

## 07 LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS

En 2021, le déficit des comptes financiers des hôpitaux publics se creuse de nouveau, après l'amélioration apparente de 2020, portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire. Leur résultat net s'élève à -415 millions d'euros, soit -0,4 % des recettes (-0,1 % en 2020). La progression des dépenses (+6,8 %) est plus prononcée que celle des recettes (+6,4 %), ce qui explique le creusement du déficit. L'effort d'investissement repart légèrement à la hausse en 2021, en raison notamment des engagements décidés lors du Ségur de la santé. Parallèlement, la capacité d'autofinancement et les dotations aux amortissements se replient. Le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, diminue pour la 3<sup>e</sup> année consécutive. Cette baisse, plus accentuée qu'en 2020, est due aux mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. En revanche, la durée apparente de la dette rebondit après trois années de baisse.

### Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021

Après une nette amélioration de la situation financière des hôpitaux publics en 2020<sup>36</sup>, essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, les comptes des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021. Leur déficit global (résultat net) atteint -415 millions d'euros, après -92 millions en 2020<sup>37</sup>. Rapporté aux recettes<sup>38</sup>, le résultat net est de -0,4 % en 2021, après une situation de quasi-équilibre en 2020 (-0,1 %). Il reste tout de même supérieur à son niveau des deux dernières années précédant la crise (-0,7 % en 2019 et 2018) (*tableau 1*).

Le résultat net correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel, dont les évolutions sont contrastées entre 2020 et 2021. La détérioration de la situation financière est largement attribuable au résultat d'exploitation, qui baisse fortement et s'établit à 21 millions d'euros, après 555 millions d'euros en 2020 (*graphique 1*). Le déficit du résultat financier, structurel en raison du paiement des intérêts des emprunts, continue de se résorber lentement, du fait d'un assainissement de l'encours de dette et d'une diminution de l'endettement net, tendance engagée en 2015. En 2021, le déficit du résultat financier s'établit à -751 millions d'euros (-842 millions d'euros en 2020). Le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2013, se rapproche de son niveau pré-crise (315 millions d'euros en 2021, contre 388 millions d'euros en 2019), après une détérioration importante en 2020 (196 millions d'euros). Celle-ci s'explique largement par la baisse de la plus-value sur les cessions d'immobilisations, en raison d'un contexte d'incertitude défavorable et de la baisse des produits exceptionnels sur le budget des dotations non affectées (ATIH, 2022).

L'amélioration des résultats de l'exercice 2020 était due, pour l'essentiel, aux dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire (*décrits infra*), tels que la garantie de financement ou les délégations exceptionnelles de crédits. De plus, le résultat net était augmenté par la comptabilisation, parmi les produits, des remises de biens à titre gratuit pendant la crise<sup>39</sup>. Si les dispositifs exceptionnels de soutien ont été reconduits en 2021, ce n'est *a priori* pas le cas des cessions d'articles gratuits, ce qui explique en grande partie la détérioration du résultat net entre 2020 et 2021.

<sup>36</sup> Les données de 2019 et 2020 ont été révisées et la valeur de certains indicateurs économiques et financiers diffère de celle publiée dans l'édition précédente (Courtejoie et Richet, 2022). Plus précisément, une évolution de la nomenclature budgétaire et comptable M21 en vigueur dans les hôpitaux publics a généré des anomalies dans la transmission des données des années 2019 et 2020 par le logiciel de consultation des données comptables (voir encadré Sources et méthodes).

<sup>37</sup> Sauf indication contraire, tous les chiffres de cette publication portent sur le budget global des établissements publics de santé, c'est-à-dire sur l'ensemble des budgets (budget principal et budgets annexes) consolidés des flux internes entre les différentes unités (*annexe 1*).

<sup>38</sup> Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à juillet 2022. Ce terme n'apparaît plus car il n'a pas la même définition en finance d'entreprise et peut donc prêter à confusion. Ce choix relève de la volonté d'améliorer la comparabilité des indicateurs entre le secteur public et le secteur privé (Richet, 2022).

<sup>39</sup> Les mises à disposition d'articles gratuits par l'État se sont développées au début de l'épidémie de Covid-19, afin de faire face aux risques de pénuries et de hausse de consommation des produits pharmaceutiques, des équipements de protection individuels, des réactifs de biologie ainsi que des vaccins. Aussi, et conformément à la nomenclature M21 en vigueur dans les hôpitaux publics, ces stocks mis à disposition gratuitement ont été comptabilisés à leur valeur de marché, ce qui a conduit à une hausse de la variation des stocks, et donc à une hausse du résultat net, de l'ordre de 300 millions d'euros pour le seul budget principal en 2020 (ATIH, 2022 ; ministère des Solidarités et de la Santé, 2022).

