

REGARD FINANCIER SUR LES HÔPITAUX PUBLICS

Focus entre 2019 et 2023 sur les ratios d'exploitation : quels déterminants ?

Décembre 2025



SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| 1 / Des ratios d'exploitation dégradés en 2023 ; en comparaison d'avant la crise sanitaire, la détérioration a plus particulièrement concerné les catégories d'hôpitaux publics où le poids de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) est important | 4 |
| 1.1 / Des hôpitaux publics ayant pris de plein fouet l'inflation au travers de leurs charges | 4 |
| 1.2 / Des modalités de financement de l'activité variées selon les catégories d'hôpitaux publics .. | 5 |
| 1.3 / Tous les ratios d'exploitation se sont nettement dégradés en 2022 puis en 2023 | 7 |
| 1.4 / En 2023, 62 % des hôpitaux publics sont en déséquilibre financier au sens du décret de 2008. | 8 |
| 1.5 / Les catégories dont la facturation T2A est la ressource principale sont les plus concernées en 2023 par le cumul des 3 critères de déséquilibre financier | 9 |
| 1.6 / L'hétérogénéité régionale sur le cumul des 3 critères de déséquilibre financier paraît un peu moins marquée que celle observée par catégorie | 12 |
| 2 / Les investissements et leurs modalités de financement : la relance des investissements est confirmée en 2023, financée par un prélèvement significatif sur le fonds de roulement qui vient en compensation d'une CAF nette en moyenne déficitaire | 13 |
| 2.1 / La relance des investissements hospitaliers publics se confirme en 2023 mais son intensité doit être nuancée | 13 |
| 2.2 / Les modalités de financement des investissements hospitaliers publics : en 2023, un prélèvement sur le fonds de roulement vient compenser le déficit de CAF nette | 15 |
| 3 / Éléments du bilan des hôpitaux publics (patrimoine, encours de dette et trésorerie) : le taux de vétusté global a continué de se dégrader en 2023 ; le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter est de plus en plus influencé par la détérioration des ratios d'exploitation | 18 |
| 3.1 / Malgré la relance des investissements, le taux de vétusté global du patrimoine continue d'augmenter en 2023. | 18 |
| 3.2 / Ces dernières années, les ratios d'exploitation dégradés influencent largement le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter. | 19 |
| 3.2.1 / Le délai de désendettement médian s'est fortement dégradé ces dernières années alors que la médiane des deux autres ratios réglementaires s'est plutôt améliorée | 21 |
| 3.2.2 / En 2023, la part des hôpitaux publics ayant besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter est légèrement inférieure aux années précédant la crise sanitaire | 22 |
| 3.2.3 / Le délai de désendettement influence de plus en plus le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter. | 23 |
| 3.3 / À fin 2023, la trésorerie ne diminue que légèrement par rapport à fin 2022 mais de nombreux hôpitaux connaissent des tensions de trésorerie | 23 |
| 4 / La situation financière a continué de se dégrader en 2024 malgré le dynamisme de l'activité en MCO | 24 |

Après trois volets consacrés au patrimoine, à l'investissement et à la dette des établissements publics de santé, la Fédération Hospitalière de France et la Banque Postale ont cette fois décidé de se pencher sur leur cycle d'exploitation et d'analyser l'évolution du déficit hospitalier.

L'étude qui suit est en effet la quatrième d'une série entamée en 2022 dans le cadre d'un partenariat étroit entre la FHF et La Banque Postale, acteur et financeur majeurs de la santé publique en France, et permet d'objectiver la dégradation de la situation financière du secteur en 2023, tendance qui se confirme en 2024.

La majorité des hôpitaux est concernée par des fortes tensions financières. Par ailleurs, l'évolution de cette situation, en comparaison de la période antérieure à la crise sanitaire, est d'une telle ampleur que, sous cet angle également, la majorité des hôpitaux est concernée.

Les difficultés financières actuelles du secteur hospitalier public sont essentiellement liées à l'exploitation et notamment à l'impact des effets prix liés à l'inflation et aux mesures de revalorisation salariale, par ailleurs légitimes et attendues.

Mais l'analyse financière de l'édition 2025 de notre étude ne se limite pas au seul cycle d'exploitation. Dans le prolongement de nos trois précédentes publications, qui ciblaient chacune un thème : la dette en 2022, le patrimoine en 2023, les investissements en 2024, sont analysés les modalités de financement de ces derniers ainsi que des éléments du bilan des hôpitaux publics, tels que le patrimoine, la trésorerie et l'encours de dette. Les données financières qui y sont associées apparaissent en très grande majorité nettement moins dégradées que les ratios d'exploitation. Ces éléments présentent cependant de nombreuses interconnexions avec l'activité des établissements et participent de ce fait aux difficultés financières rencontrées par le secteur hospitalier public.

Notre étude enrichit les données permettant de souligner les contraintes financières traversées aujourd'hui par l'hôpital public, déjà exposées dans d'autres publications récentes ; elle permet en complément de souligner – et de tenter d'expliquer - l'hétérogénéité entre les établissements, aussi bien au niveau de la situation 2023 que des évolutions par rapport à 2019. C'est sans doute en réussissant à comprendre cette hétérogénéité que nous pourrions mieux comprendre les déterminants de la dégradation de la situation financière et ainsi collectivement gravir le chemin, sans doute accidenté, permettant de mobiliser les leviers d'amélioration de la situation financière des établissements.

Zaynab Riet,

Déléguée Générale de la Fédération Hospitalière de France

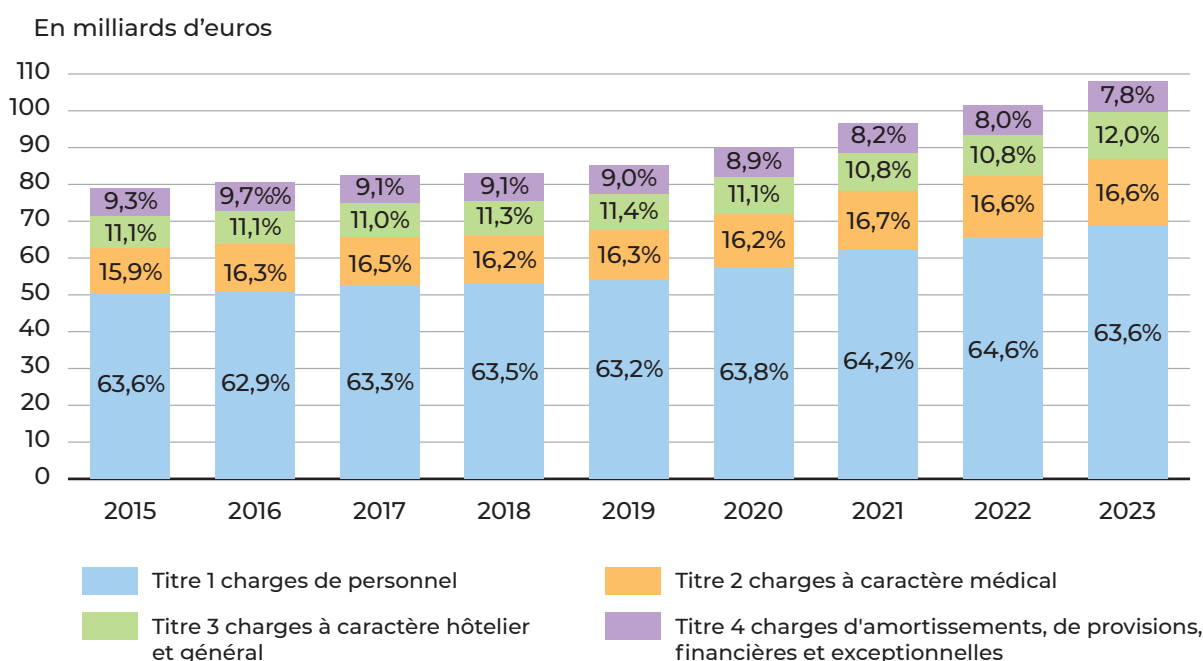
Serge Bayard,

Directeur général de la Banque des entreprises et du développement local
La Banque Postale

1/ Des ratios d'exploitation dégradés en 2023 ; en comparaison d'avant la crise sanitaire, la détérioration a plus particulièrement concerné les catégories d'hôpitaux publics où le poids de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) est important

La comptabilité des hôpitaux publics est décomposée selon différents budgets. Concentrant 89 % des charges et produits du secteur hospitalier public, le budget principal (BP) couvre la majorité des activités hospitalières : la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), le moyen séjour et la psychiatrie. Il existe par ailleurs 10 types de budgets annexes (BA). À l'échelle de l'ensemble du secteur hospitalier public, les seuls BA réellement significatifs en poids financier sont ceux ciblant la prise en charge des personnes âgées¹ équivalant en 2023 à environ 8,5 % des charges et produits du secteur hospitalier public. Le poids de chacun des autres BA² se limite à 1 % ou moins de ces charges et produits.

