progressent de 3,9% par rapport à 2023, notamment du fait des engagements pris dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie et des mesures de revalorisation des rémunérations.

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

La dotation d'incitation financière à la qualité (IFAQ) a été reconduite à l'identique avec 700 M€ alloués aux établissements de santé sur des critères de qualité des prises en charge.

1.2.2 Les investissements numériques en établissements de santé

En réponse aux enjeux et besoins des soignants et patients, le développement du numérique en santé au sein des établissements de santé se poursuit autour de six axes :

- 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 ;
- e. La modernisation de la gestion des appels d'urgence ;
- f. La gestion des situations exceptionnelles dans les établissements de santé.

Les cyberattaques ayant touché nos établissements de santé en 2022 ont eu des incidences sanitaires et financières majeures sur les établissements touchés. Elles ont également mis en lumière l'extrême fragilité de nos systèmes d'information hospitaliers face à une menace cyber prégnante et un contexte géopolitique qui s'aggrave. C'est pourquoi, **concernant la cybersécurité et la résilience (a)**, le programme Cybersécurité accélération et Résilience des Etablissements (CaRE) vise 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.

Le programme CaRE finance directement le renforcement de la sécurité opérationnelle des établissements de santé. Démarrant en 2024 et doté jusque fin 2025 de 147,7 M€, il cible en priorité les failles majeures que sont l'exposition internet, les annuaires internes des établissements et le déploiement des plans de sauvegarde. Au total, 85 % des établissements éligibles ont candidaté. Cet engagement exceptionnel démontre la priorité de l'enjeu pour les établissements de santé. Les premiers résultats sont d'ores et déjà au rendez-vous avec une amélioration sensible des audits régulièrement réalisés sur les annuaires internes - près de 70 % des annuaires ont atteint le niveau de sécurité minimal fixé par le programme. S'agissant de l'exposition internet des établissements, la vérification de l'ensemble des dossiers est encore en cours et à ce stade, quasiment 100 % des établissements candidats ont effectivement supprimé les vulnérabilités critiques auxquelles ils étaient exposés sur internet. Ainsi, le secteur de la santé fait partie des rares domaines dans lequel la recrudescence des attaques en rançongiciels a diminué comme l'indique l'état de la menace cyber publié par l'ANSSI au début de l'année 2025.

Concernant l'évolution de l'équipement logiciel des établissements de santé, pour plus de sécurité et d'interopérabilité (b), l'État 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. Entre le 1^{er} juillet 2024 et le 31 juillet 2025, le nombre de documents de santé envoyés par l'hôpital aux patients dans Mon espace santé est croissant pour atteindre un total de 95,4 millions, soit 25 % du total des alimentations sur cette même période. 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 médical de leurs patients directement dans leurs logiciels du quotidien. Cela générera un gain de temps et contribuera à lutter efficacement contre les actes et prescriptions redondants.

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 (ANS) entre 2021 et 2023.

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. Un total de 142 M€ a été alloué aux établissements de santé entre 2021 et 2024.

Dans la continuité des programmes HOP'EN et SUN-ES lancés en 2019 et 2021 respectivement, un nouveau programme de financement appelé HOP'EN2, lancé en juillet 2024, accompagne les transformations organisationnelles liées au développement du numérique en établissement de santé. Les établissements ont eu jusqu'au 31 juillet 2025 pour atteindre les cibles d'usage. Le total des montants alloués à chaque établissement sera connu à la fin de l'année 2025.

Concernant le développement de l'innovation médicale grâce au numérique (d), l'accompagnement à la structuration d'entrepôts de données de santé hospitaliers fait l'objet de financements relevant de l'aide à la contractualisation (7,5M € en 2025). 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.

Concernant la modernisation de la gestion des appels d'urgence (e), l'État soutient les centres d'appels des SAMU – SAS et les Centres Antipoison afin de couvrir les besoins de la population en matière de secours d'urgence, d'orientation, de conseils en santé et de prises de rendez-vous. Il s'agit de l'appui technique aux missions régaliennes et aux politiques publiques dédiées à un meilleur usage des services d'urgences et en matière de prise en charge. Environ 35M € sont consacrés à ces sujets socles.

La coordination avec les SDIS d'une part, mais aussi les forces de l'ordre et les autres partenaires du secours, est également un enjeu crucial. Les liens 15-18 sont particulièrement importants. Afin de garantir l'interopérabilité des systèmes métiers des pompiers, d'un côté, et des SAMU, de l'autre, l'État investit dans des solutions de *hub* d'échanges de données. Concrètement, lorsqu'un SDIS ou un SAMU reçoit un appel qu'il doit transférer à l'autre, les informations saisies sont transmises et apparaissent directement dans le système d'information.

La fin du cuivre, programmée pour 2030 est, bien sûr, anticipée et les SAMU passent progressivement vers la fibre (VOIP). Cette transformation de l'acheminement des appels va apporter des simplifications majeures dans l'architecture technique des SAMU permettant d'envisager de passer au "Full IP" dans les années à venir, facilitant l'intégration de solutions d'IA en assistance des ARM et médecins régulateurs, rendant possible la prise d'appels à distance, l'entraide et la résilience des SAMU.

Concernant la gestion des situations exceptionnelles dans les établissements de santé (f), en particulier dans le cas d'afflux massif de victimes, les dispositifs ORSAN et SIVIC permettent de modéliser et d'aider à répartir les victimes vers des centres hospitaliers adaptés aux besoins évalués sur terrain (ORSAN) et de tracer et suivre les victimes dès leur arrivée à l'hôpital (en lien avec l'outil SINUS des sapeurs-pompiers qui suit les victimes sur le terrain). Le portail de gestion de crises des SAMU, fortement mobilisé lors d'événements culturels ou sportifs majeurs ou en situations exceptionnelles s'avère indispensable à la coordination de plusieurs SAMU. Environ 2M € sont consacrés en 2025 sur ces enjeux.

1.2.3 Les principales tendances d'évolution de l'activité hospitalière en 2024

L'activité des établissements de santé a été particulièrement dynamique en 2024. Le dynamisme de l'activité a cependant été hétérogène en fonction des champs et des secteurs de financement. En complément des éléments de synthèse présentés ci-après, une description détaillée est consultable dans le Rapport annuel du Comité Economique de l'Hospitalisation Publique Privée (CEHPP) qui sera transmis au Parlement.

► En Médecine, Chirurgie, Obstétrique, une activité 2024 très dynamique, notamment dans le secteur ex-DG

Entre 2023 et 2024, la croissance de l'activité MCO a été dynamique. Le nombre de séjours (hors séances) a augmenté de +3,3%, avec 707 000 hospitalisations supplémentaires. Le nombre de séances (hors dialyse) a augmenté de +3,5%.

Entre 2023 et 2024, la croissance des hospitalisations en MCO a été portée par la forte hausse des hospitalisations de médecine. Le développement dynamique des séjours de médecine ambulatoire (+13,1%) s'est accompagné d'une nette hausse des hospitalisations de médecine avec nuitées (+2,3%).

Par ailleurs, l'activité chirurgicale s'est montrée dynamique (+1,5%), portée par le développement de la chirurgie ambulatoire (+2,8%) mais freinée par une baisse des chirurgies avec nuitées (-0,5%). Le nombre de séjours pour acte interventionnel peu invasif a augmenté de +1,9% entre 2023 et 2024.

Les hospitalisations obstétricales et périnatales ont diminué de 1,8% entre 2023 et 2024, en lien avec la baisse du nombre de naissances estimée à -2,2% par l'Insee.

D'une manière générale, la croissance de l'activité d'hospitalisation en MCO a principalement été portée par les séjours ambulatoires. Entre 2023 et 2024, le nombre de séjours ambulatoires a augmenté de +5,7%. En parallèle de cette forte dynamique des séjours ambulatoires, les séjours avec nuitées ont augmenté de +0,8%.

Dans le secteur ex-DG, le volume économique des établissements du secteur ex-DG a augmenté de +2,8% entre 2023 et 2024 du fait d'une hausse du nombre de séjours/séances de l'ordre de +3,8%. Cette croissance d'activité en nombre a été associée à une baisse du poids économique moyen de l'activité de l'ordre de -1,0%.

Le taux de croissance 2023/2024 traduit une accentuation de la dynamique post-Covid. Pour la première fois en 2024, le volume économique du secteur ex-DG a dépassé son niveau d'avant crise.

En 2024, l'activité ambulatoire du secteur ex-DG a été très dynamique, avec une évolution 2023/2024 de +7,0% en volume économique, dont une croissance de +8,1% en effectif. Ce taux de croissance en nombre de séjours est plus de 2 fois supérieur à la dynamique annuelle moyenne observée avant la crise sanitaire.

Le nombre de séjours avec nuitées a lui aussi connu une hausse entre 2023 et 2024 (+1,5%) avec une valorisation moyenne de ces séjours en légère progression (+0,4%), générant une augmentation du volume économique de l'ordre de +1,9%. Il s'agit de la première progression annuelle significative depuis 2021.

Entre 2023 et 2024, ce sont les séjours de médecine qui ont porté principalement la croissance du volume économique du secteur ex-DG et notamment les séjours de médecine avec nuitées. La médecine avec nuitées a contribué à elle-seule à 40% de la croissance économique. Le volume économique associé aux séjours de médecine ambulatoire a progressé (+12,2%) expliquant 17% de la hausse du secteur.

Dans le secteur ex-OQN, le volume économique des établissements a augmenté de +0,7% entre 2023 et 2024 du fait d'une hausse du nombre de séjours/séances de l'ordre de +2,2%. Cette croissance d'activité en nombre est associée à une baisse du poids économique moyen de l'activité de l'ordre de -1,5%.

Le taux de croissance 2023/2024 traduit un ralentissement de la croissance d'activité ex-OQN, après des années 2022 et 2023 très dynamiques.

- **L'hospitalisation à domicile prend en charge 184 000 patients en 2024 dont les ¾ sont âgés de 60 ans et plus**

Avec 7,7 millions de journées, l'hospitalisation à domicile (HAD) a concerné 184 400 patients en 2024 soit 41,4 journées par patient en moyenne. Cette activité concerne majoritairement une population âgée, car 75% des journées sont réalisées au bénéfice de patients de 60 ans et plus.

Entre 2023 et 2024, l'activité en HAD a progressé de 6% en nombre de journées. En 2024, le nombre de patients évolue plus fortement que le nombre de journées ; le nombre annuel moyen de journées par patient diminue de 1,4 jours par rapport à 2023.

L'augmentation du nombre de journées entre 2023 et 2024 est principalement expliquée par la dynamique des journées associées aux soins palliatifs (activité dont les prises en charge sont longues avec en moyenne 40,6 journées par patient). Les autres activités contribuant à la hausse de l'activité en nombre de journées sont celles réalisées dans le cadre de la prise en charge de la douleur, des pansements complexes, de la rééducation orthopédique et de la rééducation neurologique. L'activité associée à la surveillance post chimiothérapie anticancéreuse diminue entre 2023 et 2024.

L'évolution du nombre de journées résulte à la fois de l'évolution démographique de la population française et des variations du taux de recours à l'hospitalisation à domicile. En effet, entre 2023 et 2024, la croissance d'activité est majoritairement expliquée par l'effet recours. Ce dernier est le résultat de la combinaison d'une augmentation de la part des patients pris en charge en hospitalisation à domicile dans la population française atténuée par une diminution du nombre annuel de journées par patient. En 2024, le taux de recours à l'hospitalisation à domicile s'est établi à 110,3 journées pour 1 000 habitants, soit une augmentation de 5,9 journées pour 1 000 habitants par rapport à 2023.

En 2024, l'intervention de l'HAD au sein des établissements médico-sociaux a continué de progresser. 17% des patients étaient domiciliés en EHPAD avec une hausse du nombre de journées de +10,1% journées entre 2023 et 2024. 2% des patients ont relevé d'un SSIAD avec une hausse de +16,4% journées entre 2023 et 2024.

- **Les structures des urgences ont accueilli 13,9 millions de patients en 2024**

Avec 21,6 millions de passages, les structures des urgences ont accueilli 13,9 millions de patients en 2024. 20% de la population française a eu recours aux urgences en 2024 dont 14% à une seule reprise et 6% à plusieurs reprises.

23% des passages aux urgences ont été suivis d'une hospitalisation en MCO et 0,02% d'une hospitalisation à domicile dans les 3 jours.

Entre 2023 et 2024, le nombre de passages aux urgences a augmenté de +2,9% (+590 000 passages). La hausse du nombre de passages aux urgences reflète tant un recours plus important aux services d'urgences qu'un nombre de passages par patient plus important. L'impact de l'évolution démographique s'est traduit par une baisse des passages des jeunes enfants et une forte hausse pour les patients âgés.

- **Soins médicaux et de réadaptation (SMR)**

L'année 2024 s'inscrit dans une dynamique de croissance soutenue, en retrait cependant par rapport à 2023. La dynamique d'activité traduit toujours une tendance de rattrapage vers le niveau pré-crise sanitaire. Le nombre de journées total a encore été en retrait de -3% par rapport à 2019, les séjours d'hospitalisation complète de -13%. Après le rebond observé post-crise sanitaire, cette période révèle une stabilisation

progressive des volumes, où les principaux indicateurs affichent une progression contenue, parfois contrastée selon les secteurs et les modalités d'hospitalisation.

En **hospitalisation complète (HC)**, l'activité est restée orientée à la hausse, mais à un rythme moins soutenu : le nombre de séjours progresse de 2,5 % entre 2023 et 2024, contre 3,3 % l'année précédente. Ce ralentissement est également visible dans la durée moyenne d'hospitalisation, qui diminue de 0,3 jour. Cette baisse des durées de prise en charge s'est inscrite dans un contexte où le niveau de lourdeur et de sévérité des séjours augmente par ailleurs : les hospitalisations les plus complexes représentent désormais 32 % des séjours, contre 25 % en 2017, traduisant une complexification des cas traités.

L'**hospitalisation partielle (HP)** a poursuivi sa montée en puissance, illustrant le virage ambulatoire engagé dans le secteur. Le nombre de journées en HP a augmenté de manière dynamique à +8,8 %. Depuis 2019, les journées en HP ont progressé de près de 29 %, et représentent aujourd'hui 16,4 % de l'activité totale, contre 11 % en 2017. Cette croissance témoigne d'un changement vers des séjours moins lourds mais plus fréquents.

Du point de vue des **flux d'entrée et de sortie**, les transferts depuis le MCO sont restés majoritaires et en progression de +3,5 %. En sortie, les retours à domicile ont demeuré la norme, bien que leur progression à +2,6% ralentisse. Parallèlement, les ré hospitalisations vers le MCO sont reparties à la hausse, +4,9 %, après une baisse notable en 2021-2022.

S'agissant des **pathologies prises en charge**, les affections du système ostéoarticulaire restent dominantes (41 % des séjours en HC), mais leur croissance ralentit (+4,1 % après une croissance de +7,3% en 2023). Les affections du système nerveux, notamment les maladies d'Alzheimer et autres troubles neurodégénératifs, ont connu une nette progression, tant en HC qu'en HP. Les séjours liés aux affections du système nerveux et circulatoire étaient en hausse pour la première fois depuis 2018, respectivement +2,1% et +3,0% entre 2022 et 2023. Les prises en charge pour cette dernière ont repris une dynamique baissière entre 2023 et 2024 (-1,3%).

Enfin, l'**analyse par secteur de financement** révèle des dynamiques d'activité similaires entre les établissements ex-DAF et ex-OQN :

- dans le **secteur ex-DAF**, la dynamique s'accélère : +2,7 % de séjours d'HC, +8,3 % de journées d'HP, et +4,3 % de volume économique ;
- le **secteur ex-OQN**, en revanche, voit sa croissance fortement freinée : +2,2 % de séjours HC (avec une diminution des durées de séjours), +9,3 % de journées d'HP, et +4 % de volume économique.

Ainsi, l'année 2024 constitue toujours une année de rattrapage post Covid-19 en HC. La croissance de l'HP se poursuit en lien avec l'évolution des pratiques. Pour la première année, l'évolution du volume économique de l'activité est identique entre secteurs de financement.

► L'activité de psychiatrie évolue vers des prises en charge plus courtes et une hausse du nombre de patients

Entre 2022 et 2024, l'activité de prise en charge des patients en psychiatrie a connu une évolution significative, marquant une rupture avec les tendances observées avant la crise sanitaire. En psychiatrie, l'activité se distingue entre hospitalisation à temps complet (HC), hospitalisation à temps partiel (HP) et ambulatoire, majoritairement réalisée dans les centres médico-psychologiques (CMP). A noter, seuls les établissements anciennement financés en dotation disposent d'une offre et sont financés pour les prises en charge ambulatoires.

Le nombre de patients pris en charge est en progression s'agissant des prises en charge en ambulatoire et a progressé de +1,9 % par an, alors qu'il était stable auparavant. Le nombre de patients pris en charge en hospitalisation (complète ou à temps partiel) augmente également, de +0,8 % par an, inversant une tendance antérieure à la baisse. L'évolution est cependant contrastée entre les deux formes d'hospitalisation : le nombre de patients en HC a diminué, tandis que le nombre de patients pris en charge en HP a bondi de +5 %. Ces

évolutions traduisent une progression des taux de recours à la psychiatrie hospitalière, en hausse dans toutes les classes d'âge pour l'HP, et spécifiquement chez les 13-24 ans pour l'HC.

L'hospitalisation à temps complet, qui représente encore 81 % des journées en psychiatrie, poursuit ainsi son repli entamé depuis 2021. Entre 2023 et 2024, le recul observé dans le nombre de patients pris en charge s'observe dans presque toutes les tranches d'âge, à l'exception des adolescents et jeunes adultes, chez qui la dynamique semble désormais stabilisée après plusieurs années de hausse post-crise sanitaire. Concomitamment, le nombre de journées d'HC a reculé de manière plus importante, du fait de la réduction des durées de séjour.

Sur le plan des pathologies, la chute du nombre de journées est principalement portée par les troubles schizophréniques, le retard mental et les troubles du développement psychologique. Seules deux catégories montrent une progression : les syndromes comportementaux liés à des facteurs physiques et les symptômes non spécifiques, bien que leur part reste marginale.

En hospitalisation à temps partiel, les journées ont augmenté, mais à un rythme inférieur à celui du nombre de patients. Plus de patients sont donc pris en charge mais pour un nombre moyen de venues par patient plus faible. Là encore, les principales baisses concernent les diagnostics de schizophrénie et les troubles du développement psychologique, tandis que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux enregistrent une progression, respectivement de +5,0 % et +2,4 %, venant partiellement amortir le recul global.

À l'inverse du recul de l'activité d'hospitalisation, **l'activité ambulatoire des établissements ex-DG** connaît ainsi une hausse notable en 2024 en patients et en nombre d'actes réalisés (22,6 millions d'actes, soit une progression de +3,6 %). Cette évolution se retrouve dans toutes les classes d'âge sauf les 0-3 ans, et elle est particulièrement portée par les patients de 25 à 39 ans. Par ailleurs, le nombre d'actes a crû plus rapidement que le nombre de patients pris en charge, traduisant une intensification des prises en charge. Sur le plan diagnostique, la progression est quasi généralisée, à l'exception des troubles mentaux organiques et du retard mental, en recul.

Enfin, s'agissant de l'activité de **psychiatrie réalisée par les établissements MCO**, on observe dans les services de médecine une forte progression de l'activité liée aux troubles mentaux et aux troubles liés à la consommation de substances, en particulier les situations suicidaires, dont le nombre de séjours a plus que doublé depuis 2017. Ces évolutions traduisent un glissement partiel de la prise en charge psychiatrique vers le champ de la médecine générale, notamment dans les situations d'urgence.

Ainsi, l'année 2024 confirme une mutation structurelle de la psychiatrie hospitalière : recul de l'hospitalisation à temps complet et partiel, progression de l'ambulatoire, et évolution des profils de patients vers des prises en charge plus courtes mais plus intenses.

1.2.4. La répartition régionale des financements en 2024

Les tableaux ci-après détaillent par région, pour 2024, les financements des établissements de santé pour leurs activités de MCO, SMR, psychiatrie et USLD en distinguant, pour le MCO et les SMR, les ressources allouées sous forme de dotations, d'une part, et les financements en lien direct avec l'activité réalisée, d'autre part.

en millions d'euros

Activités de médecine, chirurgie, obstétrique et hospitalisation à domicile - Financements 2024								
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	1 000,3	381,1	29,7	60,8	11,5	5 938,7	633,2	1 438,6
Bourgogne Franche Comté	351,0	177,6	8,9	19,9	2,9	2 148,1	218,4	504,4
Bretagne	387,7	157,1	11,7	25,0	0,1	2 549,1	259,0	641,0
Centre Val de Loire	262,1	145,7	7,4	17,3		1 676,5	184,4	387,0
Corse	68,1	33,5	2,3	1,8		257,2	18,1	44,4
Grand Est	682,4	286,9	19,3	41,9	2,4	4 312,4	479,6	968,1
Hauts-de-France	685,9	316,5	17,6	46,0		4 545,6	543,3	930,5
Ile-de-France	2 300,0	582,6	46,8	86,2	18,6	9 217,6	973,9	1 969,1
Normandie	409,9	198,9	10,1	21,8	1,0	2 385,7	273,9	551,4
Nouvelle-Aquitaine	685,9	323,2	22,2	43,1	3,2	4 521,6	463,0	1 159,8
Occitanie	745,5	282,2	24,1	45,7	33,1	4 463,0	438,7	1 140,8
Pays de la Loire	434,4	158,7	11,4	27,3		2 565,7	243,0	685,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	634,4	274,3	15,4	39,9		4 823,2	447,7	1 132,5
France métropolitaine	8 647,8	3 318,2	226,8	476,8	72,8	49 404,3	5 176,3	11 553,0
Guadeloupe	132,8	33,3	4,2	3,0		422,6	29,8	38,3
Guyane	115,4	25,5	1,4	1,5		165,8	7,1	7,7
Martinique	158,1	23,8	0,5	1,6		332,5	31,5	47,2
Mayotte			0,0	0,5	322,2			
La Réunion	104,4	45,6	3,3	7,7	0,3	797,8	56,3	106,2
Outre-mer	510,6	128,2	9,4	14,3	322,4	1 718,8	124,8	199,4
Total	9 158,4	3 446,4	236,2	491,2	395,2	51 123,1	5 301,0	11 752,4

Sources : A-B-E arrêtés de dotations régionales 2024, C-D données HAPI 2024, F recettes séjours et suppléments y compris dialyse (y compris SMA) G-H données de valorisation issues des remontées PMSI 2024 (H : hors remises)

en millions d'euros

Activités de soins médicaux et de réadaptation - Financements 2024							
Région	Allocations de ressources				Financements directs à l'activité		
	Dotations forfaitaires	Dotation plateaux techniques spécialisés	Missions d'intérêt général & aides à la contractualisation	Incitation financière à la qualité	Séjours	Actes et consultations externes	Molécules onéreuses financées en sus
	A	B	C	D	E	F	G
Auvergne-Rhône-Alpes	481,6	11,0	112,8	10,2	623,6	0,4	5,6
Bourgogne Franche Comté	176,3	4,9	54,2	3,8	225,7	0,1	1,8
Bretagne	179,1	6,2	43,2	4,8	296,5	0,6	3,2
Centre Val de Loire	110,5	4,1	39,4	3,2	196,8	0,1	1,4
Corse	26,0	1,0	6,9	0,5	26,8	0,0	0,1
Grand Est	353,7	8,3	106,7	6,8	438,9	0,7	3,3
Hauts-de-France	416,5	10,1	93,4	7,3	449,1	0,7	3,8
Ile-de-France	1 001,0	16,5	202,1	16,4	937,4	0,3	8,4
Normandie	174,9	4,6	57,4	5,0	286,0	0,3	1,9
Nouvelle-Aquitaine	331,5	9,0	71,2	7,9	473,0	0,5	4,0
Occitanie	408,7	10,7	77,3	9,6	504,6	0,3	4,5
Pays de la Loire	162,2	4,1	53,3	4,4	279,3	0,4	1,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	339,3	9,6	66,7	8,6	449,9	0,3	3,5
France métropolitaine	4 161,2	100,1	984,6	88,5	5 187,6	4,8	43,2
Guadeloupe	55,1	1,2	11,7	0,7	40,8	0,5	0,2
Guyane	15,1	0,1	1,5	0,1	9,6	0,0	0,0
Martinique	38,4	0,3	14,0	0,4	31,8	0,1	0,3
Mayotte	0,3			0,0			
La Réunion	79,3	1,8	11,9	1,4	69,1	0,0	0,3
Outre-mer	188,2	3,3	39,2	2,7	151,2	0,6	0,9
Total	4 349,4	103,4	1 023,8	91,1	5 338,8	5,4	44,1

Sources : A à C arrêtés de dotations régionales 2024, D Données HAPI 2024, E à G données de valorisation issues des remontées du PMSI.

en millions d'euros

Activité de psychiatrie - Financement 2024								
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	1 043,2	4,1	28,4	6,2	89,4	14,6	300,6	0,0
Bourgogne Franche Comté	417,8	2,0	4,8	0,3	21,8	4,5	103,5	0,9
Bretagne	496,0	2,4	19,1	0,8	26,6	6,0	137,7	1,2
Centre Val de Loire	323,6	1,9	10,2	0,3	18,3	3,4	96,6	0,8
Corse	48,5	0,7	1,5	0,1	2,9	0,6	18,5	0,1
Grand Est	743,1	2,5	59,6	0,3	47,7	9,8	167,6	1,8
Hauts-de-France	841,4	3,6	30,4	0,7	42,5	10,2	215,7	2,0
Ile-de-France	1 778,5	6,2	48,2	1,3	71,9	21,9	433,2	3,6
Normandie	481,8	2,4	14,9	0,3	26,7	5,0	114,0	1,0
Nouvelle-Aquitaine	854,2	3,9	31,2	1,0	40,0	10,0	219,6	1,9
Occitanie	729,3	3,5	23,8	0,5	36,4	10,0	268,1	1,8
Pays de la Loire	506,2	2,2	5,6	0,3	24,4	5,1	94,9	0,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	636,7	3,4	38,8	0,5	27,6	9,0	222,3	1,6
France métropolitaine	8 900,3	38,8	316,5	12,6	476,4	110,0	2 392,4	17,7
Guadeloupe	71,1	0,3	2,1	0,1	8,6	0,3	14,5	0,2
Guyane	52,7	0,3	1,4	0,1	2,4	0,2	3,7	0,0
Martinique	66,2	0,7	1,7	0,1	13,2	0,6	15,1	0,1
Mayotte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
La Réunion	138,2	0,9	4,3	0,1	5,3	2,3	44,6	0,3
Outre-mer	328,1	2,1	9,6	0,4	29,5	3,6	78,0	0,6
Total dotations régionales	9 228,5	40,9	326,1	13,0	505,8	113,6	2 470,4	18,3

Sources : arrêtés de dotations régionales 2024 de A à E, et source HAPI 2024 pour F, G et H

En ce qui concerne les unités de soins de longue durée, le tableau ci-dessous retrace les ressources au titre de la section soins financée par l'ONDAM ES (ce qui n'est pas le cas des sections hébergement et dépendance).

en millions d'euros

Activité de soins de longue durée - Financement 2024	
Région	Dotation soins des USLD
Auvergne-Rhône-Alpes	168,9
Bourgogne Franche Comté	59,9
Bretagne	65,3
Centre Val de Loire	55,5
Corse	9,2
Grand Est	122,9
Hauts-de-France	122,7
Ile-de-France	234,4
Normandie	70,5
Nouvelle-Aquitaine	142,5
Occitanie	138,7
Pays de la Loire	74,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	76,6
France métropolitaine	1 341,9
Guadeloupe	11,9
Guyane	1,5
Martinique	8,0
Mayotte	
La Réunion	5,1
Outre-mer	26,4
Total	1 368,3

Sources : arrêtés de dotations régionales 2024

1.2.4.1 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. Seules les activités de MCO, d'HAD et de SMR sont éligibles à un financement par MIGAC.