**Tableau 1** Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2012

Catégorie	2021		Excédent ou déficit depuis 2012 (en % des recettes)									
	N	Poids dans les recettes (%)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Ensemble des hôpitaux publics</b>	<b>817</b>	<b>100</b>	<b>0,0</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,4</b>
AP-HP	1	9,2	-0,3	-0,1	-0,1	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7
Autres CHR	31	29,5	0,2	-0,3	-0,6	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3
CH spécialisés en psychiatrie	83	7,1	0,3	-0,1	0,0	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3
CH ex-hôpitaux locaux	194	2,8	1,2	0,4	0,4	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4
Très grands CH	155	70,7	0,2	0,0	-0,2	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4
Grands CH	152	15,8	0,0	-0,6	-0,7	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7
Moyens CH	257	10,3	-0,6	-0,4	-0,6	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5
Petits CH	253	3,2	1,0	0,8	0,5	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1

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

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

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

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

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

## La proportion d'établissements déficitaires repart à la hausse

L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) reste la catégorie d'établissements<sup>40</sup> dont la situation financière est la plus dégradée, malgré une légère amélioration par rapport à 2020. Son déficit s'établit à -2,7 % de ses recettes, après -3,0 % en 2020 (*tableau 1*). Le résultat net rapporté aux recettes des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, déjà plus élevé que pour les autres catégories d'établissements, poursuit son amélioration et s'élève à 1,3 % de leurs recettes (1,2 % en 2020). À l'inverse, le résultat net rapporté aux recettes des autres centres hospitaliers régionaux (CHR) ainsi que des ex-hôpitaux locaux se dégrade pour atteindre respectivement 0,3 % et 0,4 % de leurs recettes (après 0,8 % et 1,2 % en 2020).

La proportion d'établissements déficitaires repart à la hausse (52 % en 2021, après 42 % en 2020 et 58 % en 2019) et la situation financière des hôpitaux publics reste très contrastée. Le déficit cumulé des établissements déficitaires, qui s'était résorbé en 2020, retrouve un niveau similaire à celui de 2019 (-1 070 millions d'euros en 2021, après -882 millions en 2020, et -1 047 millions en 2019). Le déficit cumulé des établissements déficitaires est cependant moins concentré qu'en 2020 : près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 24 établissements, ils étaient 12 en 2020. L'AP-HP représente à elle seule 22 % du déficit cumulé en 2021<sup>41</sup> (28 % en 2020).

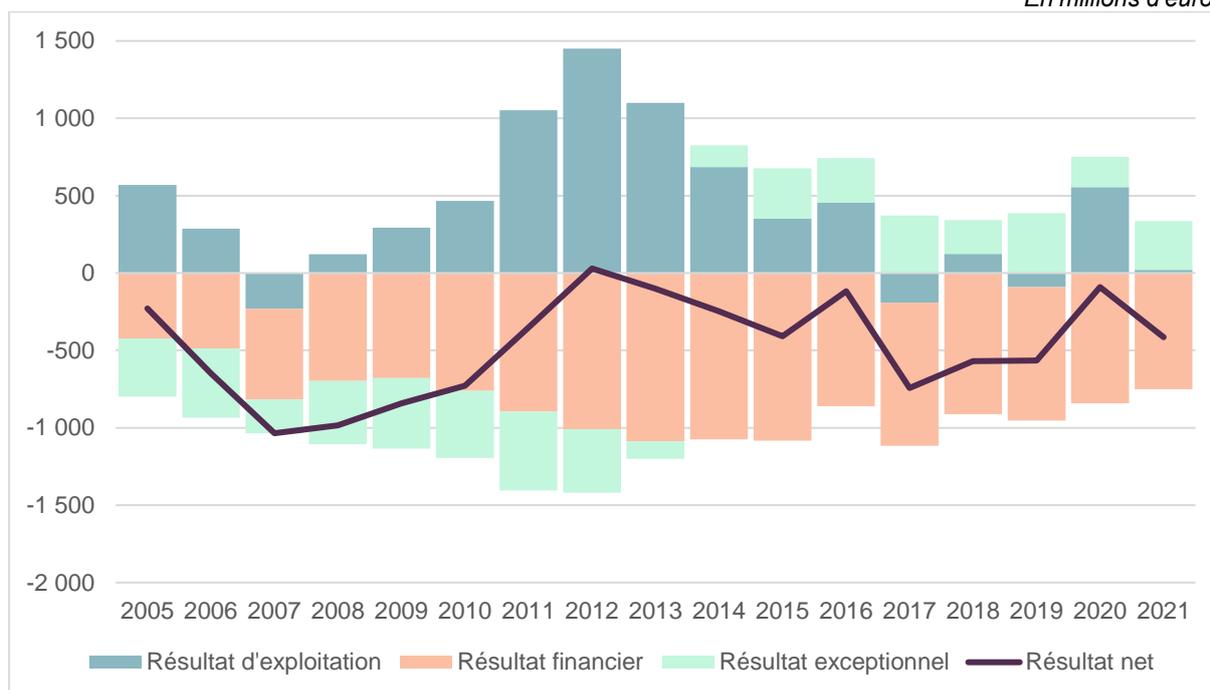
Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement et s'établit à 655 millions d'euros en 2021, après 791 millions en 2020. Cet excédent reste aussi concentré qu'en 2020 : la moitié est imputable à 26 établissements (22 en 2020).

<sup>40</sup> Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). En effet, les données comptables des hôpitaux publics fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques publiques.

<sup>41</sup> En 2021, les recettes de l'AP-HP représentent 9,2 % de l'ensemble des recettes des hôpitaux publics, tandis que ses dépenses représentent 9,4 % de l'ensemble des dépenses des hôpitaux publics.

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

En millions d'euros



**Note** > Les valeurs du résultat net avant 2011 diffèrent de celles présentées dans les publications de la DREES antérieures à 2022, car une correction a été apportée au compte 7071 (rétrocession de médicaments) de l'AP-HP de 2005 à 2010. En effet, la comparaison de la part du compte 7071 dans l'ensemble des produits (hors compte 7087) des hôpitaux publics selon leur catégorie montre une rupture de série importante pour l'AP-HP en 2011, qui retrouve une évolution similaire à celle des autres centres hospitaliers régionaux à partir de cette date (Richet, 2022).