Répartition des charges du BP par titre



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

1.1 / Des hôpitaux publics ayant pris de plein fouet l'inflation au travers de leurs charges

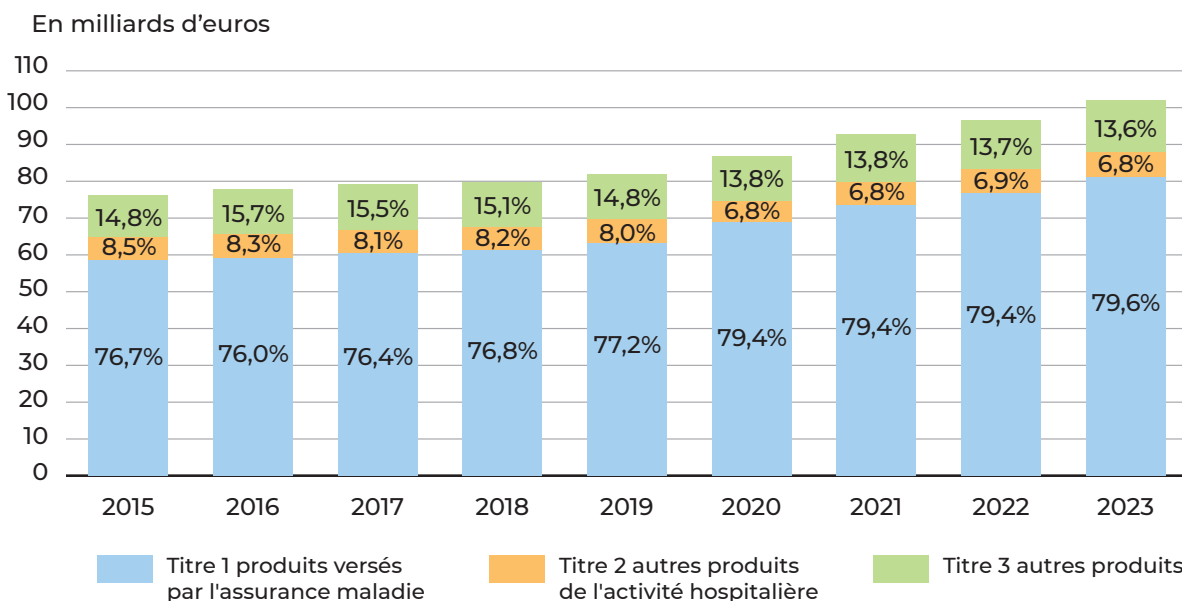
Les charges du BP ont beaucoup plus fortement augmenté en fin de période qu'en début : de 2020 à 2023, la hausse annuelle est comprise entre 5,0 % et 7,5 % contre une fourchette de 0,7 % à 2,5 % entre 2016 et 2019. Ce surcroît de charges est en priorité porté par le titre 1, c'est-à-dire les charges de personnel qui en sont la principale composante (64 % en 2023). Les augmentations salariales intervenues dans le cadre du Ségur de la santé à partir de 2020 et les revalorisations du point d'indice de la fonction publique décidées depuis 2022 ont tiré vers le haut ce titre 1, qui a progressé de 5,5 % en 2022 et 5,0 % en 2023. Et d'autres impacts de l'inflation, très significative notamment en 2022, sont encore plus marqués en 2023 : sous l'impulsion des dépenses énergétiques, le titre 3 correspondant aux charges à caractère hôtelier et général a cru de 18,1% par rapport à 2022. Sa part est en conséquence à son niveau maximum de la période en 2023, à hauteur de 12 %. Malgré ces augmentations annuelles marquées, la décomposition des charges du BP a cependant assez peu évolué en moyenne entre 2015 et 2023.

¹ Trois BA ciblent la prise en charge des personnes âgées, les BA « B » en lien avec les unités de soins de longue durée (USLD), « E » pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et « J » pour les maisons de retraite, aussi appelées établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

² Exemples de BA : « A » pour la dotation non affectée (DNA) et services industriels et commerciaux (SIC), « C » pour les écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes, « G » pour les groupements hospitaliers de territoire (GHT), « N » pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

1.2 / Des modalités de financement de l'activité variées selon les catégories d'hôpitaux publics

Répartition des produits du BP par titre

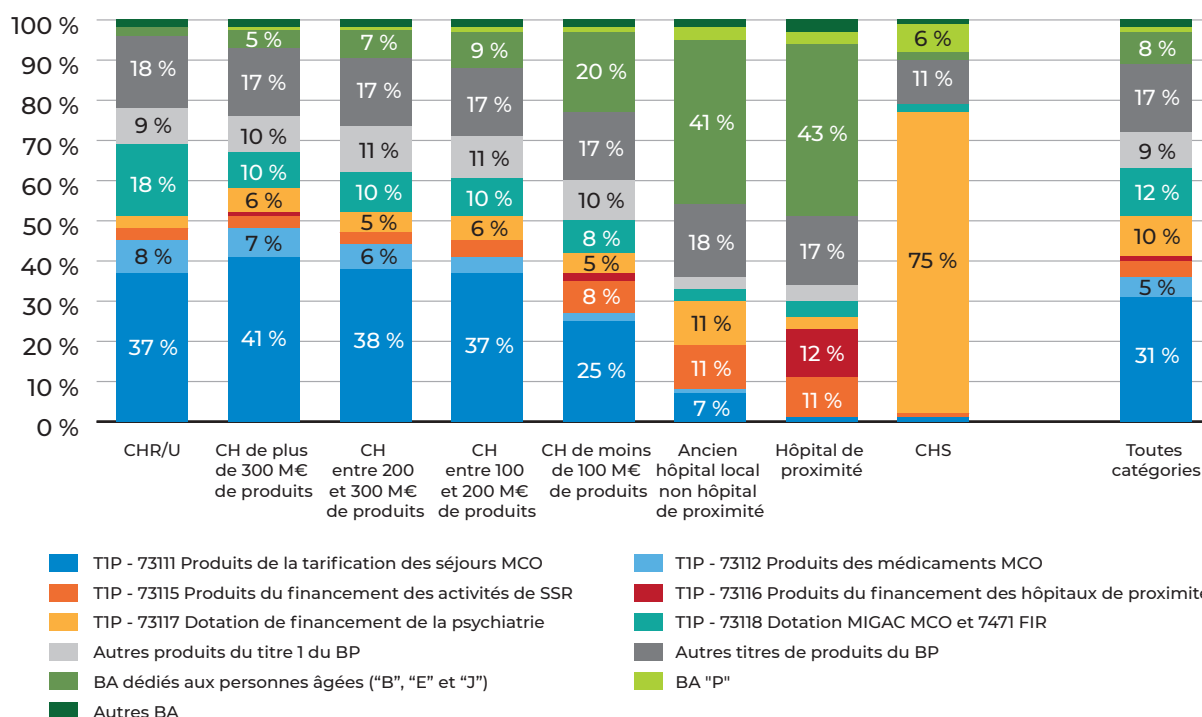


Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Pour la troisième année consécutive en 2023, les produits du BP ont augmenté moins rapidement que les charges. La décomposition des produits a un peu plus évolué que celle des charges, le poids du titre 1, correspondant aux produits versés par l'assurance maladie, étant passé de 77 % en 2015 à 80 % en 2023. Celui-ci a effectivement régulièrement progressé plus fortement que la moyenne, notamment en 2020 (respectivement + 9,1 % et + 6,0 %, en partie du fait des augmentations salariales du Ségur de la santé, qui avaient vocation à être compensées par les pouvoirs publics via des produits d'assurance maladie afin de ne pas être à la charge des hôpitaux) et 2023 (respectivement + 5,8 % et + 5,6 %).

La décomposition du titre 1 des produits (« TIP ») permet de distinguer diverses activités pratiquées par les EPS et de caractériser la disparité de composition des produits selon les catégories (voir encadré 1).

Décomposition des produits 2023 par catégorie d'hôpitaux publics



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Encadré 1 Disparités de composition des produits par catégorie d'hôpitaux publics

Dans le graphique qui précède cet encadré, les produits 2023 des établissements publics de santé (EPS) sont présentés par catégorie et décomposés selon deux critères :

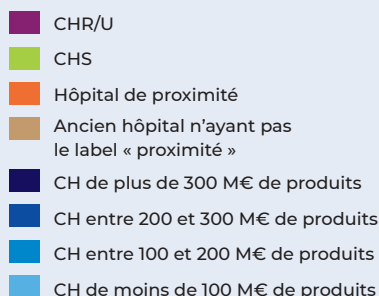
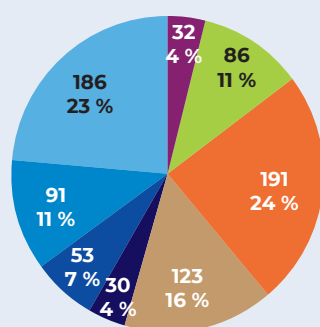
- Le budget auquel les produits sont associés ;
- Le détail des produits du titre 1 du BP (produits issus de l'assurance maladie), qui concentrent au global 72 % des produits du secteur hospitalier public en 2023.

Ces critères ont été retenus afin de mettre en avant les éléments constituant une part significative des produits, soit un pourcentage supérieur à 5 % des produits d'au moins une des catégories sélectionnées.

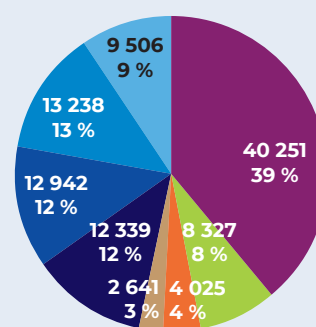
Sur la base de cette décomposition, les produits de la tarification des séjours MCO, et donc la facturation de l'activité de tarification à l'activité (T2A), les groupes homogènes de séjours (GHS), sont la principale composante, représentant 31 % des produits. Cet élément est essentiel pour les hôpitaux publics les plus grands, avec un pourcentage compris entre 37 % et 41 % pour les 3 catégories de centres hospitaliers (CH)³ dont les produits 2023 sont supérieurs à 100 millions d'euros et les centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires (CHR/U).

Répartition par catégorie des EPS analysés en 2023

En fonction du nombre d'établissements



En fonction des produits consolidés (en M€)



Au global, les autres éléments ciblés par notre décomposition et dont le poids est le plus significatif représentent de l'ordre de 10 % des produits du secteur hospitalier public en 2023 :

- 12 % pour la somme des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) en MCO et du fonds d'intervention régional (FIR) avec une concentration marquée sur les CHR/U puisque les MIGAC correspondent à 18 % de leurs produits, les hôpitaux de cette catégorie assurant par exemple une part significative de l'enseignement et de la recherche ;
- 10 % pour la dotation de financement de la psychiatrie, ciblée logiquement sur les centres hospitaliers spécialisés (CHS), très majoritairement consacrés à cette activité ; les trois quarts de leurs produits 2023 sont issus de cette dotation ;
- 8 % pour les produits des BA dédiés aux personnes âgées, avec un poids supérieur à 40 % pour les deux catégories comprenant les hôpitaux de plus petite taille : les hôpitaux de proximité⁴ et les anciens hôpitaux locaux qui n'ont pas le label « proximité ».

