



GOUVERNEMENT

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# 2024

# 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 2024**



# SOMMAIRE

## PLFSS 2024 - Annexe 6

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

<b>1. Les modalités de financements des établissements de santé.....</b>	<b>5</b>
1.1. Les chantiers relatifs à l'évolution des modes de financement des établissements de santé .....	7
1.2. Les financements spécifiques par champ d'activité hospitalière.....	9
1.3. Les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR).....	17
1.4. Les activités de psychiatrie.....	20
1.5. Les unités de soins de longue durée (USLD) .....	23
1.6. Des modalités de financement communes aux différents champs d'activité.....	26
1.7. Financement des dépenses exceptionnelles de revalorisation des rémunérations des personnels hospitaliers et en lien avec la crise sanitaire .....	36
<b>2. Les modalités de financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) .....</b>	<b>40</b>
2.1. Le financement des ESMS de 2020 à 2023 .....	40
2.2. Modèle de financement des ESMS.....	45
2.3. Les évolutions portées dans le cadre de la campagne 2023.....	47

### **PARTIE 2 : La situation financière des établissements de santé et médico-sociaux ..... 49**

<b>1. La situation financière et l'investissement des établissements de santé.....</b>	<b>49</b>
1.1. Les indicateurs financiers des établissements de santé : rétrospective 2015-2021 et tendance 2022.....	49
1.2. Les investissements hospitaliers : évolutions et modalités de financement.....	62
1.3. La poursuite des investissements numériques en établissements de santé .....	66
<b>2. Situation financière des ESMS.....</b>	<b>69</b>
2.1. Indicateurs financiers des ESMS : rétrospective 2019-2020.....	69
2.2. Situation des EHPAD publics .....	75
2.3. Investissements dans le secteur médico-social : les plans d'aide à l'investissement (PAI) et le Ségur « Investissement » .....	78
2.4. Programme ESMS numérique .....	84

# 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<sup>er</sup> 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 qui vise à permettre une visibilité sur « les éventuels engagements pris par l'État relatifs à l'évolution pluriannuelle des ressources de ces établissements », le chapitre relatif au financement des établissements de santé rappelle à titre liminaire que ces engagements se sont notamment traduits par la signature en 2020 du protocole 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<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> Protocole de pluriannualité : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole\\_pluriannualite.pdf](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 financements des établissements de santé

L'essentiel du financement 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 »). Après l'enveloppe dédiée aux soins de ville, l'ONDAM ES constitue le deuxième poste de dépense au sein de l'ONDAM global, dont il représente 39,8% en 2022. Le fonds d'intervention régional (FIR), qui dispose aussi d'un sous-objectif identifié en tant que tel au sein de l'ONDAM, contribue dans une moindre mesure au financement des dépenses des établissements de santé pour des activités spécifiquement identifiées et organisées au niveau régional<sup>2</sup>.

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). Au titre de l'année 2022, l'ONDAM ES voté initialement s'élevait à 95,3 milliards d'euros aux termes de la LFSS pour 2022 (pour rappel, 92,9 milliards d'euros au titre de l'année 2021 voté initialement en LFSS pour 2021). Pour 2022, ce montant a été rectifié à hauteur de 98,2 milliards d'euros via la LFSS pour 2023, notamment au regard des mesures exceptionnelles mises en œuvre à partir de l'été 2022 puis poursuivies jusqu'en 2023. Les finances hospitalières ont ainsi été marquées par les trois éléments notables détaillés ci-dessous :

**a) La poursuite de la montée en charge des mesures issues du Ségur de la santé et des mécanismes de sécurisation des recettes depuis la crise sanitaire**

Dans la poursuite des tendances des années 2020 et 2021, l'année 2022 s'est traduite par **la montée en charge à hauteur de 1,5 milliard d'euros de crédits destinés au financement des revalorisations des rémunérations des personnels médicaux et non médicaux découlant des accords du Ségur de la santé**. Par ailleurs, conformément à la trajectoire du Ségur de la santé relative à l'investissement, 0,5 milliard d'euros a été budgété en 2022 au titre des crédits d'investissement immobilier ainsi que 112 millions d'euros au titre du numérique en santé dans les établissements.

Au regard des conséquences durables de la crise sanitaire sur les établissements de santé et de la nécessité de visibilité de l'évolution des ressources de ces mêmes établissements, **le mécanisme de sécurisation des recettes des établissements de santé introduit en 2020 et prolongé en 2021 a été reconduit en 2022**. Pour mémoire, la garantie de financement (GF) telle qu'appliquée de mars 2020 à décembre 2022, visait à sécuriser les financements des établissements liés à l'activité et à compenser leurs charges spécifiques. A l'issue de la période d'état d'urgence sanitaire, ces mêmes objectifs, associés à une volonté de dynamisation de la reprise d'activité, ont abouti à l'adoption d'un dispositif de sécurisation transitoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, dit « sécurisation modulée à l'activité » (SMA).

**b) Un contexte inédit lié à l'inflation nécessitant un soutien complémentaire aux établissements de santé**

L'année 2022 a également été marquée par les tensions budgétaires liées à l'inflation, avec des conséquences sur le pouvoir d'achat des professionnels hospitaliers, tout comme les dépenses de fonctionnement des établissements. Afin de faire face à ce contexte exceptionnel, deux principales mesures ont été mises en œuvre :

- D'une part, la hausse de +3,5 % du point d'indice de la fonction publique intervenue au 1<sup>er</sup> juillet 2022 a été intégralement financée dès 2022 pour les établissements publics, et a été transposée au secteur privé à but non lucratif afin de préserver le pouvoir d'achat des salariés. Pour les établissements privés à but lucratif, un accompagnement financier a également été prévu afin de permettre aux employeurs

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

de préserver le pouvoir d'achat de leurs salariés. Cette mesure a été financée à hauteur de 2,2 milliards d'euros dont 1,1 milliard dès 2022 ;

- D'autre part, le Gouvernement a décidé d'une mesure exceptionnelle de **compensation de l'impact de l'inflation sur les charges non salariales des établissements de santé à hauteur de 738 millions d'euros.**

**c) Des mesures spécifiques en 2022 et 2023 pour tenir compte de la situation particulière des urgences**

Dans la continuité du Pacte de refondation des urgences<sup>3</sup> qui visait à améliorer le fonctionnement du système de soins non programmés, **41 mesures proposées par la mission « flash Urgences »** diligentée à l'été 2022 par le Ministère de la Santé et de la Prévention, **sont entrées en application dès juillet 2022.**

Les quatre objectifs structurants de cette mission étaient de :

- Proposer des parcours de soins adaptés en matière d'offres de soins non programmés ambulatoires permettant d'éviter le recours aux urgences ;
- Maintenir la qualité de réponse aux urgences vitales dans les établissements de santé ;
- Soutenir et préserver les équipes des structures de médecine d'urgence ;
- Fluidifier les parcours de soins en aval des urgences.

Certaines mesures ont été reconduites jusqu'en 2023, notamment les mesures relatives à la majoration des heures de nuit pour les personnels non médicaux et des gardes pour les personnels médicaux.

L'ONDAM, a par ailleurs été particulièrement mobilisé au profit des services d'urgence et de régulation (SAMU), afin de financer les mesures suivantes :

- **les recrutements d'assistants de régulation médicale (ARM)** pour renforcer les services d'aide médicale urgente (SAMU) et développer les services d'accès aux soins (SAS) (9 millions d'euros) ;
- **les organisations mises en œuvre entre les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et les services d'accueil des urgences** afin d'accélérer la sortie du patient éligible à l'HAD **ou entre les HAD et les EHPAD** afin d'éviter les admissions en urgence des résidents (3,7 millions d'euros) ;
- **le temps de travail additionnel pour les docteurs juniors** (9 millions d'euros).

**En complément, deux vagues de financement ont permis de soutenir les établissements.** Pour la période du 15 juin 2022 au 31 décembre 2022, **757 millions d'euros ont été alloués afin de soutenir les filières d'urgences et de soins non programmés**, dont 740 millions d'euros destinés à compenser les sujétions de nuit pour les personnels médicaux et les heures de nuit pour les personnels non médicaux des établissements publics de santé. Par la suite, **600 millions d'euros ont été budgétés dans le cadre de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 et alloués aux établissements de santé publics**, prolongeant le financement des majorations de l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit pour la période du 1er janvier 2023 au 31 août 2023.

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

- Les chantiers relatifs à l'évolution des modes de financement des établissements de santé (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) en cours depuis le lancement de la stratégie nationale de transformation du système de santé en 2018 ;
- Les modalités de financement par champ d'activité hospitalière (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) ;
- Les modalités de financement communes aux différents champs d'activité hospitalière (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) ;
- Le financement des dépenses exceptionnelles de revalorisation des rémunérations des personnels hospitaliers et en lien avec la crise sanitaire (1.7.1).

---

<sup>3</sup>Pacte de la refondation des urgences

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

Les chantiers d'évolution des modes de financement des établissements de santé initiés dès 2018 dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé ont été marqués début 2023 par l'annonce présidentielle d'une refondation dès le PLFSS 2024 du système de financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), qui constituent la majeure partie des activités hospitalières avec près de 65% du financement.

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

### 1.1.1. Les principes communs aux réformes de financement initiées dans les différents champs d'activité

La mise en place de nouveaux modes de financement combinés vise à **diversifier et sécuriser les modes de financement des établissements de santé**. Les nouveaux modèles mis en œuvre doivent être adaptés aux caractéristiques des prises en charges financées et prendre d'avantage en compte les besoins des territoires. Cela justifie qu'ils soient davantage régionalisés et basés sur le besoin de soins des populations. Ils contribuent en outre à mieux prendre en compte les objectifs de qualité, de pertinence, de coordination des parcours et des prises en charge entre les acteurs. Aussi, ils permettent de réduire les inégalités entre les territoires et constituent un levier d'appui à la restructuration de l'offre de soins.

Ainsi, les réformes mises en œuvres ou engagées s'appuient sur des modèles combinés articulant :

- Une part de **financements issus de l'activité réévaluée pour favoriser davantage la pertinence des soins et l'adéquation aux besoins des patients**. A titre d'exemple, le nouveau financement des activités de psychiatrie prend en compte la file active des patients suivis, et la partie de financement à l'activité des urgences, au travers de forfaits, prend mieux en compte quant à elle l'intensité des prises en charge.
- Une **part de financements populationnels établis sur des caractéristiques démographiques et épidémiologiques**, visant à réduire les inégalités de ressources entre territoires. Ainsi, les nouveaux modèles de financement mis en œuvre sur les champs de la médecine d'urgence, de la psychiatrie et des soins médicaux et de réadaptation, *via* une part importante des ressources allouée par des dotations populationnelles, a pour but d'améliorer l'adéquation entre les ressources financières des régions et les besoins de la population selon les territoires.

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

Ce nouveau mode de financement repose sur une **territorialisation renforcée de l'allocation des ressources** puisque la répartition de l'enveloppe entre établissements au sein de chaque région est réalisée par les agences régionales de santé (ARS) en concertation avec des comités d'allocation de ressources régionaux (CAR) qui réunissent sur chacun des champs concernés les représentants des établissements, des médecins et des usagers, et rendent des avis sur les modalités de distribution de ces ressources entre établissements.

Si les principes et objectifs sont communs, les modalités de mise en œuvre des compartiments populationnels peuvent varier entre les champs d'activités pour prendre en compte les spécificités de chaque type d'établissement ainsi que les calendriers de mise en œuvre de chaque réforme.



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

Ces réformes se déploient dans un calendrier **prévoyant, pendant une période de transition à l'entrée dans la réforme, une forte sécurisation des financements pour les établissements** et un lissage des variations de ressources afin de limiter les possibles impacts négatifs sur les premières années de mise en œuvre, et de permettre un temps d'**appropriation suffisant de ces nouvelles modalités de financement par chacun des acteurs**.

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

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

Enfin, ces travaux concernant le financement des établissements par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) se doublent de travaux réformant les modalités de financement des établissements par les patients ou leur **assurance maladie complémentaire (AMC)**. La **réforme du ticket modérateur** basée sur le principe d'un tarif national journalier de prestation vise ainsi à assurer sur l'ensemble du territoire une plus grande équité de traitement entre établissements et pour les patients. Elle est appliquée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 aux champs d'activité MCO (pour les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif) et de psychiatrie, et depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023 au SMR (pour l'ensemble des établissements).

### **1.1.2. Une réforme du mode de financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique a été annoncée par le Président de la République**

Le 6 Janvier 2023, lors de ses vœux aux acteurs du monde de la santé, le **Président de la République a fixé l'objectif d'un « nouveau système de financement » afin de réduire la part des financements issus de la tarification à l'activité pour les établissements exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)**. Ce nouveau modèle comprendrait une part significative de rémunération relatives à des objectifs de santé publique à l'échelle des territoires, une rémunération plus effective des missions réalisées par chacun et une part de tarification à l'activité qui demeurerait, comme gage d'équité et de réactivité pour le financement des établissements.

La LFSS pour 2024 permettra de poser les principes de ce nouveau modèle applicables à tous les établissements du champ MCO.

### **1.1.3. L'état des lieux de la mise en œuvre des réformes de financement dans les autres champs d'activité**

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

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

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

### **1.1.4. Un double enjeu de lisibilité et de prévisibilité des financements pluriannuels**

**La lisibilité des modalités de financement, ainsi que la prévisibilité de l'évolution des ressources liées aux différentes activités hospitalières constituent un double enjeu, quel que soit le champ d'activité. Pour ce faire, l'Etat et les fédérations représentatives des établissements de santé ont conclu en 2020 un protocole pluriannuel relatif au financement des établissements.** Il fixe notamment les trajectoires minimales d'évolutions des principales ressources des établissements de santé pour la période de 2020 à 2022. Cette visibilité pluriannuelle est essentielle pour que les établissements puissent s'engager pleinement dans la transformation de leurs pratiques et de leurs organisations. Ce protocole a été unanimement salué comme une avancée majeure. Dans l'attente de l'engagement des discussions d'un nouveau protocole, ses paramètres ont donc été reconduits pour l'année 2023.

## ***1.2. Les financements spécifiques par champ d'activité hospitalière***

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

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

- La médecine, chirurgie et obstétrique y compris sous forme d'hospitalisation à domicile et au sein des hôpitaux de proximité ;
- Les soins médicaux et de réadaptation (anciennement soins de suite et de réadaptation jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2023) ;
- La psychiatrie ;
- Les soins de longue durée au sein des unités dédiées (USLD).

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

- Le secteur dit « ex-DG » ou « ex-DAF » selon les champs, qui regroupe l'ensemble des établissements publics de santé (EPS) et la plupart des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), voir infra ;
- Le secteur dit « ex-OQN », qui regroupe l'ensemble des établissements privés à but lucratif (EBL) et une partie des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), voir infra.

S'agissant des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), ils se répartissent donc sur l'un ou l'autre des secteurs (ex-DG/ex-DAF ou ex-OQN) selon leurs spécificités et leur positionnement historique.

## **1.2.1. L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)**

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

#### ▪ **L'activité d'hospitalisation : un financement au séjour**

Les modalités de financement des séjours hospitaliers relèvent jusqu'à présent majoritairement de la **tarification à l'activité (T2A)** qui se base sur des groupes d'activité (groupe homogène de malades, GHM) auxquels correspondent schématiquement des groupes homogènes de séjour (GHS).

Les séjours sont ainsi financés par un tarif de GHS défini selon la prise en charge du patient, le coût ou le caractère spécifique des prises en charge.

#### ▪ **Les autres prestations hospitalières : un financement à l'acte ou au passage**

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

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

#### ▪ **Les forfaits annuels**

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

- Le **forfait annuel greffes (FAG)** finance la coordination de l'équipe pour les activités transversales à la greffe d'organes telles que les astreintes, la coordination de la greffe, le transport des greffons, la prise en charge de donneurs vivants.
- Le **forfait annuel coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO)** couvre quant à lui les frais de coordination liés aux prélèvements.
- Par ailleurs, un **forfait annuel activités isolées (FAI)** peut être versé dans le cadre d'activités de médecine, chirurgie, obstétrique répondant à des critères d'isolement et d'implantation de l'établissement qui les exerce.

#### ▪ **Les forfaits pathologies chroniques : la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique**

Afin de limiter la part des ressources des établissements directement liée à leur activité, une diversification des modes de rémunération a été initiée, notamment en application de l'article 28 de la LFSS pour 2019 relatif aux forfaits annuels pour la prise en charge des pathologies chroniques.

Le premier forfait annuel pathologie chronique mis en œuvre s'adresse aux patients atteints de maladie rénale chronique (dit forfait MRC) aux stades 4 et 5 et en pré-suppléance avec pour objectif de favoriser le recours plus précoce à un spécialiste, retarder la survenue de l'insuffisance rénale chronique terminale et augmenter la durée de vie sans dialyse.

Depuis 2023, une partie des financements (5% de l'enveloppe financière de plus de 25 millions d'euros dédiée au forfait) est allouée sur la base d'indicateurs liés à la qualité du suivi patient qui prennent notamment en compte l'expérience patient.

Depuis sa mise en œuvre, le nombre de patients pris en charge connaît une progression constante avec 90 723 patients suivis en 2022 (82 % patients en stade 4 et 18 % en stade 5) correspondant à une augmentation de +24% entre 2020 et 2022.

### 1.2.1.2. La dynamique de l'activité de soins en médecine, chirurgie et obstétrique en 2022

En 2022, près de 18,6 millions de séjours de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont été réalisés, soit une augmentation de +1,8 % par rapport à 2021 et une stabilisation par rapport à 2019. En effet, après la très forte baisse du nombre de séjours en 2020 et 2021 (notamment du fait de report des prises en charge et de l'intensité en soins des séjours liés à la Covid-19), l'activité de MCO n'a pas encore totalement retrouvé son niveau d'avant la crise sanitaire.

Concernant les hospitalisations complètes (c'est-à-dire les séjours incluant au moins une nuitée), le nombre de séjours a diminué de -1,0 % en 2022 par rapport à 2021 et de -9,4 % par rapport à la situation antérieure à la crise en 2019.

Au sein de ces séjours, ce sont principalement les séjours en obstétrique (-2,1 %) ainsi que les séjours en médecine (-1,1 %) qui diminuent le plus fortement en 2022. Par rapport à l'année de référence 2019, les séjours de médecine en hospitalisation complète ressortent ainsi en baisse de -10,4 % en 2022. Par ailleurs, bien que quasi stables en 2022 par rapport à 2021, les séjours de chirurgie en hospitalisation complète demeurent en deçà de -10,9 % de leur niveau 2019.

Concernant les prises en charge en ambulatoire (c'est-à-dire les séjours sans nuitée), le nombre de séjours a augmenté de +5,0 % en 2022 par rapport à 2021 et de +12,1 % par rapport 2019. Au sein de ces séjours, ce sont à la fois les prises en charge en médecine (+8,5 %) ainsi que les prises en charge en chirurgie (+5,5 %) qui progressent en 2022. Par rapport à l'année 2019, les prises en charge de médecine ambulatoire ressortent ainsi en augmentation de +24,9 % en 2022 et celles de chirurgie ambulatoire de +8,8 %.

Concernant la chimiothérapie et la radiothérapie, le nombre de séances a progressé de +1,7 % en 2022, soit une croissance de l'activité de près de +7,9 % depuis l'année de référence 2019.

### 1.2.1.3. Les évolutions portées dans le cadre du financement du MCO pour 2023

L'évolution des financements des établissements de santé dans le cadre de la campagne 2023 pour le périmètre MCO, est portée par l'augmentation des tarifs en lien avec le niveau exceptionnel de l'inflation, de la revalorisation du point d'indice et des mesures liées au pouvoir d'achat ainsi que de la poursuite des revalorisations salariales déjà actées dans le cadre du Ségur de la santé. Les tarifs sont revalorisés en 2023 en s'inscrivant dans les évolutions minimales prévues par le protocole sur la pluriannualité des ressources qui portait initialement sur la période 2020-2022.

Afin de donner un signal clair et lisible quant à la prise en compte de ces mesures dans les tarifs, aucune autre modulation tarifaire en MCO n'a été mise en œuvre depuis 2020, que ce soit pour traduire la mise en cohérence de la hiérarchie des tarifs avec la hiérarchie des coûts (réduction des sur- et sous-financements constatés sur certaines activités) ou pour mobiliser le levier tarifaire dans le cadre d'une politique d'incitation ou de désincitation à certaines pratiques.

### 1.2.1.4. Les perspectives d'évolution des modalités de financement pour les activités de MCO

Le Gouvernement a engagé dès 2017 une stratégie de diversification des modalités de financement des établissements de santé faisant davantage de place aux financements par dotation, populationnels et à la qualité, tout en maintenant le caractère incitatif du financement à l'activité lorsque c'est nécessaire.

Dans ce cadre, et comme annoncé par le Président de la République le 6 janvier 2023, il apparaît nécessaire d'accélérer cette transformation vers un modèle de financement mixte des établissements de santé. Il s'agit de revenir sur le caractère central de la tarification à l'activité dans le financement des établissements de santé pour le champ MCO amplifiant encore la part de financement par dotations ou sans lien direct avec l'activité, tant pour le financement des missions exercées qu'au titre d'objectifs de santé publique, tout en s'attachant à préserver les acquis positifs de la prise en compte de l'activité réelle des établissements dans leur financement.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 comprend un article matérialisant la réforme portée par le Gouvernement. Elle est conçue pour mieux soutenir la contribution des établissements de santé aux objectifs de santé publique, en améliorant notamment la qualité et la pertinence des soins, en reconnaissant les missions exercées et en donnant davantage de leviers au pilotage de la territorialisation par les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'objectif général de la mesure proposée est donc de réduire la part des financements aujourd'hui issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement s'appuyant sur des compartiments permettant de valoriser les grandes catégories de soins suivants :

- Les soins répondant à des prises en charge protocolisées, organisées et standardisées, pour lesquels une tarification à l'activité est pertinente ;
- Les soins aigus et les prises en charge spécifiques dont le coût est substantiellement indépendant du volume de l'activité réalisée, pour lesquels un financement mixte par dotation, en complément d'une part de tarification à l'activité, est le plus indiqué ;
- La prévention et la coordination des parcours des patients, relevant d'objectifs de santé publique qui peuvent être en partie propres à certains territoires, pour lesquels un financement par dotation apparaît nécessaire.

Les établissements de santé seront ainsi financés selon les trois compartiments :

- Compartiment « Financement à l'activité »
- Compartiment « Dotation relative à des objectifs de santé publique »
- Compartiment « Dotation relatives aux missions spécifiques »

L'introduction d'un financement mixte par T2A et dotation pour certaines activités de soins aigus ou pour certaines prises en charge doit permettre de mieux valoriser certaines missions confiées aux établissements de santé, en introduisant une part significative de dotation socle forfaitaire basée sur une logique de couverture de charges fixes voire normées des établissements, pour garantir l'accès aux soins sur ces activités.

La création d'un compartiment de financement sur objectifs de santé publique devrait également constituer une évolution majeure du système de financement des établissements de santé. En effet, un autre enjeu de cette réforme réside dans le développement de la coopération et de la coordination des parcours de soins. Pour cela, il convient d'orienter davantage le financement des établissements vers une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

## **1.2.2. Les modalités spécifiques de financement des hôpitaux de proximité**

### **1.2.2.1. Le modèle de financement historique des hôpitaux de proximité**

Les hôpitaux de proximité visent à fédérer l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux dans une logique collective pour assurer une offre de soins continue et structurée, complémentaire à celle existante sur le territoire. 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, le modèle de financement de ces derniers vise à décloisonner les interventions des acteurs et fluidifier le parcours du patient. Le volume annuel de l'activité ne constitue plus le « cœur » du modèle qui se veut désormais sécurisant pour les établissements et qui valorise leurs nouvelles missions. Le modèle est constitué :

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

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

En 2023, **29 nouveaux établissements ont été labellisés « hôpitaux de proximité »**, portant à 305 le nombre d'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. Pour cette année, le montant de la dotation forfaitaire garantie nationale, qui constitue un plancher de dépenses relativement à l'activité de médecine de ces établissements, s'élève à 1,1 milliard d'euros. Enfin, 65 millions d'euros 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 sur leurs territoires.