Le compte 7722 (produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie) est exclu du résultat exceptionnel et inclus dans le résultat d'exploitation, contrairement à ce qui était fait dans les publications de la DREES antérieures à 2022 (Richet, 2022). Ce compte représente 191 millions d'euros en 2020, soit 0,2 % des recettes. Cette correction n'est pas effective entre 2006 et 2011 inclus, étant donné que le compte 772 n'est pas subdivisé sur cette période (Le Rhun et Legendre, 2007 ; [anciennes instructions budgétaires et comptables M21](#)).

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

## Tous les titres de produits progressent fortement

La forte progression des recettes totales des hôpitaux publics, amorcée en 2020, se poursuit en 2021 : +6,4 %, après +7,0 % en 2020 et seulement +2,5 % par an en moyenne entre 2006 et 2019. Les recettes atteignent 94,1 milliards d'euros en 2021 (après 88,5 milliards d'euros en 2020), dont 90,4 % comptabilisés en budget principal<sup>42</sup> (85,1 milliards d'euros).

Les produits et charges du budget principal sont usuellement ventilés par nature, en trois titres de produits et en quatre titres de charges<sup>43</sup> (tableau 2). La progression des produits du budget principal s'observe pour l'ensemble des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes proches, et la part respective des différents titres dans le

<sup>42</sup> Le budget principal présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé, couvrant le court et moyen séjour, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie. Il est défini par opposition au budget annexe, qui présente les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La somme des recettes (respectivement des dépenses) du budget principal et du budget annexe n'est pas strictement identique aux recettes (respectivement aux dépenses) du budget global, elles-mêmes retraitées du compte 7087, qui correspond à des flux internes entre les budgets principal et annexe (Richet, 2022).

<sup>43</sup> La composition des titres de charges et de produits présentée ici est définie dans la nomenclature budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) [annexe 2 de l'instruction M21], mise à jour chaque année. Elle est usuellement présentée sur le seul budget principal, et pas sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs présentés dans cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et de produits (comptes de classe 7) de la nomenclature M21 ne sont pas tous inclus dans cette décomposition et leur classification en titres de produits ou de charges ne repose pas uniquement sur le numéro du compte. En effet, certains comptes de charges à valeur positive sont classés parmi les titres de produits et inversement pour les comptes de produits à valeur négative. C'est le cas notamment des comptes renseignant les variations de stocks, rabais, remises et ristournes. Ainsi, la somme des titres de produits (respectivement de charges) définis selon les titres de l'EPRD (présentés dans le tableau 2) ne correspond pas exactement à la somme des comptes de produits (respectivement de charges).

financement des produits reste similaire à celle de 2020. L'Assurance maladie finance le budget principal des hôpitaux publics à hauteur de 68,9 milliards d'euros (titre 1), en hausse de 6,7 % par rapport à 2020 (64,5 milliards d'euros). La part des produits financés par l'Assurance maladie, largement majoritaire, reste similaire à son niveau de 2020 (77,5 % en 2021, après 77,4 % en 2020), en hausse par rapport à son niveau pré-crise (75,2 % en 2019). Cette hausse provient principalement des crédits de dotations exceptionnels, ainsi que du dispositif de garantie de financement<sup>44</sup>, mis en place en 2020 et reconduit en 2021, afin de sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Ce dispositif, qui s'applique à l'ensemble des activités concernées par la tarification à l'activité (T2A), vise à garantir le financement provenant de l'Assurance maladie obligatoire, pour éviter toute rupture de trésorerie, mais aussi à garantir des versements déconnectés de l'activité de soins réalisée, donnant ainsi aux établissements de la visibilité sur leurs ressources. 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 (frais d'investissements ciblés en lien avec la crise tels que l'aménagement des locaux ou le déploiement de systèmes d'information et d'équipements biomédicaux dédiés ; charges exceptionnelles liées à la crise ; pertes de recettes non prises en charge par d'autres dispositifs [ministère des Solidarités et de la Santé, 2022]).

Les ressources retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), en hausse de 6,8 %, atteignent 5,2 milliards d'euros en 2021 (4,9 milliards d'euros en 2020), soit 5,9 % des produits. Les autres produits (titre 3), en hausse de 5,7 %, atteignent 14,8 milliards d'euros (14,0 milliards d'euros en 2020), soit 16,6 % des produits. Ils correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et des accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

---

<sup>44</sup> 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. Arrêtés relatifs à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (du 6 mai 2020 pour l'année 2020 ; du 13 avril 2021 et du 17 août 2021 pour l'année 2021).

**Tableau 2 Produits et charges des hôpitaux publics (budget principal) depuis 2018**

En milliards d'euros

	2018	2019	2020	2021
<b>Produits</b>				
<b>Total du budget principal – somme des comptes de produits de classe 7</b>	<b>73,1</b>	<b>74,4</b>	<b>79,6</b>	<b>85,1</b>
<b>Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :</b>	76,2	77,6	83,4	<b>88,9</b>
Titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	56,9	58,3	64,5	<b>68,9</b>
Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,5	5,5	4,9	<b>5,2</b>
Titre 3 : autres produits	13,8	13,7	14,0	<b>14,8</b>
<b>Charges</b>				
<b>Total du budget principal – somme des comptes de charges de classe 6</b>	<b>73,7</b>	<b>75,1</b>	<b>79,8</b>	<b>85,4</b>
<b>Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :</b>	74,1	75,5	80,2	<b>85,9</b>
Titre 1 : charges de personnel	46,9	47,6	51,3	<b>54,9</b>
Titre 2 : charges à caractère médical	13,1	13,5	14,1	<b>15,7</b>
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,3	7,5	7,7	<b>8,2</b>
Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,8	6,9	7,2	<b>7,1</b>