D'autres éléments, moins significatifs sur l'ensemble du secteur hospitalier public (part de 5 % ou moins), occupent une place plus importante pour certaines catégories :

- Les produits des médicaments MCO représentent 6 % à 8 % des produits des catégories contenant les hôpitaux de plus grande taille (les CHR/U et les deux catégories de CH dont les produits sont supérieurs à 200 millions d'euros) ;
- Les produits du financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR) s'établissent autour de 10 % pour trois catégories comprenant des hôpitaux de petite taille : les CH de moins de 100 millions d'euros de produits, les hôpitaux de proximité et les anciens hôpitaux locaux qui n'ont pas le label « proximité » ;
- Les produits du financement des hôpitaux de proximité équivalent à 12 % des produits de cette catégorie, pourcentage pouvant paraître assez faible étant donné que cette modalité de financement leur est dédiée, mais qui illustre le caractère mixte de la tarification des hôpitaux de proximité sur leur activité MCO et l'importance des BA dédiés à la prise en charge des personnes âgées dans ces établissements (43 % de leurs produits 2023) ;
- Le BA « P » (Autres activités relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles)⁵ équivaut à 6 % des produits des CHS.

³ Les 4 catégories de CH regroupent tous les hôpitaux publics qui ne sont pas classés dans l'une des 4 autres catégories et ils sont nommés CH par convention.

⁴ La notion d'hôpital de proximité est définie réglementairement et ils sont repérés dans notre analyse sur la base du code 523 de l'indicateur « Type d'établissement » des bases DGFiP.

⁵ Les activités couvertes par ce BA correspondent notamment aux maisons d'accueil spécialisées (MAS), aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et aux centres ressources autisme (CRA).

1.3 / Tous les ratios d'exploitation se sont nettement dégradés en 2022 puis en 2023

Pour analyser la situation financière du côté de l'exploitation des hôpitaux publics, plusieurs indicateurs peuvent être mobilisés.

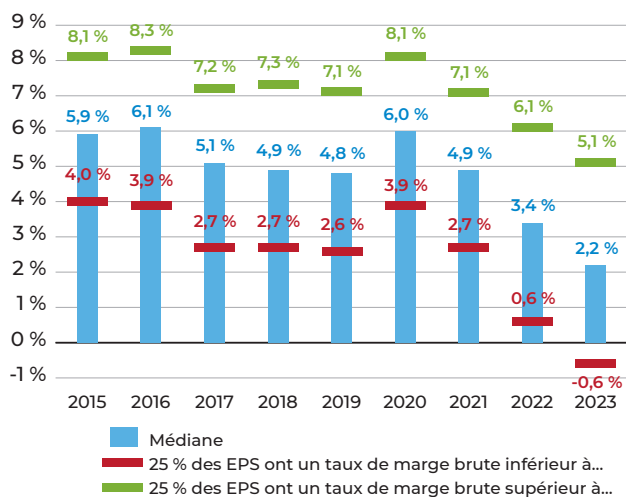
Différence entre les produits réels d'exploitation et les charges réelles d'exploitation, **la marge brute permet d'étudier cette situation d'exploitation en ciblant l'activité des établissements.**

La capacité d'autofinancement (CAF) complète la marge brute en prenant en compte les produits et charges sur les éléments financiers et exceptionnels dès lors qu'ils sont réels (par exemple les frais financiers ou les produits exceptionnels sur opérations de gestion).

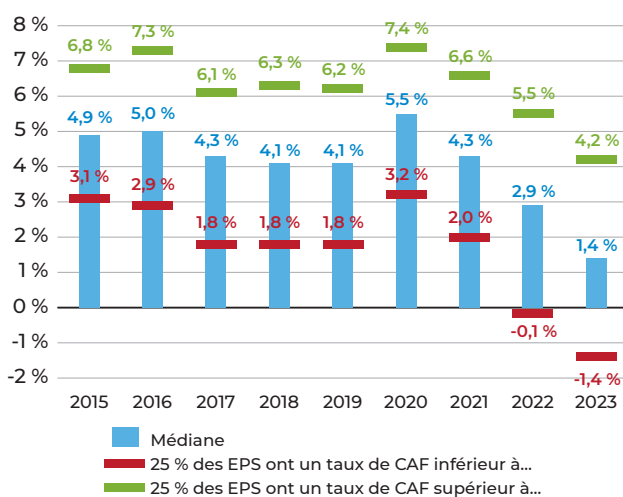
La CAF nette prend par ailleurs en compte les remboursements de capital courant⁶.

Enfin, **le résultat net** est la différence entre l'intégralité des produits et charges d'une année, y compris s'ils ne sont pas réels (par exemple les dotations aux amortissements).

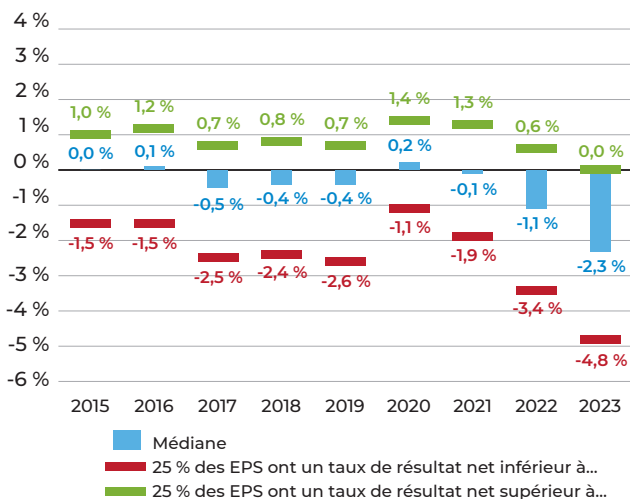
Distribution du taux de marge brute



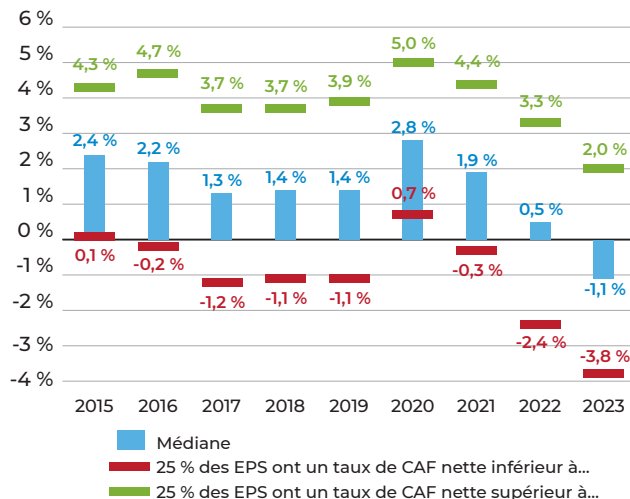
Distribution du taux de CAF



Distribution du taux de résultat net



Distribution du taux de CAF nette



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Pour ces quatre indicateurs, l'évolution de ces dernières années va dans une seule direction : une dégradation sensible de la situation financière des hôpitaux publics. L'année 2020 n'est pas analysée car elle est très spécifique du fait des crédits destinés à couvrir les surcoûts liés à la crise sanitaire et éviter une aggravation de la situation financière des hôpitaux publics. Sur les 4 ratios d'exploitation retenus, et tout particulièrement sur le graphique relatif à la marge brute qui est celui commenté ci-dessous, les statistiques de 2021 (année également concernée par les biais de 2020 mais dans une moindre mesure) sont de valeur comparable à 2019. Dernière année précédant la crise sanitaire, 2019 apparaît comme une base de référence instructive pour une comparaison avec 2023, d'autant que la situation décrite en 2019 n'était pas de nature exceptionnelle, les ratios étant alors assez proches des deux années précédentes (2017 et 2018).

⁶ Les remboursements de capital courant correspondent à la totalité des remboursements de dette hormis ceux comptabilisés en comptes 16449 (opérations afférentes à l'option de tirage sur ligne de trésorerie) et 166 (refinancement et renégociation de la dette). Les remboursements de dette consécutifs aux emprunts obligataires à court terme sont également exclus des remboursements de capital courant (voir encadré 4).

En 2022 et 2023, toutes les statistiques présentées marquent une dégradation. Le taux de marge brute médian (autant d'hôpitaux publics au-dessus qu'en dessous) est ainsi passé de 4,8 % en 2019 à 2,2 % en 2023. 25 % des EPS ont un taux de marge brute inférieur à - 0,6 % et ce sont 31 % des hôpitaux publics qui ont un taux de marge brute négatif. Ils ont donc enregistré en 2023 des charges réelles d'exploitation supérieures à leurs produits réels d'exploitation. Les explications principales sont les impacts de l'inflation en 2022 et 2023 et une activité en hospitalisation complète qui n'avait pas retrouvé son niveau d'avant crise sanitaire. Seuls 25 % des EPS ont un taux de marge brute supérieur à 5,1 % en 2023. Quant au seuil de 8 %, parfois présenté par le passé comme une cible⁷, il n'est atteint ou dépassé que par 9 % des hôpitaux publics en 2023. Encore faut-il préciser que la marge brute analysée ici est l'indicateur comptable, comprenant des aides financières non pérennes. N'ayant pas de compte dédié, l'individualisation et donc la prise en compte de ces aides n'a pas été possible dans cette analyse. L'ampleur de ces aides n'est par ailleurs pas simple à estimer mais considérer qu'elles ont représenté en 2019 et 2023 de l'ordre de 2,5 % à 3 % des produits réels d'exploitation paraît une approximation convenable. Ce qui signifierait que le taux médian de marge brute en 2023 (2,2 % y compris aides non pérennes), analysé après retraitement de ces aides, serait en réalité négatif.

Encadré 2 Champ d'analyse

Sauf mention contraire, l'analyse des données financières s'appuie dans cette publication sur les bases de données de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur les années 2015 à 2023, bases que transmet la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) depuis quelques années.