### **1.2.3. Les modalités de financement pour les urgences**

Depuis 2021, les structures de médecine d'urgence bénéficient d'un mode de financement combiné<sup>4</sup> qui s'inscrit dans le cadre du Pacte de refondation des urgences présenté par la Ministre des Solidarités et de la Santé en septembre 2019. Ce modèle s'est déployé progressivement autour:

- D'une **dotation populationnelle** qui vise à réduire les inégalités entre les territoires et à soutenir l'articulation avec les soins non programmés en décorrélant en grande partie le financement des urgences de l'activité réalisée. Elle est allouée aux régions sur la base de critères ayant un impact direct sur le recours aux services de médecine d'urgence et au SMUR.
- D'un **compartiment dédié à la qualité** des organisations et des prises en charge qui représente environ 2% du financement de la médecine d'urgence. Ce compartiment complète le modèle avec une valorisation de la progression observée de l'établissement de santé sur des indicateurs spécifiques permettant par exemple, d'inciter à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données d'activité remontées par les services d'urgences. Les indicateurs mobilisés ont vocation à s'enrichir et des travaux sont conduits notamment pour mesurer la durée de passage aux urgences des personnes âgées.

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ce modèle se compose également de financements à l'activité** qui visent à mieux prendre en compte l'intensité des prises en charge avec la mise en place de forfaits (urgentistes, imagerie, biologie, spécialistes) et suppléments dépendant notamment de l'âge du patient et de ses caractéristiques. Par ailleurs, un **forfait patient unique (FPU)** pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation a été mis en place en 2022, en remplacement des tickets modérateurs, et constitue maintenant le reste à charge dû par les patients ou leur organisme complémentaire, en complément des financements couverts par l'Assurance maladie obligatoire (AMO).

<sup>4</sup> Financement combiné des structures d'urgences défini à l'article 36 de la LFSS pour 2020

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

### 1.2.4.1. Les modalités de financement pour l'hospitalisation à domicile

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

- d'un financement tarifaire qui valorise les journées d'hospitalisation à domicile par le biais des groupes homogènes de tarifs (GHT) ;
- du financement des médicaments en sus, qui correspond aux dépenses engagées au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation de MCO auquel s'ajoute une enveloppe complémentaire spécifique au champ de l'hospitalisation à domicile qui finance une partie des spécialités coûteuses non inscrites dans la liste en sus mais considérées comme onéreuses au regard des GHT concernés.

### 1.2.4.2. La dynamique de l'activité de l'hospitalisation à domicile en 2022

En 2022, près de 271 000 séjours ont été réalisés en hospitalisation à domicile (HAD), soit une augmentation de +2,8 % par rapport à 2021 et de +23,8 % par rapport à 2019, dernière année de référence avant la crise sanitaire. Cette progression soutenue correspond à une évolution de +0,3 % du nombre de journées en 2022 et de +14,3 % en cumulé depuis l'année 2019. L'évolution constatée en 2022 est freinée par la diminution de l'activité liée à la Covid-19 : hors Covid-19, le nombre de journées d'hospitalisation à domicile a augmenté de +0,8 % en 2022 (et de +11,0 % depuis 2019).

En 2022, les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins de nursing lourds concernent 59,3% des journées d'hospitalisation à domicile. Par ailleurs, les chimiothérapies, les rééducations neurologiques ainsi que les prises en charge de la douleur autres que les soins palliatifs sont les motifs d'hospitalisation à domicile qui connaissent la progression la plus importante (respectivement +13,5 %, +13,0 % et +8,9 % en 2022 par rapport à l'année précédente).

Une proportion croissante de patients bénéficie directement d'une hospitalisation à domicile sans passage préalable par un hôpital (médecine, chirurgie, obstétrique et soins médicaux et de réadaptation) ou un établissement médico-social (en particulier d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD). Le nombre de prises en charge dans ce cadre a augmenté de +15,7 % depuis l'année 2019.

Le nombre de prises en charge réalisées pour les résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) reste globalement stable entre 2021 et 2022 (+0,5 %), de même que le nombre de séjours en établissement médico-social hors EHPAD (-0,5 %). La prise en charge conjointe entre unité d'hospitalisation à domicile et service de soins infirmier à domicile (SSIAD) poursuit sa croissance entamée depuis son autorisation en 2017, à un rythme plus restreint (+8,4 % en 2022).

### 1.2.4.3. Les perspectives d'évolution du modèle de financement de l'hospitalisation à domicile

La nécessité de réformer le modèle de financement de l'HAD fait l'objet d'un consensus des acteurs avec pour ambition de mettre en œuvre un modèle mixte, notamment pour tenir compte des particularités des populations au sein des territoires.

A ce stade, les orientations identifiées en concertation avec les acteurs sont les suivantes :

- Mettre en place des mesures incitatives pour fluidifier le parcours de soins et favoriser la juste prescription de la prise en charge en HAD ;
- Accélérer la médicalisation des prises en charge et l'évolution des pratiques ;



- Mieux prendre en compte les spécificités de l'HAD en termes de diversité des territoires couverts, de population prise en charge, d'organisation, de liens avec les professionnels de santé.

Les travaux de la réforme s'articuleraient ainsi en deux grands chantiers :

- **La refonte de la classification médico-économique** a pour objet de mieux prendre en compte la médicalisation des prises en charge et l'évolution des pratiques médicales et paramédicales. Une expérimentation du futur modèle de classification médico-économique est en cours.
- **Le développement d'un nouveau modèle plus diversifié par rapport au financement actuel à l'activité, dont les grandes orientations de l'architecture globale** ont été partagées en 2021 avec l'ensemble des fédérations hospitalières, l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) et les partenaires institutionnels. Les travaux d'élaboration du modèle se poursuivent.

### **1.2.5. La répartition régionale des financements pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, hospitalisation à domicile et structures d'urgences en 2022**

Le tableau ci-après présente par région, pour 2022, les financements des établissements de santé pour leurs activités de médecine, chirurgie, obstétrique<sup>5</sup>, urgences et hospitalisation à domicile avec, d'une part, les ressources allouées sous forme de dotations et, d'autre part, les financements en lien direct avec l'activité réalisée.

---

<sup>5</sup>Pour le MCO, les forfaits annuels correspondent au forfait annuel greffes (FAG), au forfait annuel coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO) et au forfait annuel activités isolées (FAI).



en millions d'euros

Activités de médecine, chirurgie, obstétrique et hospitalisation à domicile - Financements 2022								
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	1 286,5	331,5	24,0	59,4		5 654,4	569,7	1 171,4
Bourgogne Franche Comté	493,8	155,6	7,0	20,2		2 046,1	201,4	381,6
Bretagne	487,9	131,5	10,2	24,1		2 350,4	237,2	511,8
Centre Val de Loire	355,8	125,8	6,0	16,4		1 619,5	166,7	285,9
Corse	82,1	29,6	2,7	1,7		217,9	16,3	39,9
Grand Est	918,6	249,4	15,0	41,8		4 159,9	410,6	780,9
Hauts-de-France	960,6	282,0	13,7	45,4		4 341,6	488,9	737,9
Ile-de-France	2 718,9	524,3	38,9	90,6	3,4	8 891,9	860,6	1 564,6
Normandie	525,5	175,8	8,1	22,7		2 262,0	244,2	423,6
Nouvelle-Aquitaine	941,5	272,2	18,6	44,0		4 314,5	416,6	863,3
Occitanie	956,2	247,4	21,2	42,8	8,8	4 081,9	375,8	855,4
Pays de la Loire	530,0	128,1	9,6	24,4		2 402,7	225,6	522,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	827,7	241,7	15,1	40,7		3 850,9	406,7	762,4
<b>France métropolitaine</b>	<b>11 085,1</b>	<b>2 895,0</b>	<b>190,0</b>	<b>474,4</b>	<b>12,2</b>	<b>46 193,8</b>	<b>4 620,1</b>	<b>8 901,6</b>
Guadeloupe	142,1	30,0	4,0	2,6		374,2	23,3	27,8
Guyane	107,5	20,6	1,6	1,5		152,6	8,8	5,7
Martinique	172,2	21,2	0,6	2,1		312,0	23,4	35,8
Mayotte					277,0			
La Réunion	127,1	38,6	2,4	6,4		780,1	47,3	77,0
<b>Outre-mer</b>	<b>548,8</b>	<b>110,3</b>	<b>8,5</b>	<b>12,6</b>	<b>277,0</b>	<b>1 618,9</b>	<b>102,8</b>	<b>146,3</b>
<b>Total</b>	<b>11 633,9</b>	<b>3 005,4</b>	<b>198,5</b>	<b>487,0</b>	<b>289,3</b>	<b>47 812,7</b>	<b>4 722,9</b>	<b>9 047,9</b>

Sources : A-B-E arrêtés de dotations régionales 2022, C-D données HAPI 2022, F recettes séjours et suppléments y compris dialyse (y compris GF) G-H données de valorisation issues des remontées PMSI 2022 (H : hors remises)

### 1.3. Les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR)

#### 1.3.1. Les modalités de financement pour les soins médicaux et de réadaptation en 2022

Le financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR) reposait jusqu'en juillet 2023 sur un système binaire pour près de 90% des ressources des établissements réalisant ces activités :

- Les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN), regroupant les établissements privés à but lucratif et une partie des établissements privés à but non lucratif, étaient financés par des prix de journée et autres suppléments présentant un caractère inflationniste traduisant imparfaitement la variété et la lourdeur des prises en charge auxquels ils correspondaient.
- Les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF), regroupant les établissements publics et la plupart des établissements privés à but non lucratifs, bénéficiaient d'un financement sous forme de dotation relativement rigide face aux évolutions individuelles de leur niveau d'activité et ne permettant pas d'accompagner complètement l'évolution des prises en charge, dans leurs modalités organisationnelles comme dans leur intensité.

À ces financements historiques s'ajoutent depuis 2016 de nouvelles modalités transversales de financement sur la fraction restante des ressources (environ 10%) :

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

#### 1.3.2. La répartition régionale des financements pour les activités de SMR

Le tableau ci-après présente par région, pour 2022, les financements des établissements de santé pour leurs activités soins médicaux et réadaptation avec, d'une part, les ressources allouées sous forme de dotations et, d'autre part, les financements en lien direct avec l'activité réalisée.

en millions d'euros

Activités de soins médicaux et de réadaptation - Financements 2022						
Région	Allocations de ressources			Financements directs à l'activité		
	Dotations annuelles de financement	Missions d'intérêt général & aides à la contractualisation	Incitation financière à la qualité	Dotations modulées à l'activité	Financement à la journée	Actes et consultations externes
	A	B	C	D	E	F
Auvergne-Rhône-Alpes	803,1	77,2	11,3	103,1	166,3	0,7
Bourgogne Franche Comté	246,1	24,3	3,8	36,8	122,6	0,2
Bretagne	409,6	15,3	4,8	43,2	29,0	1,1
Centre Val de Loire	225,6	20,9	3,4	30,2	51,2	0,2
Corse	24,4	2,9	0,6	5,7	26,8	0,0
Grand Est	649,5	35,0	7,1	70,3	79,8	0,7
Hauts-de-France	638,2	45,3	8,2	75,7	135,5	0,8
Ile-de-France	1 286,2	92,5	18,1	189,3	556,7	5,6
Normandie	309,6	26,3	5,1	47,7	115,8	0,3
Nouvelle-Aquitaine	546,4	30,6	8,1	73,1	160,2	1,5
Occitanie	504,4	50,9	9,4	89,4	311,1	-0,0
Pays de la Loire	393,7	9,2	4,8	41,9	24,1	0,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	351,7	62,3	8,8	78,0	327,0	0,3
<b>France métropolitaine</b>	<b>6 388,7</b>	<b>492,6</b>	<b>93,4</b>	<b>884,4</b>	<b>2 106,1</b>	<b>12,2</b>
Guadeloupe	38,5	5,0	0,7	10,1	51,3	0,0
Guyane	2,9	1,4	0,1	2,0	17,9	
Martinique	58,8	3,4	0,4	6,5	9,0	0,1
Mayotte						
La Réunion	33,2	7,9	1,1	13,5	95,5	0,1
<b>Outre-mer</b>	<b>133,4</b>	<b>17,7</b>	<b>2,3</b>	<b>32,1</b>	<b>173,6</b>	<b>0,2</b>
<b>Total</b>	<b>6 522,1</b>	<b>510,2</b>	<b>95,7</b>	<b>916,4</b>	<b>2 279,8</b>	<b>12,5</b>

Sources : A-B arrêtés de dotations régionales 2022, C-F données HAPI 2022, D données de valorisation issues des remontées du PMSI, E données de facturation provisoire CNAM à fin mai 2023

### 1.3.3. La dynamique de l'activité de SMR en 2022

En 2022, près de 850 000 séjours d'hospitalisation complète ont été réalisés dans le cadre des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR) soit une diminution de -1,3% par rapport à 2021 et de -17,6% par rapport à 2019, dernière année de référence avant la crise sanitaire. Cette baisse correspond à une évolution de +1,2% du nombre de journées d'hospitalisation complète en 2022 (du fait d'un rallongement moyen des séjours de SMR) par rapport à 2021 et de -11,8% depuis 2019. En hospitalisation partielle (au cours de laquelle le patient est pris en charge uniquement en journée), le nombre de journées a été sensiblement plus dynamique : il a augmenté de +11,7% en 2022 par rapport à 2021 et de +6,4% par rapport à 2019.

Concernant les séjours d'hospitalisation complète, les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire, les affections du système nerveux et celles de l'appareil circulatoire concernent 66,1% des journées de soins médicaux et de réadaptation en 2022. Par ailleurs, les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire ainsi que les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles sont les seuls motifs d'hospitalisation complète en soins médicaux et de réadaptation qui progressent (respectivement +4,6% et +4,2% par rapport à 2021).

Concernant les séjours d'hospitalisation partielle, les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire, les affections du système nerveux et celles de l'appareil circulatoire concernent 83,1% des journées de soins médicaux et de réadaptation en 2022. Les troubles mentaux et du comportement ainsi que les affections de l'appareil circulatoire comptent parmi les motifs d'hospitalisation partielle en soins médicaux et de réadaptation qui connaissent la plus forte progression (respectivement +15,3% et +14,5% par rapport à 2021).

### 1.3.4. Les évolutions portées dans le cadre du financement des SMR pour 2023

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins médicaux et de réadaptation afin de corriger les effets d'un financement différencié entre des établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) et des établissements financés à la journée d'hospitalisation.

La mise en œuvre de ce nouveau modèle a débuté en 2017 avec l'instauration d'un dispositif transitoire combinant anciennes (90%) et nouvelles modalités de financement (10%) afin de permettre aux établissements d'appréhender la réforme progressivement, en limitant les effets revenus, et de finaliser en parallèle les évolutions techniques et organisationnelles nécessaires. Selon les dispositions de l'article 107 de la LFSS pour 2023, le nouveau modèle de financement est entré en vigueur le 1er juillet 2023, avec une mise en œuvre a posteriori.

Trois objectifs principaux sous-tendent la mise en œuvre de ce modèle combiné. D'une part, il permettra de financer les établissements de SMR sur la base de critères épidémiologiques et démographiques explicatifs du recours aux soins de SMR sur le territoire, plutôt qu'à partir des caractéristiques des structures existantes tout en tenant compte de l'activité pour l'ensemble des établissements. D'autre part, il vise à améliorer la stabilité financière des établissements essentielle à l'amélioration des prises en charge des patients. Enfin, il tend à harmoniser le financement des établissements historiquement sous dotation annuelle de financement (DAF) et des établissements financés à la journée d'hospitalisation. Ce modèle se compose :

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



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

## 1.4. Les activités de psychiatrie

### 1.4.1. Les modalités de financement pour la psychiatrie

La réforme du financement des activités de psychiatrie, entrée en vigueur en 2022, a permis d'harmoniser les modalités de financement du secteur<sup>6</sup>. Le nouveau modèle mis en place doit permettre de réduire les inégalités territoriales constatées et également de soutenir la nécessaire transformation de ce champ d'activité. Ainsi, le nouveau modèle de financement des établissements de psychiatrie repose sur huit compartiments :

- Une **dotation populationnelle** répartie entre les régions sur la base de leur population ajustée au regard de critères identifiés comme explicatifs du recours aux soins<sup>7</sup> 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. au champ de la psychiatrie et la création d'un compartiment dédié au financement de la qualité du codage.

Afin de prendre en compte les spécificités des anciens secteurs de financement, les poids respectifs de la dotation populationnelle et de la dotation file active sont différents par secteur de financement. En 2023, la dotation file active représente ainsi 15% du total du montant des dotations populationnelle et file active pour

---

<sup>6</sup> Les établissements sous dotation se trouvaient contraints dans le développement de leur activité et ne pouvaient accompagner l'évolution nécessaire des prises en charge, dans leurs modalités organisationnelles comme dans leur intensité. A contrario, la modalité de financement des établissements bénéficiant des prix de journée favorisait une activité dynamique mais ne traduisait pas forcément ni la variété ni la lourdeur des prises en charge.

<sup>7</sup> 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 établissements publics et une partie des ESPIC et 85% pour les établissements privés à but lucratif et l'autre partie des ESPIC. Ce poids pourra varier à l'avenir.

L'année 2022 a été une année de transition vers le nouveau modèle de financement reposant sur une sécurisation totale des recettes historiques pour chaque établissement. Tous les établissements de psychiatrie ont été financés via une **dotation provisionnelle** d'un montant au moins équivalent aux recettes 2021. L'année 2022 a également permis l'installation dans toutes les régions de la section psychiatrie des comités d'allocation de ressources (CAR), chargés de rendre des avis sur les modalités de distribution de ces ressources entre établissements.

En 2023, les établissements sont désormais financés entièrement selon les compartiments du nouveau modèle. Toutefois les recettes des établissements restent intégralement sécurisées sur le périmètre des deux compartiments principaux de financement : dotation populationnelle et dotation file active. Les recettes des établissements resteront sécurisées jusqu'en 2025, le taux de sécurisation de la dotation file active étant fixé chaque année après concertation des fédérations hospitalières et pouvant varier entre les secteurs de financement. L'application pleine et entière du nouveau modèle est prévue pour 2026.

#### **1.4.2. La répartition régionale du financement pour les activités de psychiatrie en 2022**

Le tableau ci-dessous présente par régions les financements 2022 des établissements exerçant pour leur activité de psychiatrie. Les modalités de financement sont ensuite décrites.

*en millions d'euros*

<b>Activité de psychiatrie - Financement 2022</b>	
<b>Région</b>	<b>Allocation de ressources</b>
	<b>Dotation provisionnelle de psychiatrie</b>
Auvergne-Rhône-Alpes	1 380,1
Bourgogne Franche Comté	513,2
Bretagne	639,1
Centre Val de Loire	420,4
Corse	66,1
Grand Est	952,7
Hauts-de-France	1 063,3
Ile-de-France	2 153,4
Normandie	595,4
Nouvelle-Aquitaine	1 077,5
Occitanie	994,0
Pays de la Loire	572,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	871,9
<b>France métropolitaine</b>	<b>11 299,3</b>
Guadeloupe	87,0
Guyane	45,8
Martinique	93,1
Mayotte	
La Réunion	162,9
<b>Outre-mer</b>	<b>388,7</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>11 688,1</b>

**Sources : arrêtés de dotations régionales 2022**

### **1.4.3. La dynamique de l'activité de psychiatrie en 2022**

En 2022, près de 21,4 millions de journées d'hospitalisation ont été réalisées en psychiatrie, soit une diminution de -1,9% par rapport à 2021 et de -11,6% par rapport à 2019, dernière année de référence avant la crise sanitaire. Cette baisse correspond à une évolution de -2,3% du nombre de journées d'hospitalisation complète en 2022 et de -9,3% en cumulé par rapport à 2019. En hospitalisation partielle (au cours de laquelle le patient est pris en charge uniquement en journée), le nombre de journées a connu une moindre baisse: il a diminué de -0,2% en 2022 mais de -20,8% en cumulé par rapport à 2019.

Les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et des troubles somatoformes concernent 36% des journées de psychiatrie en 2022. Malgré la baisse globale observée, les journées d'hospitalisation liées à des troubles névrotiques, à des facteurs de stress et des troubles somatoformes sont en hausse de +4,1% tandis que celles liées à des troubles de l'humeur progressent de +1,2% en 2022.

En 2022, environ 403 000 patients ont été pris en charge (à temps complet ou partiel) au titre de l'activité hospitalière en psychiatrie, en progression de +1,92% par rapport à 2021 mais en diminution de -4,2% par rapport à 2019. L'analyse par classe d'âge montre une augmentation globale du nombre de patients de moins de 40 ans. En moyenne, les évolutions sont plus marquées pour les patients de moins de 4 ans (+10,3% par

rapport à 2021 et +15,0% par rapport à 2019) et les patients de 13 à 17 ans (+8,1% par rapport à 2021 et +19,7% par rapport à 2019).

Par ailleurs, 2,1 millions de patients ont été pris en charge en ambulatoire au titre de l'activité de psychiatrie en 2022 (en particulier à travers l'accueil en centres médico-psychologiques), en croissance de +0,8% par rapport à 2021 (année où le nombre de patients a retrouvé son niveau d'avant crise). Les tranches d'âges qui connaissent la progression la plus dynamique en 2022 sont celles de 13 à 24 ans (+4,6%) et de 75 à 79 ans (+8,6%).

#### **1.4.4. Les évolutions portées dans le cadre du financement de la psychiatrie pour 2023**

La progression des ressources de la psychiatrie inscrite dans l'ONDAM pour 2023 notamment du fait des engagements pris dans le cadre des assises de la santé mentale et de la psychiatrie a permis en particulier de :

- Renforcer les centres médico psychologiques infanto-juvéniles et adultes afin d'améliorer les délais de prises en charge, notamment pour les 1ers rendez-vous d'évaluation et d'orientation par un personnel non médical ;
- Développer l'offre d'accueil familial thérapeutique ;
- Améliorer l'accès aux soins somatiques pour les patients souffrant de troubles psychiatriques ;
- Apporter d'une réponse plus adaptée aux besoins de soins urgents et non programmés par le développement du volet psychiatrie du service d'accès aux soins (SAS) ;
- Renforcer les moyens dédiés à la prise en charge du psychotraumatisme ;
- Augmenter le nombre d'équipes mobiles psychiatriques intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD et autres établissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS) ;
- Déployer le numéro national gratuit de prévention du suicide.

Au-delà des mesures prévues par les assises de la santé mentale, la progression des ressources consacrées à la psychiatrie vise notamment à poursuivre le renforcement de l'offre de prise en charge psychiatrique à destination des enfants et adolescents (pédopsychiatrie), l'organisation d'un nouvel appel à projets du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, la montée en charge du dispositif Vigilans de prévention du suicide et l'accompagnement les établissements autorisés en psychiatrie à la mise en œuvre de la réforme de l'isolement et de la contention.