Il est à noter que 2024 est la dernière année d'application de ces MIGAC pour le champ MCO, conformément à la réforme du financement des activités de MCO prévue par la LFSS pour 2024. L'architecture de financement de l'activité MCO des établissements de santé intègre désormais des financements dédiés aux missions spécifiques (MS) et sur objectifs de santé publique (OSP). En 2025, seuls les établissements exerçant une activité de SMR resteront éligibles à un financement au titre des MIGAC.

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

Les missions d'intérêt général (MIG) recouvrent des activités identifiées comme ne pouvant 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)¹ ;
- les **autres missions**² 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 6 Md€ en 2024.

Le tableau ci-dessous présente les crédits alloués aux établissements de santé au titre de la gestion 2024 pour chaque mission d'intérêt général :

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2024 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant (en M€)
Missions générales de recherche médicale, d'enseignement et d'innovation	Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation	2 016,7
Missions spécifiques de recherche médicale et d'innovation en matière de soins	Préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques	31,8
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	39,2
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRCK)	13,8
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	11,0
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS)	2,1
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRTK)	1,4
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	4,4
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	2,0
	Effort d'expertise des établissements de santé	3,0
	Soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	2,2
	Programmes de recherche médico-économique (PRME)	1,2
	Les programmes de recherche médico-économique en cancérologie (PRMEK)	0,0

¹ Les MIG sont précisées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale en vigueur jusqu'au 31 décembre 2024

² Les autres MIG figurent au 2°, 3° et 4° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale en vigueur jusqu'au 31 décembre 2024

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2024 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant (en M€)
	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	77,6
	Conception des protocoles, gestion et analyse de données	19,4
	Investigation	54,6
	Coordination territoriale	16,5
	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)	0,6
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	1 145,5
Missions de recours exceptionnel	Financement des activités de recours exceptionnel	62,6
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	14,1
	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	12,7
	Centres de référence maladies rares labellisés (hors centres inclus dans les MIG F05, F06, F07)	132,8
	Centres labellisés Maladies hémorragiques constitutionnelles	8,0
	Centres labellisés Mucoviscidose	21,2
	Centres labellisés Sclérose latérale amyotrophique	9,7
	La mortalité périnatale	5,6
	Centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	7,6
	Centres régionaux de Pathologies Professionnelles et Environnementales (CRPPE)	9,1
	Services experts de lutte contre les hépatites virales	9,4
	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	15,9
	Centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)	6,9
	Centres de référence pour infections ostéo-articulaires (CIOA)	1,6
	Réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte	7,4
	Filières de santé pour les maladies rares	16,2
	Centres de ressources et de recherche sur la sclérose en plaques (C2RSep)	2,8
	Centre national de référence en hémobioLOGIE périnatale	5,8
	Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)	0,7
	Plateformes maladies rares	6,1
	Bases de données sur les maladies rares	18,3

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2024 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant (en M€)
	Appui à l'expertise maladies rares	4,8
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	520,4
	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	18,9
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	1,2
	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique	3,4
	Centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique	10,0
	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres	4,9
	Centre national de ressources de la douleur	0,4
	Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie	1,4
	Centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	45,3
	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	21,1
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	7,2
	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	36,0
	Prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté	1,7
	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 maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale	36,4
	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	9,1

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2024 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant (en M€)
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)	6,1
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	1,1
	Missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique	13,5
	Acquisition et la maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	23,8
Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Consultations hospitalières d'addictologie	65,1
	Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	78,2
	Consultations hospitalières de génétique	41,5
	Centres experts de la maladie de Parkinson	5,0
	Primoprescription de chimiothérapies orales	2,1
	Dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violence	11,7
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	407,3
	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	2,1
	Prise en charge des patients en situation d'obésité	1,1
	Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP)	13,5
	Évacuations sanitaires pour les patients des territoires ultramarins et de Corse (EVASAN)	14,7
	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	6,7
Participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	Coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements, des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales	0,6
	Rémunération des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements hors SMR	5,7
	Coopération hospitalière internationale	1,1
	Participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997	55,8
	Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	20,9
Activités de soins dispensés à des populations spécifiques	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)	225,3

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2024 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant (en M€)
	Chambres sécurisées pour les personnes détenues	12,8
	Engagement maternité volet hébergement	0,1
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	1,4
Missions relevant des soins médicaux et de réadaptation	Accompagnement à la scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation	5,7
	Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation	8,7
	Rémunération des internes en stage hospitalier	3,0
	L'effort d'expertise des établissements	0,0
	Hyperspécialisation des prises en charge	10,6
	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	20,2
	Unités cognitivo-comportementales (UCC)	34,5
	Activités d'expertise	377,7
Total		6 047,4

Source : HAPI 2024

► 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.

Le tableau ci-dessous présente les crédits d'aides à la contractualisation au titre de la gestion 2024 regroupés par destinations.

en M€

Répartition des crédits d'aides à la contractualisation (AC) délégués en 2024 par destination	
Destination des aides à la contractualisation	Montant
Financements exceptionnels	1 102,3
Soutien à la démographie des professionnels de santé	964,0
Soutien à l'investissement des établissements de santé	866,2
Restructuration et soutien financier aux établissements de santé	895,3
Financement de la mesure d'admission directe des personnes âgées dans le cadre du pacte urgences	117,5
Accompagnement au fonctionnement des services d'urgences	32,0
Accompagnement au fonctionnement des activités de médecine et de chirurgie	34,9
Accompagnement au fonctionnement des activités d'hospitalisation à domicile	32,6
Accompagnement au fonctionnement des activités d'obstétrique et de périnatalité	87,5
Accompagnement au fonctionnement des activités de cancérologie	0,8
Accompagnement au fonctionnement des soins palliatifs	6,2

en M€

Répartition des crédits d'aides à la contractualisation (AC) délégués en 2024 par destination	
Destination des aides à la contractualisation	Montant
Accompagnement au fonctionnement des activités de prévention contre l'obésité	0,5
Soutien à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins	43,5
Total	4 183,3

Source : HAPI 2024

1.2.4.2 L'accompagnement financier des établissements de santé par le fonds d'intervention régional (FIR)

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 dans le cadre des cinq missions¹ confiées à ce fonds, y compris en réponse à des situations d'urgence.

En 2024, le montant alloué aux établissements de santé par les agences régionales de santé s'élève à 3,8 Md€ (sur les 5,6 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 : 433,4 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 : 1 172,6 M€ ;
- la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire : 976,3 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 : 846,5 M€ en 2024 contre 740 M€ en 2023 ;
- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels : 1 170,1 M€ ;
- le développement de la démocratie sanitaire : 0,6 M€.

Parmi les priorités majeures, le **déploiement des Services d'Accès aux Soins (SAS)** bénéficie en 2024 de plus de 41 M€, comprenant notamment 7,2 M€ pour le financement des forfaits de régulation des médecins non conventionnés, ainsi que 460 000 € pour l'interfaçage numérique entre éditeurs et la plateforme SAS. Ces crédits permettent également d'étendre les plages horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et de financer les adaptations nécessaires dans les SAMU-Centre 15 pour l'intégration du SAS.

Le **soutien aux soins palliatifs** constitue un autre poste majeur, avec 17,5 M€ délégués aux régions en 2024, complétés par 8,6 M€ de crédits antérieurement mobilisés. Ces fonds permettent de renforcer les équipes mobiles, les ressources régionales et les cellules d'animation, favorisant un accès élargi à l'expertise et aux interventions sur le terrain, notamment à domicile.

Les **parcours innovants** sont aussi fortement soutenus, comme en témoigne l'allocation de 5,2 M€ destinée aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) pour le dispositif d'entrée des aides-soignants en deuxième année d'études infirmières.

En parallèle, la **permanence des soins en établissement de santé** (PDSES) fait l'objet d'un financement important visant à assurer la continuité et la qualité des soins d'urgence hospitaliers. À ce titre, 297 M€ en ont été dédiés à la revalorisation de 50 % des indemnités de garde des personnels médicaux en 2024 via le FIR, mesure annoncée à la fin de l'été 2023. Ce financement substantiel vient renforcer les équipes de garde, la coordination des professionnels et les évolutions organisationnelles nécessaires pour améliorer la prise en charge des urgences, réduire les délais d'attente et garantir une couverture médicale adaptée aux besoins.

¹ Les missions du FIR sont définies à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique

Par ailleurs, des crédits sont alloués au **déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles** (1,9 M€ pour les coordonnateurs), au **développement des unités d'accueil pédiatriques enfants en danger** (2,8 M€ pour 16 nouvelles unités) et au **suivi des nouveau-nés vulnérables** (2,2 M€).

Enfin, la **lutte contre l'endométriose** bénéficie de 1,07 M€, notamment pour renforcer les filières régionales et développer des programmes d'éducation thérapeutique et de sensibilisation.

Ces financements illustrent l'engagement du FIR en 2024 pour accompagner la transformation des parcours de soins, renforcer la coordination ville-hôpital et améliorer la qualité et la continuité des soins dans tous les territoires.

1.3. La campagne de financement 2025 et les perspectives d'évolution des modes de financement des établissements de santé

1.3.1. La campagne 2025 de financement des établissements de santé

► Le cadrage initial de l'ONDAM établissements de santé pour 2025

L'ONDAM établissements de santé pour 2025 est porté à 109,6 Md€, en progression de +3,8%, ce qui représente plus de 3,9 Md€ de financements nouveaux pour les établissements de santé en 2025.

Cette progression résulte d'une part du financement de l'évolution des ressources des établissements de santé et d'autre part de la prise en compte de mesures d'efficience pour plus de 1,2 Md€.

Une fois isolé l'effet de la compensation de la hausse du taux de cotisation des employeurs publics hospitaliers à la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL - voir *infra*) entièrement compensée aux établissements, l'ONDAM ES progresse en 2025 de la même manière qu'en 2024.

Cette progression permet d'une part d'assurer d'un taux d'évolution positif des tarifs hospitaliers, en progression de +0,5% en moyenne en MCO et SMR et de +1,5% pour l'hospitalisation à domicile. Par ailleurs, les établissements à but lucratif et non lucratif bénéficient des effets de la suppression du coefficient de reprise des allègements de charges qui s'appliquait sur les tarifs de prestations hospitalière. Cette suppression est effective à compter du 1^{er} mars 2025. Enfin, s'agissant des éléments tarifaires, les coefficients géographiques de la Guyane, la Réunion et Mayotte sont réhaussés, conformément à la trajectoire de montée en charge actée sur 2024-2025.

L'évolution de l'ONDAM-ES permet par ailleurs d'abonder les crédits de dotations pour soutenir les missions d'enseignement et de recherche (MERRI), poursuivre le soutien en faveur de la santé mentale et accompagner la mise en œuvre de la réforme de financement du champ des soins médicaux et de réadaptation notamment.

L'évolution de l'ONDAM ES pour 2025 prévoit également la compensation intégrale de la hausse des cotisations CNRACL pour les établissements publics de santé. Enfin, le montant de l'enveloppe de l'incitation financière à la qualité (IFAQ) reste stable en 2025 à 700 M€.

► La fin du dispositif de sécurisation et la constitution d'une enveloppe d'appui au redressement financier et à la performance des établissements de santé

L'année 2025 marque la fin du dispositif de sécurisation des recettes des hôpitaux (SMA), lié à la crise Covid-19 et bénéficiant aux établissements n'ayant pas retrouvé leur niveau d'activité de 2019, indépendamment de leur situation financière. Les financements rendus disponibles par la fin de la SMA ont permis de constituer une enveloppe de 235 M€ afin de soutenir spécifiquement les établissements les plus en difficultés dans le

redressement de leur trajectoire financière et la réduction de leurs déficits, dans un contexte de dégradation globale de la situation financière (voir partie 2). Conformément à la démarche mentionnée dans la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficacité des établissements de santé, ces crédits devront faire l'objet d'une contractualisation « performance et redressement financier » préalablement à la délégation des crédits. Cette contractualisation devra marquer un suivi rapproché des structures dans la mise en œuvre d'une démarche de redressement de leur situation financière.

► Les évolutions retenues dans le cadre de la campagne 2025

En 2025, les tarifs hospitaliers MCO progressent en moyenne de +0,5%, de manière identique pour l'ensemble des établissements, qu'ils relèvent du secteur public ou privé.

Un soutien tarifaire spécifique est apporté à certaines activités comme la pédiatrie, la greffe, les soins palliatifs, certaines prises en charge de chirurgie lourde et de médecine qui n'ont pas encore retrouvé leur tendance pré-crise sanitaire, ainsi qu'aux activités de réanimation, avec une revalorisation des suppléments tarifaires applicables.

L'évolution tarifaire de l'hospitalisation à domicile est uniforme de +1,5% dans les deux secteurs public et privé, soit une évolution plus favorable qu'en médecine, chirurgie, obstétrique, en cohérence avec les engagements pris depuis plusieurs années par le Gouvernement pour encourager les prises en charge à domicile.

La progression des ressources de l'objectif de dépenses soins médicaux et réadaptation s'établit au global à +4,2%, soit 466 M€ de ressources supplémentaires par rapport à 2024.

L'évolution tarifaire pour les soins médicaux et de réadaptation est de +0,5% pour l'ensemble des établissements, qu'ils relèvent du secteur public ou privé. Pour les établissements ex-OQN, les tarifs d'hospitalisation complète évoluent en complément de +4,9% en correction de l'anomalie tarifaire identifiée en 2024.

La dotation populationnelle évolue de +2,3%, mobilisée pour moitié pour le rattrapage des régions sous-dotées et pour moitié au titre d'une évolution uniforme pour toutes les régions. En complément, un soutien spécifique est apporté aux régions qui ne bénéficient pas de ce rattrapage afin de leur permettre de tenir des engagements pris en amont du déploiement des nouvelles modalités de financement.

La dotation pédiatrique évolue de +7,5%, en soutien des établissements assurant la prise en charge des enfants pour l'ensemble des régions, afin de soutenir les établissements de pédiatrie, dont certains peuvent être très impactés par les nouvelles modalités de financement.

Le déploiement de nouveaux plateaux techniques, principalement de nouveaux exosquelettes, est soutenu par une mesure dédiée.

En 2025, les dotations de psychiatrie progressent de +3,6%, soit plus de 458 M€ de ressources supplémentaires par rapport à 2024, dont 105 M€ de mesures nouvelles ciblées notamment sur les mesures relevant des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant. Ces dotations concernent le renforcement de l'offre de pédopsychiatrie (55 M€), les mesures relevant de la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement, le financement de dispositifs ciblés comme les équipes mobiles psychiatrie-précarité, le dispositif Vigilans face au suicide ou le déploiement du volet psychiatrique du SAS ainsi que le financement du nouvel appel à projets du fonds organisationnel en psychiatrie (FIOP). En outre, 232 M€ de mesures nouvelles non ciblées et 121 M€ au titre de la compensation de la hausse du taux de CNRACL, ont été alloués.

► Focus sur les dotations du champ MCO (missions spécifiques, objectifs de santé publique)

Depuis le 1^{er} janvier 2025, les compartiments dédiés au financement des objectifs de santé publique (OSP) et des missions spécifiques (MS), introduits en LFSS pour 2024, se substituent aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) dans le champ médecine, chirurgie, obstétrique.

Le compartiment dédié aux objectifs de santé publique finance les missions de prévention, de qualité, de pertinence des soins remplies par les établissements de santé et également l'effort de coordination des parcours de soins. Ce nouveau compartiment de financement doit permettre de développer progressivement des modes de financement alternatifs et doit permettre de déployer notamment des approches populationnelles ou par pathologie. Ainsi, à titre d'illustration, les actions conduites par les établissements, en dehors de la stricte réalisation des actes de soins, dédiées à la santé des personnes âgées, des femmes et des enfants ou à la prise en charge des troubles addictifs et des douleurs chroniques sont désormais financées par ce vecteur. En cible, le poids que représente cette rémunération sur des objectifs de santé publique a vocation à augmenter pour les établissements de santé.

Le compartiment dédié des missions spécifiques regroupe les financements alloués d'une part au titre de l'enseignement, de la recherche, de l'innovation, des activités de recours et d'expertise et d'autre part au titre 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 la mission remplie par l'établissement.

Pour ces compartiments, le niveau de la 1^{ère} phase de délégation 2025 s'élève à près de 33 Md€, soit plus de 94% des crédits de dotations budgétés en 2025 au sein de l'ONDAM ES.

1.3.2. Les thématiques identifiées pour la campagne 2026 de financement des établissements de santé

A compter de 2026, les tarifs applicables prendront effet au 1^{er} janvier au lieu du 1^{er} mars, conformément à la réforme introduite en LFSS pour 2024 et visant à donner plus de visibilité aux établissements sur leurs ressources. Le suivi infra-annuel de l'exécution de l'ONDAM sera ainsi facilité.

► Les évolutions des modalités de financement pour les activités de MCO

Comme évoqué *supra*, depuis le 1^{er} janvier 2025, l'architecture du financement des activités de MCO repose désormais sur trois compartiments qui associent un **financement à l'activité**, un **financement sur objectifs de santé publique** et un **financement au titre de missions spécifiques**. Cette nouvelle structuration pose ainsi le cadre des travaux d'évolution des règles de financement qui s'articulera autour de trois piliers, avec une déclinaison sur des activités spécifiques dès 2026 :

Paiement à l'épisode, à la séquence et au parcours	Qualité/ Pertinence	OSP/ Missions spécifiques
Reconnaître la charge de coordination propre à certaines prises en charge <i>Répond aux objectifs de gradation des prises en charge, de pertinence et de décloisonnement/coordination</i>	Soutenir et inciter à l' amélioration de la qualité et de la pertinence des prises en charge <i>Répond aux objectifs de qualité et pertinence</i>	Accompagner l'évolution de l' organisation territoriale de l'offre <i>Répond aux enjeux liés aux approches populationnelles, au décloisonnement, à la coordination et au maintien d'une offre de proximité</i>
Radiothérapie : ⇒ Création d'un financement à l'épisode pour la radiothérapie	IFAQ : ⇒ Simplification du dispositif IFAQ : vers une rémunération lisible par indicateur	OSP personnes âgées : ⇒ Financement sur objectifs de santé publique autour des hospitalisations des personnes âgées : lancement d'une phase pilote
Dialyse : ⇒ Création d'un financement à la séquence de soins pour la dialyse	Pertinence / efficacité : ⇒ Prise en compte des enjeux d'efficacité et de pertinence dans les architectures de modèle de financement	Dotations populationnelles urgences : ⇒ Remodélisation et détermination des nouvelles trajectoires
Passage en droit commun des XP art. 51 : ⇒ Création d'un financement à la séquence ou à l'épisode selon les expérimentations		

Le premier pilier concerne **l'élargissement de la tarification à l'activité au paiement à l'épisode, à la séquence et au parcours**. Cette évolution est nécessaire car de nombreuses prises en charge en MCO s'orientent désormais vers des modalités pluridisciplinaires et coordonnées, ce qui implique de repenser les modes de paiement. Par exemple, le suivi des patients atteints de pathologies chroniques s'inscrit dans une logique de parcours, qui comprend la coordination et des interventions de différents professionnels, dont certaines

réalisées en l'absence du patient dans l'établissement. Pour ce type de prise en charge, un financement global couvrant l'ensemble des interventions incite à une meilleure organisation du parcours du patient qu'un financement pour chaque acte ou séjour réalisé pour ce patient. De la même façon, certaines prises en charge au titre d'épisodes aigus sont constituées de plusieurs venues successives du patient dans l'établissement – et non d'un séjour continu. Le mode de tarification des ces épisodes doit évoluer pour le couvrir dans sa totalité. La LFSS pour 2024 a modifié l'article L.162-22-3 et un travail est engagé pour que le traitement du cancer et de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale puissent être financés par des forfaits sous la forme d'un épisode ou d'une séquence de soins. (cf. *infra*).

Le deuxième pilier comprend des modalités visant plus spécifiquement à **l'incitation à la qualité et à la pertinence des prises en charge**. L'objectif est de financer les établissements en fonction de l'atteinte de résultats au regard d'indicateurs spécifiques à la qualité, à la sécurité, aux pratiques de soins et aux dépenses de santé. Pour 2026, l'évolution principale de ce pilier porte sur la refonte du dispositif IFAQ, laquelle s'applique également aux champs de la psychiatrie et du SMR (cf. *infra*).

Enfin, le troisième pilier concerne à la fois le compartiment « Objectifs de santé publique » et « Missions spécifiques » et comporte le développement des financements qui tiennent compte des résultats atteints vis-à-vis d'objectifs de santé publique et des besoins populationnels. Sur cet axe, l'objectif est de soutenir l'évolution de l'organisation territoriale de l'offre par des financements structurés autour d'approches populationnelles. Il s'agit ainsi de passer d'une logique de financement et de pilotage par dispositif vers un pilotage sur la base d'objectifs et missions de santé publique, fixés ex-ante pour une population ou pathologie spécifique. La dotation populationnelle des urgences a été la première mission assurée par certains établissements de court séjour pour laquelle une telle approche a été déployée. Conformément aux exigences réglementaires, le modèle populationnel associé sera mis à jour pour tenir compte des nouveaux déterminants du besoin de prise en charge au sein des structures d'urgences, et redéfinir les trajectoires régionales pour la période de 2026 à 2030. Ces approches seront progressivement appliquées au financement d'autres activités et prises en charge. Cette évolution implique une transformation majeure des modalités de gouvernance habituelles et des outils de pilotage. Une phase pilote sera lancée en 2026 sur un périmètre restreint de régions et dans la thématique de la prise en charge des personnes âgées (cf. *infra*).

► Focus sur la réforme du financement de la radiothérapie

La nécessité de réformer les modalités de financement de l'activité de la radiothérapie et de faire converger la nomenclature et entre les secteurs libéral et hospitalier fait consensus depuis une dizaine d'années. Le système tarifaire actuel, marqué par des modalités distinctes entre les établissements de santé des secteurs publics et privés non lucratifs, et le secteur libéral, ainsi qu'une nomenclature obsolète, engendre des phénomènes de rentes, des distorsions économiques et freine l'adoption de pratiques innovantes. C'est dans ce contexte que les parlementaires ont adopté un amendement fixant un calendrier volontariste de modification de la nomenclature de cette activité pour les établissements de santé.

En application de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, un travail a été engagé pour faire évoluer le financement à la séance de l'activité de radiothérapie en établissement de santé pour évoluer vers un financement à l'épisode de soins complet pour une technique et une localisation, prenant également en compte la complexité du patient.

► Focus sur la réforme du financement de la dialyse

Le modèle de financement actuel de la dialyse n'incite pas suffisamment au développement des modalités de prise en charge autonomes telles que la dialyse à domicile et l'auto-dialyse. La France se situe par ailleurs parmi les pays industrialisés où ces modalités sont les moins répandues (moins de 10% en France en comparaison avec environ 30% au Danemark et presque 50% en Nouvelle Zélande). Cela conduit à un maintien des patients en centres lourds et en Unités de Dialyse Médicalisées (UDM), avec un impact sur leur qualité de vie et sur les dépenses de transports de ces patients.

La réforme du financement de la dialyse qui est en cours poursuit donc quatre objectifs stratégiques :

- mieux organiser le parcours du patient, en adaptant la prise en charge à ses besoins et améliorant sa qualité de vie ;
- encourager aux modalités de dialyse plus autonomes ;
- améliorer l'accès à la greffe par augmentation de l'inscription précoce sur la liste d'attente et amélioration de l'information du patient ;
- garantir un maillage de l'offre de dialyse de proximité et de recours adapté.

Pour pouvoir répondre à ces différents enjeux, la nouvelle architecture de financement de l'activité de dialyse associera les trois compartiments MCO, avec :

- des forfaits définis en fonction des techniques utilisées et des caractéristiques des patients, conformément aux exigences de la loi au sein du compartiment à l'activité ;
- un financement sur la base d'indicateurs de qualité de la prise en charge et d'organisation des parcours au sein du compartiment aux objectifs de santé publique ;
- un financement visant à valoriser les structures de proximité dans l'organisation territoriale de l'offre en dialyse au sein du compartiment missions spécifiques.

Compte tenu des exigences législatives, les travaux réalisés depuis la LFSS 2025 ont été principalement axés sur la structuration du compartiment « activité » du financement de la dialyse. Un forfait a été ainsi défini comme une **séquence de soins hebdomadaire différenciée** selon la nature de prise en charge, la technique utilisée, les caractéristiques des patients, ainsi que l'unité médicale et les horaires de réalisation des traitements. Ces forfaits seront définis comme nouvelle prestation dès 2026, et seront valorisés dans le cadre de la campagne tarifaire 2027. Les travaux sur les deux autres compartiments se poursuivront en 2026 pour une entrée en vigueur en 2027.

► Un dispositif IFAQ rénové et simplifié

Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) consiste en une dotation versée aux établissements de santé en fonction des résultats obtenus aux indicateurs de mesure de la qualité et de la sécurité des soins. Les établissements MCO peuvent percevoir cette dotation depuis 2016. Son périmètre a ensuite été élargi aux champs SMR en 2017 et à la psychiatrie en 2022. Le poids consacré à cette dotation a également évolué au fil des années, passant de 50 M€ en 2018 à 700 M€ en 2022. Le montant de l'enveloppe est resté inchangé depuis cette date.