Dès notre première publication commune en 2022, nous avons souhaité réaliser des analyses à champ constant, ce qui a supposé la prise en compte des regroupements intervenants entre hôpitaux ainsi que des modifications de statut, certains hôpitaux, ne disposant plus de capacités sanitaires, devenant des établissements médico-sociaux. Nos publications de 2022 et 2023 avaient ainsi permis une analyse exhaustive du secteur hospitalier public. Cela n'avait pas été possible en 2024 du fait de l'absence, dans la base DGFIP 2022 que nous a transmise la DGOS, du CHU de Guadeloupe. Les données 2022 de cet hôpital ayant depuis été récupérées, il fait partie du champ couvert par la présente publication. En revanche, selon notre analyse, il manque à l'appel une dizaine d'hôpitaux publics dans la base DGFIP 2023 que nous a transmise la DGOS. Si ces établissements manquants n'empêchent pas une analyse pertinente des finances hospitalières publiques, ils ont pour incidence mécanique de nous éloigner d'une analyse exhaustive. La moitié des catégories étudiées est représentée parmi ces établissements manquants ainsi que de nombreuses régions : Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Guadeloupe, Guyane et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

1.4 / En 2023, 62 % des hôpitaux publics sont en déséquilibre financier au sens du décret de 2008

L'ampleur de la dégradation observée en 2022 et 2023 concerne la plupart des hôpitaux publics mais leurs difficultés financières actuelles et l'intensification de ces difficultés ces dernières années sont tout de même hétérogènes. Quelques premiers facteurs pouvant éclairer cette hétérogénéité ont été recherchés. Le décret du 27 juin 2008 relatif à la définition des critères de déséquilibre financier des établissements de santé⁸ est apparu comme un angle d'analyse potentiellement instructif. Il met en avant 3 critères de déséquilibre financier synthétisés par nos soins dans le tableau qui suit.

Tableau synthétisant les 3 critères de déséquilibre financier du décret du 27 juin 2008

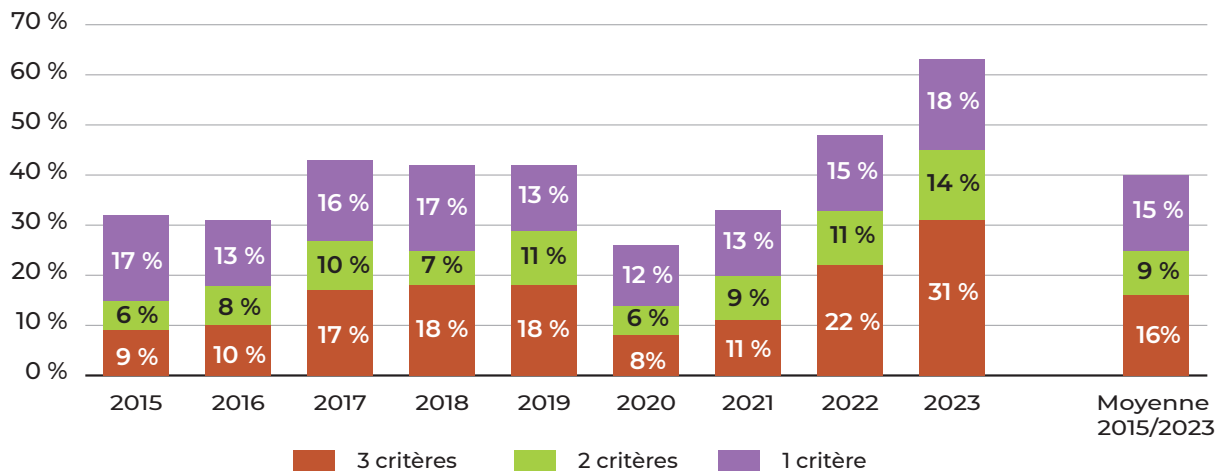
| Champ : les EPS dont les produits du BP > 10 M€ | | CHR/U | Autres EPS |
|---|--|---------------------------------|------------|
| Critère 1 | Taux de résultat du BP hors charges et produits sur exercices antérieurs (TR BP) | < -2 % | < -3 % |
| Critère 2 | TR BP + Taux de CAF | TR BP < 0 % + Taux de CAF < 2 % | |
| Critère 3 | CAF nette | négative | |

⁷ Cette cible de 8 % s'appuie sur le constat que le financement des investissements courants et le service de la dette correspondraient chacun en moyenne à 4 % des produits réels d'exploitation. Ainsi, un taux de marge brute de 8 % permettrait en moyenne de couvrir les dépenses d'investissements courants et d'honorer le service de la dette sans solliciter de financements externes, notamment des emprunts nouveaux.

⁸ Décret n° 2008-621.

Sur la base du décret de 2008, ce sont 62 % des hôpitaux publics qui sont considérés comme en déséquilibre financier en 2023. Il s'agit du pourcentage largement le plus dégradé de la période d'analyse, avec 48 % en 2022 contre un peu plus de 40 % entre 2017 et 2019.

Part d'EPS en « déséquilibre financier » (nombre de critères)

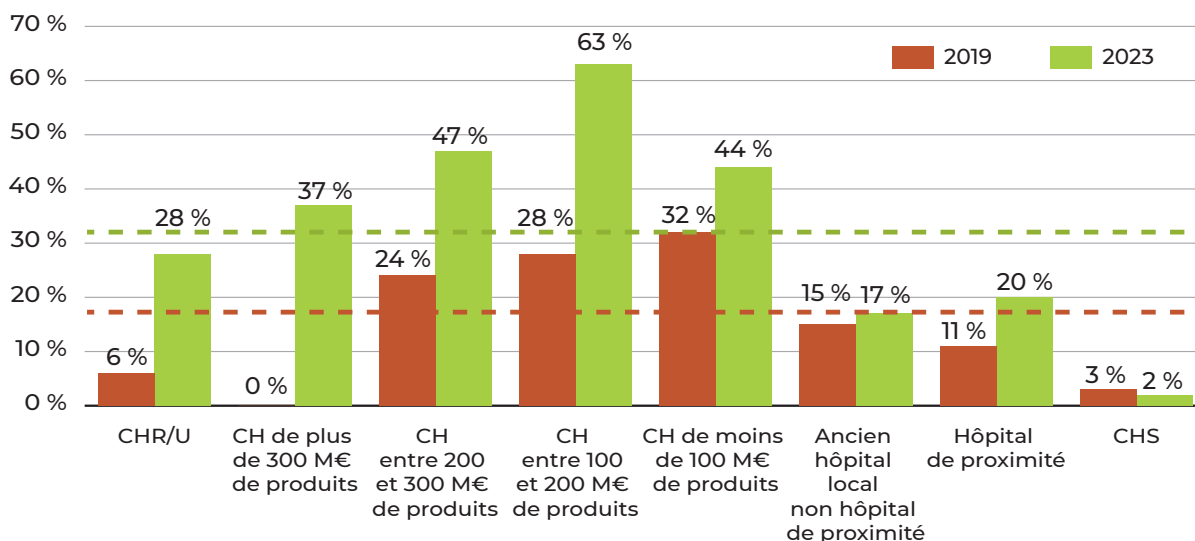


Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Au sens du décret, un hôpital doit remplir au moins un des trois critères réglementaires pour être considéré en déséquilibre financier. Mais certains cumulent évidemment 2 des 3 critères voire les 3⁹. Décomposer ce pourcentage selon le nombre de critères apparaît instructif. Que ce soit pour 1 seul, pour 2 des 3 ou pour les 3 critères, la part des hôpitaux publics en déséquilibre financier est à son pourcentage le plus élevé en 2023. En revanche, il existe des écarts marqués entre la part 2023 et celle observée en moyenne entre 2015 et 2023. Le pourcentage de ceux concernés par un seul critère en 2023, 18 % des hôpitaux publics, n'est pas trop éloigné de cette part moyenne entre 2015 et 2023 (15 %), avec un rapport de 1,2. Ce rapport passe à 1,5 pour 2 des 3 critères et presque à 2 pour les 3 critères. **Ce sont ainsi en 2023 presque 1 EPS sur 3 qui présentent les 3 critères de déséquilibre financier du décret de 2008, nouvelle illustration de la nette dégradation des ratios d'exploitation entre 2019 et 2023.**

1.5 / Les catégories dont la facturation T2A est la ressource principale sont les plus concernées en 2023 par le cumul des 3 critères de déséquilibre financier

Part d'EPS concernés par les 3 critères de déséquilibre financier du décret de 2008



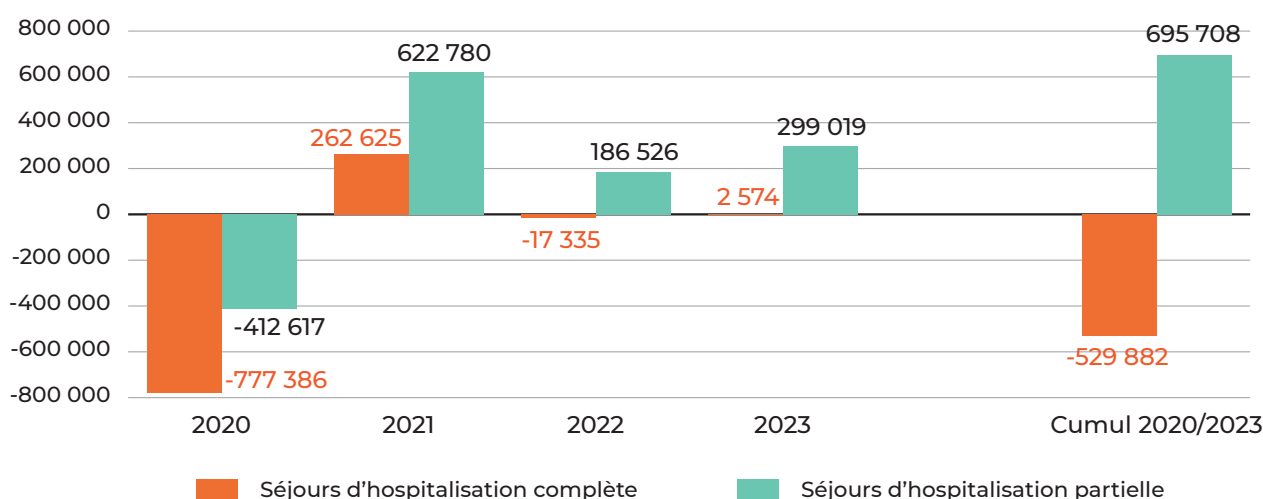
Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Note de lecture : les traits horizontaux indiquent la moyenne pour l'ensemble du secteur hospitalier public en 2019 (trait rouge) et en 2023 (trait vert).