### **1.5. Les unités de soins de longue durée (USLD)**

#### **1.5.1. Les modalités de financement pour les soins de longue durée**

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



Le financement des places d'hébergement permanent des établissements d'hébergement pour 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), la branche maladie pour les USLD, représentant 58% des ressources des USLD ;
- **Les dépenses de la section « dépendance »** (aide et surveillance) : sont financées par le biais d'une prestation individuelle, l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, par les conseils départementaux avec une participation des résidents (0,2 milliards d'euros en 2020 pour les USLD) ; la participation des résidents correspond à environ 1/3 de ce total), représentant 12% des ressources des USLD ;
- **Les dépenses de la section « hébergement »** (hôtellerie, restauration, animation, etc.) sont financées par les résidents et leurs familles qui peuvent néanmoins percevoir des aides publiques en fonction de leurs ressources (0,7 milliards d'euros en 2020 pour les USLD représentant 30% des ressources des USLD).

### 1.5.2. La répartition régionale du financement sanitaire pour les soins de longue durée en 2022

Le tableau ci-dessous présente par régions les financements sanitaires 2022 pour les établissements exerçant des activités de soins de longue durée<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Les unités de soins de longue durée bénéficient d'un financement ternaire (voir la partie PARTIE 1 :1.5.2). Ce tableau correspond uniquement aux ressources au titre de la section soins, seule ressource de l'ONDAM<sup>(106)</sup>.

*en millions d'euros*

<b>Activité de soins de longue durée - Financement 2022</b>	
<b>Région</b>	<b>Allocation de ressources</b>
	<b>Dotations soins des USLD</b>
Auvergne-Rhône-Alpes	157,0
Bourgogne Franche Comté	54,8
Bretagne	61,4
Centre Val de Loire	51,5
Corse	8,2
Grand Est	114,3
Hauts-de-France	114,0
Ile-de-France	224,8
Normandie	64,4
Nouvelle-Aquitaine	131,6
Occitanie	128,7
Pays de la Loire	68,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	69,7
<b>France métropolitaine</b>	<b>1 249,3</b>
Guadeloupe	11,0
Guyane	1,4
Martinique	7,4
Mayotte	
La Réunion	4,7
<b>Outre-mer</b>	<b>24,5</b>
<b>Total</b>	<b>1 273,7</b>

**Sources : arrêtés de dotations régionales 2022**

### **1.5.3. Les perspectives d'évolution du modèle de financement des USLD**

Les réformes sur l'autonomie et le Grand âge et le virage domiciliaire selon les souhaits des personnes de demeurer à domicile le plus longtemps possible conduit à un accueil par les USLD en réponse à un besoin de soins à identifier, dans un continuum et une gradation des prises en charge avec l'offre des EHPAD.

Une première étape a été menée avec le rapport « 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie »<sup>9</sup> qui visait à définir les profils de soins relevant plus spécifiquement des USLD ou des EHPAD, et les besoins auxquels l'offre de soins des « unités de soins prolongées complexes (USPC) » devraient répondre de manière spécifique. Il a conduit à la publication d'une feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023<sup>10</sup> dont le premier axe porte sur l'évolution des USLD et définit les conditions d'une plus forte médicalisation des EHPAD.

<sup>9</sup> Le rapport du 5 juillet 2021 par les professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin « 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie »

<sup>10</sup> Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023

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

### 1.6.1. Le financement à la qualité

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

Ce dispositif constitue le principal mode de financement relatif à la qualité. Il a été profondément rénové en 2019 afin de faire de la qualité un compartiment tarifaire à part entière, d'accroître son poids dans les financements des établissements de santé et de renforcer son caractère incitatif et inclusif, comme suit :

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

Sur la période 2020 à 2022, la mise en œuvre des évolutions du dispositif a été freinée par la crise sanitaire.

Depuis 2022, la montée en charge du dispositif a été réactivée, notamment avec son extension au champ de la psychiatrie, l'introduction d'une mécanique de gradation des rémunérations en fonction du niveau de résultat atteint et l'augmentation de l'enveloppe financière.

En **2023, l'enveloppe du dispositif est maintenue à 700 millions d'euros**. En lien étroit avec les partenaires de la concertation, il a été acté le fait de stabiliser le modèle en 2023 afin de recentrer les travaux autour de la consolidation du dispositif et de l'appropriation du modèle par les acteurs.

Au-delà de l'incitation financière, l'enjeu est bien que chaque structure traduise les indicateurs nationaux au sein de son dialogue interne dans le cadre de la Politique Qualité Gestion des Risques, mais également au sein du dialogue avec les acteurs territoriaux pour que ces indicateurs constituent à terme de véritables leviers managériaux d'amélioration de la qualité.

**D'autres dispositifs visent à valoriser la qualité et la pertinence des soins** dans le financement des établissements. Comme évoqué au préalable, la dotatation qualité pour les structures de médecine d'urgence en constitue un exemple et des modèles de financement au forfait ou à la séquence, dont le montant pourra être modulé en fonction d'indicateurs qualité ciblés sur les pathologies ou les épisodes de soins concernées, se développent.

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

L'ONDAM Etablissements de santé porte les crédits du sous-objectif relatif 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.

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

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

- Les **missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation** (MERRI)<sup>11</sup> ;
- **Les autres missions**<sup>12</sup> 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 5 126,9 millions d'euros pour 2022.

Suite à une forte évolution en 2022 avec notamment le transfert dans le FIR de 21 MIG, la liste exhaustive des MIG se stabilise en 2023 avec la création d'une seule MIG relative aux activités d'expertise dans le secteur SMR.

Le tableau ci-dessous présente les crédits alloués aux établissements de santé au titre de la gestion 2022 pour chaque mission d'intérêt général (en millions d'euros) :

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2022 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant en millions d'euros
Missions générales de recherche médicale, d'enseignement et d'innovation	Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation	1 861,4
Missions spécifiques de recherche médicale et d'innovation en matière de soins	Préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques	26,6
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	25,1
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRCK)	14,1
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	12,5
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle (PRT)	0,0
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS)	0,4

<sup>11</sup> Les MIG(000) sont précisées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale

<sup>12</sup> Les autres MIG figurent au 2°, 3° et 4° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale

**Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2022 par nature**

Nature des missions d'intérêt général		Montant en millions d'euros
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRTK)	1,1
	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	6,9
	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	0,8
	Effort d'expertise des établissements de santé	3,1
	Soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	6,2
	Programmes de recherche médico-économique (PRME)	3,9
	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	62,9
	Conception des protocoles, gestion et analyse de données	15,3
	Investigation	74,7
	Coordination territoriale	14,8
	Qualité et performance de la recherche impliquant la personne humaine à finalité commerciale	20,1
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	1 045,6
Missions de recours exceptionnel	Financement des activités de recours exceptionnel	59,4
Missions spécifiques de recherche, d'enseignement, de référence, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées	Centres mémoire de ressources et de recherche	13,1
	Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) mentionnés à l'article D. 3121-34 du code de la santé publique	0,1
	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	10,5
	Centres de référence maladies rares labellisés (hors centres inclus dans les MIG F05, F06, F07)	95,7
	Centres labellisés Maladies hémorragiques constitutionnelles	6,9
	Centres labellisés Mucoviscidose	20,0
	Centres labellisés Sclérose latérale amyotrophique	7,3

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2022 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant en millions d'euros
	La mortalité périnatale	5,5
	Centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	7,6
	Centres régionaux de Pathologies Professionnelles et Environnementales (CRPPE)	8,2
	Services experts de lutte contre les hépatites virales	8,9
	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	15,3
	Centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)	6,1
	Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique	14,3
	Centres de référence pour infections ostéo-articulaires (CIOA)	1,5
	Réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte	7,0
	Filières de santé pour les maladies rares	14,0
	Centres de ressources et de recherche sur la sclérose en plaques (C2Rsep)	2,6
	Centre national de référence en hémobiochimie périnatale	5,5
	Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCNDN)	0,6
	Plateformes maladies rares	2,1
	Bases de données sur les maladies rares	7,8
	Appui à l'expertise maladies rares	5,5
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	493,2
	Dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	3,5
Missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise	Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) et Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et d'addictovigilance (CEIP-A) mentionnés aux articles R. 5121-158 et R. 5132-112 du code de la santé publique	1,7

**Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2022 par nature**

Nature des missions d'intérêt général		Montant en millions d'euros
	Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique	3,1
	Centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique	9,4
	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres	4,7
	Centre national de ressources de la douleur	0,4
	Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie	1,3
	Centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	42,9
	Centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson	1,0
	Centre national pour malades jeunes, Alzheimer et apparentées (CNR-MAJ)	0,7
	Centre expert national sur les médicaments et autres agents tératogènes et/ou foetotoxiques	0,7
	Lutte contre les maladies vectorielles à tiques, dont la maladie de Lyme (MVT)	1,6
Missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient	Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	0,0
	Équipes de cancérologie pédiatrique	19,6
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	6,7
	Surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité	24,2
	Prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté	1,5
	Prélèvements et stockage de sang placentaire	1,8
Missions de maintien et d'accès aux soins de proximité	Réseaux de télésanté, notamment la télémedecine	0,3
	Mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des mais	23,0
	Unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	7,7
Missions de prévention et d'éducation thérapeutique	Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires,	0,1

Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2022 par nature		
Nature des missions d'intérêt général		Montant en millions d'euros
relatives aux maladies chroniques	cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	
Mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes	Espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI)	5,7
Missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles	Actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	0,7
	Missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique	9,5
	Acquisition et la maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	24,0
Intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies	Consultations hospitalières d'addictologie	61,6
	Emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique, à l'exception du plan cancer	0,7
	Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	65,7
	Consultations hospitalières de génétique	39,1
	Centres experts de la maladie de Parkinson	2,6
	Primoprescription de chimiothérapies orales	2,0
	Dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violence	5,2
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	346,2
	Centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques : centres de consultations et d'assistance télé-médicale maritimes et de relai des appels passés par les personnes sourdes et malentendantes	1,8
	Prise en charge des patients en situation d'obésité	1,2
	Cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP)	10,0
	Évacuations sanitaires pour les patients des territoires ultramarins et de Corse (EVASAN)	9,4



**Répartition des crédits des missions d'intérêt général (MIG) alloués en 2022 par nature**

Nature des missions d'intérêt général		Montant en millions d'euros
Participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	Rémunération des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires	7,5
	Coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements, des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales	0,5
	Rémunération des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements hors SMR	6,9
	Coopération hospitalière internationale	0,7
	Participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997	55,8
Activités de soins dispensés à des populations spécifiques	Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	19,7
	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)	203,7
	Chambres sécurisées pour les personnes détenues	11,8
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 complexifier	1,3
Missions relevant des soins médicaux et de réadaptation	Accompagnement à la scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation	6,6
	Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation	7,6
	Rémunération des internes en stage hospitalier	3,2
	Hyperspécialisation des prises en charge	7,7
	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	16,5
	Unités cognitivo-comportementales (UCC)	8,0
	Plateaux techniques spécialisés (PTS)	5,8
Ateliers d'appareillage	3,0	
<b>Total</b>		<b>5 126,9</b>

Source : données HAPI 2022



## 1.6.2.2. 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. Ces aides permettent à chaque agence régionale de santé de mettre en œuvre une démarche de contractualisation avec les établissements afin de répondre à des orientations ou à des problématiques qui ne seraient pas financées par d'autres modalités de financement.

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

Le tableau ci-dessous présente les crédits d'aides à la contractualisation au titre de la gestion 2022 regroupés par destinations.

Répartition des crédits d'aides à la contractualisation (AC) délégués en 2022 par destination	
Destination des aides à la contractualisation	Montant en millions d'euros
Financement exceptionnels liés à la crise sanitaire (tests, vaccins et autres surcoûts), à l'inflation, aux mesures de préservation du pouvoir d'achat et aux autres mesures exceptionnelles prises à l'été 2022	3 037,0
Soutien à la démographie des professionnels de santé	2 017,1
Soutien à l'investissement des établissements de santé	974,3
Restructuration et soutien financier aux établissements de santé	706,8
Financement de la mesure d'admission directe des personnes âgées dans le cadre du pacte urgences	100,6
Accompagnement au fonctionnement des services d'urgences	90,5
Accompagnement au fonctionnement des activités de médecine et de chirurgie	57,1
Accompagnement au fonctionnement des activités d'hospitalisation à domicile	19,3
Accompagnement au fonctionnement des activités d'obstétrique et de périnatalité	9,4
Accompagnement au fonctionnement des activités de cancérologie	6,0
Accompagnement au fonctionnement des soins palliatifs	5,2
Soutien à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins	4,2

<b>Total</b>	<b>7 027,4</b>
--------------	----------------

**Source : arrêtés de dotations régionales 2022**

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

Le fonds d'intervention régional (FIR) constitue une enveloppe du cinquième sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il constitue le vecteur financier dont disposent les agences régionales de santé afin de soutenir plusieurs axes de la politique sanitaire, au travers de l'ensemble des acteurs de la santé (établissements de santé, professionnels libéraux, etc.) dans le cadre des cinq missions<sup>13</sup> confiées à ce fonds, y compris en réponse à des situations d'urgence.

En 2022, le montant alloué aux établissements de santé par les agences régionales de santé s'élève à 3,3 milliards d'euros (sur les 4,9 milliards d'euros 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 : 405,8 millions d'euros ;
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale : 1 058,2 millions d'euros ;
- la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire : 775 millions d'euros. 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 (680 millions d'euros) ;
- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels : 1 082,8 millions d'euros ;
- le développement de la démocratie sanitaire : 0,4 millions d'euros.

Le FIR permet également de financer des projets innovants alliant la ville et l'hôpital. Issue du Pacte de refondation des urgences puis réaffirmée dans le cadre du Ségur de la santé, la mise en œuvre du Service d'accès aux soins (SAS) est l'un des engagements majeurs du ministère pour l'accès aux soins et le renforcement du partenariat ville-hôpital. Le SAS est un nouveau service d'orientation dans le système de santé. Il permettra à toute personne ayant un besoin de santé urgent, ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé, d'accéder à distance à un professionnel de santé. Le déploiement du SAS repose sur une phase de pilotes avant généralisation du dispositif. À la suite d'un appel à projet, 22 territoires ont été retenus, couvrant 40 % de la population française en 2021 (10,1 millions d'euros). Une montée en charge en 2022 a permis de financer 21 SAS pilotes et 15 projets SAS pour 23,3 millions d'euros. À titre d'exemple, les budgets FIR ont pu financer sur ces expérimentations les dépenses liées au renfort en personnels pour assurer le premier décroché téléphonique, à l'augmentation des capacités des plateformes téléphoniques des SAMU, à la rémunération des médecins libéraux régulateurs. En 2023, 16 millions d'euros supplémentaires ont été alloués pour continuer d'accompagner la montée en charge de ce nouveau dispositif.

<sup>13</sup> Les missions du FIR sont définies à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique

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

Le financement des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux consommés au sein des établissements de santé est assuré par les tarifs des prestations<sup>14</sup> (Groupes homogènes de séjours (GHS) pour les activités de MCO et HAD, Groupes médico-tarifaires (GMT) pour les activités de SMR).

Par dérogation, la mise en place de la tarification à l'activité dans le champ MCO/HAD, puis du financement mixte dans le champ du SMR depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023, s'est accompagnée d'un dispositif de financement complémentaire pour certains dispositifs médicaux, implants, greffons et certaines spécialités pharmaceutiques innovants et coûteux afin de soutenir et de diffuser l'innovation dans les établissements de santé. Ce dispositif dérogatoire est celui dit de la « liste en sus »<sup>15 16</sup>. L'inscription des produits sur les « listes en sus » est réalisée par indication thérapeutique.

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

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

Les travaux du conseil stratégique des industries de santé 2021 ont abouti à l'annonce, par le Président de la République, de l'élargissement des critères d'inscription sur les listes en sus pour faciliter l'accès aux innovations sur le territoire.

En parallèle de ces évolutions des conditions d'inscription, des travaux relatifs aux modalités de gestion de ces listes sont en cours en lien avec les professionnels. En effet, une croissance de +11,5 % a été observée entre 2021 et 2022 pour la consommation de médicaments sur les champs du MCO/HAD, portant les montants remboursés à plus de 5,9 milliards d'euros en 2022. Les dépenses remboursées sur la liste en sus pour les dispositifs médicaux, implants et greffons ont représenté plus de 2,2 milliards d'euros en 2022, soit une hausse de près de +5,6% par rapport à 2021.

### ***1.7. Financement des dépenses exceptionnelles de revalorisation des rémunérations des personnels hospitaliers et en lien avec la crise sanitaire***

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

Diverses mesures de soutien aux ressources humaines du système de santé ont été mises en œuvre depuis 2020 suite aux accords historiques du Ségur de la santé. En effet, dans un objectif de soutien à l'ensemble des professionnels de santé, plusieurs mesures ont été financées de manière pérenne dans les ressources des établissements de santé et ont débouché sur des mesures de revalorisation salariale au bénéfice des personnels médicaux et non médicaux des établissements de santé publics et privés accompagnées d'un financement cumulé de **6,9 milliards d'euros sur la période 2020-2023**, dont 6,7 milliards d'euros à fin 2022. Le financement de ces mesures est ainsi progressivement monté en charge entre 2020 et 2023, au fur et à mesure du déploiement des revalorisations, de la façon suivante :

---

<sup>14</sup>Tarifs de prestations définis à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

<sup>15</sup> Liste en sus pour les champs du MCO/HAD définis à l'article L. 162-22-7 du code de la santé publique

<sup>16</sup> Liste en sus pour le champ du SMR défini à l'article L. 162-23-6-1 du code de la santé publique

*en millions d'euros*

Nature des mesures financées dans le cadre du Ségur RH	2020	2021	2022
Revalorisations des personnels non médicaux	2 030	4 920	5 675
Revalorisations des personnels médicaux	94	255	352
Revalorisations des étudiants et internes en médecine	23	157	154
Sécurisation des organisations et des environnements de travail		281	551
<b>Total</b>	<b>2 147</b>	<b>5 612</b>	<b>6 732</b>

*\*Y compris financement par le mécanisme de péréquation du Ségur et la revalorisation transversale des MIG*

*Source : données HAPI 2020 à 2022 et arrêtés tarifaires 2022 et 2023*

#### 1.7.1.1. Les mesures mises en œuvre pour les personnels médicaux

L'année 2022 marque un pas supplémentaire dans la montée en charge des mesures issues des accords du Ségur de la santé. Les axes forts des financements en faveur des personnels médicaux comprennent la création d'un statut unique de praticien contractuel, la mesure liée aux émoluments des maîtres de conférence des universités – praticiens hospitaliers (MCU-PH) et des professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH) ainsi que la fin de la montée en charge financière de la revalorisation Ségur personnel médical des établissements à but non lucratif (EBNL). En réponse aux tensions rencontrées spécifiquement dans les services d'urgences en 2022, le Gouvernement a mis en œuvre, ou poursuivi, un ensemble de mesures permettant de soutenir une organisation renforcée de l'accès aux soins urgents et non programmés dans tous les territoires, notamment par la revalorisation de la rémunération du travail de nuit.

Tout d'abord, le montant des indemnités de temps de travail additionnel des personnels médicaux, qui correspondent à la valorisation du temps de travail réalisé après au-delà de leurs seules obligations de service, a fait l'objet d'une majoration de 50 % sur plusieurs périodes successives entre 2020 et 2022, majoration portée à 100 % entre fin décembre 2021 et février 2022.

Par ailleurs, le montant des indemnités de sujétion, qui correspondent à la valorisation du temps de travail réalisé dans le cadre de la permanence des soins (les nuits et week-ends), a également fait l'objet de majorations exceptionnelles. Ainsi, ce montant a été majoré de 50 % de juillet 2022 à décembre 2023, dans la continuité des recommandations de la mission flash confiée à François Braun sur les urgences et les soins non programmés.

Enfin, il est prévu que des mesures de revalorisation pérenne de la participation à la permanence des soins par les professionnels de santé prennent le relai de ces majorations indemnitaires temporaires. Le principe de cette revalorisation pérenne a été évoqué par le Président de la République dans ses vœux aux acteurs de la santé le 6 janvier 2023 puis confirmé par la Première ministre le 31 août 2023. En particulier, les indemnités actuelles seront ainsi majorées dès 2024 de 25% pour le travail de nuit, de 20% pour le travail du dimanche et les jours fériés et de 50% pour les gardes médicales.

### 1.7.1.2. Les mesures mises en œuvre pour les personnels non médicaux

Conformément à la trajectoire issue des accords du Ségur de la Santé, les engagements pris ont été mis en œuvre en 2022 pour les personnels non médicaux. Ainsi, ont été mises en œuvre les mesures relatives à l'attractivité pour les carrières soignantes, telles que la revalorisation des grilles indiciaires pour les personnels de fonction publique hospitalières qui ont été transposées aux établissements privés, les revalorisations pour les sages-femmes, pour les infirmiers de blocs opératoires (IBODE), mais aussi la mise en place de la sécurisation des organisations et des environnements de travail pour la fonction publique hospitalière. Au total, 6,1 milliards d'euros ont été intégrés dans tous les vecteurs de financements et versés aux établissements de santé à fin 2022.

Ces accompagnements financiers se sont poursuivis en 2023 avec notamment le financement de la dernière tranche de montée en charge de la mesure relative à la sécurisation des organisations et des environnements de travail (277 millions d'euros) ainsi que le financement de la prime « soins critiques » (46 millions d'euros) versée aux infirmiers en soins généraux et aux cadres de santé exerçant au sein d'unités de réanimation, de soins intensifs ou de soins continus.

Par ailleurs, des tensions dans les services d'urgences, comme pour les personnels médicaux décrite *supra* ont conduit à mettre en place des mesures, en soutien aux personnels non médicaux. Ainsi, un doublement de la majoration de l'ensemble des heures supplémentaires a ainsi été instauré, dont le surcoût projeté s'élève à 384 millions d'euros dans la fonction publique hospitalière.

### **1.7.2. La sécurisation des ressources des établissements depuis la crise sanitaire**

Dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19, le Gouvernement a pris des dispositions pour soutenir les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social au moyen de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale.

La garantie de financement visait deux objectifs majeurs en soutien des établissements de santé :

- A très court terme, éviter toute rupture de trésorerie ;
- Sécuriser leurs financements issus de l'activité et compenser leurs charges spécifiques afin de leur donner de la visibilité et leur permettre de se consacrer pleinement à la prise en charge des patients.

La garantie de financement a été reconduite jusqu'au 31 décembre 2022 afin de maintenir des modalités de financement dérogatoires pour les établissements de santé en difficulté et de sécuriser leurs recettes dès lors que leur fonctionnement demeurerait perturbé par les conséquences durables de la crise sanitaire

Il est à noter que ce dispositif s'est appliqué de 2020 à 2021 aux activités de MCO et à partir de 2022 seulement aux activités de MCO et de SMR (la psychiatrie bénéficiant déjà d'une forme de sécurisation transitoire dans le cadre de l'entrée en vigueur de la réforme de financement).

L'article 44 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, a permis la mise en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 d'un nouveau dispositif de sécurisation (la sécurisation modulée à l'activité<sup>17</sup>).

---

<sup>17</sup> 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<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale

### 1.7.2.1. Les modalités de mise en œuvre et d'application de la sécurisation de ressources des établissements

Au regard de la crise sanitaire, les processus de valorisation et de facturation de l'activité habituels ont été très perturbés. Pour tenir compte des effets financiers subis par les établissements du fait de la déformation importante de leur activité pendant la crise sanitaire et de l'absence de retour à la normale en 2023, les processus de valorisation et de facturation de l'activité habituels ont également été aménagés.