Les derniers exercices ont toutefois révélé le besoin d'ajustement des modalités d'allocation de la dotation IFAQ. En effet, ce dispositif est régulièrement critiqué pour sa complexité, son manque de lisibilité et de prévisibilité du montant de la dotation pour les établissements et la difficulté pour les équipes soignantes pour faire le lien avec leurs pratiques quotidiennes. C'est pourquoi le modèle de financement d'IFAQ a été revu et entrera en vigueur en 2026. Plusieurs changements sont introduits afin de simplifier le dispositif et le rendre plus prévisible et actionnable pour les établissements :

- la création d'une **enveloppe financière par indicateur**, qui implique de calculer la dotation de l'établissement pour chaque indicateur au lieu d'une dotation globale calculée sur la base d'un indicateur composite. Ce changement permettra une meilleure lisibilité pour les établissements grâce à l'identification claire des marges de progrès pour chaque indicateur. Dans ce cadre, l'enveloppe importante attribuée à l'indicateur « certification Haute Autorité de Santé » est la plus importante (280M€), reflétant la volonté politique de soutenir financièrement les établissements aux meilleurs niveaux de certification ;
- la **suppression des groupes de comparaison d'établissements** et, par conséquent, du seuil minimal conditionnant la rémunération uniquement à 70% des établissements de ce groupe de comparaison : les montants alloués au titre de la qualité pour chaque établissement dépendront ainsi strictement de leur propre performance en termes d'atteinte de résultat et de progression ;

- des **règles de rémunération simples** fondées à la fois sur le niveau atteint et sur l'évolution de leur performance afin d'inciter à la progression ;
 - un **calendrier connu en amont** avec la communication des différents paramètres du modèle en N-1 pour permettre une meilleure prévisibilité des dotations.
- Le déploiement d'une phase pilote pour construire la gouvernance associée à un financement des établissements sur la base d'objectifs de santé publique sur la thématique de la prise en charge des personnes âgées

Il existe actuellement une multitude de dispositifs dédiés à la prise en charge des personnes âgées, au-delà des seuls actes et séjours d'hospitalisation (équipes mobiles dédiées, organisation en filière, dispositifs d'astreintes gériatriques...). Ces dispositifs sont soutenus par des sources de financement spécifiques à chacun d'entre eux et très diverses, qu'elles soient régionales ou nationales. Cette multiplicité de vecteurs de financement dégrade la capacité des établissements et de leurs tutelles à piloter de manière consolidée le déploiement, l'impact et l'efficacité des actions engagées. Enfin, la coexistence de dispositifs et de financements nationaux et régionaux compromet la capacité à apporter une réponse adaptée aux besoins territoriaux.

Dans un contexte de forte croissance de la part de personnes âgées d'ici 2050, les besoins de santé (et donc les dépenses associées) vont augmenter et évoluer dans les prochaines années. Le contexte budgétaire contraint fait par ailleurs apparaître la nécessité de faire évoluer les modalités de financement afin de structurer une réponse adaptée aux enjeux démographiques de la manière la plus efficace possible. Le financement sur objectifs de santé publique (plutôt que dispositif par dispositif) apparaît dès lors comme un modèle prometteur afin d'assurer l'efficacité des budgets engagés. L'évolution vers un tel modèle de financement implique un changement de paradigme très important dans les modalités de pilotage et d'allocation des budgets, qui devront associer l'ensemble des acteurs régionaux et territoriaux autour des constats, des actions engagées et de leur impact.

Le Gouvernement conduira en 2026 une phase pilote dans sept régions afin de définir les modalités de gouvernance et de pilotage qui permettent de construire une réponse adaptée au besoin à l'échelle régionale. L'objectif de ce pilote sera d'expérimenter pendant 2 ans un nouveau modèle de financement afin, d'une part, de caractériser le lien entre financement, actions mises en œuvre et résultats et, d'autre part, d'identifier le besoin d'outillage pour les agences régionales de santé et les établissements.

► La révision du modèle de financement de la dotation populationnelle des urgences

La mise en place de la dotation populationnelle des structures d'urgence (SU) et des structures mobiles d'urgence (SMUR) correspond à une décentralisation du financement de cette activité qui est en vigueur depuis 2021. Cette dotation s'élevait à 3,4 Md€ en 2024, représentant environ 57% du financement de ces structures. Les montants des dotations régionales sont déterminés au niveau national en prenant en compte des besoins de la population, des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cette répartition a pour objectif de réduire progressivement les inégalités préexistantes dans la répartition des ressources régionales. Une trajectoire d'évolution avait ainsi été déterminée pour la période 2021-2025 dans le cadre d'un mécanisme de rattrapage sur la base des données de 2019.

La dotation populationnelle SU-SMUR fera l'objet d'une mise à jour en 2026 afin de tenir en compte l'évolution des besoins des régions et de leurs déterminants, en lien avec les changements démographiques, l'état de santé de la population, la part des non-résidents et l'évolution de l'offre de soins. L'actualisation du modèle a également pour objectif la meilleure prise en compte des situations et spécificités des régions.

- Liste en sus : des travaux visant à proposer de nouvelles modalités de gestion dynamiques de ces listes sont en cours.

Le financement des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux consommés au sein des établissements de santé est inclus au sein des tarifs de prestations d'hospitalisation¹ (groupes homogènes de séjours (GHS) pour les activités de MCO, groupes homogènes de tarifs (GHT) pour l'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. 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. Ce dispositif est celui dit de la « liste en sus »²³. L'inscription des produits sur les « listes en sus » est réalisée par couple spécialité/indication thérapeutique.

L'inscription de ces produits de santé sur une de ces listes permet leur prise en charge au coût réel de la dépense pour l'établissement par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur présentation d'une facture, en sus de la prestation d'hospitalisation 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 l'ensemble des parties prenantes.

¹ Tarifs de prestations définis aux articles L. 162-22-3 et L.162-23-4 du code de la sécurité sociale

² Liste en sus pour les champs du MCO/HAD prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

³ Liste en sus pour le champ du SMR défini à l'article L. 162-23-6-1 du code de la sécurité sociale

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

2.1 Le financement des ESMS de 2021 à 2025

Les dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux, pour l'essentiel opérées par la voie de dotations, s'inscrivent majoritairement, 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 2025 s'établit à 33,2 Md€ (17,5 Md€ sur le secteur des personnes âgées et 15,7 Md€ sur le secteur des personnes handicapées), en augmentation d'environ 6,8 Md€ par rapport au montant initialement voté en 2021 (+25,7 %). Cette progression sur 4 ans est de +13 % pour le secteur personnes âgées et de +21 % pour le secteur personnes handicapées.

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	6,25%	12,5	0,70%	26,5	3,56%
OGD final	14,4	9,53%	12,6	1,37%	27	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	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	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	4,68%	15,2	3,44%	31,5	4,08%
OGD final	16,1	4,01%	15,2	3,06%	31,3	3,55%

2025	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale ¹	17,5	6,90%	15,7	3,00%	33,2	5,00%
OGD rectifié en PLFSS 2026	17,4	6,17%	15,6	2,21%	33,0	4,26%

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

Source : lois de financement de la sécurité sociale et arrêtés publiés au Journal Officiel

L'évolution de l'OGD tient compte en premier lieu de l'effet de progression de la masse salariale (effet glissement vieillesse technicité) ainsi que de l'inflation² pour arriver à un taux global de reconduction.

En complément, l'évolution de l'OGD sur les années 2021 à 2023 est caractérisée par la poursuite des compensations financières des mesures salariales issues du Ségur de la santé, essentiellement sur le secteur PA en 2021 puis le secteur PH en 2022, puis en transversalité en 2023. Des mesures de revalorisations du pouvoir d'achat ont par ailleurs donné lieu à délégation de crédits supplémentaires en 2023 et se sont poursuivies en 2024. L'attention particulière à l'attractivité des métiers du secteur médico-social s'est en outre renforcée et s'est traduite notamment par la revalorisation du travail de nuit, dimanches et jours fériés dans la fonction publique hospitalière. Enfin, l'accord bas salaires agréé du 4 juin 2024, relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif a donné lieu à une délégation de plus de 290 M€ de crédits.

¹ Y compris mesure de périmètre relative à l'effet de l'expérimentation relative à la fusion des sections soins et dépendance dans 23 départements à compter du 1er juillet 2025, soit de l'ordre de 270M€ de dépenses des conseils départementaux intégrées dans le périmètre de l'OGD PA.

² Les taux de reconduction sont révisés chaque année en tenant compte du contexte économique. A titre d'illustration, en 2025, le taux d'inflation est fixé à 1,4% et le taux d'accroissement de la masse salariale s'élève à 0,76% auquel s'ajoute, sur le secteur PA, une enveloppe complémentaire de 150M€ au titre de l'amélioration des taux d'encadrement en EHPAD.

► **Pour les personnes âgées (PA) : Evolution des ressources issues de la branche autonomie par type d'établissements et services / Evolution régionale des dépenses OGD)**

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

Outre les mesures salariales transversales précitées, les actions pour le développement de l'offre et pour l'amélioration de la prise en charge se poursuivent sur la période 2021-2025 dans le secteur des personnes âgées (actions de prévention, accompagnement du passage au tarif global des EHPAD, réforme du financement des SSIAD, évolution des taux d'encadrement, déploiement de nouvelles places).

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	2024	Evolution 2021-2024
EHPAD (dont PUV - petites unités de vie)	11 772 535 980 €	11 969 508 463 €	13 215 782 945 €	13 359 019 679 €	13%
SSIAD	1 870 010 459 €	2 050 113 033 €	2 060 313 540 €	2 185 285 440 €	17%
Accueils de jour autonome (AJA) et résidences autonomie (RA)	87 127 290 €	93 784 848 €	99 255 780 €	104 031 320 €	19%

Source : HAPI médico-social et SIDOBA tarification

Au regard de la situation financière des ESMS du secteur des personnes âgées (cf. *infra*), des commissions départementales de suivi des situations ont été instituées en 2023. Des crédits non reconductibles (CNR) ont mis à disposition des ARS pour soutenir et mettre en œuvre les actions identifiées dans le cadre de ces commissions. Dans la suite du fonds d'urgence de 100 M€ alloués via le fonds d'intervention régional en 2023, 200 M€ ont été fléchés à ce titre lors des deux phases de campagne budgétaire 2024. En 2025, un fonds de 300 M€ a été voté dans la LFSS. Il est demandé aux ARS de privilégier le soutien aux établissements engagés dans des projets de transformation dont le modèle économique est jugé viable à terme et dont le projet d'établissement est en adéquation avec les besoins du territoire.

Par ailleurs, en complément des recettes reconductibles, les ARS financent chaque année des actions ciblées via des crédits non reconductibles (CNR) qui 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.

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	2024	2025*
Auvergne-Rhône-Alpes	1 836 677 458 €	1 826 697 000 €	1 947 504 927 €	2 054 447 470 €	2 208 900 677 €
Bourgogne-Franche-Comté	791 021 332 €	789 660 952 €	846 607 308 €	886 038 584 €	944 465 392 €
Bretagne	919 907 240 €	932 766 486 €	992 412 183 €	1 051 026 481 €	1 183 877 376 €
Centre-Val de Loire	682 050 164 €	686 471 638 €	731 035 064 €	764 585 636 €	802 255 763 €
Corse	53 143 153 €	57 360 067 €	60 636 343 €	63 612 309 €	66 724 065 €
Grand Est	1 218 726 182 €	1 219 362 986 €	1 301 998 415 €	1 368 655 911 €	1 436 214 384 €
Guadeloupe	46 424 510 €	50 681 651 €	54 083 772 €	56 172 310 €	59 460 027 €
Guyane	10 599 103 €	13 320 178 €	14 601 224 €	19 213 740 €	20 209 611 €
Hauts-De-France	1 160 699 734 €	1 173 068 257 €	1 251 234 102 €	1 312 822 351 €	1 391 537 680 €
Ile-de-France	1 656 202 832 €	1 636 740 242 €	1 731 279 212 €	1 800 611 092 €	1 916 498 578 €
La Réunion	53 770 179 €	60 631 697 €	64 513 099 €	67 429 421 €	77 397 208 €
Martinique	55 695 923 €	62 374 666 €	66 677 807 €	70 000 099 €	76 998 784 €
Mayotte	1 579 850 €	1 920 669 €	2 255 028 €	4 045 857 €	4 360 697 €
Normandie	799 528 650 €	805 489 154 €	857 521 000 €	899 150 473 €	941 374 123 €

Nouvelle-Aquitaine	1 621 583 755 €	1 647 233 153 €	1 761 357 647 €	1 838 320 833 €	1 992 824 596 €
Occitanie	1 438 399 380 €	1 448 659 819 €	1 530 651 387 €	1 604 807 722 €	1 714 368 146 €
Pays de la Loire	963 983 132 €	972 160 330 €	1 038 810 134 €	1 091 870 570 €	1 189 213 284 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 080 441 511 €	1 091 471 859 €	1 152 141 741 €	1 194 607 365 €	1 272 710 250 €
Saint Pierre et Miquelon	0 €	0 €	0 €	2 482 559 €	3 331 469 €
TOTAL	14 390 434 088 €	14 476 070 802 €	15 405 320 394 €	16 149 900 781 €	17 302 722 111 €

* première phase de campagne budgétaire.

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

► Pour les personnes en situation de handicap (PH) : Evolution des ressources issues de la branche autonomie par type d'établissements et services / Evolution régionale des dépenses OGD

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

Outre les mesures salariales transversales précitées, l'évolution des ressources issues de la branche autonomie pour les ESMS du secteur handicap résulte de la délégation de mesures nouvelles sur cette période 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. A compter de 2024, les orientations stratégiques fixées par le président de la République lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023 et les mesures annoncées en comités interministériels du handicap (CIH) donnent lieu à des délégations de crédits particulièrement ambitieuses.

Handicap adulte

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	2024	Evolution 2021-2024
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	2 440 739 186 €	2 702 141 744 €	2 920 240 075 €	2 974 237 863 €	22%
Foyer d'accueil médical (FAM) / établissements d'accueil médicalisés (EAM)	768 290 393 €	911 331 036 €	1 004 770 818 €	1 012 902 160 €	32%
Etablissements ou services d'aide par le travail (ESAT)	1 543 237 578 €	1 639 362 833 €	1 742 161 688 €	1 767 335 237 €	15%
Centres de réadaptation professionnelle / Etablissement de service de réadaptation professionnelle	287 525 721 €	298 603 265 €	314 088 642 €	323 079 519 €	12%
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	150 522 768 €	183 539 229 €	200 787 127 €	214 192 165 €	42%

Source : HAPI médico-social et SIDOBA tarification

Handicap enfant

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	2024	Evolution 2021-2024
Instituts médico-éducatifs (IME)	2 965 236 914 €	3 305 870 246 €	3 523 551 489 €	3 747 837 436 €	26%
Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)	810 631 673 €	898 102 234 €	968 595 412 €	1 005 063 633 €	24%
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	1 095 034 708 €	1 204 965 180 €	1 229 627 840 €	1 299 907 903 €	19%
Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	221 665 214 €	252 890 568 €	283 174 920 €	308 573 067 €	39%
Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) / Bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU)	356 294 029 €	384 016 020 €	405 122 291 €	422 637 884 €	19%

Source : HAPI médico-social

Par ailleurs, en complément des recettes reconductibles, les ARS financent chaque année des actions ciblées via des crédits non reconductibles (CNR) qui 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.

Evolution régionale des dépenses OGD

Dotations régionales limitatives (PH)	2021	2022	2023	2024	2025*
Auvergne-Rhône-Alpes	1 315 609 365 €	1 433 001 665 €	1 513 690 511 €	1 567 372 753 €	1 605 137 659 €
Bourgogne-Franche-Comté	567 558 190 €	619 219 251 €	653 932 496 €	678 211 079 €	695 534 803 €
Bretagne	574 552 190 €	633 002 687 €	667 547 201 €	694 063 912 €	707 200 867 €
Centre-Val de Loire	502 475 016 €	547 541 189 €	572 769 672 €	598 595 439 €	615 759 993 €
Corse	58 113 098 €	64 796 868 €	68 778 127 €	71 473 103 €	72 304 372 €
Grand Est	1 127 263 794 €	1 227 611 627 €	1 287 654 170 €	1 333 239 514 €	1 367 226 514 €
Guadeloupe	93 009 332 €	100 921 374 €	106 249 391 €	110 190 232 €	113 223 142 €
Guyane	58 777 532 €	65 265 035 €	70 162 669 €	74 729 847 €	75 983 864 €
Hauts-De-France	1 273 830 435 €	1 386 454 782 €	1 464 969 950 €	1 524 767 287 €	1 564 797 395 €
Ile-de-France	2 021 855 847 €	2 244 314 484 €	2 352 301 527 €	2 445 906 483 €	2 541 951 822 €
La Réunion	178 501 278 €	195 860 739 €	207 615 309 €	215 463 624 €	223 906 570 €
Martinique	80 234 458 €	87 260 773 €	92 152 004 €	96 460 824 €	97 769 379 €
Mayotte	18 031 671 €	24 155 452 €	26 347 951 €	28 063 086 €	28 538 505 €
Normandie	687 622 211 €	744 257 271 €	779 490 634 €	807 990 061 €	825 400 563 €
Nouvelle-Aquitaine	1 137 856 134 €	1 237 877 907 €	1 304 436 627 €	1 358 181 309 €	1 383 047 734 €
Occitanie	1 216 503 978 €	1 323 550 172 €	1 383 361 610 €	1 433 633 904 €	1 477 167 482 €
Pays de la Loire	656 554 297 €	715 118 749 €	748 734 434 €	775 793 483 €	799 770 644 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	856 324 638 €	933 230 920 €	980 049 438 €	1 021 719 872 €	1 054 318 694 €
Saint Pierre et Miquelon	985 439 €	1 065 795 €	1 465 347 €	2 399 282 €	2 494 355 €
TOTAL	12 425 658 903 €	13 584 506 740 €	14 281 709 068 €	14 838 255 092 €	15 251 534 358 €

* première phase de campagne budgétaire.

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

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 1er 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 vie (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 ESMS 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 pris, 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. Le Gouvernement souhaite aller plus loin en initiant des travaux de simplification du dispositif de contractualisation applicable aux établissements et services médico-sociaux.

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 » (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 groupe. En complément, les gestionnaires sont soumis à l'obligation de nommer un ou plusieurs commissaires aux comptes qui 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 récentes et à venir du modèle de tarification des ESMS

► La fusion des sections

L'article 79 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2024, modifié par l'article 82 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, prévoit l'expérimentation d'un nouveau régime de financement des EHPAD et des USLD dans vingt-trois départements.

Les collectivités expérimentatrices sont l'Aude, le Cantal, la Charente-Maritime, la Corrèze, les Côtes-d'Armor, la Creuse, le Finistère, la Haute-Garonne, les Landes, le Lot, le Lot-et-Garonne, le Maine-et-Loire, la Haute-Marne, la Mayenne, le Morbihan, la Nièvre, le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Orientales, La Métropole de Lyon, la Savoie, la Seine-Saint-Denis, la Guyane et la Réunion.

Le régime de financement expérimenté dans tous les EHPAD et USLD de ces territoires consiste à regrouper les actuels forfait global afférent aux soins, couvert par la Sécurité sociale, et forfait global afférent à la dépendance, couvert par les départements, en un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie. Ce forfait global unique (FGU) est fixé par l'ARS et versé par l'organisme payeur de l'Assurance maladie.

Son objectif est de permettre aux établissements de mieux s'adapter aux besoins des personnes accueillies, dans une vision holistique où la frontière entre le soin et la dépendance s'estompe. Il doit aussi permettre de réduire les inégalités territoriales de financement de la dépendance, notamment liées aux valeurs de point GIR fixées par chaque département (hors expérimentation), en entamant une convergence tarifaire progressive à la hausse pour une majeure partie des établissements concernés. Enfin, ce nouveau régime de financement constitue une simplification majeure des modalités de financement des EHPAD et USLD, dont le financement tripartite peut être source de complexité en termes d'administration, de comptabilité, de facturation, de lisibilité pour les résidents et leurs familles, et plus généralement en termes de régulation locale ou nationale du secteur.

Cette expérimentation a débuté le 1^{er} juillet 2025 et doit durer jusqu'au 31 décembre 2026. Depuis le 1^{er} juillet, les EHPAD et USLD de ce territoire sont donc tarifés selon les modalités définies par le décret n° 2025-168 du 20 février 2025 relatif au financement des établissements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 précité, qui est venu encadrer les modalités de détermination et d'allocation de ce FGU.

Pour compenser le transfert de charge vers la sécurité sociale, les départements expérimentateurs doivent reverser à l'Etat et à la Sécurité sociale :

- Une fraction du concours relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prélevée par la CNSA;
- Si la fraction prélevée sur le concours relatif à l'APA est insuffisante pour couvrir le montant de rétro compensation, une fraction de la quote-part départementale annuelle de taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA) prélevée par l'Etat.

Le montant de rétro-compensation des départements est fixé à partir de la moyenne des dépenses d'APA, pour les personnes en établissement, des années 2022, 2023 et 2024, après plafonnement en fonction du 1^{er} quartile de la distribution nationale des valeurs de point GIR constatée en 2024, soit 7,34 €.

Le montant total de rétro-compensation est estimé à 578 M€ en année pleine (288,9 M€ pour 2025, avec effet à mi-année). Par rapport au coût total de la dépense réelle des départements constaté au 31 décembre 2024 et entrant dans le périmètre de l'expérimentation (610,5 M€), l'écart est de près de 34 M€ à l'avantage des départements en année pleine (17 M€ en 2025). Ces estimations ont vocation à être consolidés à la fin de l'expérimentation.

La fixation des montants de rétro-compensation et leur imputation sur le concours relatif à l'APA ou la TSCA est encadrée par le décret du 8 septembre 2025. Un arrêté, en application de ce décret, viendra fixer les montants de rétro compensation et leur imputation sur chaque recette reprise, par départements.

Concernant le surcoût global pour la sécurité sociale, il est estimé à 171 M€ en année pleine (85 M€ en 2025) et représente l'écart entre le coût global de la mesure, qui s'élève à 748M€ en année pleine (374 M€ en 2025) et les reprises de recettes aux départements.

Le coût global de 748 M€ est composé de 706 M€ pour les EHPAD et 41 M€ au titre des unités de soins longue durée :

- 628 M€ de dépenses liées au versement des forfaits globaux uniques aux EHPAD, après prise en compte de la convergence des valeurs de point GIR, qui alloue au global près de 29 M€ supplémentaires aux EHPAD concernés par l'expérimentation ;

- Près de 41 M€ pour les USLD ;
- Près de 77 M€ au titre des résidents accueillis dans les départements expérimentateurs et ayant conservé leurs domiciles de secours dans des départements non-expérimentateurs.

Concernant les résidents, le régime de participation a été notablement simplifié : le talon GIR 5/6, qui procède d'un calcul individualisé par EHPAD ou USLD, est remplacé par une participation forfaitaire aux frais d'entretien de l'autonomie, qui a été fixée à 6,10 € à compter du 1er juillet 2025, par l'arrêté du 6 juin 2025. Cette participation forfaitaire s'applique uniformément à tous les résidents des EHPAD et USLD concernés par l'expérimentation, quels que soient leurs âges, domicile de secours ou classification sur la grille AGGIR. Toutefois une règle de protection est prévue par le E de l'article 79 précité. Si le résident, en place au 1er juillet, acquittait avant cette date une participation inférieure à 6,10 €, alors l'ancien montant perdure. Dans les EHPAD et USLD concernés, la participation à 6,10 € ne s'applique qu'aux nouveaux entrants.

Un rapport d'évaluation de l'expérimentation doit être remis par le Gouvernement au Parlement six mois avant le terme de l'expérimentation.

► La réforme Sérafin-PH

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoit une réforme de la tarification des établissements et services accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap et orientés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

L'objectif général de la réforme est triple : il s'agit d'abord de renforcer l'équité dans l'allocation des ressources, en prenant en compte des critères objectifs permettant notamment de mieux appréhender la complexité de certains accompagnements; il s'agit ensuite d'introduire dans la tarification des incitations claires dans le sens de la transformation de l'offre médico-sociale, dont le principe est de faciliter l'accompagnement des personnes en situation de handicap sur leur lieu de vie, quel qu'il soit et en tenant compte de leurs aspirations; il s'agit enfin de garantir la stabilité du modèle de financement, par la combinaison de dotations forfaitaires et de dotations variables avec l'évolution des besoins.

Le modèle de tarification tiendra compte, dans des conditions qui seront précisées par voie réglementaire, de paramètres qui relèvent aussi bien du cadre de l'autorisation (notamment la taille de la structure) que des modalités d'accueil proposées. L'activité réalisée, et en particulier la complexité de certains accompagnements sera, elle aussi, prise en compte. Enfin, le modèle prévoit diverses incitations pour développer l'accueil en milieu "ordinaire" (école, centre de loisir, milieu professionnel pour les adolescents et jeunes adultes, etc.), en valorisant l'innovation et en soutenant spécifiquement les coûts liés aux transports destinés à favoriser l'inclusion.

Le modèle entrera en vigueur en 2027, après une année 2026 qui sera consacrée aux travaux réglementaires et aux réglages du modèle au vu des résultats des "coupes" réalisées en 2025. Une phase de transition, destinée à laisser le temps aux gestionnaires d'adapter leurs organisations aux nouvelles règles de tarification s'engagera.

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 2015-2023 et tendance 2024

1.1.1. Les établissements publics de santé

Point méthodologique

Les sources disponibles pour estimer le résultat net 2024 des budgets principaux et consolidés 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 »).

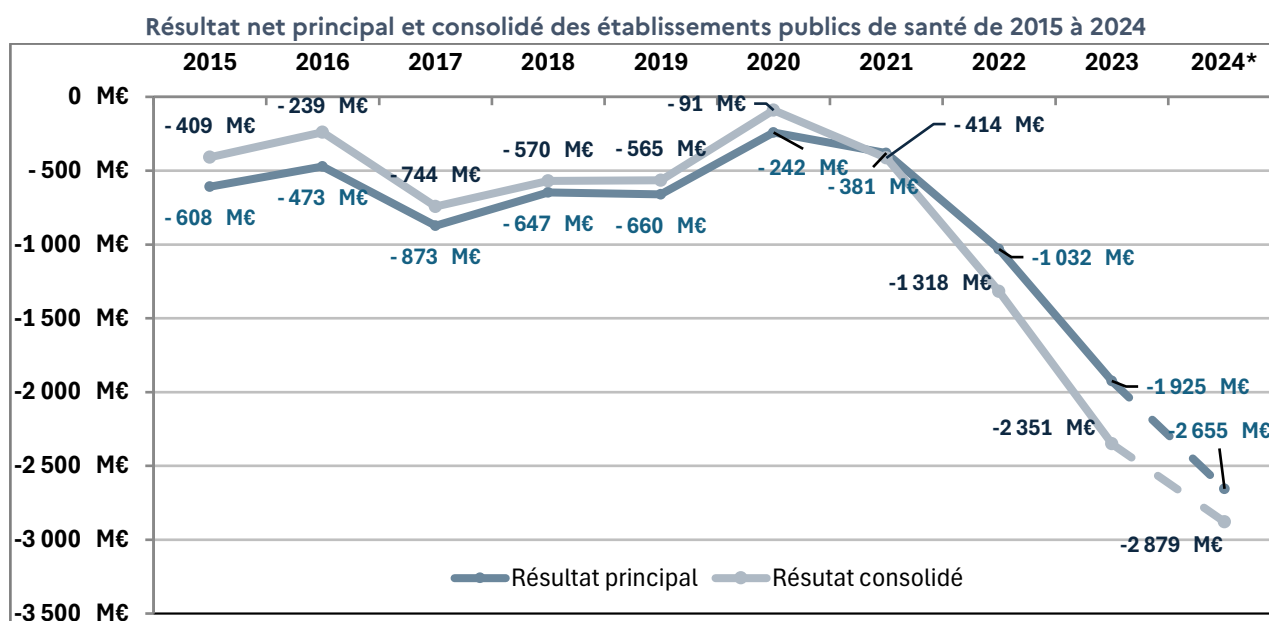
Les données présentées ci-dessous sont issues de l'outil « Diamant ». Le périmètre d'analyse comprend la totalité des établissements publics de santé présentant un résultat sur leur budget principal en 2024. Certains comptes financiers n'étant pas transmis à la date de l'extraction des données, les résultats ne sont pas encore totalement fiabilisés. Ils reposent sur : 1/ les balances comptables clôturées des établissements ayant validés leur compte financier¹ et 2/ les balances comptables provisoires des autres établissements, si besoin croisées avec les données de la plateforme ANCRE. L'analyse permet ainsi d'identifier des premières tendances financières pour l'exercice 2024.