⁹ Il existe évidemment une corrélation partielle entre les 3 critères.

En 2023, les 5 catégories pour lesquelles les produits de la tarification des séjours MCO occupent la part la plus importante dans les produits, tel que décrit dans le graphique du bas de la page 5, apparaissent les plus concernées par le cumul des 3 critères de déséquilibre financier du décret de 2008 (intitulé « cumul » dans la suite de ces développements pour ne pas alourdir le propos). C'est le cas de 28 % des CHR/U et jusqu'à 63 % des CH dont les produits sont compris entre 100 et 200 millions d'euros. Ce constat ne se vérifiait pas en 2019 puisque les CHR/U et les plus grands CH étaient peu, voire pas du tout, concernés par ce cumul¹⁰. Ce résultat en 2023 est donc pour partie lié aux évolutions depuis 2019, plus marquées pour les 5 catégories évoquées ci-dessus (entre 12 et 37 points) que pour les 3 autres. Il est ainsi tentant de rapprocher cette dynamique du poids des produits de la tarification des séjours MCO, d'autant que, parmi ces 5 catégories, l'évolution de ce cumul entre 2019 et 2023 est la plus marquée pour la catégorie dont le poids des produits de la tarification des séjours MCO est le plus élevé (CH de plus de 300 millions d'euros de produits, évolution de 37 points pour un poids à 41 %) et la moins forte pour la catégorie dont le poids des produits de la tarification des séjours MCO est le plus faible (CH de moins de 100 millions d'euros de produits, évolution de 12 points pour un poids à 25 %). Cette hypothèse semble corroborée par l'évolution de l'activité MCO des hôpitaux publics. Celle-ci avait connu à la suite de la crise sanitaire de 2020 une forte diminution des séjours d'hospitalisation complète et partielle (aussi appelée ambulatoire). Du fait de la garantie de financement¹¹, cette baisse d'activité n'avait pas eu d'impacts financiers immédiats. Grâce à la sécurisation modulée à l'activité (SMA)¹², les impacts financiers les années suivantes ont sans doute été moindres qu'en l'absence de ce dispositif.

Évolution du nombre de séjours en MCO dans les hôpitaux publics de 2020 à 2023



Source : données Drees, traitements La Banque Postale

En cours de développements depuis plusieurs années lorsque la crise sanitaire est intervenue, les séjours en ambulatoire ont dès 2021 retrouvé un niveau supérieur à ceux de 2019. Ce n'est pas le cas en revanche pour les séjours d'hospitalisation complète qui demeurent en 2023 largement inférieurs au niveau de 2019 (environ - 530 000 séjours en cumul sachant que la baisse entre 2019 et 2020 atteignait presque 780 000 séjours). Si en nombre de séjours la baisse entre 2019 et 2023 en hospitalisation complète est plus que compensée par la hausse en ambulatoire, il en va différemment au niveau des produits issus de ces séjours, moins importants en moyenne en ambulatoire qu'en hospitalisation complète. Le repli des séjours MCO en hospitalisation complète entre 2019 et 2023 explique ainsi une partie des difficultés financières actuelles des hôpitaux publics. L'activité avait également significativement baissé en 2020 en moyen séjour et en psychiatrie et la compensation intervenue depuis paraît moindre qu'en MCO. Pour autant, c'est en MCO que l'impact financier est le plus significatif du fait des modalités de financement prévues dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), reposant plus directement sur l'activité réalisée que pour les autres grandes disciplines.

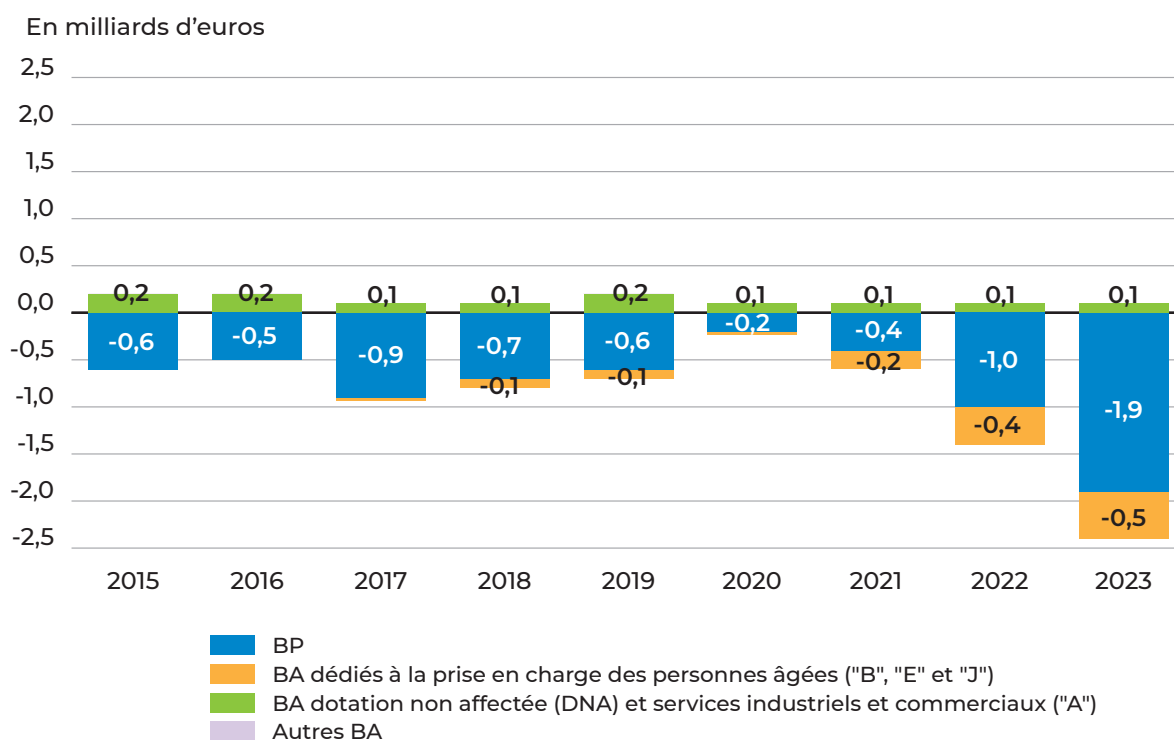
¹⁰ Soulignons que cette affirmation n'est pas spécifique à 2019 : les plus grands CH étaient peu, voire pas du tout, concernés par ce cumul de 2015 à 2021 ; les CHR/U entre 2018 et 2021.

¹¹ Dispositif exceptionnel mis en place lors de la crise sanitaire de 2020 et prolongé en 2021 et 2022 afin de sécuriser un niveau minimal de recettes aux établissements de santé impactés par les déprogrammations et les reports de soins liés à la prise en charge des patients atteints de covid. Le niveau de garantie de financement est calculé sur la base des recettes 2019 ajustée chaque année des mesures de campagne (mesures de revalorisation salariale, inflation...).

¹² Dispositif de sortie progressive de la garantie de financement mis en place en 2023 et prolongé en 2024 avec un périmètre plus restreint que la garantie de financement et une désécurisation progressive. Le niveau de protection était de 70 % en 2023 et de 50 % en 2024. Ce dispositif a pris fin en 2025.

Concernant les petits CH, il est légitime de penser qu'une partie significative de l'évolution du cumul entre 2019 et 2023 est également à relier à la dégradation de la situation financière des EHPAD au vu du poids des BA dédiés à la prise en charge des personnes âgées (20 %). Cette hypothèse peut également être formulée pour les hôpitaux de proximité (évolution du cumul de 9 points et poids des BA dédiés à la prise en charge des personnes âgées à 43 %) ainsi que pour les anciens hôpitaux locaux n'ayant pas le label « proximité », sous cette réserve méthodologique : prendre une année de référence (ici 2019) pour étudier l'évolution des ratios d'exploitation peut introduire un biais si l'année en question a des caractéristiques exceptionnelles. Parmi les 8 catégories étudiées, c'est le cas pour les anciens hôpitaux locaux n'ayant pas le label « proximité ». Si on s'était référé à 2017 ou 2018 plutôt que 2019, la hausse du cumul jusqu'en 2023 aurait été d'un ordre de grandeur comparable à celui observé pour les hôpitaux de proximité (environ 9 points donc) alors qu'il se limite à 2 points entre 2019 et 2023.

Répartition du résultat net par budget



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Si le BP oriente l'essentiel du résultat net des hôpitaux publics¹³, l'influence des BA dédiés aux personnes âgées est de plus en plus marquée. Encore légèrement excédentaire jusqu'en 2016, ces BA enregistrent depuis un déficit moyen qui s'est amplifié ces dernières années et ils participent aux difficultés financières actuelles du secteur hospitalier public¹⁴. Parmi les principaux éléments expliquant cette détérioration, se trouvent l'inflation et l'absence de compensation intégrale des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé. L'activité de nombreux EHPAD aurait par ailleurs encore souffert en 2023 des impacts de la crise sanitaire et du « scandale Orpéa », même si les EHPAD publics n'étaient pas mis en cause.

En 2023, toutes les catégories de CH enregistrent un pourcentage d'hôpitaux cumulant les 3 critères de déséquilibre financier du décret supérieur au taux global (31 %), contrairement aux quatre autres catégories. Et **c'est la catégorie composée des CH dont les produits sont compris entre 100 et 200 millions d'euros qui paraît la plus en difficulté** car c'est celle qui est la plus concernée par ce cumul en 2023 (63 % d'entre eux) et qui enregistre la deuxième plus forte augmentation entre 2019 et 2023 (+ 34 points).