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

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

### 1.7.2.2. Bilan des dispositifs de sécurisation des ressources des établissements depuis 2020

En 2020, sur le champ du MCO, plus de 90 % des établissements de santé publics et une partie des ESPIC (secteur dit « ex-DG ») ont bénéficié de la garantie de financement ; ce taux passe à 60 % pour les établissements du secteur privé lucratif et l'autre partie des ESPIC (dit secteur « ex-OQN »). Sur le champ HAD, la forte dynamique est confirmée pour les deux secteurs : seuls 22% des établissements du secteur ex-DG et 14 % des établissements du secteur ex-OQN ont bénéficié de la garantie. Pour les établissements ex-OQN de psychiatrie et de SMR : 73 % des établissements de psychiatrie et 85% des établissements de SMR ont eu une valorisation d'activité en deçà de leur niveau plancher et ont donc bénéficié de la garantie de financement.

En 2021, sur le champ du MCO, plus de 78 % des établissements de santé du secteur ex-DG et 56 % des établissements du secteur ex-OQN ont bénéficié de la garantie de financement. Sur le champ HAD, on observe toujours une dynamique très forte malgré une légère baisse pour les deux secteurs : 33% des établissements du secteur ex-DG et 24% des établissements du secteur ex-OQN ont bénéficié de la garantie. Pour les établissements ex-OQN de psychiatrie et de SMR : 55 % des établissements de psychiatrie et 74% des établissements de SMR ont bénéficié de la garantie de financement.

Enfin en 2022, c'est 73 % des établissements de santé du secteur ex-DG et 54% les établissements du secteur ex-OQN qui ont bénéficié de la garantie de financement. Sur le champ HAD, le ralentissement de la dynamique est confirmé avec 41% des établissements du secteur ex-DG et 29% des établissements du secteur ex-OQN bénéficiant de la garantie de financement. Pour les établissements ex-OQN de SMR, 63% des établissements ont bénéficié de la garantie de financement.

## 1.7.3. Le financement des dépenses liées à la Covid-19 depuis 2020

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

En 2022, dans la continuité de l'accompagnement des établissements de santé face à la poursuite de la crise sanitaire, ce sont 1,1 milliard d'euros qui ont été délégués au titre de la couverture des impacts budgétaires de la Covid-19, dont le remboursement des tests RT-PCR et antigéniques (470 millions d'euros), de la vaccination



(54 millions d'euros) et la compensation des surcoûts Covid-19 (567 millions d'euros répartis en fonction des besoins des champs d'activité).

#### **1.7.4. Le financement des mesures liées au pouvoir d'achat**

Dans un contexte de tensions budgétaires liées à l'inflation exceptionnelle impactant le pouvoir d'achat des professionnels hospitaliers ainsi que les dépenses des établissements, des dotations supplémentaires ont été allouées aux établissements en 2022 à hauteur de plus 1,8 milliard d'euros. Ce soutien visait notamment à mettre en œuvre la décision de dégel du point d'indice au 1<sup>er</sup> juillet 2022 et accompagner les établissements de santé pour faire face aux effets inédits de l'inflation sur la politique d'achat, plus particulièrement en ce qui concerne les dépenses énergétiques.

Des financements ont été alloués aux établissements publics de santé au regard de la hausse de la valeur du point d'indice à +3,5 %, cette hausse ayant été transposée aux établissements à but non lucratif (EBNL).

Un financement de 137 millions d'euros a été accordé aux établissements à but lucratif en 2022 pour soutenir le pouvoir d'achat de leurs salariés.

Enfin, afin d'accompagner l'ensemble des établissements de santé face au niveau exceptionnel de l'inflation, 738 millions d'euros ont été versés.

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

### ***2.1. Le financement des ESMS de 2020 à 2023***

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

Les dépenses financées au travers de l'OGD s'élevaient à 27 Mds€ en 2021, en augmentation d'environ 1,5 Md€ de 3 Mds€ par rapport au montant exécuté de dépenses 2020 (+5,50 %). Cette hausse est principalement concentrée sur les établissements accueillant des personnes âgées.

Entre 2021 et 2022, l'OGD a augmenté de 1,6 Md€ (+5,64 %).

Ces hausses successives en 2021 et 2022 s'expliquent notamment par la compensation des surcoûts exceptionnels auxquels ont dû faire face les ESMS depuis deux ans (Covid-19 pour l'ensemble des ESMS, compensation des pertes de recettes hébergement pour les EHPAD dès 2020, inflation...) et par le financement des mesures de revalorisations salariales issues du Ségur de la Santé à partir du dernier trimestre 2020, ainsi que des revalorisations du point d'indice en 2022, transposées au secteur privé.

## Synthèse des dépenses de l'OGD intégrant les surcoûts Covid-19 et les revalorisations salariales (En Mds€)

2020	PA		PH		PA+PH	
	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*	Montant	Evolution N-1/N*
OGD prévu en construction initiale	12,2	13,10 %	12,4	4,80 %	24,6	8,90 %
OGD final	13,1	19,00 %	12,4	4,80 %	25,5	12,10 %

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	13,9	5,70 %	12,5	0,80 %	26,4	3,40 %
OGD final	14,4	9,00 %	12,6	1,60 %	27	5,50 %

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	0,50 %	13,6	7,30 %	28	3,60 %
OGD final	14,6	1,06 %	13,9	9,96 %	28,4*	5,21 %

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

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

Les paragraphes ci-dessous ont pour objet de détailler l'affectation des ressources au secteur médico-social sur l'année 2022 et leur évolution par rapport aux années précédentes. Il convient néanmoins d'apporter dès à présent quelques précisions sur l'année 2023.

En 2023, l'OGD PA et l'OGD PH sont à nouveau en forte augmentation, avec une croissance supérieure à l'an passé (5,64% versus 5,21%), dans la continuité des dernières années. Ces évolutions sont essentiellement imputables à des mesures pérennes, comme l'an passé.

Sur les deux secteurs, l'année 2023 est marquée par la poursuite de la mise en œuvre des différentes revalorisations salariales (évolution du point d'indice transposée au secteur privé, soit 340 millions d'euros, ainsi que la fin du financement des mesures issues du Ségur, soit 205,8M€).

Des mesures importantes concourant à la transformation du secteur des personnes âgées expliquent également l'évolution notable de l'OGD PA : renforcement du taux d'encadrement dans les EHPAD, amorçage

du plan de création de places de SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) pour lequel une autorisation d'engagement de 400 millions d'euros a été arrêtée), première année de mise en œuvre de la réforme du financement des SSIAD, poursuite du déploiement des centres de ressources territoriaux (autorisation d'engagement de 200 millions d'euros) et coordination entre les SSIAD et les Services d'aide à domicile (SAAD) dans la perspective de la réforme des services autonomie.

Concernant le secteur des personnes en situation de handicap, les mesures traduisent la poursuite des orientations stratégiques fixées par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap (CNH) du 11 février 2020 et des mesures annoncées en comités interministériels du handicap (CIH) qui visent à changer le regard de la société, à faciliter la vie au quotidien par une société plus accessible et à apporter des réponses effectives aux besoins des personnes quel que soit leur handicap et leur âge et dans tous les secteurs. La campagne 2023 permet de renforcer les actions relatives au développement de l'école inclusive et du repérage et de l'accompagnement précoce. En cohérence avec la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, l'année 2023 vise à poursuivre le déploiement des dispositifs dédiés aux personnes présentant des troubles du neurodéveloppement, afin de conforter les unités d'enseignement, les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), ainsi que les unités de vie résidentielle. Enfin, des crédits sont délégués pour développer des solutions dédiées à certains publics (personnes polyhandicapées, personnes handicapées vieillissantes ainsi que les personnes en situation de handicap vivant en outre-mer).

### 2.1.1. Pour personnes âgées (PA)

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

L'évolution des ressources (hors mesures liées à la pandémie et soutien des mesures non reconductibles) est de +27 % pour les EHPAD sur la période 2020-2022. Cette évolution sans précédent s'explique principalement par l'application des mesures de revalorisation issues du Ségur de la santé à partir du 1er octobre 2020. Au total, sur le secteur personnes âgées, l'OGD a été abondé de 366 millions d'euros en 2020 et de 1,70 Md€ en 2021 au titre des mesures de revalorisation salariale.

Par ailleurs, les recettes des EHPAD ont progressé compte tenu de la poursuite de la médicalisation des établissements et du financement de la fin de la convergence tarifaire. En 2021, 312,6 millions d'euros ont été alloués à ce titre, intégrant les crédits de neutralisation de la convergence tarifaire.

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

S'agissant des SSIAD, des accueils de jour et des résidences autonomie, les ressources de ces ESMS ont également progressé de manière significative du fait de l'extension des mesures de revalorisation salariale à l'ensemble du secteur (initialement centrée sur les EHPAD en 2020). En 2023, la mise en place de la réforme du financement des SSIAD ainsi que le déploiement d'un plan de création de places de SSIAD à hauteur de 400 millions d'euros va conduire à une poursuite de la progression des dépenses à destination des services.

Recettes reconductibles	2020	2021	2022	Evolution 2020-2022
<b>EHPAD (dont PUV)</b>	9 446 216 084 €	11 772 535 980 €	11 969 508 463 €	+27 %
<b>SSIAD</b>	1 794 054 184 €	1 870 010 459 €	2 050 113 033 €	+14 %
<b>AJA et RA</b>	80 031 191 €	87 127 290 €	93 784 848 €	+17 %

Source : HAPI médico-social

Par ailleurs les ARS financent chaque année des actions ciblées via des crédits non reconductibles. En 2022, le montant des CNR s'élève à 575 millions d'euros et servent principalement à des actions de soutien aux investissements, soutien aux établissements en difficulté ou encore soutien à la politique de formation.

### 2.1.1.2. Evolution régionale des dépenses OGD

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

Dotations régionales limitatives (PA)	2020	2021	2022
Auvergne-Rhône-Alpes	1 673 580 323 €	1 836 677 458 €	1 826 697 000 €
Bourgogne-Franche-Comté	733 119 575 €	791 021 332 €	789 660 952 €
Bretagne	840 341 805 €	919 907 240 €	932 766 486 €
Centre-Val de Loire	622 251 142 €	682 050 164 €	686 471 638 €
Corse	46 767 075 €	53 143 153 €	57 360 067 €
Grand Est	1 107 048 840 €	1 218 726 182 €	1 219 362 986 €
Guadeloupe	43 024 105 €	46 424 510 €	50 681 651 €
Guyane	9 547 757 €	10 599 103 €	13 320 178 €
Hauts-De-France	1 074 743 110 €	1 160 699 734 €	1 173 068 257 €
Ile-de-France	1 576 745 942 €	1 656 202 832 €	1 636 740 242 €
La Réunion	47 436 452 €	53 770 179 €	60 631 697 €
Martinique	50 324 420 €	55 695 923 €	62 374 666 €
Mayotte	1 429 885 €	1 579 850 €	1 920 669 €
Normandie	721 830 902 €	799 528 650 €	805 489 154 €
Nouvelle-Aquitaine	1 460 193 225 €	1 621 583 755 €	1 647 233 153 €
Occitanie	1 299 460 746 €	1 438 399 380 €	1 448 659 819 €
Pays de la Loire	852 810 197 €	963 983 132 €	972 160 330 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	984 117 349 €	1 080 441 511 €	1 091 471 859 €
<b>TOTAL</b>	<b>13 144 772 850 €</b>	<b>14 390 434 088 €</b>	<b>14 476 070 802 €</b>

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

## 2.1.2. Pour personnes handicapées (PH)

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

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

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

a) Handicap adultes :

Recettes reconductibles	2020	2021	2022	Evolution 2020-2022
<b>MAS</b>	2 359 602 870 €	2 440 739 186 €	2 702 141 744 €	15 %
<b>FAM</b>	730 295 490 €	768 290 393 €	911 331 036 €	25 %
<b>ESAT</b>	1 516 734 336 €	1 543 237 578 €	1 639 362 833 €	8 %
<b>CRP / Etablissement de service de réadaptation professionnelle</b>	281 459 856 €	287 525 721 €	298 603 265 €	6 %
<b>SAMSAH</b>	143 067 808 €	150 522 768 €	183 539 229 €	28 %

Source : HAPI médico-social

b) Handicap enfance :

Recettes reconductibles	2020	2021	2022	Evolution 2020-2022
<b>IME</b>	2 931 016 951 €	2 965 236 914 €	3 305 870 246 €	13 %
<b>ITEP</b>	796 217 132 €	810 631 673 €	898 102 234 €	13 %
<b>SESSAD</b>	1 056 771 631 €	1 095 034 708 €	1 204 965 180 €	14 %
<b>CAMPS</b>	206 754 130 €	221 665 214 €	252 890 568 €	4 %
<b>CMPP/BAPU</b>	348 954 239 €	356 294 029 €	384 016 020 €	10 %

Source : HAPI médico-social

Par ailleurs les ARS financent chaque année des actions ciblées via des crédits non reconductibles. En 2022, le montant des CNR s'élève à 436 millions d'euros et servent principalement à des actions de soutien aux investissements, soutien aux établissements en difficulté ou encore soutien à la politique de formation.

2.1.2.2. Evolution régionale des dépenses OGD

Dotations régionales limitatives (PH)	2020	2021	2022
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	1 313 818 576 €	1 315 609 365 €	1 433 001 665 €
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	562 355 200 €	567 558 190 €	619 219 251 €
<b>Bretagne</b>	569 881 010 €	574 552 190 €	633 002 687 €
<b>Centre-Val de Loire</b>	499 532 865 €	502 475 016 €	547 541 189 €

Corse	56 906 128 €	58 113 098 €	64 796 868 €
Grand Est	1 129 810 849 €	1 127 263 794 €	1 227 611 627 €
Guadeloupe	91 542 486 €	93 009 332 €	100 921 374 €
Guyane	58 310 376 €	58 777 532 €	65 265 035 €
Hauts-De-France	1 276 967 029 €	1 273 830 435 €	1 386 454 782 €
Ile-de-France	2 013 774 040 €	2 021 855 847 €	2 244 314 484 €
La Réunion	177 021 512 €	178 501 278 €	195 860 739 €
Martinique	78 352 385 €	80 234 458 €	87 260 773 €
Mayotte	15 447 623 €	18 031 671 €	24 155 452 €
Normandie	683 435 337 €	687 622 211 €	744 257 271 €
Nouvelle-Aquitaine	1 127 538 457 €	1 137 856 134 €	1 237 877 907 €
Occitanie	1 204 970 278 €	1 216 503 978 €	1 323 550 172 €
Pays de la Loire	650 951 888 €	656 554 297 €	715 118 749 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	848 754 504 €	856 324 638 €	933 230 920 €
Saint Pierre et Miquelon	974 848 €	985 439 €	1 065 795 €
<b>TOTAL</b>	<b>12 360 345 391 €</b>	<b>12 425 658 903 €</b>	<b>13 584 506 740 €</b>

## 2.2. Modèle de financement des ESMS

Le modèle de financement des ESMS repose sur une tarification des prestations fournies par les ESMS fixée, selon le type d'établissement, par le directeur général de l'ARS, le président du conseil départemental ou conjointement par ces autorités en cas de cofinancement. Les dotations financières allouées aux ESMS, exprimées en prix de journée, dotation globale, ou forfait, s'inscrivent dans le cadre des enveloppes limitatives régionales allouées aux ARS en fonction des enveloppes budgétaires définies au niveau national dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA et correspondant désormais pleinement aux sous-objectif personnes âgées et personnes en situation de handicap de l'ONDAM, et des crédits disponibles dans les départements.

Depuis le 1<sup>er</sup> 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 prévisionnel 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 Alzheimer (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 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. A noter que 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<sup>18</sup>, 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, une instruction a été prise pour desserrer de trois ans le calendrier de signature des CPOM soit jusqu'au 31 décembre 2024.

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 ». Pour 2022, des mesures transitoires sont prévues afin que ces gestionnaires bénéficient d'un délai supplémentaire pour établir leur EPRD.

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 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.

## 2.3. Les évolutions portées dans le cadre de la campagne 2023

### 2.3.1. La réforme des services à domicile – article 44 de la LFSS 2022 avec l'introduction d'une dotation de coordination

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 réforme en profondeur les services à domicile chargés d'accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap.

Cette mesure s'est, d'abord, accompagnée d'une refonte du modèle de financement des activités d'aide et d'accompagnement des services à domicile. En effet, la nouvelle structuration de l'offre voulue par la réforme et les moyens nouveaux permettront d'améliorer la situation financière qui peut s'avérer dégradée dans certains territoires.

C'est pourquoi il a tout d'abord été prévu de consolider le financement des prestations d'aide et d'accompagnement par l'instauration au 1<sup>er</sup> janvier 2022 d'un tarif plancher national de 22 euros (2022) puis 23€ (2023) par heure pour la valorisation des plans d'aide par les départements pour les services habilités ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. S'ajoute à ce tarif plancher, pour les services qui concluront un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le conseil départemental, le versement d'une dotation complémentaire permettant de financer des actions améliorant la qualité du service rendu et les conditions de vie au travail des salariés. Le coût induit par ces mesures pour les départements fait l'objet d'une compensation par la branche autonomie.

L'article 44 prévoit également de faire évoluer la tarification des activités de soins pour passer d'un système de tarification forfaitaire par place non modulée en fonction des caractéristiques des usagers, à une tarification tenant compte du besoin en soins et du niveau de perte d'autonomie des usagers. Cette réforme, mise en œuvre à la suite de la publication du décret en avril 2023<sup>19</sup>, vise ainsi à permettre aux services autonomie à domicile, délivrant des prestations d'aide et de soins de mieux accompagner chez elles les personnes âgées ou en situation de handicap dont l'état de santé nécessite des soins importants et ayant un niveau de dépendance élevé, sans qu'elles ne relèvent de l'hospitalisation à domicile (HAD). De même, la création de 25 000 places de SSIAD à horizon 2030 vise à renforcer l'offre à domicile actuelle notamment en

<sup>19</sup> Décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées



améliorant le maillage territorial en places de soins et l'accompagnement en soin pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, un financement spécifique versé par l'ARS permettant d'inciter à la coordination entre les prestations d'aide et de soins doit être versé aux services dispensant les deux prestations. Cette dotation doit permettre une meilleure prise en charge par les services eux-mêmes des coûts de coordination des différents intervenants à domicile. Cette dotation vise à garantir le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions.

### **2.3.2. La mission de centre de ressources territorial – EHPAD - Article 47 de la LFSS pour 2022 avec une dotation complémentaire pour cette nouvelle mission**

L'article 47 de la loi de financement pour 2022 crée une mission de centre de ressources territorial. Cette mission vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant pour leur permettre de continuer à vivre chez elles. Il s'agit de développer une alternative à l'entrée à l'établissement.

Cette mission peut être portée par un EHPAD ou par un service à domicile selon les modalités définies réglementairement.

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées conjointement par les centres de ressources territoriaux :

- Volet 1 : Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés) ;
- Volet 2 : Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Une dotation annuelle de 400 000 € est versée aux structures retenues dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets, pour un montant total de 20 millions d'euros dans le cadre de la campagne budgétaire 2022. Une instruction budgétaire prévoit la programmation régionale des autorisations d'engagement<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 relative aux autorisations d'engagement de dépenses pour les centres de ressources territoriaux pour les personnes âgées et les services infirmiers à domicile

## 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 2015-2021 et tendance 2022

##### 1.1.1. Les établissements publics de santé

1.1.1.1. Des résultats nets 2021 contrastés mais globalement en amélioration par rapport à 2019, qui témoignent du fort accompagnement des établissements publics de santé face à la crise

Le résultat net<sup>21</sup> 2021 du budget principal des établissements publics de santé<sup>22</sup>, dédié à l'enregistrement comptable de l'activité hospitalière des établissements et permettant d'isoler les effets conjoncturels de certains budgets annexes<sup>23</sup> (notamment ceux relatifs aux cessions), se chiffre à -381 millions d'euros en 2021 (-0,4% des produits<sup>24</sup>), en amélioration par rapport au résultat 2020 (-0,6 % des produits), retraités des effets stocks exceptionnels<sup>25</sup> (sans retraitement, le déficit 2020 représente -0,3 % des produits) grâce aux dispositifs de soutien financiers mis en œuvre pendant la crise sanitaire.

Résultat net des établissements publics de santé de 2015 à 2021

Type d'EPS	2015	2016	2017	2018	2019	2020 *	2020**	2021
AP-HP	-39 M€	-43 M€	-199 M€	-157 M€	-169 M€	-298 M€	-244 M€	-283 M€
CHU	-291 M€	-173 M€	-93 M€	18 M€	22 M€	55 M€	156 M€	77 M€
CH>150M	-46 M€	-31 M€	-62 M€	-18 M€	-57 M€	-45 M€	-8 M€	-12 M€
70M<CH<150M	-69 M€	-81 M€	-199 M€	-220 M€	-237 M€	-81 M€	-22 M€	-107 M€
20M<CH<70M	-124 M€	-165 M€	-277 M€	-239 M€	-181 M€	-163 M€	-129 M€	-103 M€
CH<20M	-20 M€	-4 M€	-42 M€	-43 M€	-40 M€	-7 M€	7 M€	46 M€
<b>Total général</b>	<b>-589 M€</b>	<b>-498 M€</b>	<b>-872 M€</b>	<b>-659 M€</b>	<b>-663 M€</b>	<b>-539 M€</b>	<b>-241 M€</b>	<b>-381 M€</b>

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

\* résultat net retraité de l'effet exceptionnel des stocks 2020

\*\* résultat net sans retraitement

Les résultats d'exploitation consolidés (tous budgets y compris annexes), estimés à -411 millions d'euros, présentent une légère dégradation en 2021 par rapport à l'année 2020 retraitée des effets stocks, mais restent en amélioration par rapport à l'année 2019. La dégradation en 2021 est principalement portée par les budgets

<sup>21</sup> Résultat net : différence entre la somme de tous les produits et la somme de toutes les charges

<sup>22</sup> Budget principal : budget dédié à l'activité hospitalière, dit « H »

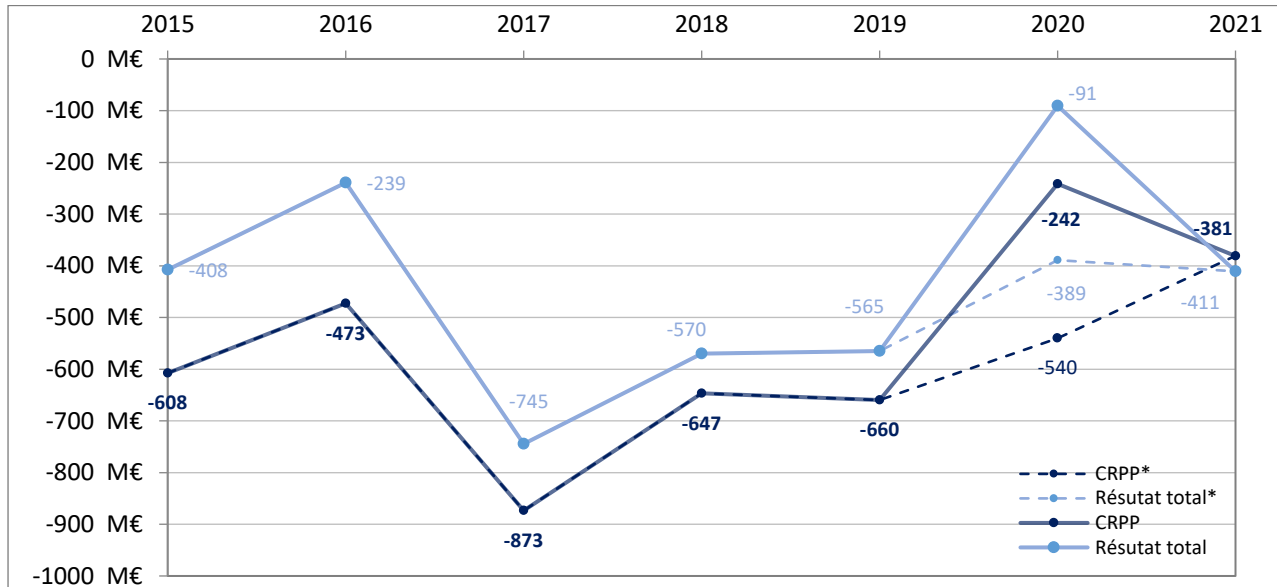
<sup>23</sup> Budgets annexes : budgets attribués aux unités de soins longues durée (USLD) ; Dotation non affectée, Groupement hospitalier de territoires

<sup>24</sup> Il existe 3 types de produits. Les produits de titre 1 correspondent aux produits versés par l'assurance maladie. Les produits de titre 2 correspondent aux autres produits de l'activité hospitalière. Les produits de titre 3 correspondent aux autres produits.