1.1.1.1 Des résultats nets 2023 et 2024 en nette dégradation par rapport à la tendance des dernières années mais également la période d'avant crise sanitaire

- Vue d'ensemble des budgets consolidé et principal des établissements publics de santé et de leur évolution sur les exercices 2023 et 2024

De manière synthétique, l'évolution des résultats nets, consolidé et principal est présentée dans le graphique ci-dessous.

¹ 86,3% des établissements publics de santé à date.



En 2023, le **résultat net consolidé**¹ (tous budgets, c'est à dire issu de la somme des budgets principal et annexes²) des établissements publics de santé présente une nette dégradation pour atteindre -2 351 M€, soit un ratio rapporté aux produits de -2,3%. Ce déficit consolidé et son évolution sont essentiellement portés par le résultat du budget principal (détaillé *infra*). Les budgets annexes y contribuent également à hauteur de -426 M€ en 2023 (18% du déficit), en aggravation par rapport à 2022 où le déficit des budgets annexes s'élevait à -286 M€. De la même façon qu'en 2022, le déficit des budgets annexes est porté en 2023 par les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et dans une moindre mesure des unités de soins de longue durée (USLD). En comparaison, les budgets annexes étaient globalement excédentaires sur la période 2013-2020.

En 2024, les premières tendances permettent d'estimer une nouvelle dégradation du résultat net consolidé des établissements publics de santé qui s'établit ainsi à -2 879 M€. Comme en 2022 et en 2023, les budgets annexes contribuent au déficit des établissements à hauteur de -224 M€ : néanmoins leur contribution au déficit consolidé se réduit sensiblement (8%, soit une proportion nettement inférieure à 2023). Enfin, le déficit des budgets annexes serait, à nouveau en 2024, porté par le déficit des EHPAD et des USLD. Cette dégradation concerne l'ensemble des catégories d'établissements, à l'exception des plus petits centres hospitaliers, inférieurs à 20M€ de produits d'assurance maladie.

Résultat consolidé par catégorie d'établissements publics de santé entre 2015 et 2024

Type d'EPS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
AP-HP	40 M€	55 M€	-175 M€	-122 M€	-162 M€	-246 M€	-230 M€	-285 M€	-370 M€	-412 M€
CHU	-238 M€	-107 M€	-23 M€	51 M€	112 M€	202 M€	89 M€	-72 M€	-392 M€	-509 M€
CH>=150M	-74 M€	-8 M€	-129 M€	-101 M€	-130 M€	76 M€	-41 M€	-360 M€	-605 M€	-832 M€
70M<=CH<150M	-69 M€	-84 M€	-207 M€	-190 M€	-179 M€	-39 M€	-112 M€	-315 M€	-480 M€	-629 M€
20M<CH<70M	-92 M€	-114 M€	-192 M€	-172 M€	-164 M€	-86 M€	-118 M€	-175 M€	-296 M€	-362 M€
CH<20M	25 M€	20 M€	-18 M€	-37 M€	-41 M€	0 M€	-2 M€	-111 M€	-207 M€	-135 M€
Total général	-409 M€	-239 M€	-744 M€	-570 M€	-565 M€	-91 M€	-414 M€	-1 318 M€	-2 351 M€	-2 879 M€

Source : comptes financiers issus des données de la DGFiP, traitement DGOS via l'outil Diamant

*Données 2024 en cours de consolidation

¹ Le résultat net est la différence entre la somme de tous les produits et la somme de toutes les charges.

² Budgets annexes : budgets de la dotation non affectée et services industriels et commerciaux, unités de soins de longue durée, écoles et instituts de formation, EHPAD, groupements hospitaliers de territoires, maisons de retraite, établissement ou service d'aide par le travail activité sociale / activité de production et de commercialisation, services de soins infirmiers à domicile, autres activités sociales et médico-sociales relevant de l'article L312-1 du CASF.

Au sein du résultat consolidé, le **résultat du budget principal**¹ retraçant l'activité hospitalière se dégrade de manière significative **en 2023**. Son résultat net² atteint ainsi - 1 925 M€, soit un taux de résultat de -2,1%, près du double du déficit de 2022 (- 1 032 M€, soit -1,2% des produits). En 2023, la dégradation du déficit hospitalier concerne tous les types d'établissements, à l'exception des petits centres hospitaliers (produits d'assurance maladie inférieurs à 20 M€), qui restent excédentaires (+17 M€). En valeur, c'est au sein des CHU et des CH supérieurs à 150 M€ de produits que la dégradation est la plus marquée.

Résultat du budget principal des établissements publics de santé de 2015 à 2024³

Type d'EPS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
AP-HP	-39 M€	-43 M€	-199 M€	-157 M€	-169 M€	-244 M€	-283 M€	-303 M€	-399 M€	-461 M€
CHU	-280 M€	-173 M€	-93 M€	18 M€	22 M€	156 M€	77 M€	-79 M€	-396 M€	-513 M€
CH>=150M	-87 M€	-23 M€	-145 M€	-119 M€	-149 M€	16 M€	-37 M€	-312 M€	-531 M€	-784 M€
70M<=CH<150M	-78 M€	-95 M€	-221 M€	-188 M€	-182 M€	-57 M€	-90 M€	-246 M€	-413 M€	-561 M€
20M<CH<70M	-112 M€	-136 M€	-201 M€	-182 M€	-169 M€	-100 M€	-98 M€	-119 M€	-204 M€	-319 M€
CH<20M	-12 M€	-2 M€	-15 M€	-19 M€	-12 M€	-12 M€	50 M€	28 M€	17 M€	-16 M€
Total général	-608 M€	-473 M€	-873 M€	-647 M€	-660 M€	-242 M€	-381 M€	-1 032 M€	-1 925 M€	-2 655 M€

Source : comptes financiers issus des données de la DGFIP, traitement DGOS via l'outil Diamant

*Données 2024 en cours de consolidation

La dégradation du budget principal des établissements publics de santé se poursuit en **2024** pour s'établir à - 2 655 M€, en forte dégradation par rapport à l'année 2023. Le nombre d'établissements en déficit est par conséquent en forte hausse (61%, contre 56% en 2023) et cette dégradation concerne tous les types d'établissements. Dans la lignée de l'année 2023, c'est la part du résultat liée à l'exploitation qui porte cette baisse (-0,8 Md€ par rapport à 2023, et -1,7 Md€ par rapport à 2022).

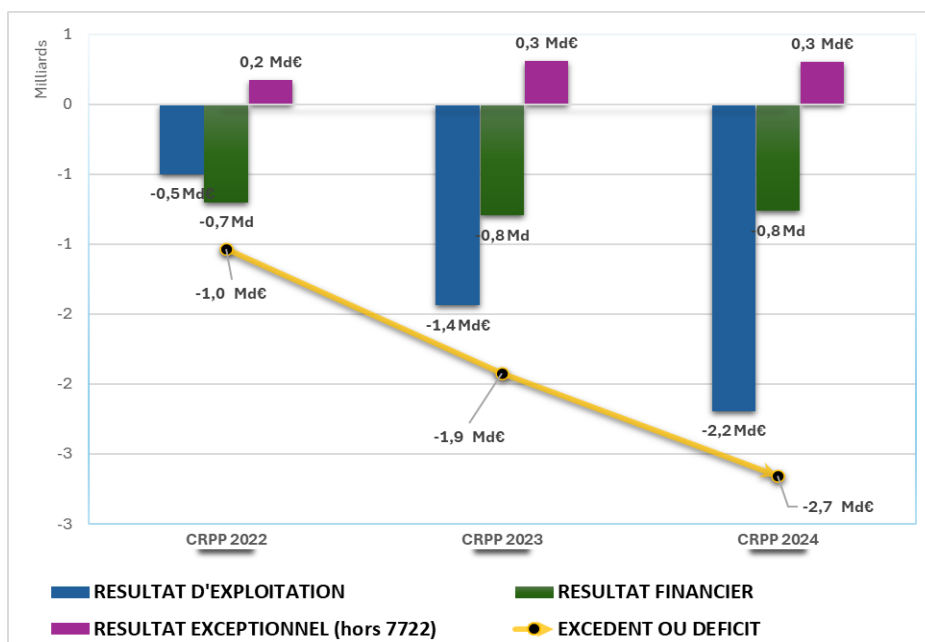
Face à cette situation, et face au risque de voir le solde financier des établissements de santé devenir un point de fuite de l'ONDAM, la circulaire du Premier Ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficacité des établissements de santé a rappelé la nécessité d'un pilotage renforcé et d'une maîtrise accrue de la dépense hospitalière. Elle prévoit un suivi resserré de l'exécution, en particulier des dépenses de personnel et d'intérim, ainsi qu'une vigilance accrue sur les dettes fiscales et sociales des établissements. Enfin, elle engage une relance structurelle de la performance et de l'efficacité hospitalières, fondée sur des démarches contractualisées de redressement, une meilleure soutenabilité des projets d'investissement et un renforcement des outils d'appui, de pilotage et d'évaluation. Cette démarche s'appuiera sur les conclusions d'une mission inter-inspections chargée d'identifier les leviers mobilisables pour améliorer durablement la performance et l'efficacité des établissements de santé.

¹ Le budget principal est le budget dédié à l'activité hospitalière pour les champs d'activité MCO, psychiatrie, SMR ainsi que les missions spécifiques et sur objectifs de santé publique assignées aux hôpitaux. L'analyse de ce budget permet d'isoler l'activité hospitalière des autres activités annexes de gestion patrimoniale, sanitaires, médico-sociales ou d'enseignement

² Le résultat net est la différence entre la somme de tous les produits et la somme de toutes les charges.

³ La répartition des établissements au sein de chaque type varie 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 2023.

Décomposition du résultat principal des établissements publics de santé 2022-2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

Rapporté aux produits, le résultat principal (-2,1% au niveau national en 2023 et -2,8% en 2024 contre -1,2% en 2022) **connait une dégradation pour toutes les catégories d'établissements**. En **2023**, c'est au sein des CHU et des établissements de taille moyenne (produits d'assurance maladie compris entre 70 et 150 M€) qu'apparaît la dégradation la plus marquée (-1,1 et -1,0 point de taux de résultat par rapport à 2022, contre une moyenne nationale à -0,9). Sur le même exercice, ce sont l'AP-HP et les centres hospitaliers de moyenne taille (compris entre 70 et 150 M€ de produits d'assurance maladie) qui sont les plus déficitaires. En **2024**, ce sont les grands CH (produits d'assurance maladie égaux ou supérieurs à 150 M€) qui connaîtraient la baisse la plus marquée. Les taux de déficits sont les plus importants à l'AP-HP et au sein des établissements de petite et moyenne taille (compris entre 20 et 70 M€ de produits d'assurance maladie). Au sein même de ces catégories, les éléments disponibles témoignent néanmoins de situations contrastées appelant à une analyse plus fine des déterminants de la dégradation financières des structures.

Taux de résultat du budget principal des établissements publics de santé de 2015 à 2024

Type d'EPS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
AP-HP	-0,5%	-0,6%	-2,7%	-2,2%	-2,3%	-3,1%	-3,4%	-3,5%	-4,4%	-4,9%
CHU	-1,3%	-0,8%	-0,4%	0,1%	0,1%	0,6%	0,3%	-0,3%	-1,3%	-1,7%
CH>=150M	-0,5%	-0,1%	-0,8%	-0,6%	-0,8%	0,1%	-0,2%	-1,3%	-2,1%	-3,0%
70M<=CH<150M	-0,6%	-0,8%	-1,8%	-1,5%	-1,5%	-0,4%	-0,6%	-1,7%	-2,7%	-3,5%
20M<CH<70M	-1,4%	-1,6%	-2,5%	-2,4%	-2,2%	-1,2%	-1,1%	-1,3%	-2,2%	-3,4%
CH<20M	-0,5%	-0,1%	-0,7%	-0,9%	-0,6%	-0,5%	2,0%	1,1%	0,6%	-0,6%
Total général	-0,9%	-0,7%	-1,2%	-0,9%	-0,9%	-0,3%	-0,5%	-1,2%	-2,1%	-2,8%

Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

Cette **situation déficitaire est par ailleurs commune à l'ensemble du territoire**. Ainsi, aucune région ne présente de résultats hospitaliers excédentaires au global ni en 2023, ni en 2024, contre 4 en 2022 (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Pays de la Loire et Guadeloupe). Toutefois, en 2023, trois régions présentaient une amélioration de leur résultat par rapport à 2022 (Grand Est, Corse, Réunion). En 2024, toutes les régions sauf Mayotte connaissent une baisse de leur taux de résultat en 2024.

Répartition par région du taux de résultat du budget principal des établissements publics de santé (2022-2024)

Région/territoire	Taux de résultat 2022 BP	Taux de résultat 2023 BP	Taux de résultat 2024 BP	Variation 2022/2023	Variation 2023/2024
Auvergne-Rhône-Alpes	0,2%	-1,8%	-1,8%	↓	-0,1%
Bourgogne-Franche-Comté	0,5%	-0,7%	-1,3%	↓	-0,6%
Bretagne	-0,4%	-1,0%	-2,1%	↓	-1,1%
Centre-Val de Loire	-0,3%	-2,2%	-3,1%	↓	-1,0%
Corse	-13,2%	-12,0%	-14,8%	↑	-2,8%
Grand Est	-0,8%	-0,5%	-1,1%	↑	-0,5%
Guadeloupe	3,2%	-0,2%	-3,0%	↓	-2,8%
Guyane	-1,5%	-2,6%	-7,8%	↓	-5,1%
Hauts-de-France	-1,9%	-2,1%	-3,3%	↓	-1,2%
Île-de-France	-2,6%	-3,4%	-4,2%	↓	-0,8%
Martinique	-0,7%	-4,3%	-4,9%	↓	-0,6%
Mayotte	-2,8%	-7,0%	-3,6%	↓	3,4%
Normandie	-1,0%	-1,6%	-2,1%	↓	-0,5%
Nouvelle-Aquitaine	-0,7%	-1,6%	-2,1%	↓	-0,5%
Occitanie	-0,7%	-1,7%	-1,7%	↓	0,0%
Pays de la Loire	0,7%	-0,9%	-1,4%	↓	-0,5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-3,3%	-4,1%	-5,2%	↓	-1,1%
Réunion	-4,4%	-2,6%	-5,3%	↑	-2,6%
Total général	-1,2%	-2,1%	-2,8%	↓	-0,7%

Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

Données 2024 en cours de consolidation

- Analyse par titre de produits et de charges du résultat principal des établissements publics de santé

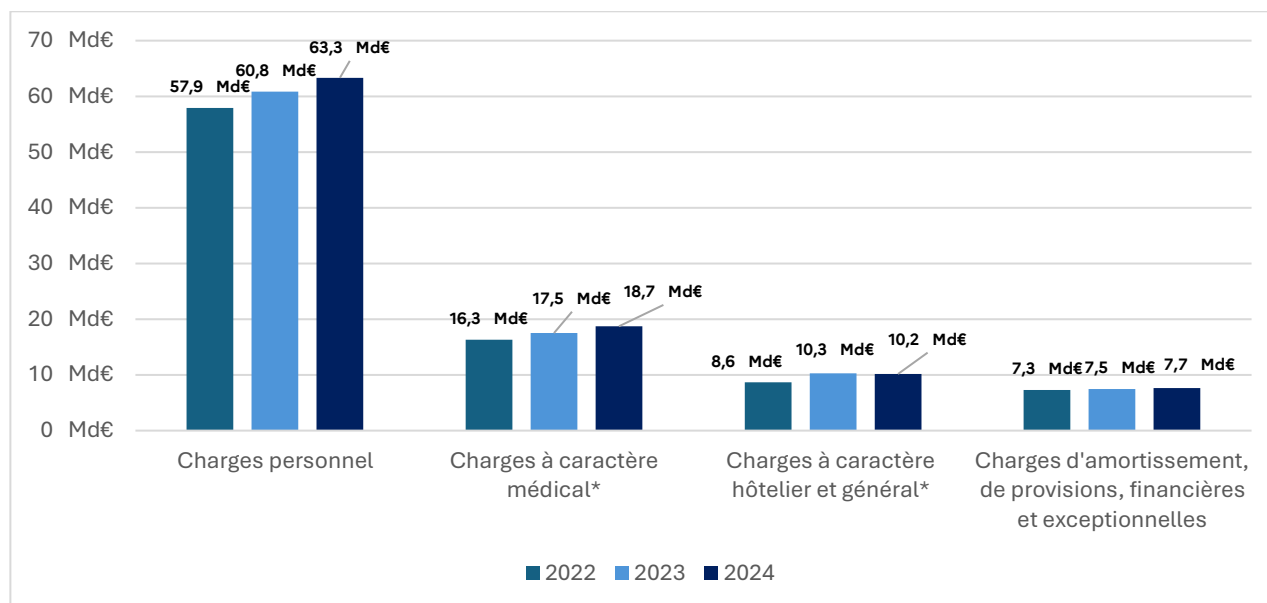
Les exercices 2023 et 2024 connaissent, à l'instar de 2022, des évolutions dynamiques en produits comme en charges du résultat principal, mais avec une progression des charges plus rapide que celle des recettes (« effet ciseau ») : +6,5% en charges contre +5,6% en produits en 2023 et +3,9% en charges contre +3,3% en produits en 2024¹.

La hausse des charges s'observe en 2023 sur l'ensemble des titres, et peut être corrélée à la progression de l'activité² comme à des éléments externes (revalorisations nationales, inflation, hausse des taux d'intérêt, montée en charge du Ségur investissement). En 2024, la hausse des charges se poursuit à un rythme moins soutenu cependant que sur les exercices 2022 et 2023, à l'exception des charges à caractère médical. Elle peut être corrélée tant à la poursuite de la progression de l'activité qu'à des éléments externes (impact année pleine de revalorisations nationales, baisse des comptes d'énergie).

¹ Les charges et les produits sont ici retraités des variations de stocks (charges de titre 2, de titre 3 et produits de titre 3).

² Jugée « significative » par la DREES dans son Panorama des établissements de santé en 2023, portée par la hausse des prises en charges en ambulatoire.

Evolution des charges du compte principal par titre 2022-2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

Données 2024 en cours de consolidation

* Charges nettes des variations de stocks

Les charges de personnel (titre 1) sont dynamiques et progressent de +5,0% entre 2022 et 2023, (+ 2 889M€), et +4,1% en 2024 (+2 508 M€ par rapport à 2023). Elles prolongent toutefois la décélération entamée en 2022 (où elles avaient progressé de +5,5%, après une hausse de plus de 7% en 2021) du fait de la mise en œuvre de la première partie des mesures de revalorisation du Ségur durant cette période.

En 2023, pour les personnels non-médicaux, l'augmentation peut être corrélée à plusieurs mesures nationales relatives au Ségur (créations de postes, adaptation des organisations de travail ou prime d'engagement collectif) ou à d'autres dispositions générales comme la revalorisation du point d'indice au 1^{er} juillet 2023, la prime pouvoir d'achat (ayant bénéficié à 70% des agents) et le doublement exceptionnel de la majoration des heures supplémentaires et de l'indemnité de travail de nuit. Les personnels médicaux sont eux aussi concernés par le déploiement en année pleine de mesures Ségur (prime de solidarité territoriale, revalorisation des indemnités managériales et des émoluments des personnels hospitalo-universitaires), la majoration exceptionnelle des indemnités de garde et la montée en charge des médecins juniors (étudiants, internes, nouveau statut des docteurs juniors). Enfin, l'année 2023 est marquée par une très forte hausse des charges d'intérim (+194M€, soit +45%), même si ce poste possède un volume relatif au sein de la masse salariale. Cette hausse s'effectue d'abord sur le personnel paramédical (+111M€, soit +42%) mais aussi médical (+83M€, soit +55%). *In fine*, les charges de personnel restent le principal vecteur de hausse des charges hospitalières, avec une évolution globale de +28 % entre 2019 et 2023, soit une moyenne annuelle de +6,3% sur la période. Cette hausse est néanmoins essentiellement tirée sur la période par un effet prix et non par un effet volume.

En 2024, les données disponibles montrent une progression des charges de personnel de +2 508 M€ (+4,1%) par rapport à 2023. Celle-ci est principalement portée par les effets année pleine des paquets Guérini et attractivité, dont la revalorisation du point d'indice mais encore sur la hausse du nombre d'étudiants médicaux ou de médecins en formation sous l'effet du *numerus apertus* et l'allongement de la durée des études dans certaines spécialités (mouvement qu'accompagne la montée en charge du statut de docteur junior).

Les **charges à caractère médical (titre 2, nettes des variations de stocks)** progressent en 2023 de +7,2% par rapport à 2022, soit +1 175M€ et de +6,9% en 2024, soit +1 215 M€ (mais sur une assiette plus large qu'en 2023).

En 2023, tout comme en 2022, les variations sont principalement portées par la liste en sus, en particulier les molécules onéreuses et dans une moindre mesure les dispositifs médicaux implantables. Les autres postes de hausse sont la sous-traitance générale, les médicaments *infra* GHS, et les fournitures médicales.

En 2024, les charges à caractère médical connaissent une hausse importante tirée par la liste en sus, mais aussi les fournitures et le petit matériel médical et médico-technique.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3, nettes des variations de stocks) progressent sous l'effet de l'inflation, nettement en 2023 (+19%, soit + 1 639 M€), avant de refluer légèrement en 2024 (-1,2%, soit - 125 M€).

En 2023, les charges liées à l'énergie, d'électricité et au chauffage ont augmenté de +94% entre 2022 et 2023 (+842M€). Les services extérieurs et autres services extérieurs (+325M€) et d'alimentation (+144M€) progressent de respectivement +7% et +20 % sur la même période. Ces évolutions peuvent être corrélées à l'inflation et au dynamisme d'activité des établissements publics.

En 2024, les charges de titre 3 reculeraient de -1,2% par rapport à 2023. Cette diminution est principalement liée à la diminution des charges d'énergie, d'électricité et de chauffage (-28%).

Enfin les charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles (titre 4) ont progressé de +2,7% en 2023 par rapport à 2022 (+195M€), et de +2,6% en 2024 (+194 M€).

En 2023, on observe notamment une évolution de +13% des charges financières (+96M€) malgré la légère baisse de l'encours de dette dans un contexte de hausse des taux¹. Par ailleurs, les dotations aux amortissements des immobilisations augmentent de +3% (+118M€), ce qui traduit la hausse de l'effort d'investissement en lien avec les crédits nationaux et la montée en charge du Ségur investissement (cf. *infra*).

En 2024, on retrouve ces tendances avec une légère décélération. La progression des charges financières est ainsi moindre (+25 M€) tandis que les dotations aux amortissements des immobilisations progressent de +2,6% (+100 M€).

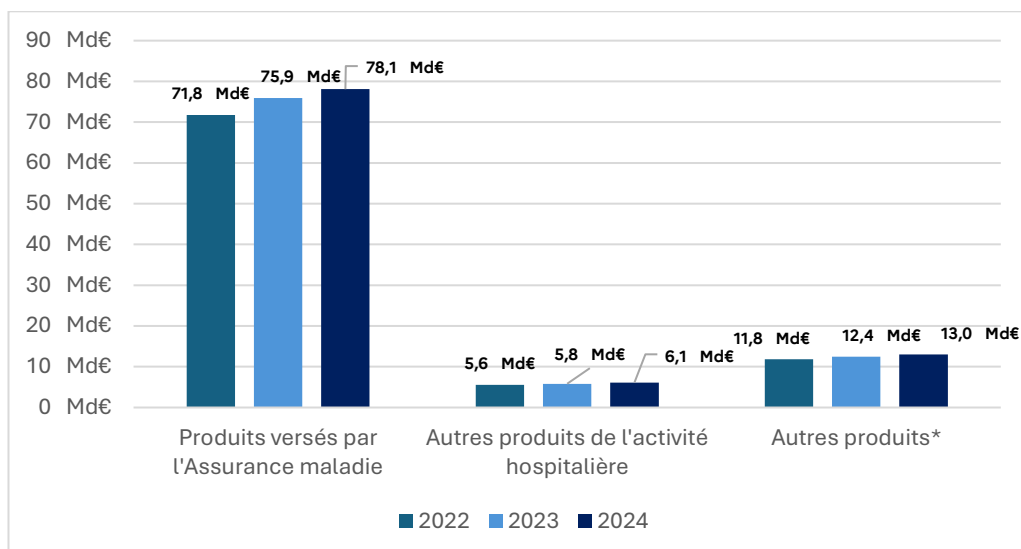
En regard, les produits du compte de résultat principal connaissent une forte croissance en 2023 (+5,6%) puis une légère décélération en 2024 (+3,3%), mais qui ne compensent pas l'évolution des charges. Malgré la revalorisation des tarifs hospitaliers, cette évolution pourrait être corrélée aux évolutions de l'activité, dont le virage ambulatoire² comme à la réduction de certains mécanismes de soutien liés à la crise sanitaire³.

¹ Selon les données de la Banque de France, le taux d'usure pour un emprunt à taux fixe de plus de vingt ans était de 6,11% en décembre 2023, contre 3,05% en décembre 2022 (2,4 % en décembre 2021).

² Dans son panorama des établissements de santé pour 2023, la DREES relève ainsi une baisse des passages en médecine d'urgence (adulte et pédiatriques) et la baisse du nombre d'accouchements en 2023, activités génératrices d'hospitalisations complètes ultérieures. Par ailleurs, la bascule ambulatoire, dans un contexte où l'hospitalisation avec nuitée n'a pas encore retrouvé son niveau d'activité pré-crise fin 2023 dans les EPS suppose un ajustement des moyens à ces prises en charges, plus courtes mais également moins valorisées. Cette bascule a aussi un impact sur les produits de titre 2 (valorisation du ticket modérateur, forfait journalier).

³ Cf *supra*. La DREES rappelle le passage de la garantie de financement à sécurisation à l'activité (où 70% du niveau de recettes est désormais garanti en lieu et place des 100% précédents) à partir de 2023 et la baisse, documentée par la Cour des Comptes, du montant de ce soutien pour les établissements n'ayant pas retrouvé leur niveau d'activité (1,1 Md€ en 2023 contre 1,8 en 2022 pour les EPS).

Evolution des produits du compte principal par titre 2022-2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

Données 2024 en cours de consolidation

* Produits nets des variations de stocks

Les **produits d'assurance maladie (titre 1)** progressent de +5,7% entre 2022 et 2023, soit + 4 109M€ ; et de +2,9% en 2024, soit + 2 192 M€.