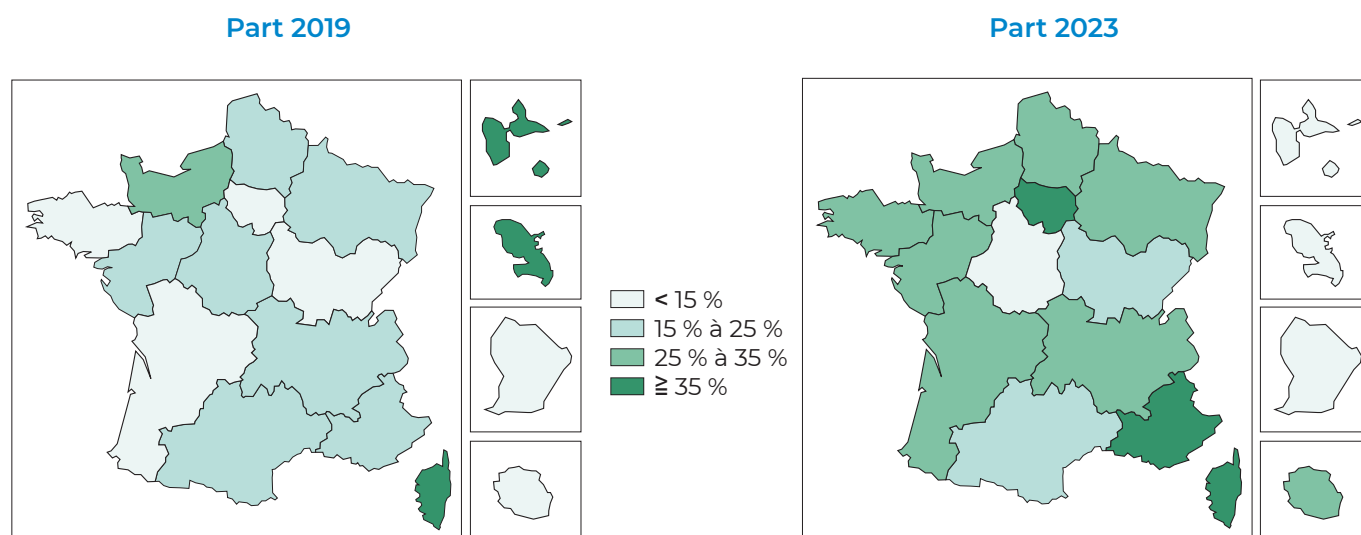
¹³ Ceci apparaît logique étant donné que le BP concentre 89 % des charges et produits du secteur hospitalier public.

¹⁴ L'influence des autres BA sur le résultat net du secteur hospitalier public est marginal. À noter tout de même qu'ils enregistrent, à quelques très rares exceptions, un excédent en moyenne, en particulier le BA « A » (dotation non affectée (DNA) et services industriels et commerciaux (SIC)) dont le résultat net moyen a cependant eu tendance à diminuer sur la période.

1.6 / L'hétérogénéité régionale sur le cumul des 3 critères de déséquilibre financier paraît un peu moins marquée que celle observée par catégorie

La dégradation entre 2019 et 2023 de la situation financière des hôpitaux publics est également et logiquement retracée par la comparaison de ces deux cartes. En 2019¹⁵, les 2 intervalles bas (25% et moins d'EPS concernés par le cumul des 3 critères de déséquilibre financier du décret de 2008¹⁶) contenaient 6 et 7 régions alors que l'intervalle le plus représenté en 2023 est une part d'EPS concernés par ce cumul compris entre 25 % et 35 %, avec 8 régions.

Part d'hôpitaux publics concernés par les 3 critères de déséquilibre financier du décret de 2008



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Comme pour les catégories, les situations et évolutions sont caractérisées par une grande hétérogénéité. Celle-ci apparaît cependant moins marquée, ce qui peut paraître contre-intuitif de prime abord au vu d'un nombre de régions (17) largement supérieur aux 8 catégories retenues dans cette analyse. Le constat de moindre hétérogénéité des régions s'appuie sur les deux arguments suivants :

- en 2023, aucune région n'a une part d'EPS concernés par ce cumul supérieure à la catégorie la plus en difficulté (57 % des hôpitaux publics en Corse contre 63 % des CH dont les produits sont compris entre 100 et 200 millions d'euros) ;
- entre 2019 et 2023, l'augmentation la plus forte de ce cumul est observée pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), avec + 31 points, soit un niveau inférieur à la hausse observée pour les CH de plus de 300 millions d'euros de produits (+ 37 points).

En complément de PACA, une hausse marquée de ce cumul entre 2019 et 2023, sensiblement supérieure à celle observée sur l'ensemble du territoire national, est constatée pour les régions suivantes : l'Île-de-France, la Nouvelle-Aquitaine, la Bretagne, les Pays de la Loire et l'Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), soit 6 des 9 régions de France les plus peuplées.

La part des EPS concernés par ce cumul a augmenté entre 2019 et 2023 dans une proportion à peu près comparable à la moyenne nationale pour 2 régions : le Grand Est et les Hauts-de-France. 3 autres régions enregistrent une dégradation de ce cumul sur la période mais selon une ampleur moindre qu'en moyenne nationale : la Bourgogne-Franche-Comté, la Normandie et l'Occitanie. Une amélioration est observée sur une seule région métropolitaine, le Centre-Val de Loire, et les 3 régions d'Outre-mer antillaises¹⁷.

¹⁵ Le constat est comparable à l'analyse des années 2017 et 2018.

¹⁶ Qui sera à nouveau intitulé « cumul » dans la suite de ces développements pour ne pas alourdir le propos.

¹⁷ L'autre région d'Outre-mer, La Réunion, a connu une hausse marquée de la part d'EPS concernés par ce cumul mais le fait qu'il n'y ait que 4 hôpitaux publics sur l'île (un très faible nombre d'EPS est également observé en Guyane), invite à analyser avec prudence les évolutions sur ce secteur géographique. Par ailleurs, la Corse est un cas particulier vis-à-vis de cet indicateur. Il s'agit de la seule région où ce cumul est stable entre 2019 et 2023 mais ce résultat est en partie dû à une forte dégradation les deux années précédentes, en 2017 et 2018.

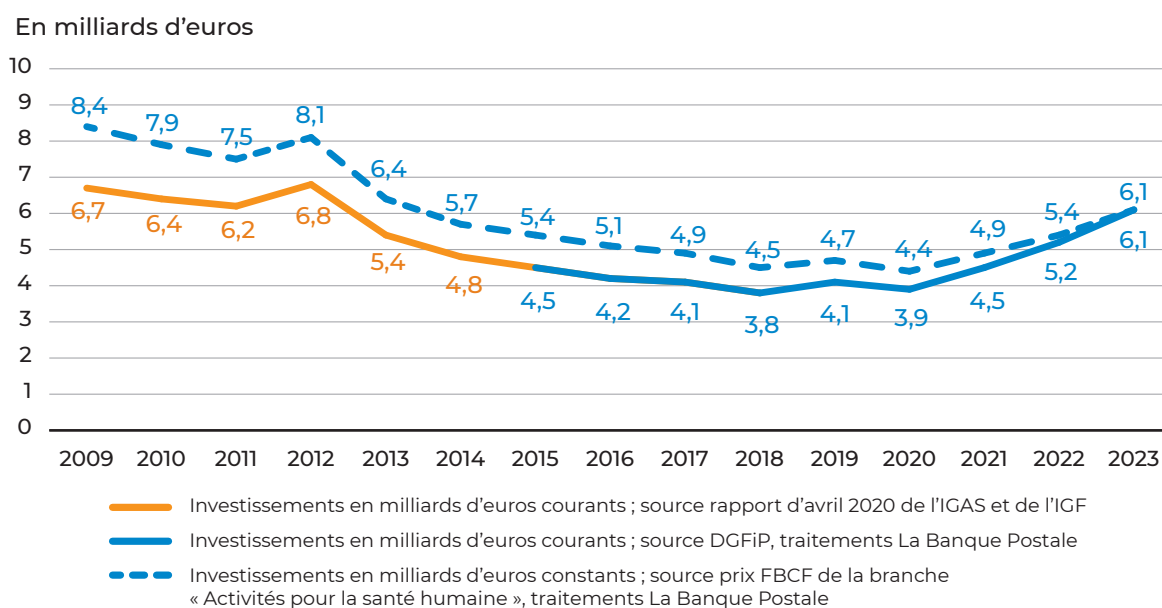
2/ Les investissements et leurs modalités de financement : la relance des investissements est confirmée en 2023, financée par un prélèvement significatif sur le fonds de roulement qui vient en compensation d'une CAF nette en moyenne déficitaire

2.1 / La relance des investissements hospitaliers publics se confirme en 2023 mais son intensité doit être nuancée

En 2023 et pour la première fois depuis 2013, les investissements des hôpitaux publics dépassent légèrement 6 milliards d'euros, confirmant la relance constatée depuis 2021 avec une hausse comprise entre 15 % et 18 % pour chacune des trois dernières années analysées.

Plusieurs éléments viennent relativiser ce constat positif. Premièrement, les années 2022 et 2023 ont été marquées par une importante inflation, ce qui participe à la hausse du montant investi pour une opération donnée au travers notamment de l'essor des coûts de construction. Par ailleurs, les investissements 2023 demeurent inférieurs à ceux observés sur la période 2009/2012, qui tournaient en moyenne annuelle autour de 6,5 milliards d'euros courants selon le rapport d'avril 2020 des Inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des finances (IGF) qui s'intitule « Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise ». Cette performance s'inscrivait au terme d'une décennie d'importantes aides aux investissements hospitaliers sur la période 2003 à 2012, pour un montant d'environ 8 milliards d'euros dans le cadre des Plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

Investissements en euros courants et constants



Nota bene :

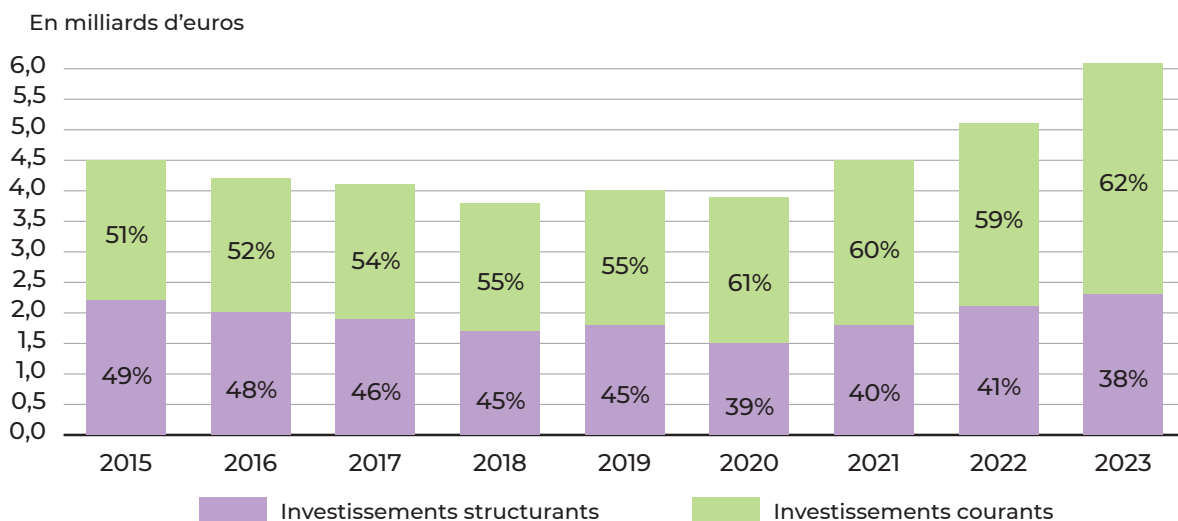
- il existe quatre années communes entre le rapport IGAS/IGF et les traitements LBP des bases DGFIP (2015 à 2018) et les données sur chaque année de cette période sont comparables entre ces deux sources ;
- seul ce graphique présente dans cette étude des données en euros constants.