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

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

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

**Source >** DGFIP, traitements DREES.

## Les dépenses des hôpitaux augmentent davantage que leurs recettes

La forte progression des dépenses du secteur hospitalier public, amorcée en 2020, se poursuit : +6,8 % en 2021, après +6,4 % en 2020, et seulement +2,5 % par an en moyenne entre 2006 et 2019. Les dépenses sont estimées à 94,6 milliards d'euros (après 88,6 milliards d'euros en 2020), dont 90,4 % comptabilisés en budget principal (85,4 milliards d'euros). Contrairement à 2020, la croissance des dépenses en 2021 est supérieure à celle des recettes, ce qui explique la détérioration du résultat net.

La progression des charges du budget principal s'observe pour la plupart des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes toutefois différents selon les titres considérés, et à l'exception des charges du titre 4 (*tableau 2*). Ainsi, les dépenses de personnel (titre 1) continuent leur forte progression amorcée en 2020 (+7,1 % en 2021, après +7,7 % en 2020), sous l'impulsion notamment des revalorisations salariales prévues par les accords du Ségur de la santé au bénéfice des personnels médicaux et non médicaux, avec un engagement à hauteur de 6,9 milliards d'euros sur la période 2020-2023 (ministère des Solidarités et de la Santé, 2022). Les dépenses de personnel des hôpitaux publics atteignent ainsi 54,9 milliards d'euros en 2021, après 51,3 milliards en 2020 (*tableau 2*). Leur part dans les charges, dont elles constituent le principal poste, reste stable (63,9 %).

Ce sont les dépenses à caractère médical (titre 2), constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant, qui connaissent la plus forte progression : +11,6 %, après +4,2 % en 2020. Elles atteignent 15,7 milliards d'euros en 2021 et représentent 18,3 % des charges, en hausse par rapport à 2020 (17,5 %). Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) s'élèvent à 8,2 milliards d'euros. Elles sont en hausse de +6,5 %, après +2,2 % en 2020. Leur part dans les charges reste stable (9,5 %).

Enfin, les amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4) sont les seules charges qui diminuent en 2021 (-1,4 %, après +4,6 % en 2020), pour atteindre 7,1 milliards d'euros, soient 8,2 % des charges.

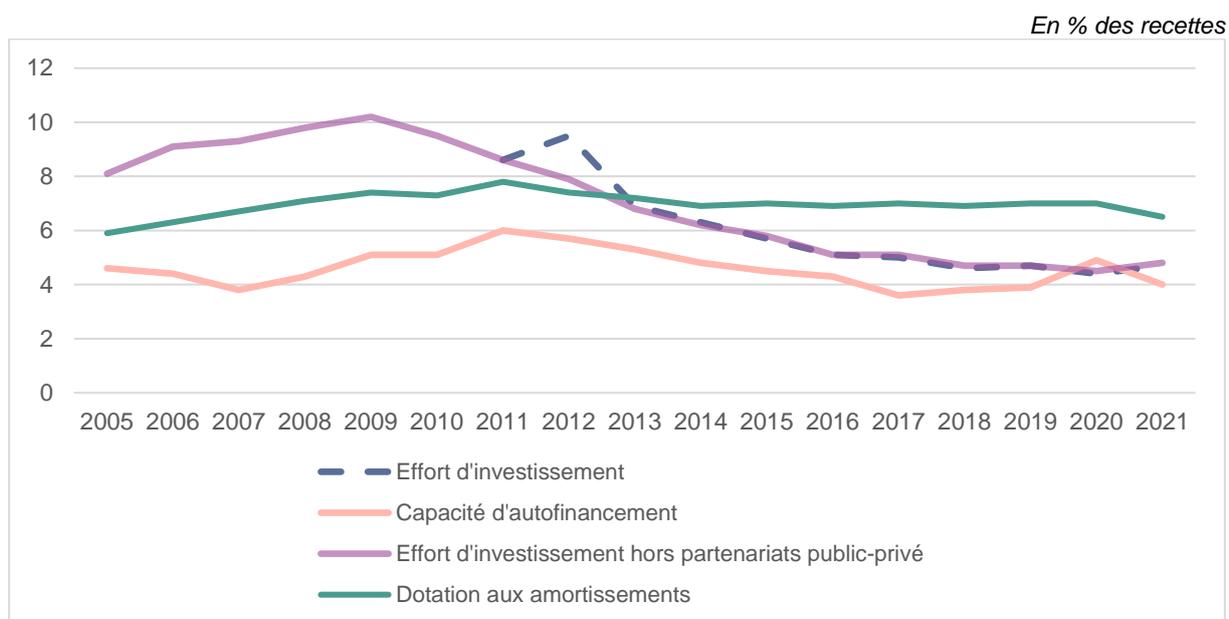
## L'effort d'investissement des hôpitaux repart légèrement à la hausse

L'effort d'investissement des hôpitaux publics (tous types d'investissements confondus), soutenu au début des années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012<sup>45</sup>, a connu depuis une tendance à la baisse. Il marque cependant un léger rebond en 2021 et atteint 4,7 % des recettes (après 4,4 % en 2020) [graphique 2]. Les investissements représentent 4,4 milliards d'euros en 2021, après 3,9 milliards d'euros en 2020.