<sup>25</sup> L'exercice 2020 avait en effet été « amélioré » par des effets de comptabilisation de stocks. La comptabilisation des biens remis à titre gratuit à leur valeur vénale en 2020 a induit une augmentation des stocks sans charge associée avec pour effet une impression d'amélioration du résultat des établissements publics de santé, faussant l'appréciation des produits à hauteur d'environ 300 millions d'euros. Le résultat principal des établissements publics de santé évalué à -241 millions d'euros aurait en effet été, sans l'effet stock déficitaire de l'ordre de - 500 millions d'euros.

annexes relatifs aux unités de soins de longue durée (USLD) et de établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

**Résultat net principal et consolidé des établissements publics de santé de 2015 à 2021**



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

\* CRPP et résultat total retraités des effets stocks 2020

**Cette tendance globale à l'amélioration en 2021 masque des disparités entre établissements de santé.** Les éléments disponibles à l'échelle individuelle témoignent de ces disparités entre établissements, au sein de mêmes types<sup>26</sup>, et montrent :

- Une amélioration des résultats des petits établissements et des structures de taille moyenne, ces établissements demeurant toutefois globalement déficitaires ;
- Une amélioration globale des résultats des grands centres hospitaliers (CH) (>150 millions d'euros de produits) toutefois très contrastée, entre des établissements excédentaires, et certains établissements fortement déficitaires ;
- Les résultats des centres hospitaliers universitaires (CHU) également très contrastés.

**Résultat consolidé par catégorie d'établissements publics de santé en 2021**

Type d'EPS	Résultat consolidé 2021
AP-HP	-228 M€
CHU	89 M€
CH>=150M	-0 M€
70M<=CH<150M	-128 M€
20M<CH<70M	-132 M€

<sup>26</sup> Type d'établissements publics de santé : classification des établissements publics de santé selon le montant total des produits inscrits au compte de résultat

CH<20M	-9 M€
USLD public	-2 M€
<b>Total général</b>	<b>-411 M€</b>

Ces données masquent également des disparités régionales, avec des résultats hospitaliers excédentaires pour 6 régions métropolitaines (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie, Centre-Val de Loire, Grand Est et Pays de la Loire) et 2 régions d'outre-mer (Martinique et Guadeloupe), et des résultats déficitaires pour 7 régions métropolitaines (Nouvelle-Aquitaine, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Corse, Hauts-de-France et Ile-de-France) et 3 régions d'outre-mer (Mayotte, Guyane et La Réunion).

**L'exercice 2021, à l'instar de 2020, comprend d'importantes évolutions de produits et de charges tant conjoncturelles que structurelles.**

L'évolution des produits est largement portée ces dernières années par les dispositifs de soutien en lien avec la crise sanitaire. L'augmentation significative des produits des établissements publics de santé en 2020 et 2021 se caractérise par une augmentation de +18 % des produits de l'assurance maladie obligatoire entre 2019 et 2021. Cette progression s'explique par la mise en place de la garantie de financement ainsi que par des dispositifs de compensation des impacts budgétaires subis par les établissements face à la Covid-19 en 2020 comme en 2021 ainsi que du financement des mesures du Ségur de la santé. Il est à noter que les compensations de pertes des produits des patients et complémentaires santé ont été versées en dotations d'assurance maladie obligatoire, créant une distorsion d'évolution entre les deux sources de recettes.

En regard, les charges<sup>27</sup> connaissent une évolution rapide. Les charges de personnel augmentent en effet de plus de 7 % en 2021, une forte progression liée notamment à la mise en œuvre des mesures du Ségur (entre autres l'effet prix des revalorisations salariales des personnels médicaux et paramédicaux et la majoration des heures supplémentaires). On note par ailleurs une augmentation significative du montant correspondant aux heures supplémentaires pendant la période de crise sanitaire de 77 % en 2020 puis de 24 % en 2021, pour atteindre 600 millions d'euros. Le compte retraçant les dépenses d'intérim connaît quant à lui une hausse continue depuis 2016. Il est à noter que ce compte ne comprend pas les contrats de gré à gré qui peuvent également correspondre à de l'activité temporaire similaire à de l'intérim.

Les charges à caractère médical augmentent également de manière significative (+10 %), tandis que les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) s'accroissent à hauteur de 5 % en moyenne, de façon homogène entre types d'établissements publics de santé.

**Le niveau de marge brute<sup>28</sup> et de capacité d'autofinancement<sup>29</sup> progresse mais reste inférieur à celui estimé nécessaire pour assurer de manière pleinement satisfaisante le financement de l'investissement courant une fois le remboursement de la dette assuré.** En effet, le niveau de marge brute des établissements publics de santé retrouve un taux<sup>30</sup> de 5 %, proche de celui de 2019, après une augmentation conjoncturelle en 2020, en raison des compensations financières liées à la crise sanitaire et de l'enregistrement comptable des biens remis à titre gratuit pendant cette période.

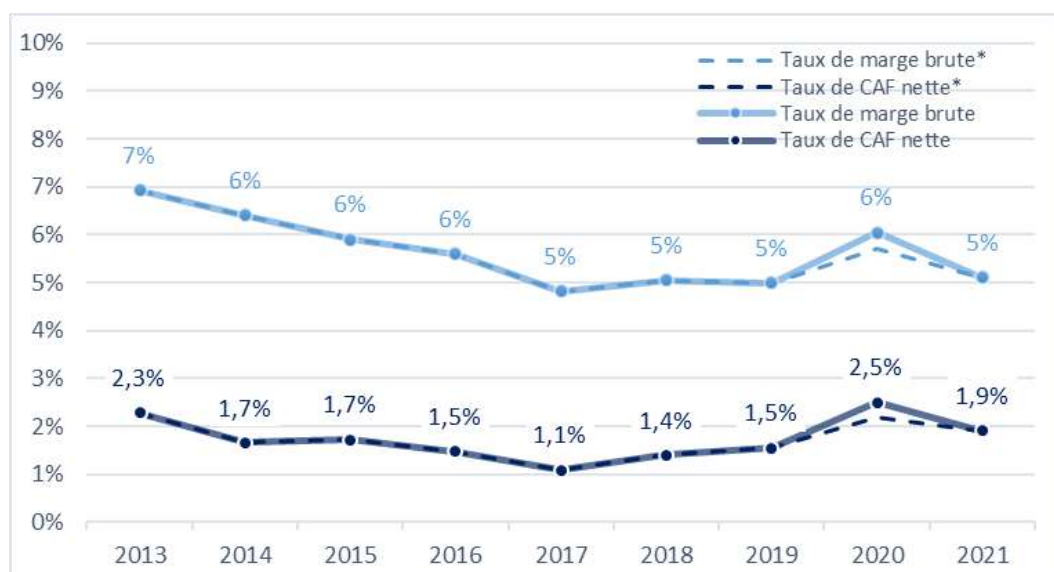
<sup>27</sup> Il existe 3 types de charges. Les charges de titre 1 correspondent aux charges de personnel. Les charges de titre 2 correspondent aux charges à caractère médical. Les charges de titre 3 correspondent aux charges à caractère hôtelier et général.

<sup>28</sup> Marge brute : différence entre la somme des produits courants de fonctionnement du budget principal et la somme des charges courantes de fonctionnement du budget principal.

<sup>29</sup> Capacité d'autofinancement : ressources qui permettent à l'établissement de développer l'investissement mais aussi de rembourser ses emprunts (résultat consolidé net des charges et produits non décaissables)

<sup>30</sup> Taux de marge brute : marge brute rapportée aux produits courants de fonctionnement du budget principal

### Taux de marge brute et de capacité d'autofinancement (CAF) nette des établissements publics de santé de 2013 à 2021



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

\* Taux de marge brute et taux de CAF nette retraités des effets stocks 2020

Le taux de capacité d'autofinancement nette<sup>31</sup>, qui représente la capacité d'un établissement à investir une fois assuré le remboursement annuel de la dette, est en progression grâce aux dispositifs de sécurisation des recettes (garantie de financement, compensation des pertes de produits de titre 2 et couverture des surcoûts Covid-19) mais demeure inférieur au niveau de 3% généralement estimé nécessaire pour assurer un autofinancement pérenne des investissements courants.

### Taux de marge brute et de capacité d'autofinancement (CAF) nette par catégorie d'établissements publics de santé en 2021

Types d'EPS	Taux de CAF nette 2021	Taux de marge brute 2021
AP-HP	0,4%	3,2%
CHU	2,4%	6,0%
CH>=150M	1,7%	5,5%
70M<=CH<150M	1,3%	4,7%
20M<CH<70M	2,2%	4,4%
CH<20M	3,0%	6,7%
USLD public	2,6%	5,3%
<b>Total général</b>	<b>1,9%</b>	<b>5,1%</b>

### Capacité d'autofinancement (CAF) nette des établissements publics de santé 2020 - 2021 en valeur absolue

Types d'EPS	CAF nette 2020	CAF nette 2021
AP-HP	51,2 M€	35,8 M€
CHU	789,5 M€	679,7 M€

<sup>31</sup> 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.

CH>=150M	229,7 M€	190,4 M€
70M<=CH<150M	507,9 M€	295,9 M€
20M<CH<70M	389,5 M€	360,9 M€
CH<20M	232,8 M€	218,5 M€
USLD public	8,9 M€	6,6 M€
<b>Total général</b>	<b>2 209,6 M€</b>	<b>1 787,9 M€</b>

#### Marge brute des établissements publics de santé 2020 - 2021 en valeur absolue

Types d'EPS	Marge brute 2020	Marge brute 2021
AP-HP	277,8 M€	259,1 M€
CHU	1 787,6 M€	1 556,7 M€
CH>=150M	641,4 M€	574,0 M€
70M<=CH<150M	1 124,9 M€	954,8 M€
20M<CH<70M	619,3 M€	607,8 M€
CH<20M	224,9 M€	268,0 M€
<b>Total général</b>	<b>4 675,8 M€</b>	<b>4 220,5 M€</b>

Les niveaux de CAF nette et de marge brute des établissements publics de santé sont en baisse entre 2020 et 2021, mais dans une moindre mesure que les taux de CAF nette et de marge brute présentés *supra* dans la mesure où, sur la période, les ressources des établissements ont augmenté de manière significative sous l'effet du financement des revalorisations salariales découlant du Ségur de la santé.

### Tendance 2022

#### Point méthodologique

Les sources utilisées pour estimer le résultat net 2022 des budgets principaux des établissements publics de santé (EPS) sont de deux types :

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

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

**Ces deux sources, incomplètes à ce stade, permettent toutefois de confronter les données et d'identifier des premières tendances financières pour l'exercice 2022 mais, certains éléments comptables n'étant pas finalisés, elles ne permettent pas de présenter des résultats fiabilisés.**

Les premières tendances, qui doivent donc encore être fiabilisées et stabilisées, chiffrent le **déficit hospitalier** 2022 sur le budget principal à - 978 millions d'euros, en décrochage par rapport à l'année 2021. Si la dégradation du déficit hospitalier par rapport à 2021 concerne tous les types d'établissements, ce sont les plus grosses structures (CHU, et CH de plus de 70 millions d'euros de produits) qui connaîtraient la dégradation la plus marquée par rapport en 2021. En 2022, 49 % des établissements publics de santé devraient être en déficit, contre 43 % en 2021.

#### Résultat net principal des établissements publics de santé de 2020 à 2022

Type d'EPS	2015	2016	2017	2018	2019	2020 *	2020**	2021	2022***
AP-HP	-39 M€	-43 M€	-199 M€	-157 M€	-169 M€	-298 M€	-244 M€	-283 M€	-303 M€
CHU	-291 M€	-173 M€	-93 M€	18 M€	22 M€	55 M€	156 M€	77 M€	-95 M€
CH>150M	-46 M€	-31 M€	-62 M€	-18 M€	-57 M€	-45 M€	-8 M€	-12 M€	-103 M€
70M<CH<150M	-69 M€	-81 M€	-199 M€	-220 M€	-237 M€	-81 M€	-22 M€	-107 M€	-351 M€
20M<CH<70M	-124 M€	-165 M€	-277 M€	-239 M€	-181 M€	-163 M€	-129 M€	-103 M€	-144 M€
CH<20M	-20 M€	-4 M€	-42 M€	-43 M€	-40 M€	-7 M€	7 M€	46 M€	19 M€
Total général	-589 M€	-498 M€	-872 M€	-659 M€	-663 M€	-539 M€	-241 M€	-381 M€	-978 M€

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

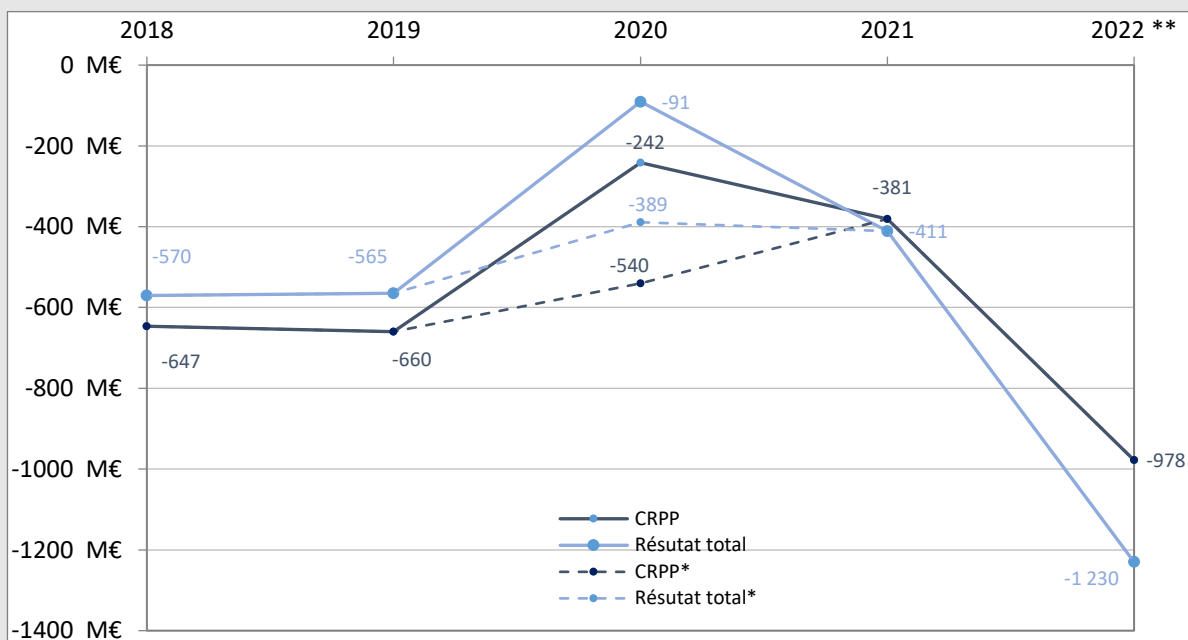
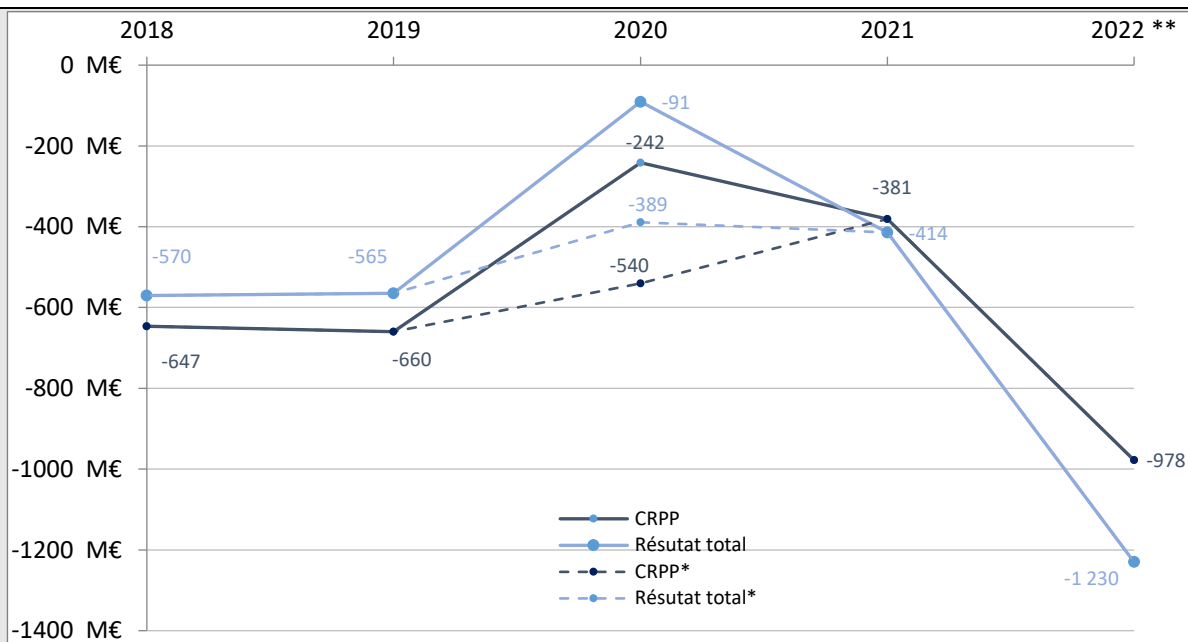
\* résultat net retraité de l'effet exceptionnel des stocks 2020

\*\* résultat net sans retraitement

\*\*\* données 2022 en cours de consolidation

Les **résultats consolidés** (tous budgets y compris annexes), sont estimés quant à eux à - 1 230 millions d'euros en 2022. Les budgets annexes contribuent au déficit des établissements, notamment du fait des déficits des unités de soins de longue durée (USLD) et des EHPAD comme en 2021, mais à l'inverse de la tendance observée depuis 2015.

#### Résultat net principal et consolidé des établissements publics de santé de 2018 à 2022



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

\* Résultat du CRPP et résultat consolidé retraités des effets stocks 2020

Sur un périmètre d'établissements encore incomplet, il est observé qu'à l'instar des exercices 2020 et 2021, l'exercice 2022 présente une évolution des charges plus rapide (+5,9 % par rapport à 2021) que celles des produits (+5,2 %).

Les données présentes dans les comptes font notamment apparaître une tendance globale d'évolution :

- **des charges de personnel à +5,7 % par rapport à 2021.** Plusieurs mesures, structurelles pour la plupart, mais aussi conjoncturelles, ont eu un impact significatif en masse salariale en 2022. Ces mesures incluent les revalorisations pour les personnels médicaux et non médicaux;



- des **charges à caractère médical à +6,9 % par rapport à 2021 selon les premières données temporaires 2022**, avec notamment +6,0 % pour les produits pharmaceutiques et produits à usage médical, et +5,9 % pour **celles à caractère hôtelier et général**.

Concernant les **produits**, les données – encore temporaires – montrent une croissance de +5,2% en 2022 par rapport à 2021. A noter que les produits de la tarification des séjours MCO augmentent de +1,4%, dans un contexte de poursuite de la garantie de financement. Les remboursements de molécules onéreuses et les dotations de financement de la psychiatrie, et dans une moindre mesure les forfaits et dotations mensuels MCO, les dotations des hôpitaux de proximité et le fonds d'intervention régional (FIR), portent la hausse des produits versés par l'assurance maladie en 2022.

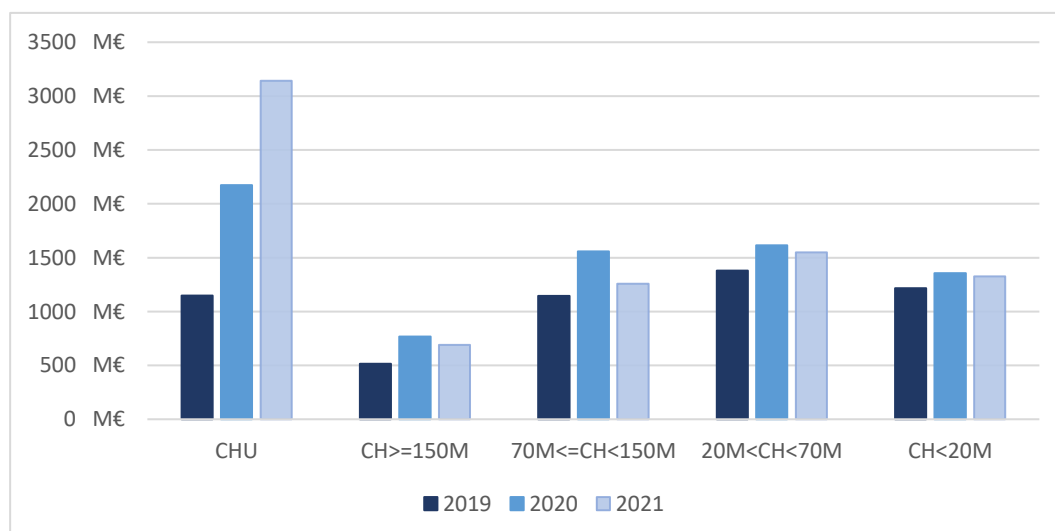
**Résultats consolidés par catégorie d'établissements publics de santé en 2022 :**

Type d'EPS	Résultat consolidé 2021	Résultat consolidé 2022*	Ecart
AP-HP	-228 M€	-283 M€	-54 M€
CHU	89 M€	-93 M€	-182 M€
CH>=150M	-0 M€	-114 M€	-114 M€
70M<=CH<150M	-128 M€	-411 M€	-283 M€
20M<CH<70M	-132 M€	-211 M€	-79 M€
CH<20M	-9 M€	-115 M€	-105 M€
USLD public	-2 M€	-4 M€	-2 M€
<b>Total général</b>	<b>-411 M€</b>	<b>-1 230 M€</b>	<b>-819 M€</b>

1.1.1.2. Une trésorerie qui témoigne d'une augmentation globale du solde des comptes au Trésor, mais avec de fortes tensions pour certains établissements

L'observation du solde des comptes au Trésor faisait apparaître une forte augmentation en 2020, de 5,5 à 7,6 milliards d'euros.

**Niveau de trésorerie établissements publics de santé par types - montant du compte au Trésor à fin décembre 2019 à 2021**



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

L'augmentation de +7 % observée en 2021 (de 7,6 à 8 milliards d'euros), se concentre exclusivement au sein des CHU, qui ont mobilisé de nouveaux emprunts durant la même période (écart de 1,2 milliards d'euros entre les nouveaux emprunts et les remboursements en 2021) et qui ont, comme les CH, bénéficié du versement d'une première tranche des dotations du volet 1 dit de restauration des capacités financières de l'article 50 de la LFSS pour 2021 pour un total de 1,4 Md€. En complément des emprunts de long terme, la mobilisation des lignes de trésorerie<sup>32</sup>, tous types d'établissements confondus, a également fortement augmenté (+34 %) entre 2019 et 2021.