En 2023, ces produits sont :

- d'abord tirés par la progression des produits issus de la facturation de l'activité (+6,0%). Cette catégorie est portée pour l'essentiel par les tarifs MCO et HAD (+5,9%, soit +1,84Md€) et dans une moindre mesure par les consultations externes MCO (+2,8%). A ce titre, l'année 2023 se caractérise par le déploiement du dispositif de sécurisation modulée à l'activité, couvrant désormais 70% du montant de recettes antérieurement sous garantie de financement¹. Du fait de la mise en place de la réforme du financement du SMR au 1^{er} juillet 2023, la garantie de financement des recettes du SMR a exceptionnellement été prolongée jusqu'au 30 juin 2023 sur ce champ.
- ensuite les dotations (forfaits et dotations MCO, hôpitaux de proximité hors garantie, MIGAC, psychiatrie, SMR, qualité...). A ce titre, une aide exceptionnelle de fin de gestion a été dégagée pour soutenir les établissements en 2023 (impact sur les EPS estimé à 350M€).
- enfin le remboursement de la liste en sus (molécules onéreuses MCO et SMR, dispositifs médicaux implantables, médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation dits ATU), en cohérence avec l'évolution des charges de titre 2.

Quant à **l'année 2024**, les données provisoires montrent une double dynamique. D'une part, il y aurait une forte progression sur la part tarifs hospitaliers sous l'effet du dynamisme de l'activité (séjours et séances MCO en hausse de +4,6%) et de l'effet prix, et un impact négatif du non-dégel du coefficient prudentiel (-190 M€) et, pour les établissements les moins dynamiques, de la diminution du niveau de sécurisation de la SMA. D'autre part, les dotations MIGAC MCO sont en recul, lié au changement de vecteur (passage dans les tarifs) du financement des paquets Guérini et attractivité, mais aussi la non-reconduction de l'aide exceptionnelle de fin de gestion versée en 2023 (impact estimé pour les EPS à -350 M€). Au sein des établissements, ce sont l'AP-HP, les CHU et les plus gros CH dont les recettes d'activité progressent le plus.

¹ Les modalités de ce mécanisme sont décrites dans 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.

Les autres **produits de l'activité hospitalière (titre 2)**¹ poursuivent leur progression en 2023, en hausse de +4,6% par rapport à 2022 (+254M€) ; et cette progression s'accélère en 2024 (+5,4% soit +316 M€ par rapport à 2023).

En **2023**, cette hausse est d'abord portée par la hausse des produits issus des soins délivrés aux patients étrangers non assurés sociaux en France et, dans une moindre mesure par la hausse des produits du ticket modérateur, tandis que le forfait journalier, qui rémunère la prise en charge hôtelière, est quant à lui en très légère baisse. Ces deux dernières catégories de produits progressent plus lentement que les produits de titre 1, sous l'effet, d'une part, de la hausse du nombre de patients en ALD, qui sont exonérés de ticket modérateur, et, d'autre part, de la baisse du nombre de journées d'hospitalisation sur lequel le calcul de ces recettes est assis en lien, notamment, avec le virage ambulatoire.

En **2024**, la hausse est portée par l'activité et la revalorisation du tarif national journalier de prestation qui progresse du même niveau que l'ONDAM établissements de santé.

Les **autres produits (titre 3, nets des variations de stocks)** progressent également de +5,4% (+641M€) en 2023, et de +4,5% en 2024 (+554 M€). Sur les deux années, cette évolution est portée entre autres par les produits des activités annexes (prestations hors soins, délivrées aux usagers ou mises à disposition de personnel à d'autres structures) et le remboursement des frais par les CRPA. La progression de la quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice traduit également la reprise de subventions d'investissements dans le cadre de la montée en charge de la réalisation des projets dans le cadre du Ségur investissement.

Au sein des charges et produits du **budget principal**, la **dégradation du résultat net des établissements publics de santé s'explique avant tout par la dégradation du cycle d'exploitation**. Ainsi, la baisse du résultat net s'explique par celle du résultat d'exploitation² (-0,9Md€ entre 2022 et 2023, - 0,8 Md€ entre 2023 et 2024) tandis que l'évolution du résultat financier (-0,1 Md€ en 2023, stable en 2024) est compensée par la hausse du résultat exceptionnel (+0,1 Md€ en 2023, stable en 2024). En parallèle, la marge brute du budget principal³ est en forte baisse (-905M€, soit un taux de 3,0% en 2023 contre 4,3% en 2022 ; -728 M€ soit un taux de 2,1% en 2024)

- *Les indicateurs d'exploitation et d'autofinancement consolidés des établissements de santé*

Le niveau de marge brute⁴ tous budgets confondus et la capacité d'autofinancement (CAF) nette⁵ des établissements publics de santé se dégradent en 2023 puis de nouveau en 2024, atteignant des niveaux qui ne suffisent pas toujours pour assurer le remboursement annuel de la dette et l'investissement *a minima* courant⁶.

¹ Les produits de titre 2 correspondent principalement à la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers mais peuvent également associer d'autres financeurs (Etat, collectivités).

² Le résultat d'exploitation est issu de la différence entre les produits directement liés aux activités d'exploitation de l'établissement (comptes 70 à 75, 781 et 791 et 7722) et les charges afférentes (comptes 60 à 65, comptes 681).

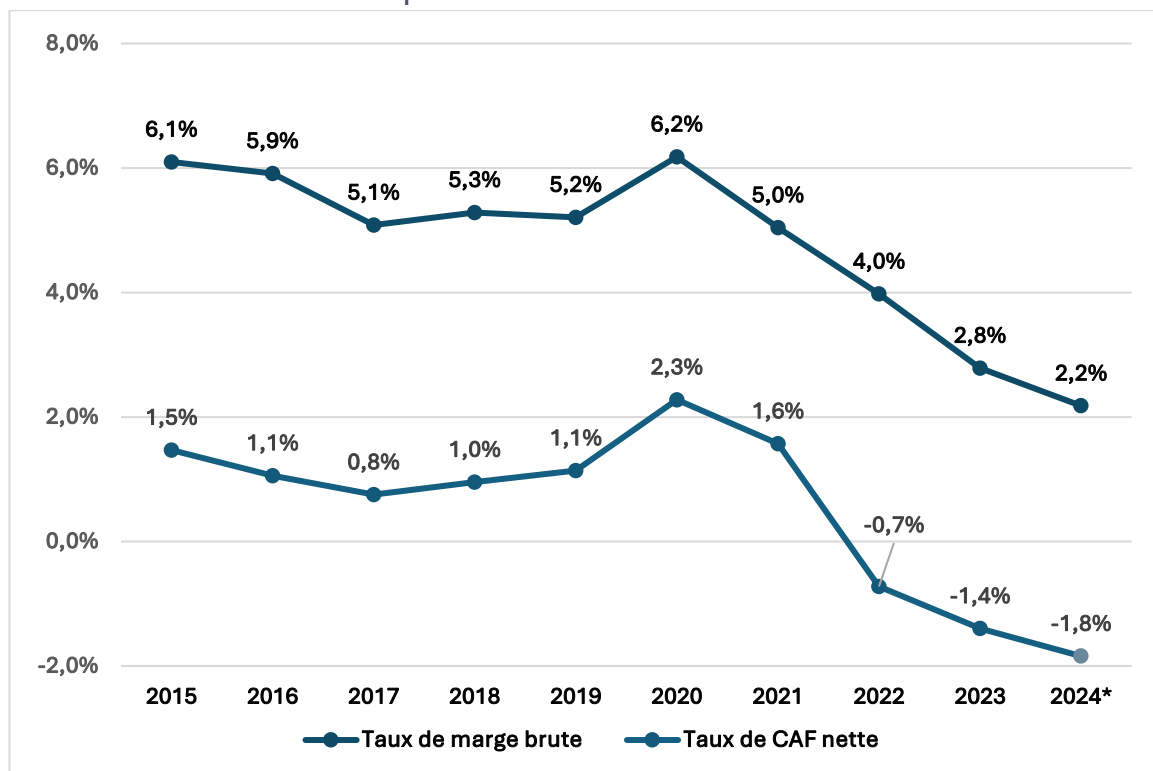
³ La marge brute identifie l'activité de l'établissement sans prise en compte de ses modes de financement (produits des comptes 70 à 75 retraités des charges des comptes 60 à 65). C'est la différence entre la somme des produits courants de fonctionnement et la somme des charges courantes de fonctionnement.

⁴ Il s'agit cette fois de la marge brute tous budgets des hôpitaux publics. La CAF nette des années 2021 et 2022 présentée ici n'a, à la différence de l'année précédente, pas été retraitée des emprunts obligataires de trois CHU ayant souscrit des emprunts obligataires avec des durées très courtes.

⁵ 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.

⁶ 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 2015 à 2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

Tiré par la baisse de la marge brute du budget principal, **le niveau de marge brute des établissements publics de santé atteint 2,8% en 2023**, en dégradation par rapport à 2022 où ce taux atteignait 4,0%.

En **2024**, le niveau de marge des établissements est de 2,2%, marquant une nouvelle dégradation par rapport à l'exercice 2023. Cette baisse du taux de marge brute concerne, à l'instar de 2023, toutes les catégories d'établissements mais elle est la plus prononcée pour les établissements dont les produits sont compris entre 70 et 150 M€ (-1,2 points par rapport à 2023).

Pour la même raison, la capacité d'autofinancement nette, qui représente la capacité d'un établissement à investir une fois assuré le remboursement annuel de la dette, a poursuivi sa dégradation en 2023 et en 2024. Rapporté au produits, la CAF nette a été divisée par deux, passant de -0,7% en 2022 à -1,4% en 2023 puis -1,8% en 2024.

En 2023, cette dégradation touche l'ensemble des catégories, à l'exception des CHU (dont le taux de CAF nette demeure cependant négatif).

En 2024, seuls les petites centres hospitaliers (produits inférieurs à 20 M€) voient leur taux de CAF nette augmenter (+1,5 points par rapport à 2023, avec un taux de CAF nette qui passe de -1,2% à 0,3%).

Le taux de capacité d'autofinancement nette reste donc en-deçà de 3%, ce qui traduit l'incapacité des établissements publics à auto-financer leurs investissements, y compris courants, sans recours à du financement externe.

Taux de marge brute et de capacité d'autofinancement (CAF) nette par catégorie d'établissements publics de santé de 2022 à 2024

Taux de marge brute et capacité d'autofinancement (CAF) nette par catégorie d'établissements publics de santé en 2022, 2023 et 2024						
Type d'EPS	Taux de marge brute 2022	Taux de marge brute 2023	Taux de marge brute 2024*	Taux de CAF nette 2022	Taux de CAF nette 2023	Taux de CAF nette 2024*
AP-HP	3,9%	1,7%	1,2%	1,0%	-1,7%	-2,0%
CHU	5,1%	4,0%	3,4%	-2,8%	-1,8%	-2,1%
CH>=150M	3,9%	2,7%	2,0%	0,0%	-1,2%	-1,7%
70M<=CH<150M	3,1%	2,3%	1,0%	0,0%	-1,1%	-2,3%
20M<CH<70M	2,8%	1,8%	1,0%	-0,1%	-1,2%	-1,8%
CH<20M	3,7%	2,3%	3,7%	0,3%	-1,2%	0,3%
Total général	4,0%	2,8%	2,2%	-0,7%	-1,4%	-1,8%

*Données 2024 en cours de consolidation

Marge brute des établissements publics de santé 2022 – 2024 en valeur absolue¹

Types d'EPS	Marge brute 2022	Marge brute 2023	Marge brute 2024*
AP-HP	340 M€	155 M€	116 M€
CHU	1 431 M€	1 179 M€	1 050 M€
CH>=150M	978 M€	732 M€	556 M€
70M<=CH<150M	499 M€	387 M€	183 M€
20M<CH<70M	306 M€	200 M€	107 M€
CH<20M	227 M€	145 M€	249 M€
Total général	3 782 M€	2 798 M€	2 262 M€

*Données 2024 en cours de consolidation

Capacité d'autofinancement (CAF) nette des établissements publics de santé 2022 - 2024 en valeur absolue

Types d'EPS	CAF nette 2022	CAF nette 2023	CAF nette 2024*
AP-HP	90 M€	-163 M€	-194 M€
CHU	-817 M€	-560 M€	-677 M€
CH>=150M	11 M€	-329 M€	-491 M€
70M<=CH<150M	1 M€	-185 M€	-423 M€
20M<CH<70M	-15 M€	-135 M€	-210 M€
CH<20M	22 M€	-77 M€	20 M€
Total général	-709 M€	-1 448 M€	-1 973 M€

*Données 2024 en cours de consolidation

1.1.1.2 Des évolutions bilanciellles qui traduisent la poursuite de la mise en œuvre des soutiens nationaux du Ségur sur l'investissement et la dette

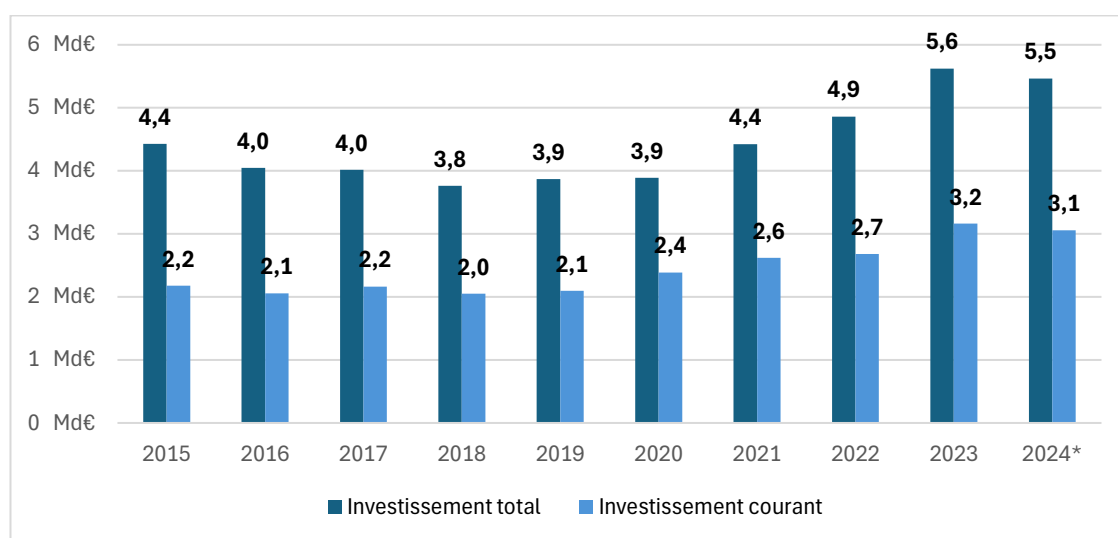
a) La hausse de l'investissement déjà constatée en 2022 se poursuit en 2023 et reste dynamique en 2024 malgré un léger ralentissement

¹ 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 2023.

En 2023, l'investissement total poursuit sa hausse déjà constatée en 2022, avec une évolution de +16% entre 2023 et 2022 (pour rappel + 10 % en 2022 par rapport à 2021). Il atteint ainsi 5,6 Md€ (soit 5,4% du total des produits), soit le niveau total le plus élevé depuis 2013. En dynamique, cette progression concerne tous les types d'établissements, en particulier les CHU (+27,6%) et les CH>150 M€ (+15%), à l'exception des petits CH (< 20M€, -8%). L'investissement se concentre dans les CHU qui représentent 39% du total, avec un effort d'investissement de 7%. Les CH de grande taille (>150 M€) et l'AP-HP représentent 34% de l'investissement total, et leur effort d'investissement représente 5% de leurs produits. Les établissements publics de taille moyenne (20-150 M€) représentent enfin 22% du volume d'investissement, soit un effort d'investissement de 4%. Enfin, les CH de petite taille (<20 M€) représentent 6% du volume d'investissement, soit 5% de leurs produits.

Les données disponibles pour l'année 2024 indiquent des dépenses d'investissement qui se stabilisent à 5,5Md€ (-3% par rapport à 2023). Le taux d'investissement total est donc en légère baisse, tiré aussi par des produits dynamiques (5,1% des produits, contre 5,4% en 2024). Au sein des différentes catégories, seule l'AP-HP et les gros CH ont vu leur volume d'investissement progresser en 2024 (de respectivement +11% et +4%).

Evolution de l'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2015 à 2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

En 2023, la progression de l'investissement concerne l'investissement courant tout comme l'investissement lourd, qui ont progressé de +18% et +13% respectivement. L'investissement courant¹, qui représente 55% de l'investissement total en 2023, a connu une accélération notable : il est ainsi passé d'un volume de 2,6Md€ en 2021 (+10% par rapport à 2020) à 2,7Md€ en 2022 (+2,2% par rapport à 2021) pour atteindre 3,2Md€ en 2023 (soit +18% par rapport à 2022), sous l'effet notamment des crédits Ségur dédiés à l'investissement du quotidien (481M€ en 2022 et 218M€ en 2023). L'investissement courant se situe à un niveau bien supérieur à son niveau d'avant crise (2,1Md€ en 2019) ; et représente en 2023 3,1% des produits des établissements publics de santé, soit au-delà de la cible de 3% jugée pertinente pour assurer le renouvellement. Ce seuil n'avait pas été atteint depuis 2013. Il est de surcroît significatif que cette hausse du taux d'investissement s'inscrive dans un contexte de forte hausse des produits ces dernières années : en effet, rapporté aux produits 2019, le volume d'investissements courants de 2023 aurait par exemple représenté un effort de 3,8%. Ce dynamisme autour de l'investissement est également porté par l'investissement lourd², dont le niveau est passé de 2,2Md€ en 2022 à 2,5Md€ en 2023 (45% de l'investissement total), soit une progression de +13%. Ces investissements sont

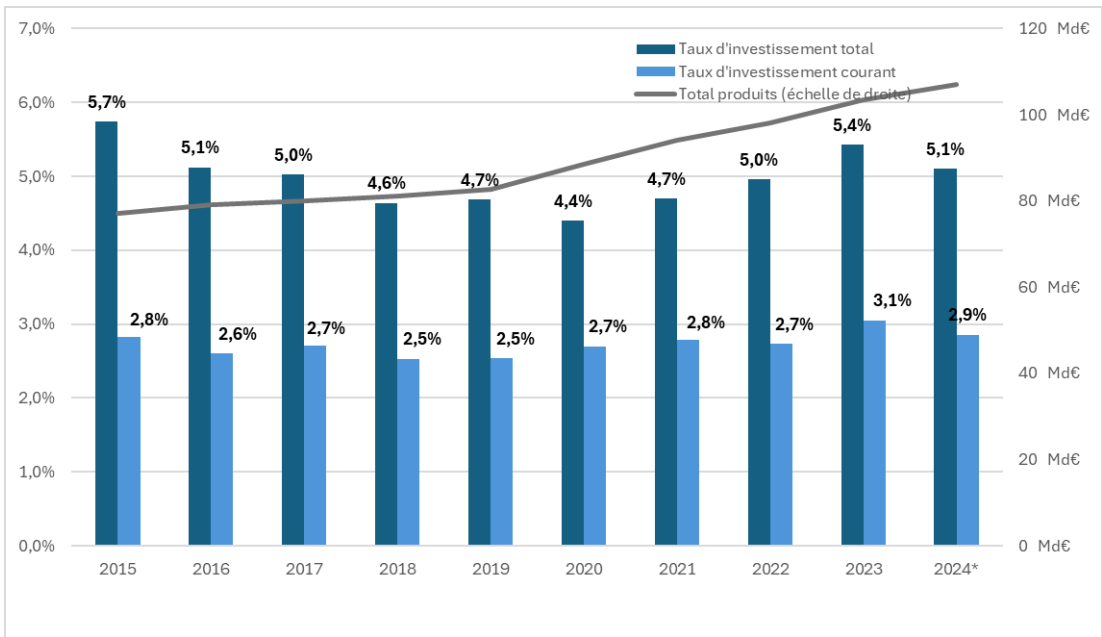
¹ L'investissement courant se détermine par la différence entre l'investissement total et l'investissement en immobilier lourd.

² L'investissement lourd ou en immobilier lourd, par opposition à l'investissement courant correspond au gros œuvre des constructions et ouvrages d'infrastructure, sur sol propre ou sol d'autrui.

notamment portés par la montée en charge des projets de transformation de l’offre du Ségur soutenus par les crédits du **volet 2 de l’article 50 de la LFSS pour 2021** (cf. *infra*). Les versements du Ségur sur ce volet sont ainsi passés de 91,6M€ en 2022 et 398,2M€ en 2023.

En **2024**, l’investissement recule très légèrement. L’investissement courant se replie à 3,1 %(-3%) : rapporté aux produits, il repasse ainsi en deçà du seuil de 3% (2,9% contre 3,1% en 2023). L’investissement lourd baisse également légèrement et atteint 2,4Md€ (-2%) : rapporté aux produits il ne représente que 2,2% de ces derniers (2,4% en 2023). Sur les deux années, la part de l’investissement courant (56%) et lourd (44%) sont stables dans l’investissement total. Cependant, comme vu *supra*, le montant d’investissement est en hausse significative par rapport à la période avant crise, 2018-2019, de 2 Md€ à plus de 3 Md€ pour l’investissent courant soit +1 Md€ (+33%) et de 3,8 Md€ à 5,6 Md€ soit +1,8 Md€ (+47%).

Evolution des taux d’investissement total et courant des établissements publics de santé de 2015 à 2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

Si l’on discrimine l’évolution de l’effort d’investissement¹ total par catégorie d’établissement, on constate enfin que si l’augmentation était générale en 2023 à l’exception des CH de petites tailles, en 2024 seul l’AP-HP progresse. L’effort de l’AP-HP revient néanmoins à son niveau de 2022, après une baisse en 2023. Cette évolution tient à la stabilité de l’investissement dans un contexte de produits dynamiques.

Taux d’investissement total par catégorie d’établissements publics de santé de 2022 à 2024

Type d'EPS	Taux d'investissement total		
	2022	2023	2024*
AP-HP	5,7%	5,3%	5,7%
CHU	5,9%	7,1%	6,2%
CH>=150M	4,7%	5,0%	5,0%
70M<=CH<150M	4,2%	4,5%	4,2%
20M<CH<70M	3,5%	3,8%	3,7%
CH<20M	5,4%	4,7%	4,3%
Total général	5,0%	5,4%	5,1%

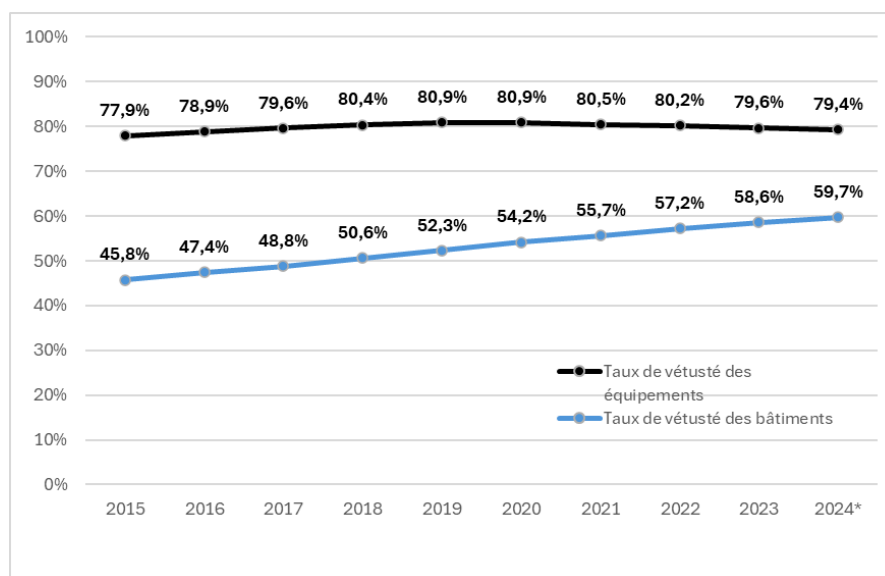
Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

¹ Soit l’investissement rapporté aux produits

*Données 2024 en cours de consolidation

En 2023, la tendance à la hausse des investissements se traduit, pour la troisième année consécutive, par un infléchissement du taux de vétusté¹ 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. En 2024, le taux de vétusté des équipements poursuit sa baisse mais les effets des investissements ne sont toujours pas observables sur le taux de vétusté des bâtiments, pour la même raison.

Evolution du taux de vétusté des équipements et des bâtiments des établissements publics de santé de 2015 à 2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

b) Malgré la dynamique de l'investissement, les établissements publics de santé gardent une relative maîtrise de leurs ratios d'endettement en 2023 et 2024

L'encours de dette² baisse en 2023 pour la deuxième année consécutive, et s'établit à 30,1Md€, soit une baisse de 614M€ par rapport à 2022 où ce montant atteignait 30,7Md€. Cette diminution concerne tous les types d'établissements, à l'exception de l'AP-HP qui connaît une croissance de +11,5% de son encours entre 2022 et 2023, soit +394M€. Pour mémoire, en 2022 l'encours de dette avait diminué de 410M€ par rapport à 2021 et cela concernait également tous les types d'établissements à l'exception de l'AP-HP³. Cette diminution de l'encours de dette en 2023 est néanmoins à nuancer au regard de la trajectoire pluriannuelle de l'encours : l'encours retrouve ainsi, en 2023, un niveau proche de celui de 2019.

¹ Le taux de vétusté correspond aux amortissements des équipements ou bâtiments rapportés à la valeur brute de ces mêmes équipements ou bâtiments.

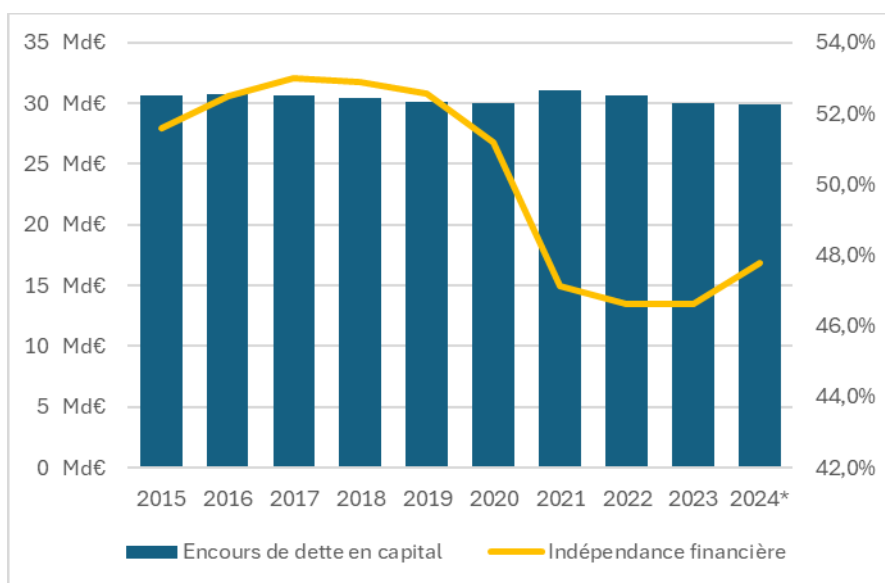
² L'encours de dette est le capital de la dette portée au bilan.

³ Le niveau d'encours de dette avait progressé en 2021 par rapport à 2020, porté exclusivement par les CHU et l'AP-HP. Cette situation spécifique correspondait à l'émission d'emprunts obligataires souscrits à des conditions très favorables par 3 CHU. L'échéance de remboursement de ces emprunts se situant à 1 an, l'encours des CHU a mécaniquement baissé dès 2022 (-404 M€ hors AP-HP). L'AP-HP en revanche avait déjà connu une croissance de +10 % de son encours en 2022, soit +319 M€.