La reprise de l'investissement sanitaire est l'une des conséquences des accords du Ségur de la santé signés en juillet 2020, qui prévoient notamment un engagement en faveur de l'investissement hospitalier à hauteur de 19 milliards d'euros<sup>46</sup> pour les dix prochaines années. Ces aides visent à soutenir le financement des investissements indispensables au fonctionnement des hôpitaux ou à leur transformation, tout en maîtrisant leur endettement. L'objectif est une relance des investissements des hôpitaux, aussi bien structurants que courants. Cet engagement comprend ainsi 7,5 milliards d'euros afin « d'accompagner des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier », pour améliorer l'accès aux soins dans tous les territoires (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021 et 2022), et 1,5 milliard d'euros pour améliorer rapidement le fonctionnement courant des établissements de santé. À cet égard, 500 millions d'euros ont été dédiés aux investissements du quotidien des hôpitaux publics en 2021.

L'effort d'investissement augmente pour toutes les composantes de l'investissement, à des rythmes cependant contrastés. Rapportés aux recettes, les investissements courants, dont les investissements d'équipement, continuent à augmenter en 2021, un peu plus lentement qu'en 2020 (+3,2 %, après +6,3 %). Après un net repli en 2020, l'effort d'investissement de construction, dont notamment l'immobilier lourd, repart (+13,7 %, après -16,9 % en 2020), et revient presque à son niveau de 2019 (2,7 % en 2021, après 2,4 % en 2020 et 2,8 % en 2019) [graphique 3].

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



**Note** > Les contrats de partenariats public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariat, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante. Cette règle est ici appliquée depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque (Richet, 2022).

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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

<sup>45</sup> Relance de l'investissement sanitaire d'un montant cumulé de 8,8 milliards d'euros.

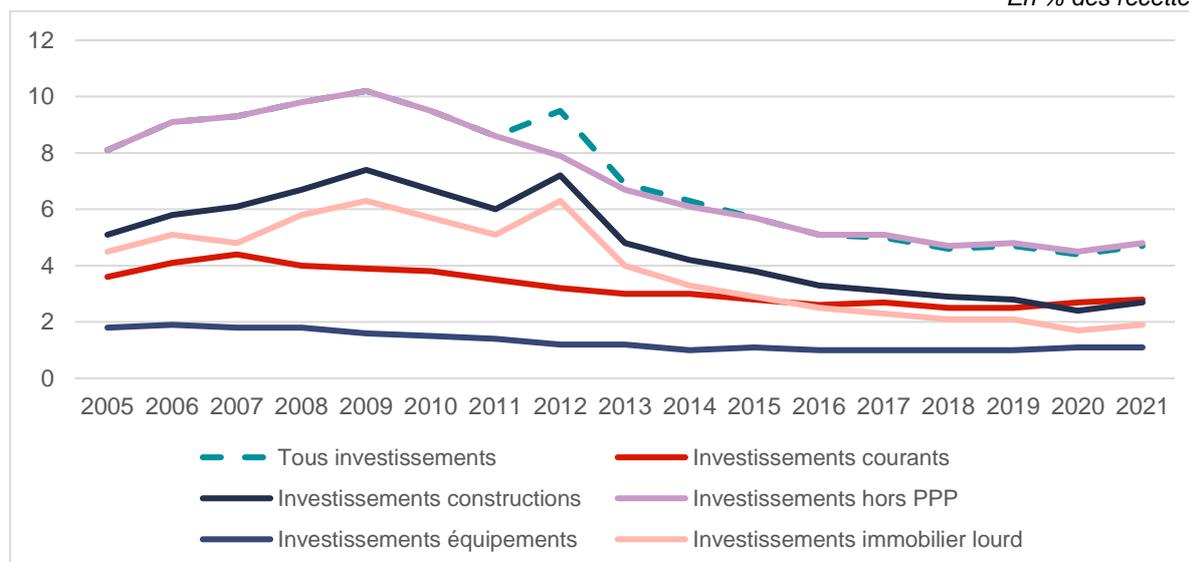
<sup>46</sup> Dont 13 milliards consolidés dans l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (LFSS 21), et 6 milliards intégrés au plan France Relance.

Après trois années de hausse, la capacité d'autofinancement (CAF)<sup>47</sup>, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements, se replie pour atteindre 4,0 % des recettes en 2021 (après 4,9 % en 2020), en lien notamment avec la dégradation du résultat net. Enfin, la dotation aux amortissements<sup>48</sup>, stable autour de 7,0 % depuis 2014, baisse à 6,5 % des recettes en 2021. L'effort d'investissement repasse ainsi au-dessus du niveau de la CAF, renouant avec la tendance observée depuis 2005<sup>49</sup>, 2020 mis à part. Bien que l'effort d'investissement reste nettement inférieur à la dotation aux amortissements, l'écart qui se creusait depuis 2013 se réduit légèrement en 2021.

La baisse continue de l'investissement hospitalier depuis les plans hôpitaux s'est accompagnée d'une augmentation du taux de vétusté, un indicateur du besoin d'investissement requis pour maintenir les constructions ou les équipements de l'établissement. Ce taux de vétusté continue d'augmenter en 2021 pour les constructions des établissements de santé et atteint 55,5 % (après 53,9 % en 2020), tandis qu'il diminue légèrement, pour la première fois depuis 2015, pour les équipements des établissements de santé (80,4 % en 2021, après 80,8 % en 2020) [graphique 4].

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

En % des recettes



PPP : partenariats public-privé.