À partir de l'analyse des investissements en euros constants¹⁸, la relance observée ces dernières années apparaît logiquement moins marquée mais demeure significative. En revanche, l'écart avec les investissements de la période 2009/2012 prend de l'ampleur, ceux-ci atteignant 8 milliards d'euros constants (en base 2023). **C'est sans doute autour de ce montant de 8 milliards d'euros que les investissements des années à venir devraient tendre si l'objectif principal dans ce domaine était de permettre le renouvellement de l'outil de travail hospitalier public.**

¹⁸ Pour prendre en compte l'inflation, ce sont les prix de la formation brute de capital fixe (FBCF) de la branche « Activités pour la santé humaine » qui ont été utilisés et en prenant pour base 100 les investissements 2023. Si ce déflateur paraît pertinent pour les dépenses d'investissement, ce ne serait sans doute pas le cas côté fonctionnement.

Les investissements sont régulièrement décomposés selon leur nature : structurants d'une part, courants de l'autre¹⁹. En début de période, les hôpitaux publics investissaient un montant assez comparable entre structurant et courant. Les investissements courants ont occupé ensuite une part majoritaire, non pas, dans un premier temps, du fait de leur dynamisme mais d'une tendance à la baisse moins marquée que pour les investissements structurants. La part de ces derniers était repartie à la hausse en 2021 et 2022 du fait d'une relance plus dynamique (autour de + 20 % par an contre + 12 % pour le courant) mais le constat inverse est observé en 2023, avec + 24 % pour le courant contre + 8 % pour le structurant, qui représente 38 % des investissements totaux 2023, soit la part la plus faible de la période.

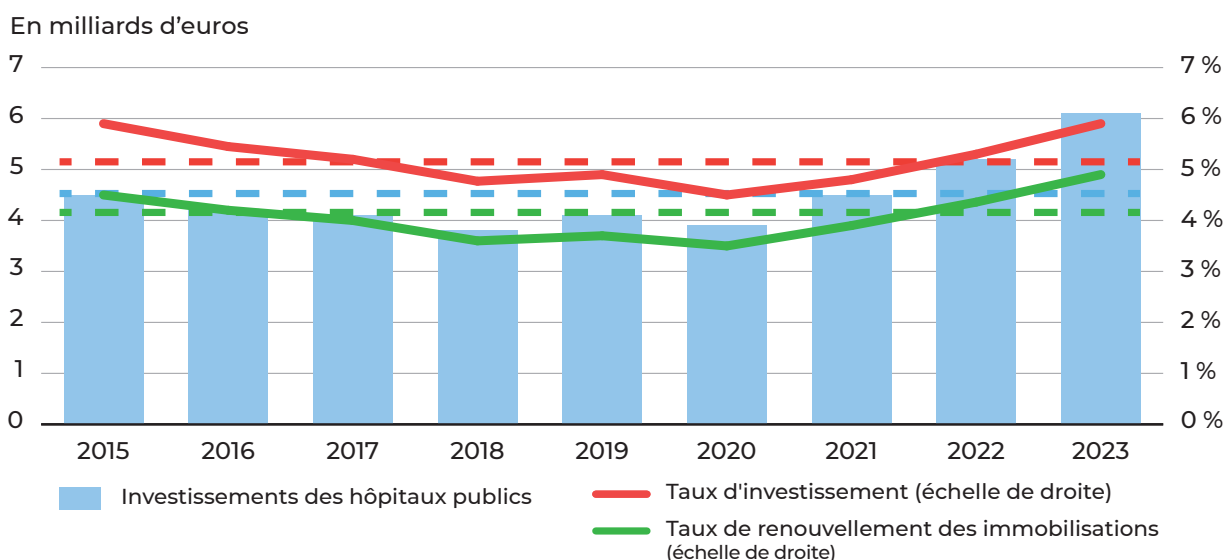
Investissements structurants et courants



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

L'analyse comparée, sur la période 2015/2023, des niveaux investis et des ratios d'investissement est un autre élément venant relativiser la relance observée depuis 2021.

Évolution des investissements hospitaliers publics (niveaux et ratios)



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Note de lecture : les traits en pointillé illustrent la moyenne sur la période 2015/2023 pour chaque indicateur.

Les investissements 2023 sont supérieurs de 35 % à la moyenne observée depuis 2015 (4,5 milliards d'euros courants). Cet écart est plus faible pour les ratios d'investissement : 13 % pour le taux d'investissement (rapportant les investissements au total des produits consolidés²⁰) qui, avec 5,90 % est très proche mais légèrement inférieur au niveau maximum de la période, observé en 2015 (5,92 %). L'explication de

¹⁹ Cette distinction est loin d'être toujours explicitement définie dans les études la présentant. Dans notre approche, les investissements structurants sont ceux rattachés aux terrains ou constructions, y compris lorsqu'il s'agit d'immobilisations en cours ; les investissements courants sont calculés par différence entre les investissements totaux et structurants.

²⁰ Les produits consolidés prennent en compte, sur l'intégralité des budgets hospitaliers, l'ensemble des comptes débutant par 7 hormis le compte 7087 correspondant aux remboursements de frais entre budgets.

cet écart bien moins important sur le taux d'investissement par rapport aux investissements est évidemment lié au dénominateur de cet indicateur, c'est-à-dire le total des produits consolidés. Les charges de personnel des hôpitaux publics ont augmenté sur la période, plus particulièrement en 2020 à la suite des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé, et les produits ont progressé en parallèle puisque ces revalorisations ont été financièrement compensées par des fonds publics. Cet impact important sur les produits en cours de période nuance la pertinence d'une analyse de l'évolution du niveau du taux d'investissement.

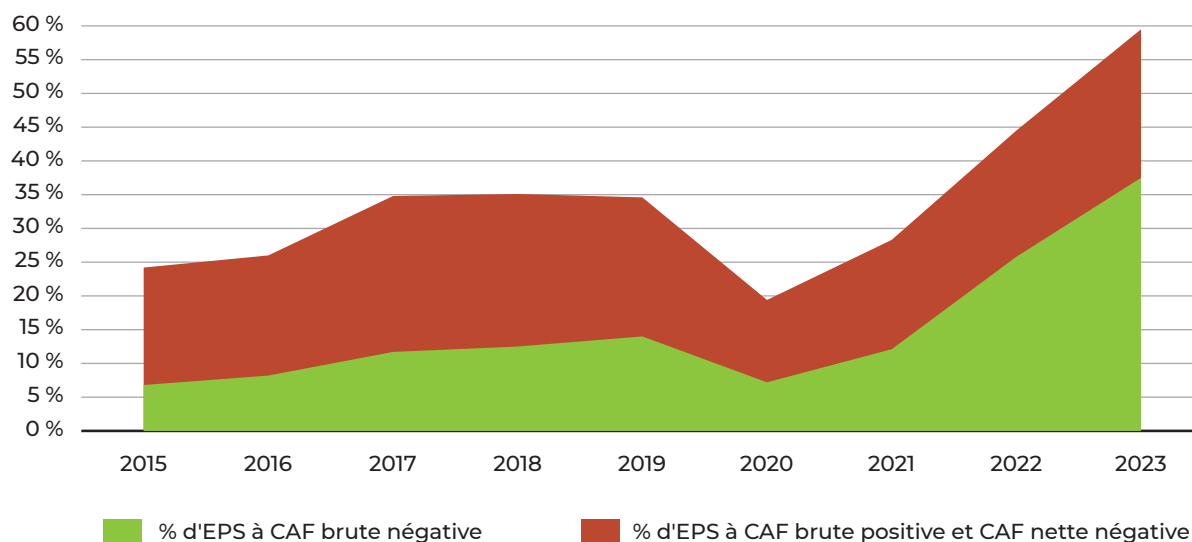
C'est pour cette raison qu'étudier également le taux de renouvellement des immobilisations (rapport entre les investissements et le patrimoine brut), dont la formule ne contient pas les produits et, plus largement, ne fait pas intervenir le cycle d'exploitation, fait sens. Le taux de renouvellement des immobilisations 2023 est supérieur de 21 % à la moyenne annuelle mais cet écart reste inférieur à celui observé sur les investissements (35 %). **Le taux de renouvellement des immobilisations 2023 (4,9 %) atteint assez nettement le niveau maximum observé sur la période.**

2.2 / Les modalités de financement des investissements hospitaliers publics : en 2023, un prélèvement sur le fonds de roulement vient compenser le déficit de CAF nette

Le financement des investissements fait intervenir des sources variées. Elles peuvent être internes à l'hôpital (CAF nette, trésorerie, produits de cessions) ou externes telles que les subventions et les emprunts. Avant de s'intéresser à la part représentée par chacune de ces modalités de financement, il paraît essentiel de mettre en avant quelques spécificités concernant la CAF nette.