Cette augmentation du compte au Trésor masque ainsi une forte hétérogénéité de situations des établissements publics de santé.

Les **délais globaux de paiement des fournisseurs (DGP)** montrent que le nombre d'établissements dépassant les 70 jours de délai global de paiement augmente de 18 % en novembre 2020 à 24 % en novembre 2022, avec une prédominance parmi eux des établissements de petite taille ou de taille intermédiaire (65 % des établissements de budget inférieur à 70 millions d'euros). Aucun CHU de Métropole ne rencontre ces mêmes allongements de durée de paiement.

En tout état de cause, les besoins en trésorerie de certains établissements très fragilisés demeurent importants, les demandes d'aides nationales exceptionnelles en trésorerie augmentent en lien avec les rallongements de délais de paiement des fournisseurs et les risques sur le non-paiement des salaires.

#### Tendance 2022

Les premières observations montrent une nouvelle augmentation du solde des comptes au Trésor à fin décembre 2022, de l'ordre de +14 %, dans la tendance des années précédentes et malgré les déficits qui se creusent. Sur un périmètre d'établissements encore incomplet, cette augmentation se répartit sur l'ensemble des types de structures, à l'exception des CHU (hors AP-HP), dont la trésorerie reste stable après une forte augmentation en 2021.

### 1.1.1.3. Des évolutions bilancielle qui traduisent une amélioration des ratios d'endettement malgré la reprise de l'investissement

**La dynamique d'endettement qui sous-tend l'investissement pose des enjeux de soutenabilité pour les trajectoires financières de long terme des établissements publics de santé.**

Après une phase de stabilisation, le niveau de l'encours de dette<sup>33</sup> a progressé en 2021. L'encours total est ainsi passé de 29,9 milliards d'euros en 2020 à 31 milliards d'euros en 2021. La hausse constatée en 2021 se présente exclusivement chez les CHU dont l'AP-HP, représentant à eux seuls 44 % du stock d'encours total en 2021 et étant à l'origine de 53 % des emprunts mobilisés en 2021. Cette situation spécifique correspond à l'émission d'emprunts obligataires souscrits à des conditions très favorables et dont l'échéance de remboursement se situe à 1 an.

Si ce recours à l'emprunt semble à ce stade localisé sur quelques CHU, cette reprise de l'endettement concomitante à celle de l'investissement sera à surveiller dans le cadre de l'instruction des projets d'investissement accompagnés au titre du Ségur à la fois au niveau national et régional.

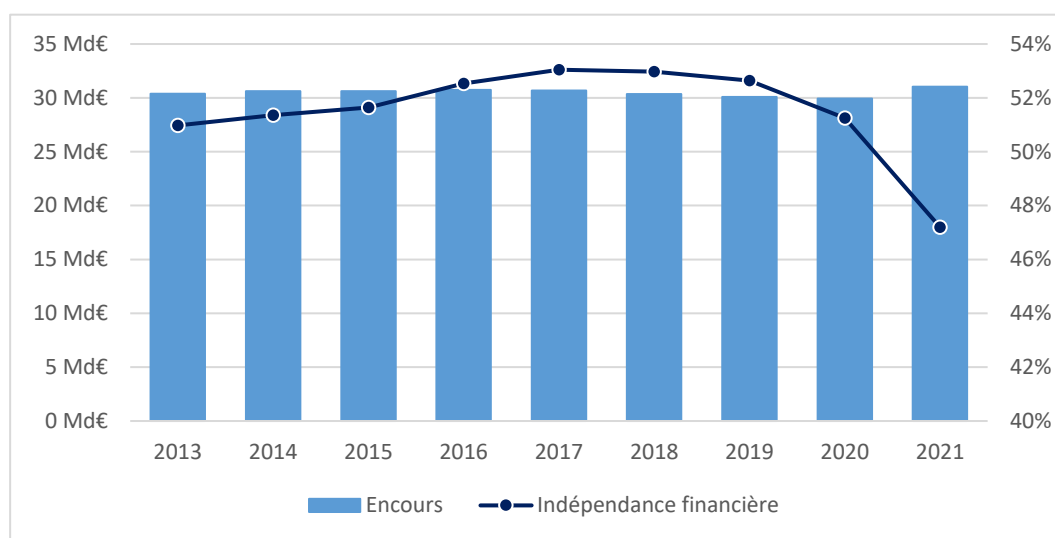
<sup>32</sup> Mobilisation des lignes de trésorerie : correspond à des prêts de très court terme

<sup>33</sup> Encours : capital de la dette portée au bilan

L'évolution des frais financiers sera également à observer dans le cadre de l'orientation récente de la politique monétaire de la Banque Centrale Européenne impliquant notamment le relèvement des taux d'intérêt dans le contexte inflationniste. Pour rappel le taux d'usure<sup>34</sup> pour un emprunt à taux fixe de plus de 20 ans est de 5,09 % en juin 2023.

**Malgré cette augmentation limitée de l'encours, les ratios d'endettement des établissements publics de santé sont en nette amélioration notamment du fait de la délégation des crédits de restauration des capacités financières.** On constate notamment une baisse de plus de 5 points par rapport au point haut de 2017 du taux dit d'indépendance financière<sup>35</sup> (poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents de l'établissement), qui mesure en réalité le niveau de dépendance des établissements à la dette.

### Niveau d'encours de dette et indépendance financière des établissements publics de santé de 2013 à 2021



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

Cette amélioration du ratio permet de passer en 2021 sous le seuil de 50% indiqué comme critique<sup>36</sup> et atteint un niveau moyen de 47 % sous l'effet de l'article 50 de la LFSS pour 2021.

Les crédits de restauration des capacités financières dit « volet 1 » de l'article 50 de la LFSS pour 2021 (6,5 milliards d'euros pour les établissements assurant le service public hospitalier dont 5,7 milliards d'euros pour les établissements publics de santé), ont été intégralement inscrits au bilan des établissements concernés au titre de l'exercice 2021 et sont versés selon un échéancier de 10 ans. L'effet sur le bilan est donc principalement marqué sur l'exercice 2021, les années suivantes étant impactées uniquement par un versement en trésorerie et la disparition progressive de la créance.

Deux milliards d'euros ont déjà été versés aux établissements au titre de la restauration financière en 2022 et un peu plus de 600 millions d'euros leur seront versés en novembre 2023. Ainsi, à la fin de l'année 2023, 2,6 Md€ sur les 6,5 Md€ auront effectivement été versés aux établissements de santé. Le solde leur sera versé d'ici à 2029 selon l'échéancier figurant dans les contrats (pour un montant de l'ordre de 650 millions d'euros par

<sup>34</sup> Taux d'usure : taux d'intérêt maximum légal que les établissements de crédit sont autorisés à pratiquer lorsqu'ils accordent un prêt.

<sup>35</sup> Taux d'indépendance financière: correspond au rapport entre l'encours et les capitaux permanents. Il doit se situer au moins à 50% pour que la structure des ressources stables de l'établissement soit équilibrée. A noter que la notion d'indépendance financière représente le niveau de dépendance à la dette.

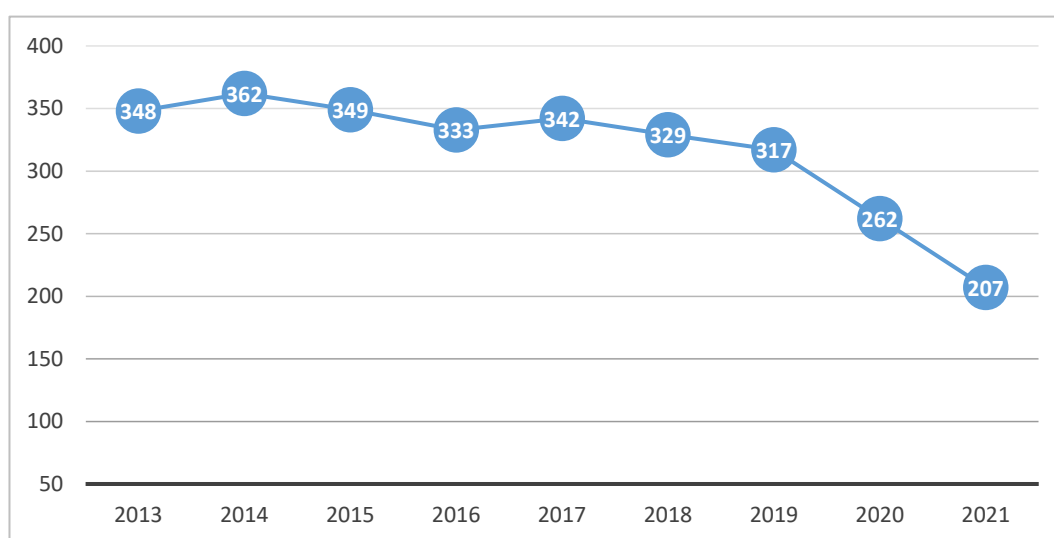
<sup>36</sup> Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

an). Pour mémoire, un rapport concernant la mise en œuvre de ces dotations doit être remis au Parlement à l'automne 2023 conformément à l'article 6 de la LFSS pour 2022.

L'amélioration du taux d'indépendance financière se retrouve pour la grande majorité des établissements, les rares exceptions se caractérisant par la mobilisation de nouveaux emprunts et/ou des reports déficitaires majeurs ne permettant pas un rééquilibrage des capitaux propres par rapport aux dettes. Le faible taux affiché par les petits établissements doit également être interprété avec prudence car il renvoie aussi aux difficultés des structures les plus fragiles à se financer auprès du secteur bancaire, limitant ainsi le recours à l'endettement.

La mise en œuvre de l'article 50 LFSS pour 2021 n'a en revanche pas d'impact sur les autres taux suivis, à savoir le taux d'endettement<sup>37</sup> ou la durée de la dette<sup>38</sup>.

### Nombre d'établissements publics de santé soumis au régime d'autorisation préalable à l'emprunt de 2013 à 2021



L'amélioration des taux d'endettement<sup>39</sup> se traduit par une diminution en 2021 du nombre d'établissements publics de santé soumis à autorisation d'emprunt. De 32 % en 2020 (262 établissements), il diminue à 25 % en 2021 (207 établissements).

La dynamique de reprise de l'investissement s'accompagne donc d'une augmentation de l'endettement des établissements publics de santé portée à ce stade majoritairement par moins de 10 CHU (dont l'APHP) dans un contexte de mise en œuvre des stratégies régionales d'investissement.

#### Tendance 2022

Selon les premières données disponibles pour 2022, l'encours total a régressé en 2022 pour s'établir à environ 30,7 milliards d'euros (contre un encours de 31 milliards d'euros en 2021). Les CHU (hors AP-HP) ayant procédé à l'émission d'emprunts obligataires dont l'échéance de remboursement se situe à 1 an, leur encours a mécaniquement baissé dès 2022. On note également une légère diminution de l'encours pour les autres types d'établissements, à l'exception de l'AP-HP qui connaît une forte croissance de son encours en 2022 (+ 10%) et des unités de soins de longue durée (USLD).

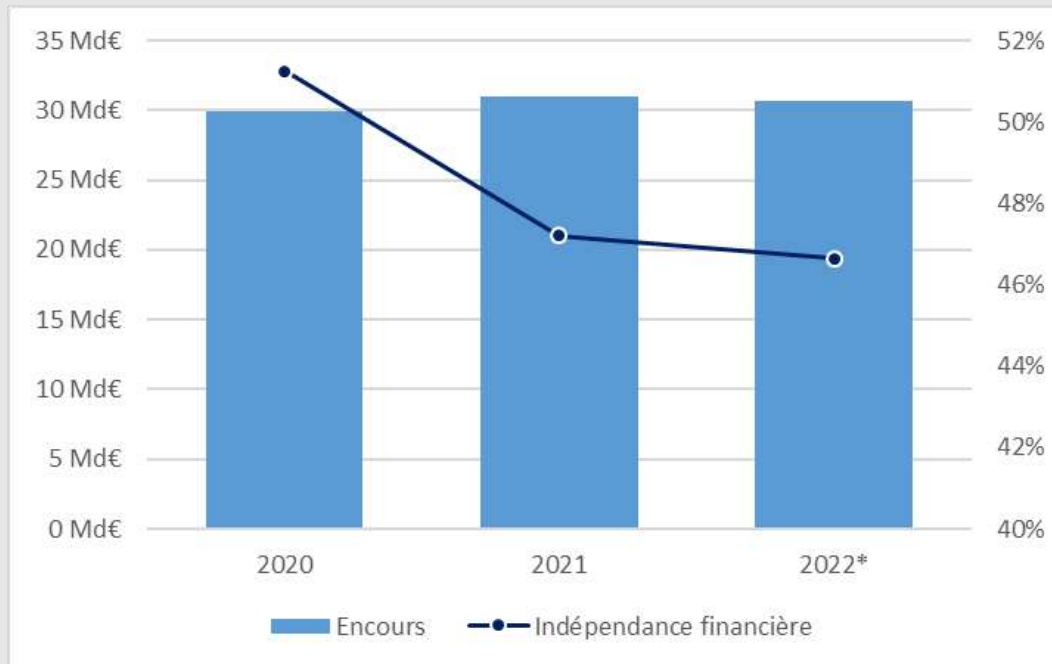
<sup>37</sup> Taux d'endettement : correspond au rapport entre l'encours et les produits

<sup>38</sup> Durée de la dette : correspond au rapport entre l'encours et le montant de la capacité d'autofinancement

<sup>39</sup> Le taux d'endettement s'améliore également indépendamment de l'article 50, le dénominateur (le total des produits) ayant fortement progressé dans le cadre de l'accompagnement des établissements pour faire face aux charges liées à la lutte contre la Covid-19.

Les ratios d'endettement continueraient de s'améliorer en 2022, notamment le taux d'indépendance financière qui pourrait être inférieure à 47% (53% en 2017).

Niveau d'encours de dette et indépendance financière des établissements publics de santé de 2020 à 2022



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

\* données en cours de consolidation

Indépendance financière et taux d'endettement par catégorie d'établissements publics de santé en 2021 et 2022

Type d'EPS	Indépendance financière		Taux d'endettement	
	2021	2021	2021	2021
CHU	56,8%	56,0%	37%	36%
CH>=150M	50,0%	50,7%	34%	32%
70M<=CH<150M	47,1%	47,0%	32%	30%
20M<CH<70M	35,7%	34,5%	24%	22%
CH<20M	31,6%	30,7%	34%	32%
USLD public	36,4%	37,4%	52%	55%
<b>Total général</b>	<b>47,1%</b>	<b>46,7%</b>	<b>33%</b>	<b>31%</b>

### 1.1.2. Les établissements privés à but non lucratif

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), connaissent globalement de 2017 à 2020 des résultats qui restent légèrement excédentaires, ce qui contraste avec la période de déficit systématique observée de 2008 à 2016.

Dans son dossier méthodologique Apprécier la situation économique des établissements de santé<sup>40</sup> publié en 2022, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) précise que « Les données de l'enquête « comptes financiers » de l'ATIH sur le champ des ESPIC 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 ESPIC. ». Des travaux sont en cours afin de faciliter la remontée des données et permettre une analyse de la situation financière des établissements à but non lucratifs (EBNL) pour les prochains exercices.

### 1.1.3. Les établissements privés à but lucratif

Source DREES

Selon les analyses de la DREES publiées à l'été 2023 sur *La situation économique et financière des établissements de santé en 2021*<sup>41</sup>, la situation financière des établissements privés à but lucratif continue de s'améliorer en 2021.

Leur résultat net s'établit ainsi à 3,7 % des produits, en hausse de 0,6 point par rapport à 2021. Il atteint ainsi son plus haut niveau depuis 2006, point de départ des observations. [...]

La situation économique des établissements privés à but lucratif, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2021, la part des établissements privés à but lucratif ayant un résultat net négatif continue de diminuer et atteint 21,0%, après 23,3 % en 2020. En particulier, la proportion de établissements privés à but lucratif exerçant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique déficitaires passe de 25,5 % en 2020 à 20,1 % en 2021. A contrario, la part de établissements privés à but lucratif déficitaires augmente de plus de 2 points en SMR et en psychiatrie, pour atteindre respectivement 26,5 % et 14,0 %.

Les investissements augmentent nettement en 2021 : ils représentent 1 025 millions d'euros, après 865 millions d'euros en 2020 et 765 millions d'euros en 2019. L'effort d'investissement des établissements privés à but lucratif, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux produits, poursuit sa reprise amorcée en 2019 et s'élève à 5,4 % en 2021 (après 4,8 % en 2020, et 4,6 % en 2019).

L'encours de la dette des établissements privés à but lucratif stagne depuis 2019 autour de 1,9 milliard d'euros. En revanche, du fait de l'augmentation des produits en 2021, l'encours de la dette exprimé en pourcentage des produits continue à diminuer et atteint 9,8 %, après 10,5 % en 2020, soit son plus bas niveau depuis 2006, point de départ des observations. Le ratio d'indépendance financière des établissements privés à but lucratif, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, se replie régulièrement depuis son dernier point haut de 2011 (57,4 %). Il recule encore légèrement en 2021, à 32,5 %, après 35,0 % en 2020. Là encore, il s'agit du plus bas niveau observé depuis 2006. 21,5 % des établissements privés à but lucratif conservent tout de même un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents, après 23,2 % en 2020.

L'évolution de l'endettement est cependant contrastée selon les types d'établissement privé à but lucratif. La baisse du ratio d'indépendance financière d'établissements privés à but lucratif exerçant une activité de

<sup>40</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/DM3.pdf>

<sup>41</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/DD111MAJ010823.pdf>

A noter qu'à des fins de lisibilité de l'annexe 6 au PLFSS pour 2024, le terme « clinique privée » employé par la DREES a été remplacé par « établissement privé à but lucratif » dans le texte.

médecine, chirurgie et obstétrique s'interrompt (38,9 % en 2021, après 38,8 % en 2020 et 39,9 % en 2019), tandis que celle des établissements privés à but lucratif exerçant une activité de psychiatrie et de soins médicaux et de réadaptation reste marquée. Le ratio d'indépendance financière atteint 15,0 % pour les cliniques de soins médicaux et de réadaptation (après 19,2 % en 2020) et 15,5 % pour les établissements privés à but lucratif exerçant une activité de psychiatrie (après 20,4 % en 2020).

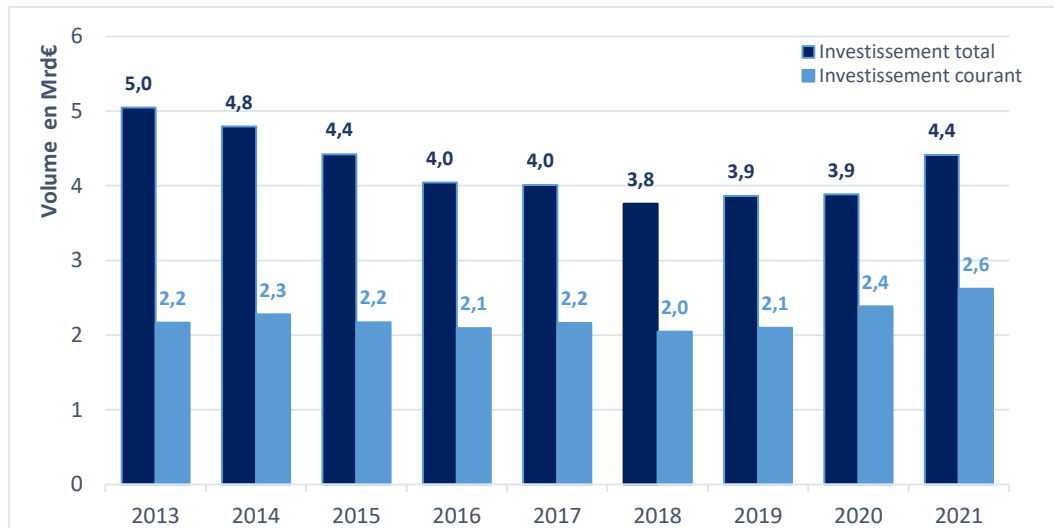
## 1.2. Les investissements hospitaliers : évolutions et modalités de financement

### La rétrospective de l'investissement des établissements de santé : grandes tendances

La hausse globale de l'investissement s'élève en 2021 à +13 % en volume après plusieurs années de baisse puis de stagnation et atteint un total de 4,4 milliards d'euros, soit le même niveau qu'en 2015. Le volume des investissements se concentre à 46 % dans les CHU (dont 12 % pour l'AP-HP), pour un volume de produits de 39% tandis que les établissements publics de santé de taille intermédiaire (20-70 millions d'euros de produits), dont le cycle d'exploitation est le plus fragile, ne représentent que 12 % du volume d'investissement, alors que leur part dans les produits est de 17 %.

Cette évolution positive est également portée par l'investissement courant<sup>42</sup>, qui augmente de 2,1 milliards d'euros en 2019 à 2,4 milliards d'euros en 2020 puis 2,6 milliards d'euros en 2021, à savoir une progression en volume de +14 % en 2020 puis +10 % en 2021 sous l'effet des mesures issues du Ségur de la santé (cf. infra), notamment des crédits dédiés à l'investissement du quotidien.

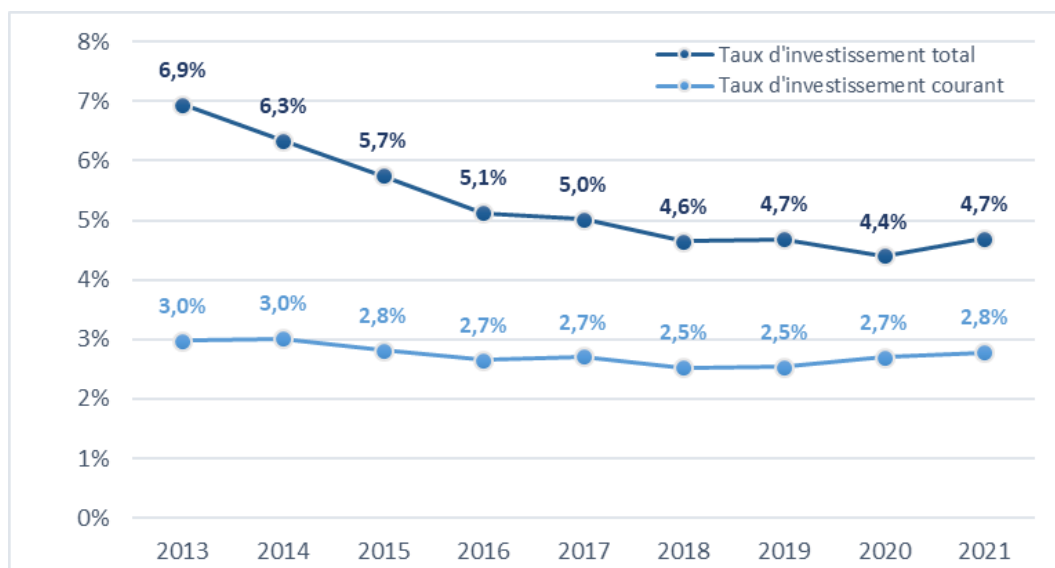
#### Evolution de l'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2013 à 2021 en milliards d'euros



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

Ce niveau d'investissement courant correspond en 2021 à 2,8 % des produits des établissements publics de santé, un ratio qui n'avait pas été atteint depuis 2015. Cette reprise de l'investissement est toutefois moins visible sur ce ratio compte tenu de la hausse concomitante du dénominateur (tous produits) en raison de la compensation des charges liées à la crise sanitaire et aux mesures du Ségur de la santé. Rapporté aux produits 2019, par exemple, le volume d'investissements courants de 2021 aurait représenté un effort de 3,2 %.