**Note** > Les contrats de partenariats public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables : sans exclure les PPP, on observe donc une rupture de série en 2011. En comptabilité générale, les établissements sont tenus d'inscrire les PPP au bilan à leur mise en service et de reconnaître au passif une dette correspondante, cette règle est ici appliquée depuis 2011. En comptabilité nationale, la règle suivie dépend du type de contrat et n'est inscrite au passif de l'établissement public que si celui-ci en supporte le risque (Richet, 2022).

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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

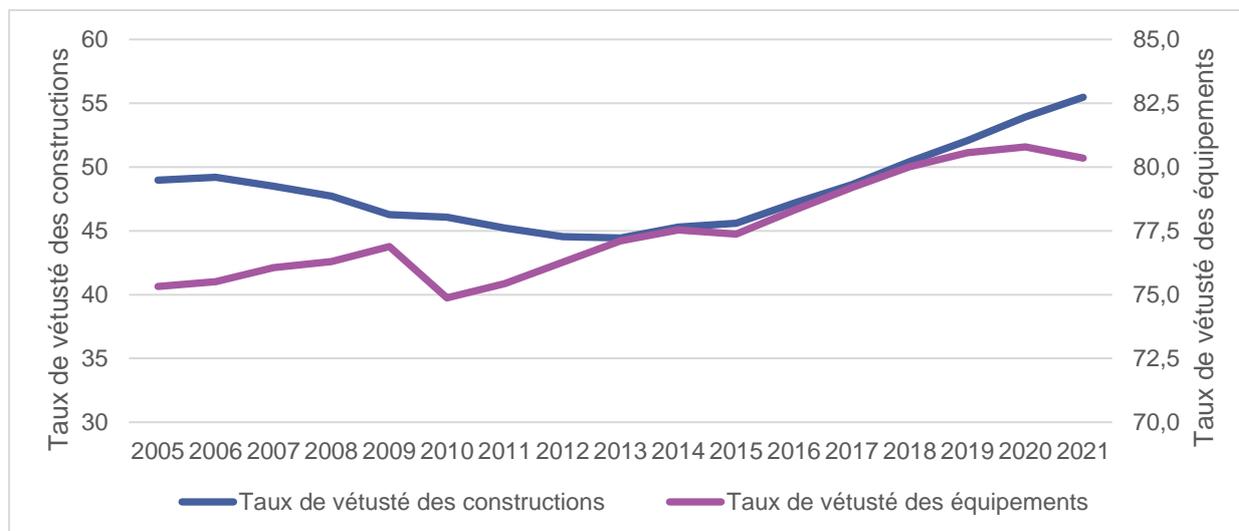
<sup>47</sup> La capacité d'autofinancement (CAF) représente l'ensemble des ressources générées par l'entité juridique qui restent à disposition à la fin de son exercice comptable pour assurer son financement et son investissement. Elle est définie précisément en comptabilité hospitalière par l'arrêté du 7 mai 2012, comme le résultat net hors produits et charges calculés et non décaissés (dotations aux amortissements et provisions pour risques et charges et reprises). Elle ne bénéficie donc pas des investissements prévus par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2021.

<sup>48</sup> La dotation aux amortissements est une charge qui ne correspond à aucun décaissement. Elle constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Cette charge est déduite du bénéfice imposable, chaque année pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

<sup>49</sup> Point de départ des observations.

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

En % de la valeur brute des immobilisations



Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.  
Source > DGFIP, traitements DREES.

### Le ratio d'indépendance financière des hôpitaux poursuit sa baisse engagée depuis 2019

L'encours de la dette des hôpitaux publics augmente en 2021 pour atteindre son point le plus haut depuis 2005<sup>50</sup> (31,1 milliards d'euros, après 30,0 milliards d'euros en 2020). Cette hausse est cependant très ciblée sur certains établissements : en 2021, trois CHU ayant entrepris des projets d'investissements structurants ont vu leur dette cumulée augmenter de plus de 1,3 milliard d'euros par rapport à 2020. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette continue à reculer<sup>50</sup>, tendance lente et régulière engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %) [graphique 5]. Il s'établit à 33,0 % des recettes en 2021, après 33,9 % en 2020. Après une progression continue depuis 2005<sup>50</sup>, le ratio d'indépendance financière<sup>51</sup>, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'est stabilisé à 52,4 % en 2018, pour se replier pour la première fois en 2019 (52,0 %). Ce retournement de tendance se confirme depuis, avec une baisse particulièrement marquée en 2021 : le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics passe de 51,1 % en 2020 à 46,8 % en 2021 (graphique 5). La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % baisse aussi nettement et s'établit à 21,7 % en 2021 (après 31,3 % en 2020 et 31,9 % en 2019)<sup>52</sup>. Ces résultats s'expliquent en grande partie par les accords du Ségur de la santé, consolidés par l'article 50 de la LFSS 2021, qui prévoient un engagement de 6,5 milliards d'euros pour la restauration des capacités financières des hôpitaux. Initialement conçue comme une reprise de la dette, cette mesure prend plus concrètement la forme d'un soutien au désendettement et à l'investissement, par un abondement des capitaux permanents<sup>53</sup> (FHF et La Banque postale, 2022). Ces aides doivent « permettre de soutenir l'autofinancement de l'établissement et permettre de financer les investissements déjà prévus tout en réduisant le recours à l'emprunt » (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021 et 2022).

<sup>50</sup> Étant donné que la croissance des recettes (+6,4 %) est plus forte que celle de l'encours de la dette (+3,7 %) en 2021.