Les données disponibles pour l'année 2024 indiquent la poursuite de la baisse de l'encours de dette des établissements publics de santé, mais de moindre ampleur (-135 M€) pour s'établir à 29,9 Md€. Cette diminution de l'encours de dette concerne tous les établissements dont les produits sont inférieurs à 150 M€ ainsi que les CHU. En revanche, l'AP-HP et les grands CH (>150 M€) voient leur encours augmenter de respectivement +108 M€ (+2,8% par rapport à 2023) et de +87 M€ (+1,1% par rapport à 2023).

Il est à noter que cette baisse de l'encours de dette, même limitée, s'est déroulée dans un contexte de progression significative du niveau des investissements hospitaliers en 2021, 2022 et 2023 (tout en restant dynamique en 2024) sous l'effet de plans nationaux de financements de l'investissement. Or, ces programmes appellent souvent un co-financement par l'établissement, couvert notamment par de nouveaux emprunts.

Niveau d'encours de dette et indépendance financière des établissements publics de santé de 2015 à 2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

La diminution de l'encours s'accompagne d'un taux d'indépendance financière maîtrisé : ce ratio est ainsi stable en 2023 par rapport à 2022 (46,6%)¹ et en légère hausse en 2024 (47,8%). La stabilisation du taux d'indépendance financière en-deçà du seuil critique² de 50%, pour la troisième et quatrième année consécutive traduit une moindre dépendance des établissements à la dette. Pour mémoire, la forte baisse de ce ratio en 2021 s'explique par la contractualisation de la dotation de restauration des capacités financières (aussi appelé volet 1 de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021) entre les ARS et les EPS, et dont l'un des objectifs est la maîtrise de l'endettement. Au titre de l'exercice 2021, cette dotation été intégralement inscrite au passif des établissements (cf. *infra*). En 2024, la légère hausse peut être analysée par la contraction des capitaux permanents des établissements sous l'effet des reports à nouveaux déficitaires liés aux années antérieures, tout en restant en-dessous du seuil d'alerte de 50%.

Par ailleurs, le taux d'endettement³ atteint 29% en 2023 (31% en 2022) et est passé pour la première fois depuis 2015 sous le seuil d'alerte établi à 30%. Cette baisse se traduit par une diminution de 2 à 3 points sur toutes les catégories d'établissements, à l'exception de l'AP-HP où il passe de 38% à 40%. En 2024, le taux

¹ Le taux d'indépendance financière correspond au poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents de l'établissement : en ce sens, ce ratio représente en fait son niveau de dépendance à la dette.

² Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

³ Le taux d'endettement retrace l'encours de la dette en capital divisé par le total des produits.

d'endettement des établissements continue de s'améliorer et atteint 28% en 2024, demeurant ainsi en dessous du seuil d'alerte de 30%.

A *contrario*, la **durée apparente de la dette**¹, soit le nombre d'années potentielles nécessaires pour qu'un établissement puisse rembourser le capital de sa dette s'il y consacrait l'intégralité de sa capacité d'autofinancement, **se dégrade fortement** en **2023** (16,8 années, contre 10,6 en 2022) et en **2024** (26,4 années). Cet indicateur dépasse et s'éloigne du seuil prudentiel de 10 ans, ce qui s'explique par la baisse de la CAF liée à l'aggravation du déficit des établissements publics en 2023 et 2024.

Taux d'indépendance financière et taux d'endettement par catégorie d'établissements publics de santé de 2022 à 2024

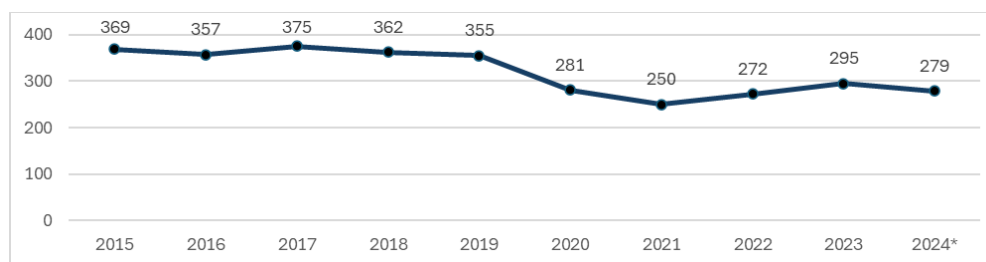
Type d'EPS	Taux d'indépendance financière			Taux d'endettement		
	2022	2023	2024*	2022	2023	2024*
AP-HP	73,3%	80,3%	86,4%	37,9%	40,4%	40,0%
CHU	51,9%	49,8%	50,2%	34,8%	31,4%	30,2%
CH>=150M	48,1%	47,5%	49,3%	31,0%	28,4%	27,4%
70M<=CH<150M	41,7%	42,2%	43,5%	26,7%	24,4%	23,1%
20M<CH<70M	34,3%	34,1%	34,6%	21,7%	19,9%	19,1%
CH<20M	31,1%	31,1%	30,2%	35,6%	32,4%	29,8%
Total général	46,6%	46,6%	47,8%	31,3%	29,0%	27,9%

Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

En 2023, les situations différenciées des établissements publics de santé vis-à-vis de la dette expliquent néanmoins, malgré l'amélioration globale de deux indicateurs sur trois, que 37% d'entre eux soient **soumis à autorisation préalable d'emprunt** (295 établissements). En 2024, les données font en revanche apparaître une diminution du nombre d'établissements soumis au régime d'autorisation préalable (279, soit 35% du total), revenant ainsi près du niveau de 2022.

Nombre d'établissements publics de santé soumis au régime d'autorisation préalable à l'emprunt de 2015 à 2024²



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

¹ La durée apparente de la dette rapporte l'encours de la dette en capital au 31 décembre sur la capacité d'autofinancement (CAF) de l'établissement cette même année

² Ces données diffèrent avec celles présentées dans l'annexe 6 pour le PLFSS 2025 en raison d'un changement de méthode, aussi partagée par la DREES. En effet, afin de tenir compte de la dégradation du niveau de CAF des établissements (dégradation touchant l'ensemble des catégories d'établissements en 2023), il a été considéré ici que le seuil d'alerte relatif à la durée apparente de la dette était dépassé lorsque celle-ci outrepassait une durée de 10 ans, tel que prévu par le décret, mais aussi lorsqu'elle était négative (traduisant une CAF négative).

1.1.1.3 La dégradation de la situation financière des établissements de santé se matérialise par des tensions de trésorerie croissantes en 2023 et 2024

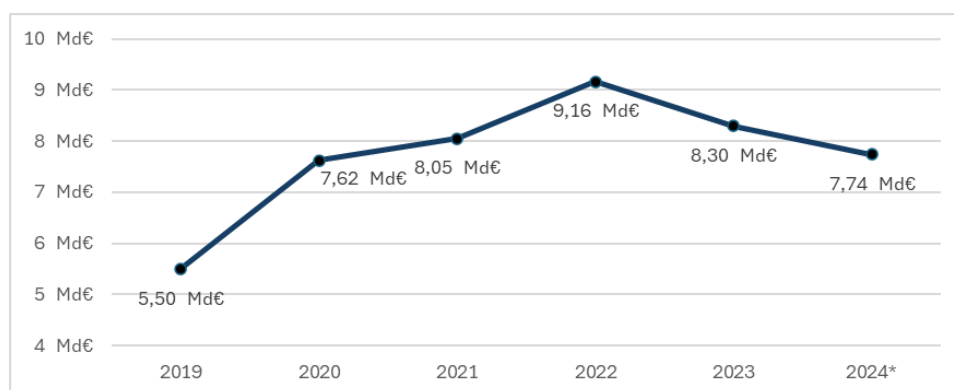
Pour rappel, l'observation du solde des comptes au Trésor faisait apparaître une forte augmentation du niveau de trésorerie entre 2020 et 2022, qui reposait sur plusieurs facteurs :

- 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 induisent un besoin supplémentaire de trésorerie courante ou de sécurité ;
- de manière conjoncturelle, des emprunts de court terme réalisés par 3 CHU pour profiter de taux d'intérêt négatifs ;
- le versement des premières annuités du dispositif de restauration des capacités financières (volet 1 de l'article 50).

L'année 2023 marque une rupture, avec pour la première année une diminution de -864 M€ (-9%) du solde des comptes au Trésor au 31 décembre de l'ensemble des établissements. Les situations entre les différentes catégories d'établissements sont néanmoins hétérogènes, puisque cette diminution touche d'abord les CHU (-34%) et l'AP-HP (-11%), puis dans une moindre mesure les petits centres hospitaliers dont les produits sont inférieurs à 20 M€ (-3%). Les autres catégories d'établissements ont vu leur solde augmenter en 2023¹. La baisse de la trésorerie est ainsi à mettre en relation avec la réduction des dispositifs de soutien durant la crise et la fin des emprunts de très court terme de certains CHU.

Les données pour 2024 montrent une nouvelle baisse du solde des comptes au Trésor à fin décembre de -559 M€ (-7 %). Toutes les catégories d'établissements sont concernées, à l'exception des plus petits CH (<70 M€). La poursuite de la baisse des dispositifs de soutien et la dégradation financière des hôpitaux publics en sont les principaux facteurs explicatifs.

Niveau de trésorerie des établissements publics de santé – montant du compte au Trésor à fin décembre de 2019 à 2024

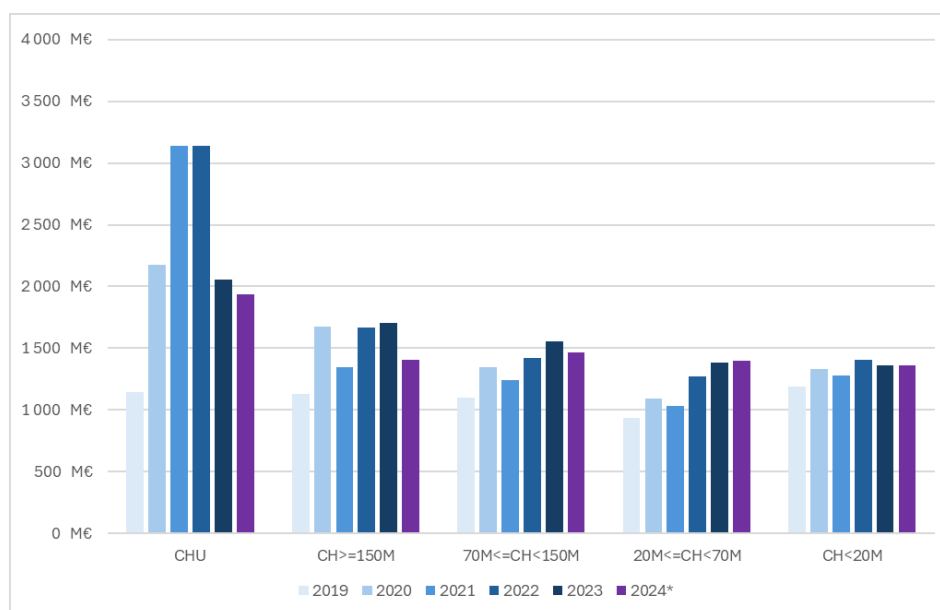


Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

¹ Dans le détail : +2% pour les CH supérieurs à 150 M€ de produits ; +9% pour les CH dont les produits sont compris entre 70 et 150 M€ et +9% pour les CH dont les produits sont compris entre 20 et 70 M€.

Niveau de trésorerie des établissements publics de santé par catégorie – montant du compte au Trésor à fin décembre de 2019 à 2024



Source : outil Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

*Données 2024 en cours de consolidation

D'autres indicateurs montrent que les besoins en trésorerie demeurent significatifs :

- la mobilisation des **lignes de trésorerie** toutes catégories confondues a progressé à fin 2023 (+9%, soit +46 M€) puis de nouveaux en 2024 (+14%, soit +82 M€) ;
- les **dettes fournisseurs** des établissements publics de santé progressent en 2023 (+19% par rapport à 2022, soit +1,3 Md€), tout comme en 2024 (+9%, soit +696 M€). Cette réalité s'accompagne d'un rallongement des **délais globaux de paiement des fournisseurs**, qui passent de 58 jours en 2022 à 61 jours en 2023 puis à 64 jours en 2024 ; et d'une hausse du nombre d'établissements de santé dépassant un délai global de paiement de 70 jours (23% en 2023 et 25% en 2024 contre 20% en 2022). En retardant les sorties de trésorerie, ces délais permettent aux hôpitaux de maintenir des soldes plus élevés sur leur compte bancaire et constituant dans certains cas des variables d'ajustement ;
- les **dettes sociales et fiscales** augmentent de +13% entre 2022 et 2023, passant de 2 554 M€ à 2 886 M€, en lien en partie avec la hausse de la masse salariale (le paiement de ces charges s'effectuant en différé le mois suivant) mais également avec certains retards de paiement et les déficit d'exploitation des établissements : ainsi, ces dettes représentent, fin 2023, 4,2% de la masse salariale (contre 3,8% fin 2021 et 3,9% fin 2022). En 2024, les dettes fiscalo-sociales progressent (+5% par rapport à 2023, soit 3 035 M€). Leur part reste stable si on les rapporte à la masse salariale.

1.1.2. Les établissements privés à but non lucratif

Dans son dossier méthodologique *Apprécier la situation économique des établissements de santé*¹ publié en 2022 et revu en 2024, 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 pour 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 aux années 2022 et 2023 et proviennent des comptes financiers déposés par les établissements sur la plateforme « Application Nationale Compte financier

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DM3MAJ230724.pdf>

Rapport infra-annuel EPRD » (ANCRE) de l'ATIH, avec un traitement de la DGOS. Il convient de préciser que cette source n'est pas exhaustive mais suffisamment représentative (483 structures ont transmis des données pouvant être prises en compte pour les exercices 2022 et 2023¹). En outre, seuls les établissements à but non lucratif dits « ex-dotations globales » sont représentés.

Le **résultat net des budgets principaux des établissements à but non-lucratif reste excédentaire** en 2023 à hauteur de 4,98 M€ (0,03 % des produits), mais se contracte par rapport au résultat 2022 où il avait atteint 82,1 M€ (0,57% des produits). Ce niveau de résultat est différencié entre les centres de lutte contre le cancer (CLCC) d'une part, dont le résultat progresse très légèrement et s'établit à 17,3 M€ en 2023 (taux de résultat de +0,5%) et les autres établissements privés à but non lucratif, qui deviennent très légèrement déficitaires (-12,4 M€, soit -0,1% en 2023) d'autre part. En outre, le nombre d'établissements ayant un résultat principal déficitaire passe de 29% à 33% (+20).

En revanche, **leur résultat consolidé se dégrade et devient déficitaire sur la période**, passant de 90,1 M€ (taux de résultat de +0,61%) en 2022 à -2,59 M€ en 2023 (-0,02%), sous l'effet de la dégradation de établissements à but non lucratif autres que les centres de lutte contre le cancer.

Cette évolution s'explique par la **dégradation du cycle d'exploitation des établissements à but non lucratif**, comme en témoigne la baisse de la marge brute, à la fois du budget principal (-14% soit -89,3M€ entre 2022 et 2023) et tous budgets (-16%, soit -99,9 M€).

Le taux de capacité d'autofinancement nette diminue, passant de 2,65 % des produits en 2022 à 1,72 % en 2023. Ce taux se maintient sous le seuil de 3 % en 2022, niveau estimé nécessaire pour assurer un autofinancement pérenne des investissements courants. Néanmoins, les situations sont différenciées entre les CLCC dont le taux de CAF nette progresse (+0,6 point) tandis que les autres EBNL voient leur taux baisser (-1,4 point) en 2023.

L'investissement des établissements privés à but non lucratif a crû de 10,4 % en 2023, et atteint 804 M€ contre 729 M€ en 2022. L'effort d'investissement progresse de 0,1 point, et passe de 4,9% à 5,0%, tiré par la progression des CLCC.

L'encours de dette s'établit en 2023 à 2,94 Md€, soit en très légère baisse par rapport à l'encours 2022 des établissements privés à but non lucratif (2,96 Md€). Le taux d'endettement diminue légèrement par rapport à 2022, de 20 % à 18 %, et reste en-deçà du seuil d'alerte établi à 30 %. Le taux d'indépendance financière des établissements privés à but non lucratif reste lui aussi largement en dessous du seuil d'alerte de 50 %, à 37 % en 2023 après 38% en 2022, les établissements de cette catégorie participant au service public hospitalier étant éligibles à la dotation de restauration des capacités financières. Comme pour les EPS, la durée apparente de leur dette se dégrade quant à elle en raison de l'affaiblissement de la CAF, et passe de 4,3 à 4,9 années entre 2022 et 2023, tout en restant largement en-deçà du seuil d'alerte de 10 ans.

L'amélioration de ces indicateurs d'endettement se répercute sur la diminution du nombre d'établissements considérés comme en situation d'alerte en matière de dette², qui passe de 73 à 67. 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 2025 au sein du *Panorama des établissements de santé en*

¹ Sur les 657 structures identifiées par la DREES, du secteur ex-DG et ex-OQN. Comme pour les EPS, ont été considérées ici les EBNL ayant un résultat principal sur l'année 2023. Il peut toutefois ici s'agir tant d'entités juridiques que géographiques, selon les modalités de remontée.

² Par parallélisme avec les critères du décret n°2011-1872 même si celui-ci n'est applicable qu'aux seuls établissements publics de santé (cf. note de bas de page n°9, *supra*)

2023¹, la situation financière des établissements privés à but lucratif reste bénéficiaire en 2023.

Leur résultat net atteint un excédent 362 M€ (taux de résultat de +1,8%) mais se dégrade par rapport à 2022, où il était de 554 M€ (taux de résultat de +3,0%). En outre, la part des établissements ayant un résultat net négatif augmente (32% contre 25 % en 2022). Comme pour les établissements publics de santé, les raisons de cette dégradation résident dans leur cycle d'exploitation, comme le montrent le recul de l'excédent brut d'exploitation² (3,9% des recettes en 2023 contre 5,2% en 2022) et la baisse du résultat d'exploitation³ tandis qu'en parallèle les résultats exceptionnels et financiers sont en progression. Cette situation résulterait d'une part d'une forte progression des charges de personnel⁴ (+4,8 % en 2023, après +5,2 % en 2022, tout en restant stable dans les recettes) et des achats et charges de gestion courantes (+8,9 %, après +7,1 % en 2022) dans un contexte inflationniste. D'autre part, les recettes progressent en 2023 sous l'effet de l'activité dynamique, tempérée par l'ajustement des mécanismes de soutien à l'activité engagés lors de la crise sanitaire (passage à la sécurisation modulée à l'activité ou SMA, cf. *supra*).

La situation économique des établissements privés à but lucratif, globalement excédentaire, masque de **fortes disparités**. Ainsi, le taux de résultat progresse dans les établissements psychiatriques à 7,9% (+0,8 point par rapport à 2022) alors qu'il baisse dans les structures SMR (taux de résultat à 2,2%, -0,8 point par rapport à 2022) et surtout dans les établissements MCO (1,4%, -1,3 point par rapport à 2022). De la même manière, le pourcentage d'établissements privés à but lucratif déficitaires atteint 37 % en SSR (+8 points), 34 % en MCO (+8 points) alors qu'il est stable à 17 % en psychiatrie (+0,3 points).

D'après les premières estimations⁵, **l'effort d'investissement des établissements privés à but lucratif**, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes est en baisse (4,9%, contre 5,6% en 2022), et cela pour la première fois depuis 2020.

Cette baisse peut en partie s'expliquer par la **baisse de la capacité d'autofinancement (CAF)** des établissements privés à but lucratif liée à la dégradation de leur cycle d'exploitation. Exprimée en pourcentage des recettes, la CAF des établissements à but lucratif s'établit ainsi à 2,9% en 2023, contre 3,7% en 2022.

En parallèle, l'encours de la dette des établissements privés à but lucratif baisse de -6,6 % en 2023 et atteint 2,1 Md€ (après 2,3 Md€ en 2022), **soit 10,8 %** des recettes, son niveau le plus bas depuis 2010. De ce fait, le ratio d'indépendance financière, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, s'améliore (34 % en 2023 contre 37% en 2022), même si 25% des établissements conservent un ratio supérieur au seuil d'alerte de 50 % (26 % en 2022). En lien avec la dégradation de la CAF, la durée apparente de la dette se dégrade néanmoins et atteint 3,7 ans en 2023 (contre 3,3 ans en 2022), tout en restant largement en-deçà du seuil d'alerte de 10 ans.

La diminution de l'endettement **s'observe pour tous les types d'établissements privés lucratifs**, mais avec des **évolutions toutefois contrastées**. Rapportée aux recettes, la baisse de l'encours de dette s'effectue d'abord dans les établissements psychiatriques (-1,6 point, à 6,6 %) puis les établissements MCO (-1,4 point, à 10,7 %) et

¹ Les établissements de santé en 2023 - Édition 2025 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques . A noter qu'à des fins de lisibilité de l'annexe 6 au PLFSS pour 2025, le terme « clinique privée » employé par la DREES est remplacé par « établissement privé à but lucratif » dans le texte.

² L'excédent brut d'exploitation détermine la performance opérationnelle que dégage une entreprise de son activité courante, avant l'impact de ses modes de financements.

³ En plus de l'excédent brut d'exploitation (EBE), le résultat d'exploitation inclut quant à lui les autres charges et produits de gestion (comptes 65 et 75) courantes et les dotations et reprises aux amortissements, dotations et dépréciations non exceptionnelles.

⁴ Il s'agit ici des salaires bruts et cotisations sociales.

⁵ Dans sa fiche n°24, sources et méthodes, la DREES indique qu'il s'agit de données provisoires, en raison de la réception à venir de données complémentaires sur la période 2012-2023. Les indicateurs d'investissement sont donc à regarder avec prudence.

enfin dans une moindre proportion dans les établissements SMR (-0,7 point, à 13,8%). De la même manière, le ratio d'indépendance financière, qui s'améliore en 2023 et reste en-deçà du seuil d'alerte sur tous les champs, demeure plus favorable dans les établissements psychiatriques (14% en 2022) que dans les établissements SMR (31%) et les structures MCO (36%). Enfin, la durée apparente de la dette se dégrade en 2023 de +0,8 et +0,7 années sur les établissements MCO et SMR, tandis qu'elle s'améliore en psychiatrie (-0,4 années).

Conséquence de la baisse de l'endettement, la proportion d'établissements privés à but lucratif considérés comme en situation d'alerte en matière d'endettement¹ est en légère diminution, et passe de 19,3% en 2022 à 18,8% en 2023. Le pourcentage d'établissements sans aucun critère d'alerte baisse en parallèle, pour s'établir à 57% en 2023 (après 60 % en 2022).

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

La politique nationale de soutien et d'accompagnement financier a au fil des années 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€ d'euros, financés par des crédits nationaux d'aide à l'investissement à hauteur de 3,5 Md€ (aides en capital complétées 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 ensuite prévu un investissement massif sur le volet hospitalier pour transformer en profondeur le système de santé. Dans ce cadre :

- 6,5 Md€ ont été dédiés à la restauration des capacités financières des établissements (*cf. infra*)
- 7,5 Md€ ont été spécifiquement dévolus au soutien de projets prioritaires ou investissements structurants visant à moderniser, adapter et transformer l'offre de soins (dont 6,5 Md€ étalés sur 10 ans, par le biais du volet 2 de la dotation de l'article 50 de la LFSS pour 2021, *cf. infra*, et dont 1 milliard d'euros faisant l'objet d'un refinancement européen dans le cadre du Plan national de relance et de résilience)
- 1,5 milliard d'euros 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 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.

¹ Par symétrie avec le secteur public, il s'agit de l'ensemble des établissements possédant simultanément deux des trois critères 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 (absence de ressources d'autofinancement pour le remboursement de la dette) ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %.

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

- 4,6 Md€ ont été notifiés aux ARS au titre du volet 2 des dotations de l'article 50 de la LFSS pour 2021 et 2,6 Md€ ont été contractualisés avec les établissements de santé à fin août 2025, et 928 M€ déjà versés au titre de la période 2021-2024 (cf. *infra*) ;
- 0,6 milliard d'euros ont été délégués aux ARS (0,3 milliard d'euros en 2023 et 0,3 milliard d'euros en 2024) au titre du Plan national de relance et de résilience, et 0,5 milliard d'euros a été engagé auprès des établissements de santé à fin juillet 2025. Le solde de ces crédits sera délégué aux ARS en 2025 pour 0,4 milliard d'euros. A fin juillet 2025, 45 M€ ont effectivement été versés aux établissements.

Sur les 1,5 Md€ contribuant à la relance de l'investissement courant, délégués aux ARS entre 2021 et 2025, 1,34 milliards ont été contractualisés par les ARS avec les établissements de santé. A fin juillet 2025, 1,0 milliard d'euros ont été effectivement versés aux établissements.

Le rapport relatif à la mise en œuvre de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

En application de l'article 6 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 « Le Gouvernement adresse au Parlement un rapport annuel d'information sur le versement de la dotation (...). Ce rapport dresse la liste des établissements bénéficiaires de cette dotation et du montant qui leur est versé ». Il est proposé, dans un souci d'unicité de l'information, de réintégrer ces éléments au sein de la présente annexe.

En termes de périmètre, cette dotation concerne les établissements publics de santé et certains établissements à but non lucratifs appelés établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Cette dotation possède un volet 1 relatif à la restauration des capacités financières visant à renforcer les capitaux propres des établissements assurant le service public hospitalier pour leur permettre d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier. Le montant total de ce volet est de 6,5 Md€. Contractualisé dès 2021 sur une période de dix ans entre l'ARS et chaque établissement concerné, cet apport fait l'objet d'un versement annuel aux établissements sur le mois de novembre. Son calendrier prévisionnel n'est sujet qu'à peu de variations chaque année pour tenir compte de certaines situations individuelles spécifiques (changement d'activité...), et permet ainsi une forte visibilité pluriannuelle pour les établissements concernés.