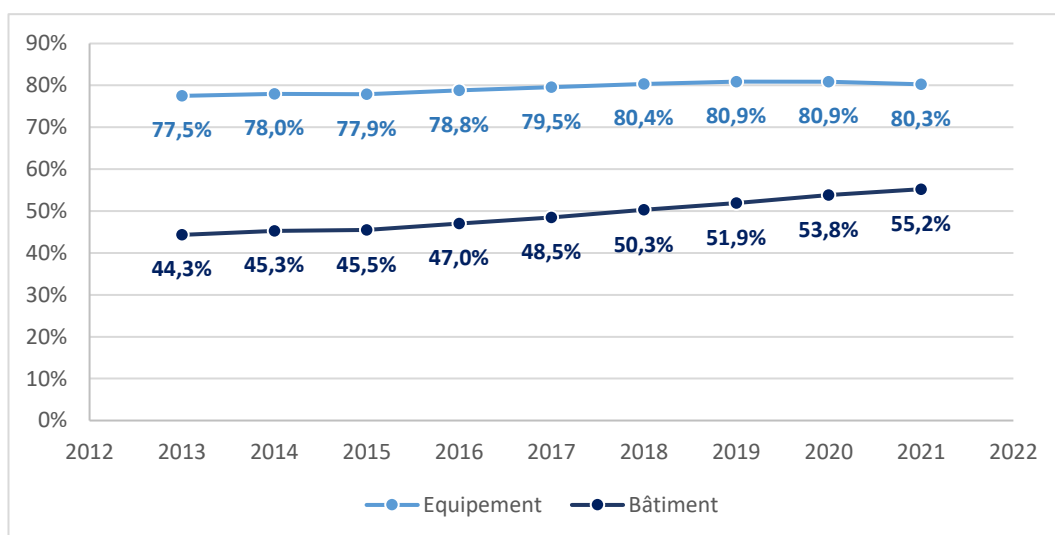
<sup>42</sup> L'investissement courant correspond à l'investissement total, à l'exception des opérations d'investissements majeures

**Evolution des taux d'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2013 à 2021**

Source : Diamant, cube DGFI, traitement DGOS

La tendance à la hausse des investissements en 2020 et 2021 se traduit pour la première fois depuis 2013 par un infléchissement sensible du taux de vétusté<sup>43</sup> des équipements en 2021.

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 à l'instruction et à la réalisation des projets de rénovation.

**Evolution du taux de vétusté des équipements et des bâtiments des établissements publics de santé de 2013 à 2021**

Pour rappel, le Ségur de l'investissement consacre 6,5 milliards d'euros par le biais du volet 2 des dotations de l'article 50 de la LFSS 2021<sup>44</sup> pour soutenir les projets prioritaires et 2,5 milliards d'euros par le truchement du Plan national de relance et de résilience (PNRR) qui, pour 1,5 milliards d'euros, doit contribuer à la relance de l'investissement courant et, pour 1 milliard d'euros, doit venir en appui des projets prioritaires.

<sup>43</sup> Taux de vétusté : amortissements des équipements ou bâtiments rapportés à la valeur brute des équipements ou bâtiments

<sup>44</sup> Pour mémoire, un rapport concernant la mise en œuvre des dotations de l'article 50 de la LFSS pour 2021 doit être remis au Parlement à l'automne 2023 conformément à l'article 6 de la LFSS pour 2022.



Les crédits du volet 2 de l'article 50 de la LFSS pour 2021 seront affermis en deux tranches successives (2021-2025 pour 75 % des crédits, puis 2026-2029 pour le solde) avec une mise en réserve de 5 % que les ARS ne pourront engager qu'en fin de tranche. Actuellement les ARS disposent donc de 4,8Md€ de crédits pour lesquels elles peuvent contractualiser avec les établissements.

A ce jour, environ 0,76 Md€ ont été notifiés et contractualisés entre les ARS et 68 établissements porteurs de projets validés. 17M€ ont été versés en 2021 et 64M€ en 2022. Les ARS prévoient de verser un total de 167M€ en 2023. Le solde sera versé aux établissements en fonction du rythme de validation des projets par les ARS et selon les échéanciers qui seront contractualisés à ce moment-là avec les établissements en cohérence avec le calendrier des projets.

En complément du volet 2 de l'article 50, le PNRR prévoit également des aides en investissement pour accompagner l'entretien et la modernisation des établissements de santé.

Le milliard d'euros du plan national de relance et de résilience destinés au soutien des projets structurants ou prioritaires ont déjà été délégués aux ARS qui doivent les engager avant mi-2025. Ainsi, l'échéancier prévisionnel de l'engagement de ces crédits s'étale de 2023 à 2025 pour intégrer le temps d'instruction et de contractualisation des projets par les ARS.

Concernant la relance de l'investissement courant, les crédits délégués en 2021 et 2022, soit 982 millions d'euros ont été contractualisés par les ARS avec les établissements de santé. A date, plus de 395 millions d'euros ont déjà été versés à plus de 1 600 établissements<sup>45</sup>. La tranche 2023 de 218 millions d'euros a été déléguée aux ARS début juillet. Les tranches 2024 et 2025 seront respectivement de 200 millions d'euros et de 100 millions d'euros.

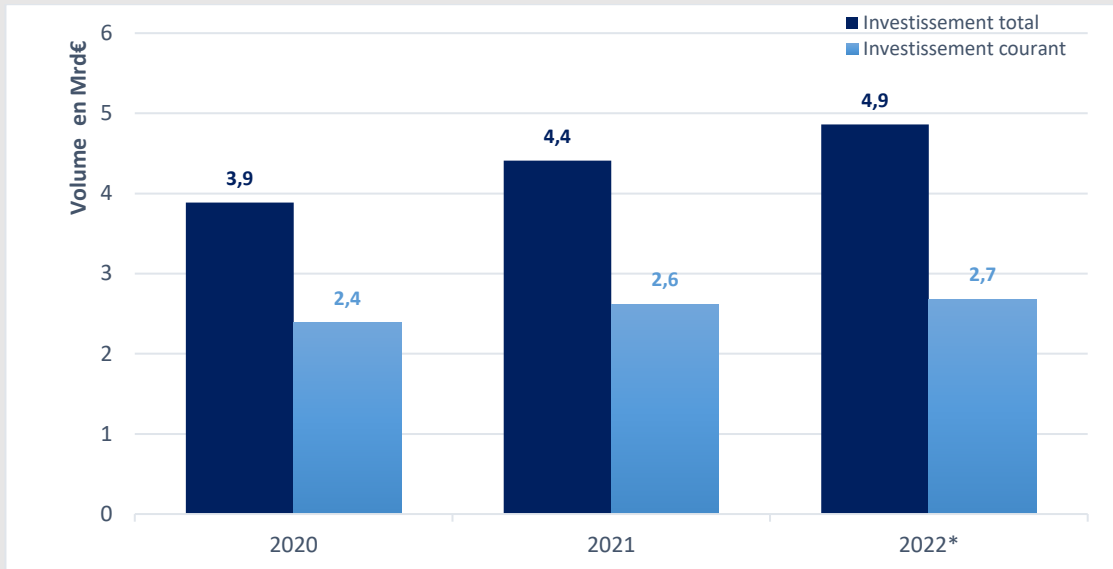
---

<sup>45</sup> La caisse des dépôts et consignations, qui est l'opérateur du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au travers duquel ces crédits sont délégués, procède à des remboursements sur pièces justificatives ; les paiements sont donc conditionnés à la transmission par les établissements de ces pièces justificatives

**Tendance 2022**

Les premières données disponibles pour l'exercice 2022 semblent indiquer des dépenses d'investissement réalisées en 2022 d'environ 4,9 milliards d'euros, en hausse de l'ordre de 10% par rapport à 2021. Le taux d'investissement courant semble quant à lui connaître une légère baisse pour atteindre 2,7%, toujours sous l'effet des crédits dédiés à l'investissement du quotidien.

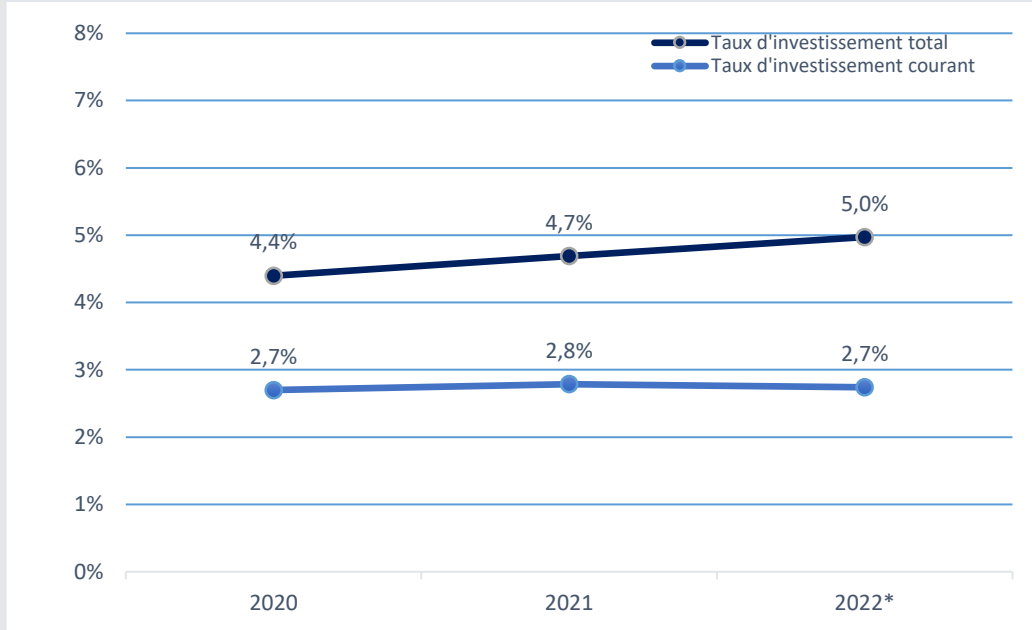
**Evolution de l'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2020 à 2022 en milliards d'euros**



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

\* données en cours de consolidation

**Evolution des taux d'investissement total et courant des établissements publics de santé de 2020 à 2022**



Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

\* données en cours de consolidation

Cette évolution à la hausse des dépenses d'investissement en 2022, qui reste à fiabiliser, semble concerner l'ensemble des types d'établissements (à l'exception des USLD publics) mais avec des disparités dans la progression selon le type d'établissements concernés.

### Investissement total et investissement courant par catégorie d'établissements publics de santé en 2021 et 2022

Types d'EPS	Taux d'investissement		Taux d'investissement courant	
	2021	2022*	2021	2022*
AP-HP	5,9%	5,7%	5,7%	5,1%
CHU	5,4%	5,9%	2,8%	2,6%
CH>=150M	4,1%	4,8%	2,4%	2,5%
70M<=CH<150M	4,6%	4,4%	2,4%	2,4%
20M<CH<70M	3,3%	3,8%	2,1%	2,3%
CH<20M	4,7%	4,8%	2,4%	2,7%
USLD public	12,3%	11,5%	1,9%	2,6%
<b>Total général</b>	<b>4,7%</b>	<b>5,0%</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,7%</b>

Source : Diamant, cube DGFIP, traitement DGOS

\* données en cours de consolidation

### 1.3. La poursuite des investissements numériques en établissements de santé

Le Ségur de la Santé dans son volet aide à l'investissement prévoit un accompagnement à hauteur de 1,4 milliards d'euros pour le numérique dans le champ du sanitaire. Ainsi, plusieurs programmes de financement viennent en appui des établissements de santé sur le volet numérique. Les deux principaux sont décrit ci-dessous.

Le programme « système ouvert non sélectif », qui permet de financer directement les éditeurs mettant à dispositions des professionnels de santé des logiciels répondant à l'ensemble des exigences de la feuille de route du numérique et sous réserve de leur utilisation effective pour l'envoi de documents dans l'espace numérique en santé, a fait l'objet d'un financement de 493M€, entièrement délégué à l'Agence du numérique en santé entre 2021 et 2023.

Le programme SUN-ES46 pour « Ségur usage numérique en établissements de santé » vise à poursuivre les efforts pour amener l'ensemble des établissements sanitaires – quels que soient leur statut, leur taille et leur activité – vers un plus grand niveau de maturité de leur système d'information.

Les usages ciblés pour les établissements qui s'engagent dans le programme SUN-ES font l'objet de cinq instructions ministérielles ayant été publiées afin de fixer le cadre de financement<sup>47</sup>.

A fin juin 2023 :

<sup>46</sup> La Délégation du numérique en santé (DNS) qui pilote le Ségur numérique a confié à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) le pilotage opérationnel du programme SUN-ES.

<sup>47</sup> [Instruction N° DGOS/PF5/ /CTO/2021/167](#) ; [Instruction N°DGOS/PF5/DNS/2022/40 du 9 février 2022](#) ; [Instruction N° DGOS/PF5/DNS/2022/84 du 29 mars 2022](#) ; [Instruction modificative N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2022/211 du 27 septembre 2022](#) et [Instruction N° DGOS/PF5/DNS/2023/28 du 21 mars 2023](#).

- Plus de 2 200 établissements ont été retenus pour atteindre les cibles d'usage numérique ;
- Près de 100 établissements ont été retenus dans le cadre du bonus au titre de l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) à partir d'une partie de l'historique en documents de santé ;
- Plus de 870 établissements ont déjà atteint les cibles d'usage numérique pour l'alimentation du DMP par les documents de sortie clés pour la prise en charge ;
- Près de 150 établissements ont été retenus en tant que pilotes « Mon espace santé ».

Ce programme a été doté de **191 millions d'euros** de crédits sur 3 ans :

Le tableau ci-dessous présente les dotations qui ont été allouées régionalement en 2021 et 2022 au titre des investissements numériques en établissements de santé.

**en millions d'euros**

Programme SUN-ES - Financements 2021 et 2022		
Région	Montants	
	2021	2022
Auvergne-Rhône-Alpes	7,4	7,6
Bourgogne Franche Comté	2,8	3,0
Bretagne	3,2	3,4
Centre Val de Loire	2,3	2,5
Corse	0,4	0,7
Grand Est	5,4	6,1
Hauts-de-France	6,1	6,4
Ile-de-France	11,7	16,9
Normandie	3,1	3,3
Nouvelle-Aquitaine	5,8	6,9
Occitanie	6,5	8,0
Pays de la Loire	3,8	4,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5,6	6,4
<b>France métropolitaine</b>	<b>64,1</b>	<b>75,4</b>
Guadeloupe	0,4	0,9
Guyane	0,2	0,3
Martinique	0,3	0,4
Mayotte	0,1	0,1
La Réunion	0,7	0,9
<b>Outre-mer</b>	<b>1,7</b>	<b>2,6</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>65,8</b>	<b>78,0</b>

**Sources : arrêtés de dotations régionales 2021 et 2022**

Ce programme s'articule avec d'autres modalités de financement au sein du programme Ségur numérique. En particulier, deux enveloppes de 2,5 millions d'euros et de 8,5 millions d'euros ont été mises à disposition pour financer respectivement les dispositifs suivants :

- L'accompagnement d'établissements pilotes « Mon espace santé » en vue d'expérimenter des premiers usages autour de Mon espace santé et en particulier de la messagerie sécurisée de santé citoyenne ;

- L'accompagnement d'établissements volontaires pour procéder à l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) à partir d'une partie de l'historique des documents de santé contenues dans le dossier patient informatisé (DPI).

## 2. Situation financière des ESMS

### 2.1. Indicateurs financiers des ESMS : rétrospective 2019-2020

#### Taux de capacité d'autofinancement, d'endettement et de résultat net, par catégories d'établissement et service

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique la situation des établissements et services médico-sociaux, financés ou cofinancés par l'Assurance Maladie, par catégorie d'établissement, en France en 2019 et 2020.

Les ratios présentés sont les suivants :

- Taux de capacité d'autofinancement (CAF) : cet indicateur traduit la capacité de l'établissement à dégager annuellement, grâce à son exploitation, les fonds nécessaires aux investissements. Le montant de la CAF peut être affecté au remboursement des emprunts, à l'investissement ou au renforcement des fonds propres de la structure en vue des investissements futurs. Il s'agit du taux correspond au niveau de CAF rapporté au total des produits d'exploitation ;
- Taux d'endettement : cet indicateur permet d'identifier le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents (passif, haut de bilan) ;
- Taux résultat net : ce ratio correspond au résultat net comptable rapporté au total des produits.

Tous les ratios présentés ont été corrigés des valeurs extrêmes, qui ont été exclues des calculs.

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 taille (de total de classe 7 ou de total capitaux permanents).

Tableau 1 - Taux de capacité d'autofinancement, taux d'endettement et taux de résultat net corrigés des valeurs extrêmes par catégorie d'ESMS en 2019 et 2020 et taux d'évolution moyen et médian entre 2020 et 2021

Catégorie ESMS	Libellé	Année = 2020			Année = 2021			Evolution 2021 / 2020 en points	
		N	Moyenne	Médiane	N	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
								2021 vs 2020	2021 vs 2020
182 - SESSAD	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	1 181	10,9	11,1	1 134	8,9	8,5	-1,92	-2,55
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	1 224	6,4	0,0	1 191	6,8	0,0	0,33	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	1 186	6,5	5,9	1 135	5,2	4,7	-1,25	-1,18
183 - IME	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	983	11,4	11,2	985	6,3	6,2	-5,17	-4,97
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	1 051	14,6	3,5	1 054	14,3	2,9	-0,35	-0,61
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	985	4,7	4,2	988	1,0	0,9	-3,73	-3,33
186 - ITEP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	306	13,1	12,6	311	8,8	8,6	-4,35	-3,96
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	326	15,0	1,9	332	13,6	2,3	-1,40	0,43
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	307	6,4	6,1	309	3,2	2,9	-3,21	-3,20
188 - EEAP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	154	11,8	11,8	149	6,4	5,1	-5,42	-6,65
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	164	13,7	0,0	153	14,7	0,0	1,09	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	152	5,9	4,7	149	2,0	1,0	-3,98	-3,69
189 - CMPP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	232	8,5	8,4	219	8,3	8,0	-0,17	-0,45
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	244	8,5	0,0	245	8,6	0,0	0,06	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	233	4,7	3,9	218	4,6	4,3	-0,10	0,41
190 - CAMSP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	211	8,7	9,0	199	8,2	7,1	-0,50	-1,90
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	205	10,3	0,0	206	11,4	0,0	1,08	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	210	4,8	4,2	201	3,4	2,2	-1,39	-2,01
192 - IEM	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	111	11,9	11,4	111	6,3	7,1	-5,56	-4,35
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	117	12,5	0,0	119	11,3	0,0	-1,21	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	111	5,5	5,0	111	1,4	0,9	-4,15	-4,18
194 - IDV	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	19	12,9	13,6	19	8,2	7,0	-4,65	-6,63
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	21	7,4	1,9	22	8,4	0,9	0,95	-1,03
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	19	6,5	5,7	19	2,6	1,0	-3,97	-4,66
195 - IDA	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	49	10,7	10,3	46	5,5	5,1	-5,12	-5,18

Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	52	<b>9,0</b>	<b>0,0</b>	49	<b>7,9</b>	<b>0,0</b>	<b>-1,07</b>	<b>0,00</b>
Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	49	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	46	<b>0,5</b>	<b>-0,1</b>	<b>-5,51</b>	<b>-4,77</b>



Catégorie ESMS	Libellé	Année = 2020			Année = 2021			Taux d'évolution 2021 / 2020	
		N	Moyenne	Médiane	N	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
								2021 vs 2020	2021 vs 2020
196 - IESPESA	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	6	14,3	13,3	9	7,4	8,2	-6,98	-5,12
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	4	0,3	0,0	6	6,7	0,0	6,44	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	6	10,4	9,1	9	3,4	4,0	-7,01	-5,11
209 - SPASAD	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	58	5,6	5,5	60	3,9	3,6	-1,73	-1,90
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	81	4,1	0,0	87	2,8	0,0	-1,26	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	58	4,2	4,5	59	2,3	2,4	-1,83	-2,09
246 - ESAT	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	1 069	9,0	8,7	1 039	6,4	5,8	-2,62	-2,93
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	1 124	15,9	2,6	1 106	15,1	1,8	-0,77	-0,86
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	1 068	3,3	2,7	1 047	1,6	0,9	-1,78	-1,77
249 - ESRP	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	62	12,1	12,3	61	10,9	10,7	-1,25	-1,61
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	65	15,2	2,9	71	17,0	0,1	1,86	-2,81
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	62	5,0	4,9	60	3,4	2,2	-1,65	-2,70
255 - MAS	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	565	7,8	7,5	579	5,8	5,8	-1,98	-1,74
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	573	26,4	14,1	594	25,8	12,4	-0,63	-1,66
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	568	1,9	1,6	584	0,2	0,5	-1,70	-1,11
354 - SSIAD	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	1 233	5,8	5,4	1 195	4,4	4,0	-1,40	-1,41
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	1 118	5,0	0,0	1 161	4,3	0,0	-0,69	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	1 229	4,0	3,3	1 191	2,5	2,0	-1,49	-1,38
445 - SAMSAH	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	316	11,6	11,2	321	10,3	9,7	-1,25	-1,55
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	347	4,7	0,0	369	5,4	0,0	0,70	0,00
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	314	8,0	7,0	319	6,5	6,2	-1,44	-0,83
448 - EAM	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	785	7,1	6,8	804	4,5	4,5	-2,56	-2,32
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	783	27,7	15,0	817	26,9	11,6	-0,73	-3,33
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	785	2,5	1,7	808	0,2	0,3	-2,22	-1,39
500 - EHPAD	Taux de capacité d'autofinancement en % au 31.12	5 590	5,3	5,4	5 262	4,1	4,3	-1,22	-1,18
	Taux d'endettement corrigé en % au 31.12	3 778	27,9	22,7	3 985	26,6	20,2	-1,28	-2,53
	Taux de résultat net corrigé en % au 31.12	5 587	1,4	1,1	5 255	0,8	0,6	-0,63	-0,52

Source : Tableau de bord de la performance 2019 et 2020 corrigé des extrêmes.

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

Exemple de lecture : parmi les 1 181 SESSAD qui ont pu être intégrés dans le calcul du taux de capacité d'autofinancement (CAF), en 2020, le taux de CAF moyen pondéré est de 10,9 %. Le taux de CAF médian représente la valeur qui partage l'échantillon en deux : 50 % des 1 181 SESSAD ont un taux de CAF inférieur à 11,1 % et les 50 % restant ont un taux de CAF supérieur à 11,1 %.

L'écart entre les taux 2020 moyen et médian indique une faible dispersion parmi les 1 181 SESSAD étudiés : pour une majeure partie d'entre eux, leur taux de CAF individuel est relativement proche du taux moyen.

Le taux de CAF médian des SESSAD diminue de deux points de pourcentage entre 2020 et 2021, passant de 10,9 % à 8,9 %,.. La baisse est encore plus visible en médiane, celle-ci perdant presque 3 points de pourcentage entre 2020 et 2021. Cela peut indiquer qu'outre une diminution générale, les écarts commencent à se creuser entre SESSAD.

A titre indicatif, les valeurs de référence, généralement admises, 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 millions d'euros.