<sup>51</sup> Dans les publications de la DREES antérieures à 2022, le terme de « taux d'endettement » était employé pour désigner l'encours de la dette rapporté aux capitaux permanents. Le terme de « ratio d'indépendance financière », utilisé dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique, lui est désormais préféré. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.

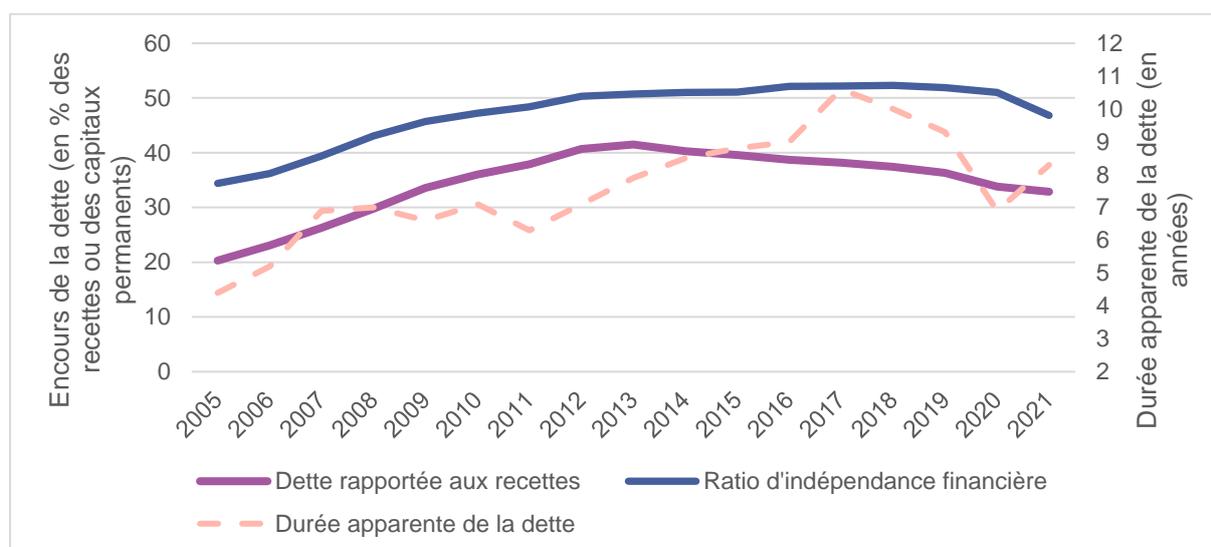
<sup>52</sup> Erratum : une coquille s'est glissée dans la version précédente de cette publication (Courtejoie et Richet, 2022), où la proportion d'hôpitaux au ratio d'indépendance financière inférieur, et non pas supérieur, à 50 %, est présentée.

<sup>53</sup> Les dotations concourant à la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci, définies en application de l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (LFSS 21), sont enregistrées sur le compte 1026 (dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS 2021). Ce compte est inclus dans le calcul des capitaux permanents (somme des soldes des comptes 10, 11, 13, 14, 15, 16, sauf 1688 et 169, d'après l'arrêté du 7 mai 2012), qui constituent le dénominateur du ratio d'indépendance financière (numérateur : encours de la dette).

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, a atteint un point haut en 2017, à 10,6 ans. L'amélioration, qui était depuis à l'œuvre, s'interrompt en 2021 avec le repli du taux d'autofinancement. La durée apparente de la dette augmente ainsi nettement, passant de 6,9 ans en 2020 à 8,3 ans en 2021 (graphique 5). Cependant, la durée apparente de la dette, comme l'encours de la dette rapporté aux recettes, devrait s'améliorer dans les années à venir, les dotations du Ségur de la santé devant progressivement permettre aux hôpitaux de moins s'endetter qu'ils ne l'auraient fait sans ce soutien.

La part d'établissements surendettés<sup>54</sup> diminue nettement et atteint 26,1 % en 2021, après 31,4 % en 2020 (graphique 6). 47,4 % des établissements n'ont aucun critère de surendettement en 2021, un chiffre en augmentation par rapport à 2020 (46,5 %). Cette amélioration est, à ce stade, largement imputable au ratio d'indépendance financière, qui est directement impacté par les mesures mises en place à la suite du Ségur de la santé.

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



**Note >** Le ratio d'indépendance financière est l'un des critères permettant d'apprécier le poids de la dette dans la situation financière des établissements. Un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % est l'un des trois critères de surendettement identifiés dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.

Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariat, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables, ce qui se traduit par une augmentation plus marquée de l'encours de la dette en 2011, ainsi que des indicateurs qui en découlent (Richet, 2022).