Tableau régionalisé des versements de la restauration des capacités financières (« volet 1 »)

Région, DOM ou TOM	Montant notifié à l'ARS	Etablissements	Montant versé en 2021	Montant versé en 2022	Montant versé en 2023	Montant versé en 2024	Montant restant à déléguer 2025-2029*
Auvergne-Rhône-Alpes	900 M€	127	180 M€	90 M€	89 M€	91 M€	450 M€
Bourgogne-Franche-Comté	472 M€	53	94 M€	46 M€	51 M€	56 M€	225 M€
Bretagne	247 M€	60	53 M€	28 M€	34 M€	32 M€	100 M€
Centre-Val-de-Loire	214 M€	34	46 M€	21 M€	21 M€	22 M€	104 M€
Corse	68 M€	6	14 M€	7 M€	7 M€	7 M€	34 M€
Grand-Est	835 M€	92	169 M€	83 M€	83 M€	83 M€	416 M€
Guadeloupe	73 M€	6	15 M€	7 M€	7 M€	7 M€	37 M€
Guyane	32 M€	3	6 M€	3 M€	3 M€	3 M€	16 M€
Hauts-de-France	657 M€	77	131 M€	66 M€	66 M€	66 M€	329 M€
Ile-de-France	844 M€	89	176 M€	84 M€	84 M€	84 M€	418 M€
Martinique	75 M€	9	15 M€	7 M€	7 M€	7 M€	37 M€
Mayotte	26 M€	1	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€	26 M€
Normandie	255 M€	56	59 M€	25 M€	25 M€	25 M€	123 M€
Nouvelle Aquitaine	367 M€	128	76 M€	36 M€	36 M€	36 M€	182 M€
Occitanie	427 M€	122	87 M€	42 M€	42 M€	42 M€	212 M€
Pays de la Loire	184 M€	49	39 M€	19 M€	19 M€	18 M€	88 M€
Provence-Alpes-Côte d'Azur	743 M€	80	192 M€	69 M€	69 M€	69 M€	344 M€
Réunion	122 M€	3	24 M€	12 M€	12 M€	12 M€	61 M€
Saint-Pierre-et-Miquelon	0,06 M€	1	0,06 M€	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€
Total	6 541 M€	996	1 376 M€	646 M€	656 M€	661 M€	3 202 M€

*Données prévisionnelles consolidées au 29 août 2025

Le volet 2 de cette dotation correspond au soutien à des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier. Il s'agit ici de subventions à l'investissement pour un montant total de 6,5 Md€. Ces crédits sont notifiés en deux temps par le ministère aux ARS : une tranche 1 pour 2021-2025 (70% des crédits soit 4,82 Md€) ; et une tranche 2 pour 2026-2030 (30% des crédits soit 1,68 Md€). Sur chacune de ces tranches, une mise en réserve a été constituée et sera libérée en fin de période à l'issue de dialogues de gestion avec les ARS.

Sur ce volet, la contractualisation avec chaque établissement et le rythme de versements des subventions est dépendant du rythme de l'opération accompagnée, notamment d'ajustements éventuels en cours de projet. En conséquence, les versements aux établissements sont réalisés, à la demande de chaque ARS, trois fois par an (mars, juillet et novembre) afin de répondre aux besoins de décaissement identifiés. Ces éléments expliquent un calendrier prévisionnel beaucoup plus variable et régulièrement actualisé.

Tableau régionalisé des versements du soutien aux investissements structurants (« volet 2 »)

Région, DOM ou TOM	Montant notifié à l'ARS	Montant déjà contractualisé avec les ES**	Etablissements ayant déjà contractualisé	Montant versé en 2021	Montant versé en 2022	Montant versé en 2023	Montant versé en 2024
Auvergne-Rhône-Alpes	375 M€	131 M€	11	9 M€	4 M€	8 M€	20 M€
Bourgogne-Franche-Comté	116 M€	110 M€	18	3 M€	11 M€	20 M€	21 M€
Bretagne	291 M€	28 M€	2	0 M€	0 M€	8 M€	8 M€
Centre-Val-de-Loire	207 M€	134 M€	12	0 M€	27 M€	39 M€	34 M€
Corse	50 M€	6 M€	3	0 M€	0 M€	0 M€	6 M€
Grand-Est	319 M€	237 M€	6	0 M€	0 M€	50 M€	18 M€
Guadeloupe	45 M€	26 M€	2	0 M€	0 M€	11 M€	0 M€
Guyane	66 M€	56 M€	3	0 M€	0 M€	20 M€	8 M€
Hauts-de-France	275 M€	104 M€	7	0 M€	0 M€	0 M€	15 M€
Ile-de-France	861 M€	517 M€	35	0 M€	42 M€	76 M€	136 M€
Martinique	251 M€	26 M€	5	0 M€	0 M€	4 M€	10 M€
Mayotte	20 M€	9 M€	1	0 M€	0 M€	0 M€	0 M€
Normandie	189 M€	80 M€	17	0 M€	1 M€	40 M€	28 M€
Nouvelle Aquitaine	477 M€	173 M€	14	4 M€	0 M€	18 M€	22 M€
Occitanie	547 M€	494 M€	25	0 M€	2 M€	21 M€	17 M€
Pays de la Loire	410 M€	202 M€	2	0 M€	0 M€	80 M€	64 M€
Provence-Alpes-Côte d'Azur	250 M€	241 M€	3	0 M€	0 M€	0 M€	16 M€
Réunion	68 M€	60 M€	2	0 M€	3 M€	2 M€	0 M€
Saint-Pierre-et-Miquelon	3,63 M€	3,45 M€	1	0,00 M€	2 M€	1 M€	1 M€
Total	4 821 M€	2 639 M€	169	16 M€	92 M€	398 M€	422 M€

Après des premières années marquées par les délais d'élaboration, de financement et d'instruction des différents dossiers, le suivi des versements (qui s'adapte aux décaissements réels des projets) 2023 et 2024 traduit la montée en charge du Ségur investissements structurants.

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 :

- La cybersécurité et la résilience des systèmes d'information hospitaliers ;
- L'évolution de l'équipement des établissements de santé et notamment le renforcement de l'interopérabilité des logiciels utilisés par les soignants hospitaliers ;
- L'accompagnement des transformations organisationnelles et le développement des usages du numérique à l'hôpital ;
- 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, 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 «Séjour 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 2022-2023

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique la situation des établissements et services médico-sociaux, financés ou co-financés par la branche autonomie, par catégorie d'établissement, en 2023 et 2024.

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 de taille¹.

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 % 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€.

¹ 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)

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 2022 et 2023 et taux d'évolution

Catégorie ESMS	Libellé ratios financiers	Année - 2022					Année - 2023					Evolution 2023 / 2022 en points	
		N	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	N	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Moyenne 2023 vs 2022	Médiane 2023 vs 2022
182 - SESSAD	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	1 131	-22,2	9,1	8,6	32,3	1 093	-24,2	8,0	7,2	31,7	-1,2%	-1,4%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	1 150	-0,1	6,1	0,0	96,7	1 103	0,0	6,1	0,0	122,2	0,0%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	1 128	-23,3	6,0	5,1	27,5	1 093	-35,1	4,9	4,5	26,2	-1,1%	-0,6%
183 - IME	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	1 022	-20,8	6,1	6,0	32,4	1 041	-22,3	4,8	4,7	31,6	-1,3%	-1,4%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	1 062	-0,6	14,2	2,4	110,6	1 067	0,0	13,8	2,0	101,0	-0,4%	-0,4%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	1 027	-21,3	0,9	0,8	25,8	1 045	-30,3	0,1	0,4	24,6	-0,8%	-0,4%
186 - ITEP	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	307	-14,4	8,0	7,7	29,6	317	-23,6	7,2	6,9	30,5	-0,8%	-0,9%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	320	-9,1	12,6	1,2	87,0	329	0,0	12,8	1,1	113,5	0,2%	-0,1%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	308	-23,9	3,5	2,8	26,9	318	-23,6	2,2	1,6	26,3	-1,3%	-1,2%
188 - EEAP	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	158	-16,6	6,3	5,3	29,3	153	-26,3	5,6	5,2	29,3	-0,7%	-0,1%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	161	0,0	12,9	0,0	81,4	151	0,0	13,6	0,0	88,8	0,7%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	160	-17,8	1,1	0,5	27,3	154	-25,9	0,7	0,2	25,2	-0,3%	-0,3%
189 - CMPP	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	232	-17,1	7,7	7,6	31,8	215	-17,2	7,4	6,5	30,7	-0,3%	-1,1%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	247	0,0	7,9	0,0	79,9	237	0,0	8,3	0,0	78,4	0,4%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	231	-21,7	4,8	4,3	24,8	219	-36,6	4,1	3,7	26,4	-0,6%	-0,7%
190 - CAMSP	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	206	-17,1	7,9	7,3	27,6	210	-26,1	7,4	7,5	30,6	-0,5%	0,2%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	204	0,0	11,1	0,0	111,6	204	0,0	9,5	0,0	112,1	-1,6%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	208	-17,9	4,9	4,8	27,3	210	-30,7	3,9	3,7	24,0	-1,0%	-1,1%
192 - IEM	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	118	-9,9	5,7	5,7	29,1	113	-18,4	4,4	4,4	29,6	-1,3%	-1,4%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	119	-9,9	11,9	0,0	73,3	115	-4,5	11,3	0,0	76,2	-0,7%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	119	-12,7	1,2	0,5	22,7	116	-32,1	0,0	0,1	24,3	-1,2%	-0,4%
194 - IDV	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	19	-12,5	6,7	7,1	19,1	19	-24,74	4,9	4,63	17	-1,9%	-2,4%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	20	0,0	7,9	0,0	55,3	20	0,0	9,8	0,0	57,2	2,0%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	19	-10,5	1,4	0,9	16,1	19	-23,9	-0,2	1,1	11,8	-1,5%	0,2%
195 - IDA	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	45	-16,1	3,9	2,8	27,8	46	-20,1	3,1	3,0	27,5	-0,7%	0,2%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	48	0,0	8,1	0,0	42,4	48	0,0	7,2	0,0	38,0	-1,0%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	47	-22,6	-0,6	-0,3	20,4	46	-22,9	-1,6	-0,5	23,8	-1,0%	-0,2%
196 - IESPESA	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	9	-0,8	7,4	8,2	12,2	15	-4,5	4,6	4,9	13,3	-2,7%	-3,4%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	6	0,0	6,7	0,0	39,8	14	0,0	5,7	0,0	47,8	0,0%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	9	-3,1	3,4	4,0	11,4	15	-9,6	1,1	1,7	7,3	-2,3%	-2,3%
209 - SPASAD	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	60	-14,4	3,9	3,6	32,1	64	-16,2	5,5	5,3	20,1	1,6%	1,7%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	87	0,0	2,8	0,0	68,3	88	0,0	3,9	0,0	70,8	1,1%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	59	-18,6	2,3	2,4	22,1	65	-33,5	3,7	2,4	20,5	1,4%	-0,1%
246 - ESAT	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	1 039	-22,5	6,4	5,8	32,1	1 091	-23,5	5,6	5,5	30,9	-0,9%	-0,3%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	1 106	-13,3	15,1	1,8	101,8	1 110	-16,0	14,3	0,2	125,2	-0,8%	-1,6%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	1 047	-24,4	1,6	0,9	24,8	1 097	-30,5	1,0	1,0	25,9	-0,6%	0,1%
249 - ESRP	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	61	-6,5	10,9	10,7	29,1	61	-13,9	9,2	9,0	27,0	-1,7%	-1,6%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	71	0,0	17,0	0,1	109,2	68	0,0	14,9	0,9	117,5	-2,1%	0,8%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	60	-16,8	3,4	2,2	25,2	61	-14,5	2,8	1,9	16,7	-0,5%	-0,3%
255 - MAS	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	579	-19,9	5,8	5,8	28,9	613	-25,2	2,8	3,1	31,6	-3,0%	-2,6%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	584	-9,2	25,8	12,4	107,6	619	-16,4	25,9	11,5	124,0	0,1%	-0,9%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	584	-21,9	0,2	0,5	25,8	621	-29,5	-2,0	-1,1	23,0	-2,2%	-1,6%
354 - SSIAD	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	1 195	-22,5	4,4	4,0	32,0	1 290	-25,7	3,3	2,7	31,0	-1,2%	-1,3%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	1 161	-3,8	4,3	0,0	90,9	1 194	-14,3	4,6	0,0	103,0	0,3%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	1 191	-24,6	2,5	2,0	26,5	1 290	-40,3	1,7	1,2	26,4	-0,8%	-0,8%
445 - SAMSAH	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	321	-15,8	10,3	9,7	31,6	386	-24,7	9,0	8,6	30,5	-1,3%	-1,1%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	369	0,0	5,4	0,0	100,0	408	0,0	4,6	0,0	103,1	-0,8%	0,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	319	-20,5	6,5	6,2	25,4	383	-36,7	6,6	6,5	26,3	0,0%	0,3%
448 - EAM	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	804	-22,0	4,5	4,5	32,0	892	-25,5	1,4	1,2	30,7	-3,2%	-3,3%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	817	-14,6	26,9	11,6	109,9	846	-27,0	25,6	8,0	122,1	-1,3%	-3,6%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	808	-24,6	0,2	0,3	26,0	900	-40,7	-2,7	-2,1	26,2	-3,0%	-2,4%
500 - EHPAD	Tx de capacité d'autofinancement corrigé des extrêmes en %	5 262	-22,4	4,1	4,3	32,2	5 724	-26,3	2,1	2,4	30,8	-2,0%	-1,9%
	Tx d'endettement corrigé des extrêmes en %	3 985	-14,8	26,6	20,2	109,8	4 619	-29,2	25,0	17,2	124,2	-1,6%	-3,0%
	Tx de résultat net corrigé des extrêmes en %	5 255	-24,5	0,8	0,6	26,5	5 671	-41,2	-1,9	-1,3	25,7	-2,7%	-1,8%

Source : Tableau de bord de la performance 2022-2023 corrigé des valeurs extrêmes

Globalement, la situation financière s'érode entre 2022 et 2023 pour une grande partie des catégories d'établissements et services, avec des taux de CAF et taux de résultat en baisse, en moyenne comme en médiane, hormis les IDA. Cette baisse s'inscrit dans la tendance baissière déjà constatée entre 2021 et 2022, ce qui est susceptible d'entamer les fonds propres des structures et leur solidité financière à long terme. Dans

la plupart des catégories de structures relevant du champ de l'enfance handicapée, le taux de résultat médian s'approche de 0%, indiquant un équilibre fragile pour au moins 50% des effectifs de la catégorie. Les situations où le résultat dégagé annuellement est insuffisant, pour assurer les remboursements d'emprunts et le renouvellement des immobilisations, s'étend donc.

L'érosion semble plus marquée pour les instituts pour déficients auditifs (IDA), instituts pour déficients visuels (IDV), maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'accueil médicalisés (EAM), dont les taux moyens et médians de résultats deviennent négatifs entre 2022 et 2023. Le nombre d'établissements en déficit est donc plus élevé que le nombre d'établissements en excédent, au sein de ces quatre catégories. Concernant les IDV, le taux de résultat médian est positif alors que le taux de résultat moyen est négatif. Les situations sont donc très variées entre les établissements, avec certains d'entre eux fortement déficitaires, ce qui tire la moyenne vers le bas. L'effet est d'autant plus marqué que l'effectif de la catégorie est faible.

Ces mêmes catégories sont aussi celles qui présentent un taux de CAF, moyen ou médian, inférieur à 5%. La même dégradation est constatée également pour les EHPAD.

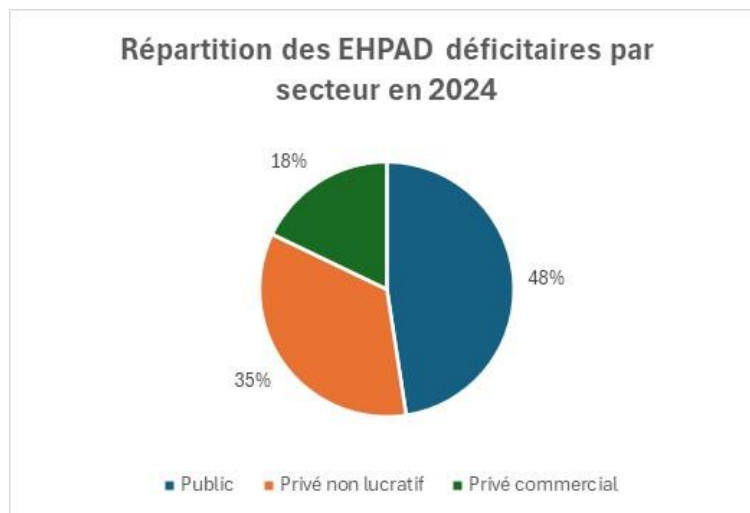
Des précautions de lecture doivent cependant conduire à considérer avec réserves les chiffres présentés :

- 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 sur 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. A prestations et taille équivalentes, la situation financière des établissements médico-sociaux peut également différer 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, IESPESA¹). 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

En 2024, la part des EHPAD en déficit dans le total des EHPAD, tous statuts confondus, est de 51,1%. Cette part est en légère baisse par rapport à la part constatée en 2023 de 58 %. Après la forte hausse du nombre d'EHPAD déficitaires entre 2021 et 2022, seule une évolution inscrite dans la durée pourra confirmer si la situation connaît une amélioration structurelle. La proportion d'EHPAD déficitaires reste forte.

¹ Institut d'éducation sensorielle pour les enfants sourd/aveugle



Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024 – analyse par établissement

L'analyse de la situation financière est fondée sur les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD), transmis par les établissements au titre de l'exercice 2024, ou le tableau de bord de la performance. Concernant le champ des EHPAD, les indicateurs présentés ici sont consolidés à l'échelle du regroupement d'établissements constituant le périmètre du dossier de l'ERRD. En effet, ce regroupement est la maille d'analyse la plus fine concernant les données bilanciellles. Les gestionnaires peuvent regrouper tout type d'établissement ou service médico-social, dont les EHPAD, dans un dossier d'ERRD. Dans ce cas, les données bilanciellles par établissement n'existent pas. Les indicateurs consolidés peuvent donc comprendre d'autres établissements ou services, à la marge, ce qui est une précaution de lecture. Par ailleurs, les résultats présentés ici constituent les premiers résultats d'un travail en cours d'approfondissement et peuvent donc encore être modifiés.

► Secteur privé

Proportion d'EHPAD privés déficitaires

La proportion d'EHPAD déficitaires est très importante, notamment dans le secteur privé non lucratif, en lien avec les difficultés financières observées depuis 2021. Un pic a été atteint en 2023 et le volume d'EHPAD déficitaires commence à refluer en 2024.

Dans le secteur commercial, la proportion de structures déficitaires est restée stable entre 2023 et 2024.

Le tableau suivant montre la proportion d'EHPAD de statut privé déficitaires par au 31 décembre 2024 :

	Nombre total d'EHPAD	EHPAD déficitaires (2023)		EHPAD déficitaires (2024)	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Privé non lucratif	1376	885	64,3%	739	53,7%
Privé commercial	902	294	32,6%	296	32,8%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2022

Taux de résultat

Dans le secteur privé non lucratif, le taux négatif signifie que plus de 50% des EHPAD sont déficitaires. La situation n'est donc pas encore équilibrée pour une majorité de l'effectif, mais l'amélioration évoquée plus haut semble aussi concerner le poids du déficit. Le taux de résultat médian passe en effet de -1,58% à -0,27% entre 2023 et 2024. Il pèse donc moins sur l'exploitation courante, pour au moins 50% des EHPAD privés non lucratifs.

Concernant le secteur privé commercial, l'amélioration de la situation se confirme, avec une légère progression du taux de résultat, de 2,24% à 2,35% entre 2023 et 2024. Par ailleurs, la catégorie des EHPAD commerciaux est la seule à connaître un taux de résultat médian positif.

	Taux de résultat médian	
	2023	2024
Privé non lucratif	-1,58%	-0,27%
Privé commercial	2,24%	2,35%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Capacité d'autofinancement (CAF)

Le taux de CAF amorce une remontée entre 2023 et 2024, même s'il reste inférieur à 5% dans le secteur privé non lucratif. Dans ce secteur, la situation des structures semble encore fragile.

	Taux de CAF médian	
	2023	2024
Privé non lucratif	2,35%	3,52%
Privé commercial	4,97%	5,17%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Taux d'endettement et taux de vétusté

La vétusté des installation techniques, des matériels et des outillages est globalement élevée, tant dans le secteur des EHPAD privés non lucratifs que lucratifs. Dans les deux secteurs, le renouvellement de ces derniers doit être envisagé rapidement pour au moins la moitié des établissements afin d'assurer une maîtrise des taux de vétusté.

	Taux de vétusté des constructions		Taux de vétusté des installations techniques, matériels et outillages	
	2023	2024	2023	2024
Privé non lucratif	45%	47%	76%	77%
Privé commercial	22%	30%	74%	72%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Le taux de vétusté d'une immobilisation est calculé en rapportant les amortissements cumulés, comptabilisés pour valoriser son obsolescence, à sa valeur brute d'acquisition. Les taux généralement admis pour refléter un besoin de remplacement sont autour de 60%. Ce remplacement est considéré comme urgent dès lors que le taux de vétusté dépasse 80%. Le seuil d'alerte de la dépendance financière est de 50% des financements de long terme. La moitié des EHPAD se situe en deçà de ce seuil. Concernant le secteur commercial, les politiques d'emprunts sont généralement gérées au niveau des sièges sociaux ou des maisons mères. Un taux de 0% dans l'ERRD ne signifie donc pas, généralement, une absence de capitaux empruntés.

	Taux de dépendance médian	
	2023	2024
Privé non lucratif	25,19%	24,38%
Privé commercial	0,00%	0,00%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Trésorerie en jours

La trésorerie en jours représente la durée pendant laquelle l'établissement peut faire face à ses frais courants sans percevoir de produits. Peu de repères existent sur le niveau de trésorerie optimal ou gage de santé financière. Cependant, un délai inférieur à 60 jours peut généralement interroger sur l'apparition probable ou potentielle de tensions de trésorerie.

Concernant le secteur privé non lucratif, le nombre de jours d'exploitation d'avance [pendant lesquels l'établissement peut couvrir ses frais courants sans percevoir de produits] semble se stabiliser autour de 80 jours en 2023 et 2024, c'est à dire à un niveau qui exclut a priori des tensions de trésorerie.

Concernant le secteur privé commercial, la gestion au niveau des groupes ne permet pas de visualiser les données de trésorerie dans les ERRD. L'analyse des situations de trésorerie par structure n'est donc pas possible.

Trésorerie en jours de charges décaissables		
	2023	2024
Privé non lucratif	77,14	79,85
Privé commercial	17,87	19,55

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

► Secteur public

Proportion d'EHPAD publics déficitaires

A l'instar du secteur privé, la proportion d'EHPAD publics déficitaires diminue entre 2023 et 2024, avec une amélioration de près de 10 points de pourcentage. Cette amélioration est constatée tant pour les EHPAD publics autonomes que pour les EHPAD rattachés à une collectivité territoriale. Toutefois, au 31 décembre 2024, cette proportion reste importante, avec plus d'un EHPAD sur deux présentant un déficit.

Le tableau suivant présente la proportion d'EHPAD publics déficitaires, hors établissements publics de santé (EPS) au 31 décembre 2024 :

	Nombre total d'EHPAD	EHPAD déficitaires (2023)		EHPAD déficitaires (2024)	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Public autonome	894	622,00	69,6%	525	58,7%
Rattaché à une collectivité territoriale	670	433,00	64,6%	361	53,9%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Taux de résultat

Le taux de résultat s'améliore entre 2023 et 2024, même si le résultat reste négatif pour au moins la moitié des EHPAD publics autonomes ou rattachés à une collectivité territoriale. Le taux médian reste négatif.

Taux de résultat médian		
	2023	2024
Public autonome	-2,02%	-0,73%
Rattaché à une collectivité territoriale	-1,67%	-0,47%

Capacité d'autofinancement (CAF)

Le taux de CAF progresse entre 2023 et 2024 pour les deux secteurs mais la situation semble encore fragile. En effet, avec un taux médian inférieur à 5%, le renouvellement des immobilisations ou le remboursement d'emprunts peut être plus difficile à sécuriser pour les structures.

	Taux de CAF médian	
	2023	2024
Public autonome	2,20%	3,88%
Rattaché à une collectivité territoriale	1,10%	2,19%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Taux d'endettement et taux de vétusté

La situation des EHPAD publics hors établissements publics de santé (EPS) est comparable à celle du secteur privé non lucratif, avec des taux de vétusté globalement élevés, notamment concernant les installations techniques, matériels et outillages.

	Taux de vétusté des constructions		Taux de vétusté des installations techniques, matériels et outillages	
	2023	2024	2023	2024
Public autonome	49%	49%	76%	75%
Rattaché à une collectivité territoriale	30%	33%	67%	68%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Le seuil d'alerte de la dépendance financière est de 50% des financements de long terme. Il n'est donc pas atteint ici, pour au moins la moitié des EHPAD.

	Taux de dépendance médian	
	2023	2024
Public autonome	33,97%	32,94%
Rattaché à une collectivité territoriale	7,08%	5,70%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Trésorerie en jours

Concernant les EHPAD publics autonomes, le nombre de jours d'exploitation d'avance [soit la période pendant laquelle un établissement peut couvrir ses frais courants sans percevoir de produits] est en légère baisse entre 2023 et 2024. La situation en trésorerie peut être détériorée par les forts niveaux de déficit passés, et est encore fragile. Concernant les EHPAD rattachés à une collectivité territoriale, ils disposent pour la moitié d'entre eux, d'environ 35 jours d'exploitation d'avance, ce qui est généralement insuffisant pour répondre aux besoins d'exploitation courante.

	Trésorerie en jours de charges décaissables	
	2023	2024
Public autonome	71,85	65,00
Rattaché à une collectivité territoriale	38,42	35,96

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

► **Focus sur les EHPAD rattachés à un établissement public de santé (EPS)**

Les EHPAD rattachés à un établissement public de santé doivent transmettre à leurs autorités de tarification des états réalisés des charges et des produits (ERCP), à la place de l'ERRD. L'ERCP ne contient pas de données bilanciellles. C'est pourquoi, contrairement aux autres EHPAD, les ratios de vétusté, d'endettement et de trésorerie ne sont pas connus. De ce fait, les taux de résultat et de CAF ne sont pas consolidés au niveau du regroupement d'établissements inclus dans le périmètre de l'ERCP. Les ratios présentés ici sont calculés à l'échelle de l'établissement.

Proportion d'EHPAD déficitaires

Le secteur des EHPAD rattaché à un EPS est celui qui connaît la plus forte proportion d'EHPAD déficitaires. Leur situation est particulièrement dégradée, même si une amélioration s'amorce entre 2023 et 2024, comme dans les autres secteurs.

Le tableau suivant montre la proportion d'EHPAD rattachés à un EPS déficitaires au 31 décembre 2024 :

	Nombre total d'EHPAD	EHPAD déficitaires (2023)		EHPAD déficitaires (2024)	
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Rattaché à un établissement public de santé	783	641,00	81,9%	584	74,6%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Taux de résultat :

L'amélioration des taux de résultats constatée dans les autres secteurs est également visible pour les EHPAD rattachés à un EPS. Cependant, un taux médian de -4%, signifiant que le déficit représente au moins 4% des produits courants pour au moins 50% des effectifs, reste le signe d'une situation très dégradée.

	Taux de résultat médian	
	2023	2024
Rattaché à un établissement public de santé	-5,72%	-4,00%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

Taux de CAF :

Dans le prolongement des constats présentés plus haut, le taux de CAF médian s'améliore de plus d'un point de pourcentage entre 2023 et 2024, mais reste préoccupant.

	Taux de CAF médian	
	2023	2024
Rattaché à un établissement public de santé	-7,12%	-6,04%

Source : Etat réalisé des recettes et des dépenses 2024

► **Bilan de l'octroi des CNR ESMS en difficultés**

En 2024, des crédits ont été alloués aux ARS en crédits non reconductibles (CNR) pour soutenir les ESMS en difficulté. **1 495 EHPAD** ont ainsi été soutenus pour un montant total de **286 288 270 €**.