\* hormis une liste fermée d'établissements de santé pour lesquels le seuil est de 2 %

En tendance générale, les taux d'endettement médians ne dépassent pas 27,9 % en 2020 et 26,9% en 2021, indiquant une faible dépendance dans l'ensemble vis-à-vis des organismes financiers, quelle que soit la catégorie d'établissement. Toutefois l'écart entre les taux médians et les taux moyens est marqué pour la plupart des catégories. Il est donc probable qu'une minorité de gestionnaires soient fortement endettés, dépassant peut-être les 50 %, alors que la majorité présente un endettement très faible, tirant la moyenne en deçà du seuil des 50 %. De même, les établissements les plus endettés appartiennent aux catégories avec hébergement, recourant plus à l'emprunt pour financer leurs immobilisations.

**Sur la période, l'endettement s'est réduit, pour la plupart des catégories, ce qui semble indiquer un désendettement plus important que les emprunts nouveaux.**

Ce tableau montre aussi une réduction des taux de CAF et des taux de résultat, pour la majeure partie des catégories d'établissements et services, entre 2020 et 2021, les deux allant de pair puisque le résultat d'exploitation alimente la CAF. Certaines catégories perdent en moyenne près de 5 points de pourcentage comme les IME, les ITEP, EEAP, IEM, ce qui est important. Ces mêmes catégories connaissent parallèlement une baisse du taux de résultat moyen, de l'ordre de -3%. Cela peut aussi bien être dû à une réduction des marges, signe d'une baisse de la rentabilité, qu'à une augmentation des produits plus rapide que celle du résultat.

Des analyses approfondies doivent donc être menées pour comprendre les raisons de cette détérioration. Elle semble générale et pourrait être en lien avec ou aggravée par la conjoncture, marquée par la sortie de crise sanitaire et l'inflation.

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

Concernant les EHPAD, les EAM et les MAS, la réduction du taux de CAF moyen s'accompagne de taux de résultat moyen inférieurs à 1, voire avoisinant les 0%, mais qui restent donc excédentaires.

Pour rappel, entre 2019 et 2020, les taux de CAF moyens et médians, majoritairement supérieurs à 5%, étaient en progression, pour toutes les catégories d'établissements et services.

**Globalement, la situation des établissements et services reste plutôt saine.** Mais elle permet moins d'envisager un renforcement de la situation financière, pour faire face aux remboursements d'emprunts et aux besoins de financement structurels et liés à l'activité courante, que lors de la période 2019-2020. Par ailleurs, des signes de fragilité apparaissent nettement en 2021, qui doivent faire l'objet d'un suivi pour déterminer si des causes conjoncturelles peuvent expliquer cette évolution et, dans le cas contraire, identifier les facteurs structurels érodant durablement la situation des établissements et services.

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

- La crise sanitaire a créé un contexte conjoncturel, qui peut avoir eu des répercussions sur la santé financière des établissements. Mais ces établissements ont bénéficié de financements pour compenser les surcoûts liés à la crise sanitaire.

- Il s'agit de chiffres moyens et médians, qui ne reflètent pas la diversité des situations, les plus dégradées n'apparaissant pas ou peu dans les tendances générales.
- Les trois indicateurs présentés sont certes éclairants mais ne suffisent pas à eux seuls à tirer des conclusions sur la bonne santé financière d'ensemble du secteur, qui nécessiteraient des travaux d'approfondissement.
- 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 qui reprennent ces ressources au dénominateur sont, toutes choses égales par ailleurs, mécaniquement réduits.

A l'intérieur d'une même catégorie d'établissement ou services, une moyenne / médiane peut contenir des biais du fait de disparités importantes sur des critères qui peuvent influencer la situation financière d'une organisation comme 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.

- Certaines catégories présentent de très faibles effectifs, qui sont non significatifs et ne permettent donc pas d'analyser la situation financière de la catégorie concernée (ex : IDV, IESPESA). Cela explique notamment la très faible dispersion sur ces catégories et des taux de variation importants, dépendants de quelques gestionnaires.
- Le calcul des ratios est lié à la qualité des données remontées au niveau national, dans les ERRD, les CA et le Tableau de bord de la performance du secteur médico-social.
- 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) sont partielles. 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 des EHPAD publics

L'article 67 de la Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit que le gouvernement rende un rapport au parlement, portant sur l'évaluation de l'article 50 de la Loi n° 2020-1576 du 14/12/2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Ce rapport est constitué par le présent 3.2.1 et détaille le nombre d'EHPAD publics en situation de déficit, ainsi que le nombre d'EHPAD en cessation des paiements, au 31 décembre 2022.

### Nombre de situations déficitaires au 31 décembre 2022:

Au 31 décembre 2022, presque 60% des EHPAD publics présentaient un déficit.

Le tableau suivant détaille la part des EHPAD déficitaires dans le total des EHPAD, par catégories de statuts publics :

Nombre d'EHPAD publics déficitaires au 31 décembre 2022 :

	Nb d'EHPAD publics en déficit	Nb total EHPAD	Part des EHPAD en déficit
<b>EHPAD publics autonomes</b>	624	1036	60,2%
<b>EHPAD rattachés à un CCAS ou CIAS</b>	378	651	58,1%
<b>EHPAD rattachés à un établissement public de santé</b>	461	643	71,7%

Source : Etats réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) déposés sur ImportERRD au titre de l'exercice 2022

En comparaison, la part des EHPAD en déficit dans le total des EHPAD, tous statuts confondus est de 54,7% au 31/12/2022, avec une progression d'environ 15 points par rapport 2021.

Par ailleurs, la proportion d'EHPAD déficitaires a fortement augmenté depuis 2021, passant de 42,5% à 59,4% pour les EHPAD publics autonomes, et de 40,6% à 57,8%, soit près de 17 points en plus pour les deux secteurs. Il s'agit d'une hausse très importante, qui doit constituer une première alerte sur l'ensemble du secteur et faire l'objet d'un suivi, afin de déterminer si cette hausse est conjoncturelle, notamment en lien avec l'inflation.

Concernant les EHPAD rattachés à un établissement public de santé, la part des EHPAD en déficit a augmenté de 6,5 points par rapport à 2021. Les difficultés rencontrées semblent donc plus structurelles que pour les deux autres catégories d'EHPAD publics.

Les taux de résultat et de déficit permettent une première lecture de la situation des EHPAD publics déficitaires :

Taux de résultat en moyenne et en médiane des EHPAD publics en 2021 et en 2022 :

	Nb	Moyenne		Médiane	
		2021	2022	2021	2022
<b>EHPAD publics autonomes</b>	1036	0,28%	-1,60%	0,22%	-0,91%
<b>EHPAD rattachés à un CCAS ou CIAS</b>	651	0,60%	-1,20%	0,52%	-0,78%
<b>EHPAD rattachés à un établissement public de santé</b>	643	-1,72%	-1,60%	-0,70%	-3,36%

Source : Etats réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) déposés sur ImportERRD au titre de l'exercice 2022  
Taux de résultat : résultat net / total des produits hors comptes 709 et 713. Les moyennes et médianes sont calculées sur l'ensemble des EHPAD.

Taux de déficit en moyenne et en médiane des EHPAD publics déficitaires en 2021 et en 2022 :

	Moyenne		Médiane	
	2021	2022	2021	2022
<b>EHPAD publics autonomes</b>	-3,36%	-4,31%	-2,40%	-3,46%
<b>EHPAD rattachés à un CCAS ou CIAS</b>	-3,93%	-4,41%	-2,40%	-3,41%
<b>EHPAD rattachés à un établissement public de santé</b>	-5,45%	-6,74%	-4,07%	-5,44%

Source : Etats réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) déposés sur ImportERRD au titre de l'exercice 2022  
Taux de déficit : déficit / total des produits hors comptes 709 et 713. Les moyennes et médianes sont calculées sur les EHPAD présentant un déficit uniquement.

En moyenne, les taux de résultat se dégradent entre 2021 et 2022, quelle que soit la catégorie concernée, dépassant les -1 %. Cela signifie que le poids du déficit est supérieur à 1 % par rapport au total des produits (hors remises, ristournes et variations de stocks).

En médiane, les taux de déficit restent inférieurs à -1%, excepté pour les EHPAD rattachés à un établissement public de santé

Mais les taux de déficit moyens et médians, calculés sur la population des EHPAD déficitaires uniquement, montrent que l'ampleur des déficits s'est aggravée, au-delà de la problématique du nombre de situations de déficit en hausse.

Les situations sont donc variées avec deux polarités qui se dessinent en 2022 : les EHPAD publics ayant un résultat positif, minoritaires mais dont les niveaux de résultat rééquilibrent la moyenne globale, et les EHPAD publics dont le taux de résultat a chuté en 2022, avec un niveau de déficit pesant relativement lourdement sur la gestion courante, compte tenu du niveau d'activité habituel.

L'écart entre les taux de déficit moyens et les taux médians tend à relativiser l'ampleur des déficits, les plus gros concernant une minorité d'EHPAD. Mais ils dépassent -3%, voire -5% pour les EHPAD rattachés à un établissement public de santé, et constituent donc un premier niveau d'alerte, à suivre en 2023 et ultérieurement.

Toute conclusion sur les causes probables d'un tel déséquilibre restent soumise à un examen plus approfondi, notamment des structurations comparées des charges et des produits entre 2021 et 2022. Le suivi de ces indicateurs en 2023 et les années suivantes, permettra de déterminer si cette tendance se poursuit, vers une

érosion structurelle des situations d'exploitation puis bilancielle, ou si elle s'avère, malgré son ampleur, plus conjoncturelle.

Concernant les EHPAD rattachés à un établissement public de santé, les taux de résultat et déficits moyens et médians confirment que la situation est plus dégradée que pour les autres catégories publiques, avec des taux de déficit au 31 décembre 2022 atteignant près de 7% en moyenne et 5,5% en médiane.

#### **Nombre de situations de cessation des paiements au 31 décembre 2022 :**

L'article L. 631-3 du Code de commerce définit la cessation de paiement comme « l'impossibilité de faire face au passif exigible avec son actif disponible ».

Aucunes données ne recensent les établissements sociaux et médico-sociaux en cessation de paiement. Pour estimer le nombre d'EHPAD en cessation des paiements au sens de l'article L. 631-3 précité, les fonds de roulement nets globaux, besoins en fonds de roulement et trésoreries nettes, en jours de charges totales décaissables, ont été calculés au 31 décembre 2021 et au 31 décembre 2022.

Par convention, la situation de cessation de paiement a été caractérisée par :

- Un fonds de roulement net global négatif ;
- Un besoin en fonds de roulement positif ;
- Une trésorerie nette négative.

Le tableau suivant détaille les résultats moyens et médians par catégorie d'EHPAD publics :

Nombre d'EHPAD en cessation des paiements « théorique » (FRNG négatif, BFR positif, trésorerie nette négative), au 31 décembre :

	Nb d'EHPAD publics en cessation des paiements		Total EHPAD	Poids des EHPAD en cessation des paiements	
	2021	2022	2021/2022	2021	2022
<b>EHPAD publics autonomes</b>	4	1	998	0,4%	0,1%
<b>EHPAD rattachés à un CCAS ou CIAS</b>	11	12	624	1,8%	1,9%

En comparaison, la part des EHPAD en cessation des paiements dans la totalité des EHPAD, tous statuts confondus, est de 0,9% en 2021 et 1,1% en 2022. Concernant les EHPAD rattachés à un CCAS ou un CIAS, la majorité des 12 EHPAD recensés en 2022 étaient déjà en cessation des paiements en 2021.

La part des EHPAD en cessation des paiements, parmi l'ensemble des EHPAD, a donc peu évolué entre 2021 et 2022 et leur nombre reste très limité.

Outre les précautions de lecture détaillées en 3.1.1, également applicables à cette partie, les points suivants doivent être considérés :

Dans le cadre du régime de l'état réalisé des recettes et des dépenses, applicable aux EHPAD, les organismes gérant des EHPAD implantés dans un même département, voire une même région, doivent les regrouper dans un bilan financier unique.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023, les gestionnaires d'EHPAD devront annexer à leurs états réalisés des recettes et des dépenses, un bilan comptable par EHPAD, en plus du bilan financier susmentionné.

La présente partie concernant les données au titre de l'exercice 2022, elles peuvent regrouper plusieurs EHPAD. Les organismes gérant plus d'un EHPAD représentent près de 6% des gestionnaires d'EHPAD publics autonomes ou relevant d'un CCAS ou d'un CIAS.

Par ailleurs, la présentation de données bilancielle relatives aux EHPAD gérés par des établissements publics de santé est impossible, dans la mesure où le cadre d'état réalisé des charges et des produits qui leur est applicable (en lieu et place de l'état réalisé des recettes et des dépenses) ne contient pas les données bilancielle nécessaires au calcul des ratios ci-dessus.

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

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

Dans le cadre du Ségur de la santé, les plans d'aide à l'investissement (PAI) connaissent un essor important avec 2,1 Md€ sur la période 2021-2024 au profit du secteur « Personnes âgées » qui se répartissent en 1,5 Md€ pour des opérations immobilières et en 600 millions d'euros pour le numérique, 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 cette optique, sur le volet immobilier, la France devra justifier d'au moins 3 000 EHPAD ayant bénéficié d'une aide dans le cadre des investissements du quotidien (250 millions d'euros) à la fin 2022 et de 36 000 places rénovées ou créées dans le cadre de l'investissement immobilier (1,25 milliards d'euros) à la fin 2025.

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 millions d'euros 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 <sup>48</sup>».

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

##### **2.3.1.1. Des priorités nationales déclinées au niveau de chaque région**

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

Ces aides doivent conduire à réaliser des établissements dont la qualité architecturale procure un confort d'usage des espaces de vie pour les résidents et des équipements apportant des réponses à l'objectif de

---

<sup>48</sup> Dossier de presse de la conférence nationale du handicap 2023

maintien de l'autonomie des personnes, ainsi qu'un environnement de travail favorisant la qualité de vie au travail pour le personnel des établissements.

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

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

- Sur le périmètre des établissements et services éligibles : il s'agit des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées financés exclusivement ou conjointement sur l'objectif global de dépenses (OGD) issu de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le secteur médico-social ;
- Sur la nature des opérations d'investissement éligibles : il s'agit d'opérations pour lesquelles les travaux n'ont pas encore débuté, portant soit sur des capacités d'accueil habilitées à l'aide sociale existantes, par restructuration ou par reconstruction de locaux, ou la création de places nouvelles également habilitées à l'aide sociale, soit sur des travaux de mise aux normes techniques de sécurité et d'accessibilité ;

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

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

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

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

- Le coût d'acquisitions foncières ou d'équipements matériels et mobiliers,
- Les opérations d'entretien courant,
- Sauf dérogation accordée par l'agence régionale de santé (ARS), les opérations n'atteignant pas les seuils pour être subventionnées,
- 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 de leur place dans le maillage local, dans l'intérêt des résidents, des familles et de l'aménagement du territoire. Elles prennent en compte des critères d'efficacité comportant une analyse préalable de la soutenabilité financière des projets, ainsi qu'un objectif de maîtrise des dépenses publiques. Enfin, elles prennent en compte les dimensions de développement durable.

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

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



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

Au titre de 2019, 130 millions d'euros ont été consacrés au PAI (hors reports de crédits destinés à l'EPNAK dans le cadre de la reprise des établissements de l'ONAC-VG), dont 30 millions d'euros 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 millions d'euros ont été consacrés au PAI (hors reports de crédits), dont 80 millions d'euros sur le secteur des établissements pour personnes âgées et 30 millions d'euros sur le secteur des établissements et services pour personnes en situation de handicap.

### 2.3.1.3. La répartition des crédits entre régions

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

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

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

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

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

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

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

- 1<sup>er</sup> appel de fond en janvier pour un versement CNSA en mars
- 2<sup>ème</sup> appel de fond en mai pour un versement en juillet
- 3<sup>ème</sup> appel de fond en septembre pour un versement en novembre.

### 2.3.1.5. L'octroi des subventions aux projets retenus

Ces subventions sont des aides à l'investissement uniques et, sauf exception, non ré-évaluables. Elles sont calculées sur la base d'opérations en « valeur fin de travaux toutes taxes comprises et toutes dépenses confondues » dans la limite de 2 100 € par mètre carré de surface dans œuvre hors taxe (TTC-TDC) pour des réhabilitations et 2 800 €/m<sup>2</sup> TTC-TDC en travaux neufs pour l'année 2023. Ce calcul ne s'applique pas à l'Outre-mer.

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

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

Dans le cas notamment des EHPAD, ces subventions doivent s'accompagner d'une mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles au soutien de l'investissement afin de minimiser le reste à charge des résidents.

### 2.3.2. Les plans d'aide à l'investissement au titre de l'année 2022 :

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

En 2021, 280M€ 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, 240,5M€ ont été notifiés pour la réhabilitation de 158 EHPAD (soit 18 515 places).

En 2023 et 2024, les ARS vont pouvoir allouer 465M€ supplémentaires à des projets de rénovation d'EHPAD.

En 2022, 17,5 millions d'euros ont été dédiés aux régions insulaires dont 1,5 millions d'euros ont été délégués. Il s'agit d'un plan d'aide à l'investissement immobilier spécifique qui permet de répondre au sous équipement de ces territoires où les places en établissements spécialisés sont rares : l'offre en EHPAD est en effet 2 à 3 fois inférieure dans les régions insulaires à ce qu'elle est au niveau national, avec un parc d'EHPAD vieillissants. Ce financement permet ainsi aux régions insulaires de concourir à l'installation de nouvelles places et à résorber leur retard.

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

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

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

La CNSA a également financé en 2022 un plan d'aide à l'investissement de 30 millions d'euros consacré au secteur des établissements et services pour personnes en situation de handicap.

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

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

Les ARS doivent ainsi porter une attention particulière à l'intégration de la rénovation énergétique et au recours aux énergies renouvelables améliorant les performances énergétiques et la vie quotidienne des résidents et du personnel, notamment pour les établissements assujettis aux obligations d'économies d'énergie issues de la loi ELAN<sup>49</sup>.

Sont éligibles à ce titre les opérations suivantes :

- Les travaux de rénovation énergétique relevant du gros entretien,

<sup>49</sup> Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

- 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.

### 2.3.2.3. L'enveloppe « tiers lieux »

Sur les 2,5 millions d'euros dédiés la création de tiers-lieux en 2022, 2,1 millions d'euros ont été délégués. 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 2022 des fonds aux ARS pour soutenir 20 nouveaux projets.

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

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

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

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

- 15 millions d'euros pour l'initiative pour le développement des résidences autonomies (IDRA) qui a vocation à soutenir les opérations de création de 3 000 nouveaux logements en résidence autonomie dans les départements les moins bien équipés,
- 22,5 millions d'euros 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 millions d'euros ont été alloués dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt (AMI) à destination des conseils départementaux souhaitant financer des travaux d'investissement dans les habitats inclusifs pour personnes âgées. L'AMI a permis de retenir 118 projets d'investissement dans des habitats inclusifs, proposés par 27 conseils départementaux. Fort de son succès, cet AMI sera reconduit en 2023 et 2024 pour un budget annuel de 45 millions d'euros.

#### 2.3.2.5. Le plan d'aide à l'investissement du quotidien :

En 2021 et 2022, environ 4 000 EHPAD ont été accompagnés par le plan d'aide aux investissements du quotidien à hauteur de 250 millions d'euros pour investir dans des équipements de prévention, du matériel utile aux soins des résidents, des équipements professionnels adaptés : soit 115M€ en 2021 et 135M€ en 2022. Ces investissements peuvent recouvrir également des travaux améliorant le confort thermique, des rénovations légères telles qu'un ravalement ou l'aménagement de jardins thérapeutiques.

Ce sont autant d'investissements qui améliorent la qualité de vie des résidents ou la qualité de vie au travail des professionnels.

## 2.4. Programme ESMS numérique

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

Les objectifs stratégiques du programme ESMS numérique visent à :

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

Suite à deux campagnes d'amorçage du programme ESMS numérique (2020 et 2021), une nouvelle vague d'appels à projets régionaux et un appel à projets national ont été lancés en 2022 pour généraliser le programme.

**L'enveloppe initiale 2022 de 100 millions d'euros des crédits du Ségur du numérique** pour le secteur social et le secteur médico-social a été révisée à 125 millions d'euros en cours d'année pour tenir compte du rattrapage nécessaire. Elle est par ailleurs répartie comme suit :

- 87M€ destinés au programme ESMS Numérique (aides à l'équipement et aux usages du DUI)
- 23M€ destinés au financement du SONS ;
- 3 millions d'euros dédiés au soutien à l'innovation numérique dans le secteur médico-social.

- 12M€ pour renforcer les ressources pour les agences régionales de santé et leurs opérateurs qui accompagnent les ESSMS.

**La phase de généralisation** du programme entamée en 2022 s'inscrit dans le prolongement de la phase d'amorçage. Elle est destinée à développer l'usage du numérique dans les ESSMS pour améliorer :

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

Pour la période 2022-2025, la **phase de généralisation** du programme ESMS numérique doit permettre d'équiper tous les ESSMS du DUI interopérable et communicant d'ici 2025. Cette phase de généralisation bénéficie des crédits Ségur du numérique en santé dédiés au secteur médico-social soit 441 millions d'euros, dont 90 millions d'euros pour l'année 2022.

Il s'agit de faire bénéficier près de 35 000 ESSMS d'aides à l'équipement et aux usages du DUI, portés par environ 1 400 projets.



Le cadrage financier pour l'année 2023 mobilise une enveloppe totale de 150 millions d'euros, répartis sur les différents segments du Ségur numérique de la santé. Les crédits sont répartis comme suit :

- Les crédits alloués au programme ESMS numérique : 84 millions d'euros
  - o 67 millions d'euros sont délégués aux ARS pour financer les projets sélectionnés à l'issue des appels à projets régionaux pilotés par les ARS
    - Dans le cadre de la 1ère circulaire FMIS (C1) 2023, une autorisation d'engagement sera donnée aux ARS
    - Les crédits de paiement seront versés aux porteurs de projet par la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du FMIS.
  - o 16,7 millions d'euros 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 (cf. annexe 3 de la présente instruction). L'ARS pivot désignée pour porter le projet à l'issue de sa phase d'instruction se verra allouer les crédits affectés à l'appel à projet national à hauteur de la décision de l'aide accordée par la DNS et la CNSA ;
  - o 0,3 millions d'euros pour les frais de gestion de la Caisse des dépôts et consignations.
- Les crédits alloués au financement du SONS : 51 millions d'euros ;
- Les crédits dédiés au soutien à l'innovation numérique dans le secteur médicosocial : 3 millions d'euros ;
- Les crédits alloués au renforcement des ressources Ségur en région : 12 millions d'euros.

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

donnée aux ARS dans le cadre de la 1ère circulaire FMIS (C1) 2022 selon la répartition (indicative) entre régions suivante :

<b>Région</b>	<b>Enveloppe régionale</b>
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	8 348 102 €
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	3 608 190 €
<b>Bretagne</b>	2 636 303 €
<b>Centre-Val de Loire</b>	2 645 200 €
<b>Corse</b>	1 517 659 €
<b>Grand Est</b>	4 837 618 €
<b>Guadeloupe</b>	1 152 000 €
<b>Guyane</b>	749 500 €
<b>Hauts-de-France</b>	5 100 588 €
<b>Ile-de-France</b>	10 344 806 €
<b>La Réunion</b>	689 000 €
<b>Martinique</b>	328 500 €
<b>Mayotte</b>	1 098 598 €
<b>Normandie</b>	3 682 476 €
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	5 601 011 €
<b>Occitanie</b>	6 102 173 €
<b>Pays de la Loire</b>	2 751 639 €
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	5 806 637 €
<b>Total</b>	<b>67 000 000 €</b>

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

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

Dans le cadre de la 2ème circulaire FMIS (C2) 2022, une autorisation d'engagement supplémentaire sera donnée aux ARS pivot désignées pour porter les projets de déploiement généralisé ;







**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*