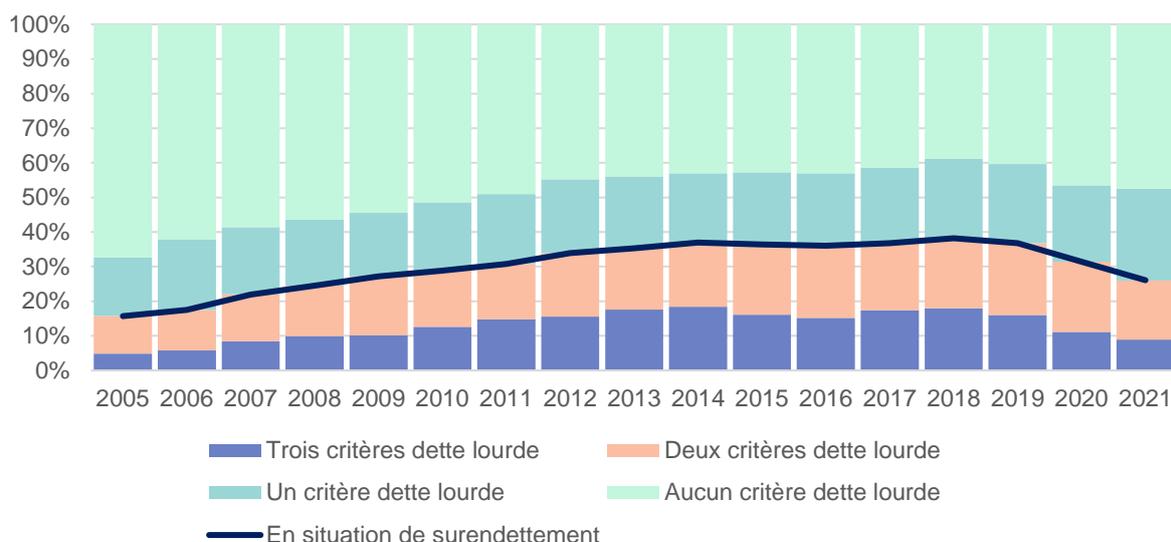
**Lecture >** Encours de la dette exprimé en pourcentage des recettes ou en pourcentage des capitaux permanents (ratio d'indépendance financière).

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

**Source >** DGFIP, traitements DREES.

<sup>54</sup> Les critères de surendettement sont définis dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique. Au terme de cet article, les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement suivants ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'agence régionale de santé (ARS) : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Ces trois critères sont définis précisément à partir des comptes de l'instruction M21 par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette.

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



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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

### Encadré 1 Sources et méthodes

#### Champ

France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors service de santé des armées (SSA). Les établissements publics considérés sont ceux apparaissant comme des établissements publics de santé selon la nomenclature des statuts juridiques du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) dans les bases de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), hors établissements des communautés d'outre-mer (sauf Saint-Martin et Saint-Barthélemy). Les établissements pour lesquels toutes les données sont nulles ou manquantes n'ont pas été conservés, ce qui représente 0,3 % des données de 2005 à 2021. Le champ n'est pas restreint à celui de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [Richet, 2022]. Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude pour l'année 2021 s'élève à 817. Les centres hospitaliers (CH) sont classés en quatre catégories selon leur taille. Celle-ci est mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global, pour correspondre à la classification utilisée par la DGFIP : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (entre 70 et 150 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

#### Éléments de méthode

Les comptes définitifs des établissements publics de santé sont parfois transmis à la DGFIP avec retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer de ceux publiés dans les éditions précédentes des *Établissements de santé* en raison d'une réactualisation des données. Pour les années 2019 et 2020, ces différences sont particulièrement significatives du fait de la correction d'une anomalie générée par le logiciel de consultation des données comptables. En effet, à la suite d'une évolution de la nomenclature budgétaire et comptable M21 en vigueur dans les hôpitaux publics (création de sous-comptes), la bascule n'a pas été correctement effectuée dans les bases mises à disposition, engendrant ainsi des incohérences entre les agrégats recalculés à partir des montants déclarés par compte détaillé de la nomenclature ou par EJ. Cela modifie de manière significative la valeur de certains indicateurs économiques et financiers publiés précédemment, particulièrement sur l'année 2020 (Courtejoie et Richet, 2022). Ainsi, l'un des indicateurs les plus affectés est le déficit des hôpitaux publics en 2020, qui passe de -2 millions d'euros avant correction des données à -92 millions d'euros après correction (soit de -0,0 % à -0,1 %, rapporté aux recettes). À noter que cette correction permet de retrouver des valeurs comparables à celles publiées par d'autres administrations à partir des données agrégées (non affectées par l'évolution de la nomenclature des comptes aux niveaux les plus fins), sur le résultat net du compte principal notamment (ministère des Solidarités et de la Santé, 2022).

## Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la DGFIP. Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 25/01/2023). Les données de la DGFIP ont été croisées avec la SAE afin d'isoler certaines catégories d'établissements (Assistance publique – Hôpitaux de Paris, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

## Pour en savoir plus

**Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M.** (2022). [Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, fiche 16.

**ATIH** (2022, juillet). [Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2020](#). Comptes financiers 2020. Rapport.

**Courtejoie, N., Richet, J.** (2022, juillet). [La situation économique et financière des établissements de santé en 2020](#). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 100.

**Fédération hospitalière de France (FHF) et La Banque postale** (2022, septembre). [Le poids de la dette des hôpitaux publics : quel bilan en amont de la crise sanitaire ? Regard financier sur les hôpitaux publics](#). Étude.

**Ministère des Solidarités et de la Santé** (2021, septembre). [Ondam et dépenses de santé. Annexe 7 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale \(PLFSS\) pour 2022](#).

**Ministère des Solidarités et de la Santé** (2022, septembre). [Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale. Annexe 6 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale \(PLFSS\) pour 2023](#).

**Richet, J.** (2022). [Apprécier la situation économique des établissements de santé](#). DREES, *DREES Méthodes*, 3.

**Toutlemonde, F. (dir.)** (2022). [Les établissements de santé en 2020 – Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

**Tableaux complémentaires mis à disposition sur le site de la DREES avec les données relatives à la présente étude :**

- Taux de marge brute des hôpitaux publics, par catégorie d'établissements, depuis 2005.

- Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement, par catégorie d'établissements, depuis 2005.