Répartition par ARS des CNR alloués en 2024 aux EHPAD en difficultés

ARS	Montant total	Nbre EHPAD
ARA	22 952 609 €	159
BFC	10 600 017 €	53
Bretagne	36 125 955 €	393
CVL	8 757 752 €	46
Corse	980 000 €	3
GE	12 173 738 €	74
Guadeloupe	1 771 505 €	2
HDF	17 749 495 €	36
IDF	37 646 237 €	129
La Réunion	1 093 597 €	3
Mayotte	0 €	0
Martinique	100 000 €	2
Normandie	19 900 000 €	66
NA	31 047 211 €	61
Occitanie	54 276 531 €	334
PDL	10 397 609 €	45
PACA	20 616 014 €	88
St Pierre et Miquelon	100 000 €	1
Total	286 288 270 €	1 495

Source : Sidoba

Les EHPAD soutenus sont pour un tiers des EHPAD privés non lucratifs et pour un autre tiers des EHPAD publics autonomes.

Statut	Nombre EHPAD	%
Public rattaché à un ES	282	18,86
Public autonome	421	28,16
Public territorial	294	19,67
Privé Non Lucratif	484	32,37
Privé commercial	14	0,94
Total	1495	100

Source : Sidoba

2.3 Situation globale des ESMS PH

La situation financière des établissements et services relevant du champ du handicap est analysée ici en scindant le secteur, dans la mesure où la montée en charge progressive des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) induit la coexistence de deux régimes budgétaires différents. En effet, les établissements et services n'ayant pas encore signé de CPOM sont soumis au compte administratif (CA) et les établissements et services ayant signé un CPOM sont soumis à l'ERRD. Or les données issues des bilans financiers, utilisées ici, ne sont pas présentées selon la même échelle dans ces deux documents. Les établissements et services soumis au CA transmettent à leurs autorités de tarification un CA rempli à l'échelle de l'établissement ou du service.

Comme pour les EHPAD, les établissements et services soumis à l'ERRD remplissent un bilan financier à l'échelle du regroupement d'établissements et services inclus dans le périmètre de l'ERRD. Selon le type d'activités gérées par l'organisme gestionnaire, il est donc possible que les données intègrent des activités sociales et médico-sociales différentes de celles relevant du champ du handicap, sans qu'elles puissent être identifiées précisément. Ce cas est a priori marginal mais les ratios qui suivent doivent ici aussi être lus avec cette réserve.

Enfin, les modèles de gestion financière divergent entre un service et un établissement avec hébergement sur le plan des charges fixes et de fonctionnement, et selon les publics accueillis. Les services et les établissements sont donc difficilement comparables. C'est pourquoi, la clé de présentation est, contrairement au champ des EHPAD, organisée par catégories de structures. Pour rappel, le secteur privé commercial est très peu représenté dans le champ du handicap, ce qui explique qu'il soit absent des tableaux présentés ci-dessous.

Lorsque les effectifs ne sont pas significatifs ou que les données ne sont pas disponibles, les statuts juridiques sont absents dans les tableaux présentés ci-après.

► Etablissements et services (ESMS) accueillant des enfants handicapés

Proportion d'ESMS déficitaires

Globalement, la proportion d'ESMS déficitaires dans le champ de l'enfance handicapée a baissé entre 2023 et 2024, excepté dans la catégorie des services soumis au CA. Le nombre d'ESMS déficitaires a considérablement baissé en particulier pour les établissements et services privés non lucratifs soumis à l'ERRD (jusqu'à -25,6 points de pourcentage).

		ESMS soumis au CA				
		Nombre total d'ESMS	ESMS déficitaires (2023)		ESMS déficitaires (2024)	
			Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	393	151	38,4%	111	28,2%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	397	77	19,4%	113	28,5%

Source : CA 2024

		ESMS soumis à l'ERRD (éventuellement regroupés)				
		Nombre total d'ESMS	ESMS déficitaires (2023)		ESMS déficitaires (2024)	
			Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	211	66	31,3%	12	5,7%
	Public autonome	27	9	33,3%	7	25,9%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	208	70	33,7%	22	10,6%
	Public autonome	19	5	26,3%	2	10,5%
	Rattaché à un EPS	18	0	0,0%	0	0,0%

Source : ERRD 2024

Taux de résultat

Les taux de résultat médian sont positifs dans l'ensemble des catégories présentées, ce qui signifie que le résultat est positif pour au moins 50% de l'effectif des structures. Toutefois, ces taux de résultats médians sont globalement faibles puisqu'ils ne dépassent pas 1,9%, hormis pour les services qui oscillent entre 2,8 et 14,8%. Cette situation peut entraver la capacité des structures à dégager des financements de long terme.

Taux de résultat médian		ESMS soumis au CA	
		2023	2024
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	0,5%	1,6%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	3,6%	3,7%

Source : CA 2024

Taux de résultat médian		ESMS soumis à l'ERRD	
		2023	2024
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	1,1%	1,9%
	Public autonome	1,3%	0,8%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	0,9%	1,6%
	Public autonome	3,2%	2,8%
	Rattaché à un EPS	10,4%	14,8%

Source : ERRD 2024

Taux de CAF

Les taux de CAF médians apparaissent satisfaisants en 2023 et en 2024. Il convient toutefois de noter que la situation des établissements publics autonomes connaît une forte détérioration entre 2023 et 2024 (-2,5 points de pourcentage).

Taux de CAF médian		ESMS soumis au CA	
		2023	2024
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	3,1%	5,2%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	7,7%	6,4%

Source : CA 2024

Taux de de CAF médian		ESMS soumis à l'ERRD	
		2023	2024
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	5,3%	6,2%
	Public autonome	6,3%	3,8%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	5,3%	5,5%
	Public autonome	6,4%	6,2%

Source : ERRD 2024

Taux de dépendance financière

Taux de dépendance financière médian		ESMS soumis à l'ERRD	
		2023	2024
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	10,8%	9,6%
	Public autonome	9,7%	8,7%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	14,3%	13,0%
	Public autonome	13,2%	12,5%

Source : ERRD 2024

Taux de vétusté

Les taux de vétusté sont particulièrement élevés dans le champ de l'enfance handicapée, d'une manière générale, et notamment concernant les installations, matériels et outillages. Pour ces derniers, le

renouvellement devient urgent pour au moins la moitié des effectifs, que les structures soient soumises au CA ou à l'ERRD.

Taux de vétusté médians		ESMS soumis au CA			
		Construction		Installations, matériels et outillages	
		2023	2024	2023	2024
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	63,1%	64,5%	82,13%	81,72%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	56,2%	56,2%	85,66%	89,06%

Source : CA 2024

Taux de vétusté médian		ESMS soumis à l'ERRD			
		Construction		Installations, matériels et	
		2023	2024	2023	2024
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	55,0%	56,8%	81,4%	82,4%
	Public autonome	50,8%	49,2%	84,0%	83,5%
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	49,9%	52,4%	81,8%	81,3%
	Public autonome	58,6%	61,8%	82,7%	82,4%

Source : ERRD 2024

Trésorerie en jours de charges

Les niveaux de trésorerie observés en 2023 et 2024 sont proches de ceux observés sur les exercices antérieurs.

Trésoreries en jours de charges décaissables médianes		ESMS soumis au CA	
		2023	2024
Etablissements accueillant des enfants	Privé non lucratif	138,1	138,1
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	200,5	203,6

Source : CA 2024

Trésoreries en jours de charges décaissables médianes		ESMS soumis à l'ERRD	
		2023	2024
Etablissements accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	181,8	191,1
	Public autonome	161,5	165,0
Services accueillant des enfants handicapés	Privé non lucratif	169,6	169,1
	Public autonome	186,1	192,2

Source : ERRD 2024

► Etablissements et services (ESMS) accueillant des adultes handicapés

Proportion d'ESMS déficitaires

La proportion d'ESMS en difficulté est importante essentiellement parmi les établissements accueillant des adultes handicapés. Cependant, le nombre d'ESMS PH adultes déficitaires entre 2023 et 2024 diminue.

		ESMS soumis au CA				
		Nombre total d'ESMS	ESMS déficitaires (2023)		ESMS déficitaires (2024)	
			Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	2325	1254	53,9%	1056	45,4%
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	554	165	29,8%	148	26,7%

Source : CA 2024

		ESMS soumis à l'ERRD (éventuellement regroupés)				
		Nombre total d'ESMS	ESMS déficitaires (2023)		ESMS déficitaires (2024)	
			Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	579	270	46,6%	91	15,7%
	Public autonome	56	29	51,8%	6	10,7%
	Rattaché à un EPS	54	1	1,9%	1	1,9%
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	170	61	35,9%	27	15,9%

Source : ERRD 2024

Taux de résultat

Dans le champ du handicap adulte, la situation est globalement moins favorable que dans le champ de l'enfance handicapée, avec des taux de résultat médian négatifs dans plusieurs catégories. Hormis les services soumis au CA, la situation reste fragile, voire très fragile pour les établissements rattachés à un EPS, en tenant compte d'une réserve sur le faible effectif.

Taux de résultat médian		ESMS soumis au CA	
		2023	2024
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	-1,1%	-0,2%
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	2,9%	4,6%

Source : CA 2024

Taux de résultat médian		ESMS soumis à l'ERRD	
		2023	2024
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	0,2%	0,5%
	Public autonome	-0,2%	-0,3%
	Rattaché à un EPS	-1,4%	-7,6%
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	1,1%	1,4%

Source : ERRD 2024

Taux de CAF

Globalement, les taux de CAF restent globalement proches des valeurs de référence généralement admis comme assurant une viabilité financière à long terme (5 à 10% selon l'EHESP), même si une érosion des taux est visible entre 2023 et 2024, hormis pour les établissements privés non lucratifs. Par ailleurs, l'analyse de la situation des établissements rattachés à un établissement public de santé devrait être particulièrement approfondie car leur taux de CAF a baissé de 6 points de pourcentage en un an.

Taux de CAF médian		ESMS soumis au CA	
		2023	2024
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	2,7%	3,5%
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	5,6%	7,6%

Source : CA 2024

Taux de de CAF médian		ESMS soumis à l'ERRD	
		2023	2024
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	4,8%	5,4%
	Public autonome	4,7%	3,9%
	Rattaché à un EPS	8,5%	-2,5%
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	5,3%	5,0%

Source : ERRD 2024

Taux de dépendance financière

A l'instar des établissements accueillant des enfants handicapés, les établissements accueillant des adultes handicapés soumis au CA ne sont pas ou peu endettés. Concernant les ESMS soumis à l'ERRD, les taux sont, comme dans l'ensemble du champ, relativement faibles.

Taux de dépendance financière médian		ESMS soumis à l'ERRD	
		2023	2024
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	25,3%	23,6%
	Public autonome	22,4%	21,2%
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	15,2%	12,8%

Source : ERRD 2024

Taux de vétusté

La situation des ESMS accueillant des adultes handicapés est comparable à celle des ESMS accueillant des enfants handicapés, avec une vétusté forte et un besoin de renouvellement des installations, matériels et outillages.

Taux de vétusté médians		ESMS soumis au CA			
		Construction		Installations, matériels et outillages	
		2023	2024	2023	2024
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	59,8%	60,7%	82,44%	82,81%
	Public autonome				
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	64,3%	63,9%	85,47%	87,51%

Source : CA 2024

Taux de vétusté médian		ESMS soumis à l'ERRD			
		Construction		Installations, matériels et	
		2023	2024	2023	2024
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	55,4%	56,3%	79,8%	80,1%
	Public autonome	52,3%	55,4%	79,6%	81,3%
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	50,9%	51,7%	79,1%	79,3%

Source : ERRD 2024

Trésorerie en jours

Les niveaux de trésorerie en 2023 et en 2024 sont stables et comparables à ceux des années antérieures.

Trésoreries en jours de charges décaissables médianes		ESMS soumis au CA	
		2023	2024
Etablissements accueillant des adultes	Privé non lucratif	76,7	74,0
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	178,4	187,9

Source : CA 2024

Trésoreries en jours de charges décaissables médianes		ESMS soumis à l'ERRD	
		2023	2024
Etablissements accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	116,3	114,0
	Public autonome	100,1	91,9
Services accueillant des adultes handicapés	Privé non lucratif	149,9	145,9

Source : ERRD 2024

2.4 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€, à la fin du PNRR en juin 2026.

En parallèle, 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 nécessaires ¹ ». 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. Un complément d'instruction a été publié en juillet 2025.

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

2.4.1.1 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 leur autonomie. Ils doivent favoriser la qualité de vie au travail des personnels 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 à la 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 : il s'agit des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées financés exclusivement ou conjointement sur 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 : 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 ;

¹ Dossier de presse de la conférence nationale du handicap 2023

- Sur le montant de l'opération : montant minimum de 800 000 € toutes dépenses confondues (TTC – TDC).

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.

Il a également été décidé d'accorder des aides complémentaires à des projets déjà soutenus pour renforcer le niveau de subvention quand les coûts des travaux augmentent en lien avec des facteurs socio-économiques (inflation notamment).

A contrario, les opérations suivantes ne sont pas éligibles :

- 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 ;
- les 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 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 tiennent compte des 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. Un soutien spécifique a également été décidé pour l'habitat intermédiaire, les résidences autonomie et les habitats inclusifs.

2.4.1.2 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 a permis 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.

2.4.1.3 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 2022 à 2024 (en millions d'euros) au 31 décembre 2022

Tableau de répartition des autorisations d'engagement entre régions au titre des années 2022 à 2024 (en euros) au 31 décembre 2024

	PAI PH			PAI PA		
	Enveloppe 2022	Enveloppe 2023	Enveloppe 2024	Enveloppe 2022	Enveloppe 2023	Enveloppe 2024
Auvergne-Rhône-Alpes	3 315 586	3 351 515	2 397 507	29 081 852	27 319 316	28 436 560
Bourgogne-Franche-Comté	1 406 529	1 440 151	1 011 337	14 687 488	13 797 337	15 625 071
Bretagne	1 553 655	1 600 034	1 075 223	16 795 306	15 777 409	15 607 759
Centre-Val de Loire	1 278 623	1 309 407	929 487	10 409 404	9 778 531	11 713 386
Grand Est	2 789 087	2 779 678	2 077 545	22 882 066	21 495 274	21 264 142
Hauts-De-France	3 099 739	3 116 420	3 059 566	26 228 099	24 638 517	24 373 586
Ile-de-France	4 345 836	4 265 267	5 299 710	24 722 115	23 223 804	23 349 069
Normandie	1 733 513	1 742 882	1 260 116	12 677 570	11 909 232	11 781 176
Nouvelle-Aquitaine	2 826 037	2 827 855	2 163 621	21 811 643	20 489 726	20 269 406
Occitanie	2 730 747	2 640 118	2 678 959	25 116 121	23 593 932	23 340 234
Pays de la Loire	1 664 905	1 680 690	1 138 864	19 217 461	18 052 766	17 858 650
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 750 038	1 743 295	2 103 375	23 870 875	22 424 156	22 692 328
Total Métropole	28 494 295	28 497 312	25 195 308	247 500 000	232 500 000	236 311 367
Corse	240 000	240 000	189 219	3 390 740	3 390 740	4 968 011
Guadeloupe	240 000	240 000	229 999	4 236 430	3 585 109	11 267 485
Guyane	240 000	240 000	397 334	847 300	902 074	1 030 941
La Réunion	310 911	305 705	469 045	4 717 823	5 560 426	17 723 565
Martinique	240 000	240 000	346 188	4 591 477	3 452 455	15 442 050
Mayotte	240 000	240 000	172 908	720 000	609 196	2 460 616
AR Corse et OM	1 510 911	1 505 705	1 804 692	18 503 770	17 500 000	52 892 668
ARS France entière	30 005 206	30 003 017	27 000 000	266 003 770	250 000 000	289 204 035

2.4.1.4 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.

2.4.1.5 L'octroi des subventions aux projets retenus

Ces subventions 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 1 M€ 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 1 M€ 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 peuvent être accompagnées d'une mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles au soutien de l'investissement afin de minimiser le reste à charge des résidents, notamment via des subventions émanant des collectivités territoriales.

2.4.2. Les plans d'aide à l'investissement au titre de l'année 2024

2.4.2.1 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 ont pu allouer 465 M€ supplémentaires à des projets de rénovation d'EHPAD (232,5 M€/an). Au titre de l'année 2024, 155 projets ont été retenus permettant de rénover près de 10 000 places.

En 2024, les ARS ultramarines ont programmé un niveau important de projets avec plus de 35 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 de concourir à la résorption du retard d'offre de ces régions. L'année 2024, dernière année du PAI, a été marquée par une encore plus importante programmation avec 25 projets financés, impactant plus de 1 700 places.

	2021	2022	2023	2024
<i>Corse</i>	4 886 970	3 390 740	3 390 740	3 875 131
<i>Guadeloupe</i>	4 236 430	3 585 109	3 585 109	4 097 267
<i>Martinique</i>	4 591 477	3 452 455	3 452 455	3 945 663
<i>Guyane</i>	847 300	902 074	902 074	1 030 941
<i>La Réunion</i>	4 717 823	5 560 426	5 560 426	6 354 772
<i>Mayotte</i>	720 000	609 196	609 196	696 226
Total	20 000 000	17 500 000	17 500 000	20 000 000

L'année 2024 est également marquée par l'instruction relative à la création d'un Fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027. Une sous-enveloppe dédiée aux projets immobiliers de 147,5 M€ dont 27 M€ disponibles dès 2024 est prévue avec l'objectif d'orienter ces fonds vers des projets qui intègrent la transformation de l'offre. Cette mobilisation massive passe notamment par le développement de l'offre médico-sociale, selon les modalités précisées dans la circulaire interministérielle n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/ 2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030.

2.4.2.2 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.

2.4.2.3 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 2024 des fonds aux ARS pour soutenir près de 20 nouveaux projets.

La répartition a été calculée sur la base du nombre d'EHPAD dont au moins 50% sont habilitées à l'aide sociale, c'est-à-dire que les places soient éligibles à une aide financière qui peut être versée par le conseil départemental aux personnes ayant des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement en établissement.

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

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

Tableau de répartition des crédits "Tiers lieux" de 2022 à 2024

ARS	Nombre d'EHPAD 50% HAS	Année 2022	Année 2023	Année 2024 mis à jour
Auvergne-Rhône-Alpes	719	373 333	373 333	401 775
Bourgogne-Franche-Comté	321	166 676	166 676	268 552
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	217 317
Hauts-De-France	306	158 887	158 887	165 930
Ile-de-France	297	154 214	154 214	162 642
Normandie	220	114 233	114 233	228 466
Nouvelle-Aquitaine	500	259 620	259 620	259 620
Occitanie	591	306 870	306 870	613 740
Pays de la Loire	377	195 753	195 753	436 474
Provence-Alpes-Côte d'Azur	256	132 925	132 925	398 775
Total ARS hors Corse et OM	4574	2 375 000	2 375 000	3 458 084
Corse	19	25 000	25 000	75 000
Guadeloupe	18	25 000	25 000	75 000
Guyane	4	25 000	25 000	75 000
La Réunion	16	25 000	25 000	25 000
Martinique	21	25 000	25 000	75 000
AR Corse et OM	78	125 000	125 000	325 000
ARS France entière	4652	2 500 000	2 500 000	2 965 850

2.4.2.4 Le plan d'aide à l'investissement dédié à l'habitat intermédiaire

Pour la 3^{ème} année, 37,5 M€ ont été délégués à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) en 2024 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), dans sa 3^{ème} édition, 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. A terme, près de 9 000 places nouvelles auront été financées
- 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 de nouveau 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 les 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.

2.5. Les investissements numériques dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Lancé en 2021, le Ségur numérique a pour ambition de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et usagers, pour mieux prévenir, mieux soigner et mieux accompagner. 600 M€ sont dédiés au secteur médico-social pour 5 ans, avec pour objectif de favoriser la montée en maturité numérique des ESSMS, et notamment :

- **Pour les ESSMS non équipés de Dossier Usager Informatisé (DUI) :** l'acquisition d'un DUI répondant au certificat de référencement Ségur accordé par l'ANS selon un cahier des charges précis, mais aussi d'outils SI (matériels informatiques, logiciels, montée en version), et d'en améliorer les usages ;
- **Pour les ESSMS déjà dotés d'un Dossier Usager Informatisé (DUI) :** la montée de version de ces logiciels sur une version répondant au certificat de référencement Ségur accordé par l'ANS selon un cahier des charges précis ;
- **Pour tous les ESSMS une fois équipés d'un Dossier Usager Informatisé (DUI) :**
 - ✓ Le développement des usages du DUI et notamment le partage et l'échange de données de santé grâce à la Messagerie sécurisée de santé (MSS) et à Mon espace santé,
 - ✓ L'accompagnement à l'innovation,
 - ✓ Le renforcement de la cybersécurité.

Quatre programmes concourent à la réalisation de ces objectifs :

- Le **programme ESMS Numérique** pour l'acquisition d'un DUI et le développement des usages du numérique ;
- Le **programme SONS** pour la mise à jour des logiciels de DUI selon les standards du référencement Ségur ;
- L'**appel à projet CaRE** finançant des projets de montée en puissance des ESMS dans le domaine de la cybersécurité ;
- Les appels à projets **Structure 3.0** visant à accompagner les structures du secteur social et médico-social dans l'expérimentation de solutions numériques innovantes, tout en finançant leur évaluation rigoureuse.

► Le 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 pour chaque personne accompagnée (78 % des crédits Ségur).

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 ESSMS 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 ESSMS.

À la suite d'une campagne d'amorçage en 2021, une nouvelle vague d'appels à projets régionaux et un appel à projets national ont été lancés en 2022 pour généraliser le programme qui s'est prolongée **jusqu'en 2025**.

Dans la suite de la phase d'amorçage, elle s'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 la transformation de l'offre des ESMS et l'efficience dans leur fonctionnement.

La **phase de généralisation** du programme ESMS numérique doit permettre d'équiper un très grand nombre d'ESSMS d'un DUI interopérable et communicant dont les **déploiements** se poursuivront **jusqu'en 2028**. Elle bénéficie des crédits Ségur du numérique en santé dédiés au secteur médico-social soit 416,5 M€, dont 76,5 M€ pour l'année 2025.

Il s'agit de faire bénéficier un peu plus de 34 000 ESSMS d'aides à l'équipement et aux usages du DUI, portés par environ 1 200 projets.

Le **cadrage financier pour l'année 2025** mobilise une **enveloppe totale de 86 M€**, par les crédits 2025 du **Ségur numérique**. Les crédits sont répartis comme suit :

- **Les crédits alloués au programme ESMS numérique : 76,5 M€**
 - ✓ Dans le cadre de la première délégation FMIS pour les crédits du Ségur numérique médicosocial, **56 M€ sont délégués aux ARS** pour financer les projets sélectionnés par les appels à projets régionaux pilotés par les ARS, correspondant à 89 % de l'enveloppe régionale annuelle ;
 - ✓ En fonction des besoins des régions, **une seconde délégation FMIS** à hauteur maximale de **7,5 M€** sera effectuée via la circulaire FMIS suivante ;
 - ✓ **12,7 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 projets national à hauteur de la décision de l'aide accordée par la DNS et la CNSA.
 - ✓ **0,3 M€** pour les frais de gestion de la Caisse des dépôts et consignation. Les crédits de paiements seront versés aux porteurs de projets par la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du FMIS.
- **Les crédits alloués à l'abondement du programme SONS : 6,5 M€**

Ces crédits visent à optimiser l'utilisation des financements disponibles pour la dernière année d'engagement des crédits Ségur numérique médico-social.
- **Les crédits dédiés au soutien à l'innovation numérique dans le secteur médicosocial : 1,5 M€**

Ces crédits visent à soutenir l'innovation, en contribuant au financement de projets permettant de tester en conditions réelles une solution numérique innovante, évaluer les bénéfices de la solution pour les usagers et/ou les professionnels, identifier les freins et leviers au déploiement futur de la solution et partager les résultats de l'expérimentation.
- **Les crédits alloués au renforcement des ressources Ségur en région : 1,5 M€**

Ces crédits visent à renforcer les ARS et leurs GRADeS (Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-Santé), dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur stratégie régionale e-santé, pour leur permettre, via un renfort en ressources humaines en région, de mieux accompagner les ESMS dans l'accès aux programmes de financement et pour la mise en œuvre des DUI référencés Ségur. Les usages réels du numérique en santé se jouent en effet sur le "dernier kilomètre" jusqu'aux professionnels et aux usagers.

Pour 2025, les appels à projet régionaux sont ouverts du 15 janvier au 15 septembre 2025. Les enveloppes régionales sont définies de la façon suivante¹ :

Région	Enveloppe
Auvergne-Rhône-Alpes	8 318 398 €
Bourgogne-Franche-Comté	3 609 590 €
Bretagne	3 508 581 €
Centre-Val de Loire	2 624 751 €
Corse	500 000 €
Grand Est	4 968 757 €
Guadeloupe	500 000 €
Guyane	500 000 €
Hauts-de-France	5 374 279 €
Ile-de-France	7 838 604 €
La Réunion	500 000 €
Martinique	500 000 €
Mayotte	500 000 €
Normandie	3 676 434 €
Nouvelle-Aquitaine	6 102 139 €
Occitanie	6 103 624 €
Pays de la Loire	4 119 092 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 255 751 €
Total	63 500 000 €

¹ INSTRUCTION N° DNS/DGCS/CNSA/2025/15 du 1er février 2024 relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESMS numérique ». Instruction-ESMS-Numerique-2025_0.pdf et instruction modificative en cours de publication

► Le programme SONS

Le Système Ouvert et Non Sélectif (SONS) opéré par l'Agence du numérique en santé mobilise **125,2 M€ des 600 M€ du Ségur Numérique** (22 % des crédits) et vise l'accélération de la mise en conformité des logiciels métier par un financement direct des éditeurs. Le programme se découpe en deux vagues, adossée chacune à un cahier des charges pour les logiciels de Dossier Usager Informatisé :

- Vague 1 (2021-2024) : standardisation des fonctionnalités métier du DUI (admission, accompagnement de l'utilisateur, soins, etc.), renforcement de l'identitovigilance, alimentation de Mon espace santé et raccordement à la messagerie sécurisée de santé. **48,3 M€** sont dédiés à cette première vague.
- Vague 2 (2025-2028) : consultation de Mon espace santé intégrée au DUI, renforcement des standards de sécurité, optimisation de l'usage de la Messagerie Sécurisée de Santé, interopérabilité entre le DUI et Via Trajectoire, remontée des données de reporting pour les réformes de la tarification, etc.

► L'appel à projet CaRE

Dans la continuité du programme CaRE (Cybersécurité accélération et Résilience des Etablissements) dédié au sanitaire, un appel à projet CaRE dédié aux établissements et services sociaux et médico-sociaux est en cours de construction pour permettre de renforcer le niveau de sécurité opérationnelle des systèmes d'information des ESMS.

Les financements de cet appel à projet proviendront des reliquats du programme CaRE sanitaire.

► Structures 3.0

Le programme Structure 3.0 vise à accompagner les structures du secteur social et médico-social dans l'expérimentation de solutions numériques innovantes, tout en finançant leur évaluation rigoureuse.

Plusieurs éditions ont été conduites en 2020 (10 lauréats retenus) et en 2022 (8 lauréats retenus) avant de lancer une nouvelle édition en 2025 (en cours) qui met l'accent sur deux priorités de santé publique portées par les Grands Défis France 2030 : le bien Vieillir et la santé mentale. L'appel à projets porte sur l'évaluation de l'intérêt des solutions numériques répondant aux besoins des usagers, aidants et professionnels au sein des ESSMS.



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*