Comme explicité en partie 1 de cette publication, la CAF nette correspond à la CAF brute de laquelle sont déduits les remboursements de dette. Lorsqu'elle est positive, la CAF nette participe au financement des investissements de l'année, ce qui permet de moins mobiliser les autres modalités de financement. En revanche, lorsqu'elle est négative, ces autres modalités doivent venir compenser le déficit observé. Ainsi, avant de s'intéresser à ce que représente la CAF nette par rapport aux investissements, la répartition des établissements selon qu'ils enregistrent une CAF nette positive ou négative paraît instructive.

Évolution de la part d'EPS enregistrant une CAF nette négative



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

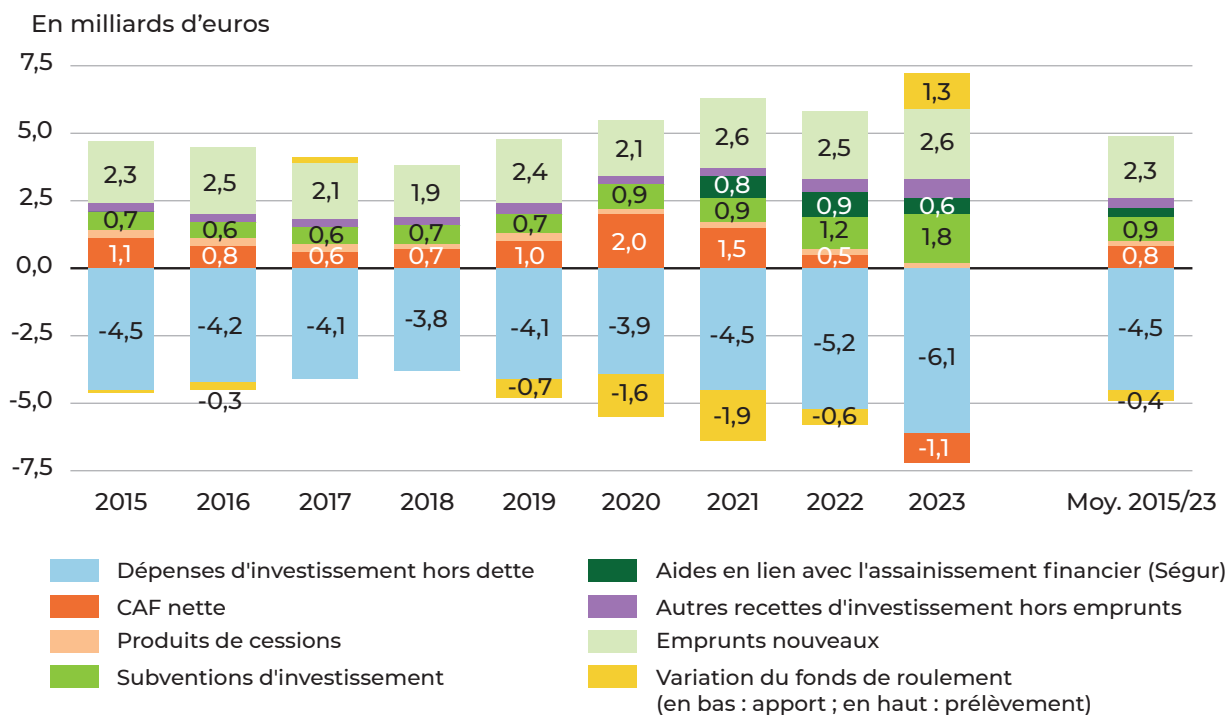
Note de lecture : parmi les hôpitaux dont la CAF nette est négative, on distingue deux cas :

- ceux dont la CAF brute est négative (la CAF nette l'est donc forcément) ;
- ceux dont la CAF brute est positive mais la CAF nette négative à la suite de la déduction des remboursements de dette.

En cohérence avec la dégradation récente de la situation financière du secteur hospitalier public décrite en partie 1, la part des hôpitaux publics enregistrant une CAF brute négative (aussi appelée insuffisance d'autofinancement - IAF) atteint 37,5 % en 2023. Sauf événements tout à fait exceptionnels, une IAF est un indicateur d'importantes difficultés financières en exploitation. Il s'agit d'un pourcentage largement plus élevé que les années passées puisque cette part n'avait jamais dépassée 14 % entre 2015 et 2021.

La part des hôpitaux publics enregistrant une CAF nette négative est à son niveau maximum de la période en 2023, tutoyant 60 %, après trois années de hausse importante. Il s'agit d'une part supérieure de 25 points à la moyenne observée sur la période, moyenne correspondant environ aux pourcentages observés entre 2017 et 2019, qui sont également les niveaux maxima sur la période 2015/2021 (entre 34 et 35 %).

Modalités de financement des investissements



L'augmentation des investissements ces dernières années nécessite des ressources supplémentaires pour les financer, d'autant plus du fait de la détérioration de la CAF nette dont le cumul devient négatif en 2023 (-1,1 milliard d'euros). Ceci signifie que la CAF nette ne participe pas en moyenne au financement des investissements en 2023 et que d'autres ressources doivent être mobilisées pour compenser ce déficit. Ces ressources proviennent en partie du plan d'investissement lancé dans le cadre du Ségur de la santé, dont les principaux éléments sont présentés dans l'encadré 3.

Encadré 3 Le plan d'investissement lancé dans le cadre du Ségur de la santé

Ce plan d'investissement de 19 milliards d'euros se décompose en plusieurs enveloppes, dont les grandes composantes sont les suivantes :

- 6,5 milliards d'euros dédiés à l'assainissement financier du service public hospitalier (SPH). Le SPH comprend l'intégralité des hôpitaux publics et l'immense majorité des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Cette enveloppe est issue du dispositif initialement appelé, au moment de son annonce en 2019, « reprise de dette ». Les aides sont versées annuellement entre 2021 et 2030, avec un premier montant doublé pour 2021.
- 6,5 milliards d'euros dédiés aux projets d'investissement du SPH. Cette enveloppe est également issue du dispositif « reprise de dette » annoncé fin 2019. Les aides sont versées en fonction du rythme de l'opération d'investissement subventionnée avec des versements qui ne doivent pas aller au-delà du 31 décembre 2030.
- 6 milliards d'euros de crédits France Relance issus du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS)²¹ et refinancés par l'Union européenne. Cette enveloppe, dont une partie est dédiée au numérique, concerne l'ensemble du secteur hospitalier (y compris les établissements privés à but lucratif) ainsi que les établissements médico-sociaux.

²¹ Le FMIS a remplacé en 2021 le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Les aides annuelles versées au titre du volet « assainissement financier du SPH » équivalent à 15 % des investissements ces trois dernières années. Par ailleurs, les subventions d'investissement sont en 2023 la deuxième modalité principale de financement des investissements avec 1,8 milliard d'euros, soit presque 30 % des investissements. Il s'agit du niveau maximum de la période, assez largement puisque les subventions d'investissement s'établissaient à 1,2 milliard d'euros en 2022 et étaient comprises entre 0,6 et 0,9 milliard d'euros entre 2015 et 2021.

La hausse des subventions ces deux dernières années est liée à deux des composantes du Ségur de la santé :

- le volet « France Relance » du Ségur au travers du FMIS, dont la dynamique à la hausse se prolonge en 2023. Il a ainsi permis de financer près de 9 % des investissements en 2023 contre 8 % en 2022 et 7 % en 2021.
- les projets d'investissements du SPH. Se matérialisant à partir de 2022 mais peu significatives puisqu'équivalentes à 1,6 % des investissements, ces subventions prennent de l'ampleur en 2023, permettant d'en financer 7,6 %. Ceci illustre le réel lancement des opérations structurantes encouragées par le Ségur, le rythme de versement dépendant du calendrier de l'opération.

Le plan Ségur apporte donc en 2023, et c'était déjà le cas en 2021 et 2022, une pierre à l'édifice du financement des investissements. Pour autant, la taille de cette pierre mesurée par rapport à celle de l'édifice est moindre qu'escompté car l'inflation, comme développé plus haut, a fait s'agrandir la taille dudit édifice.

Avec 2,6 milliards d'euros en 2023, l'ordre de grandeur des emprunts nouveaux, retraités de ceux en obligataire court terme (voir encadré 4), est assez comparable à celui des autres années (2,3 milliards d'euros en moyenne entre 2015 et 2023). Les investissements ayant augmenté ces dernières années, le poids des emprunts nouveaux dans leur financement (43 % en 2023) est en revanche moins élevé que les années précédentes (moyenne à 51 % sur la période). Pour autant, ils demeurent la modalité principale de financement des investissements hospitaliers publics en 2023 comme c'est le cas chaque année depuis 2015.

Encadré 4

Les emprunts obligataires à court terme des hôpitaux publics entre 2021 et 2023

Trois CHR/U (Rennes, Brest et Nancy) ont souscrit entre 2021 et 2023 des emprunts obligataires sur des durées très courtes (toujours inférieures à deux ans) afin de bénéficier de taux d'intérêts négatifs. Ces « placements » sont évoqués dans le rapport de la Cour des comptes d'octobre 2023 intitulé « La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire » : « Le total des emprunts à court terme de ces trois CHU s'élevait à 950 M€ à la fin 2021 et à 300 M€ à la fin 2022. Les gains cumulés sont de 1,8 M€ à la fin 2022 pour le CHU de Rennes, 0,35 M€ pour le CHU de Brest et 80 000 € pour le CHU de Nancy. » Le CHU de Rennes présentait ainsi cette opération dans son compte financier 2021 : « Dans un contexte de marché financier favorable : émission de 6 emprunts obligataires à taux négatifs pour un montant total de 495 M€ et des périodes de maturité de 1 à 2 ans. »

Pour l'analyse financière, ces emprunts à court terme ont été exclus :

- des emprunts nouveaux car ils ne participent pas au financement des investissements ;
- des remboursements de capital courant parce que ce sont les montants empruntés à court terme qui permettent le remboursement de cette dette.

En revanche, ils n'ont pas été retraités de l'encours de dette, utilisé pour l'analyse du besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter, parce que ces emprunts doivent comme toute dette faire l'objet d'un remboursement.

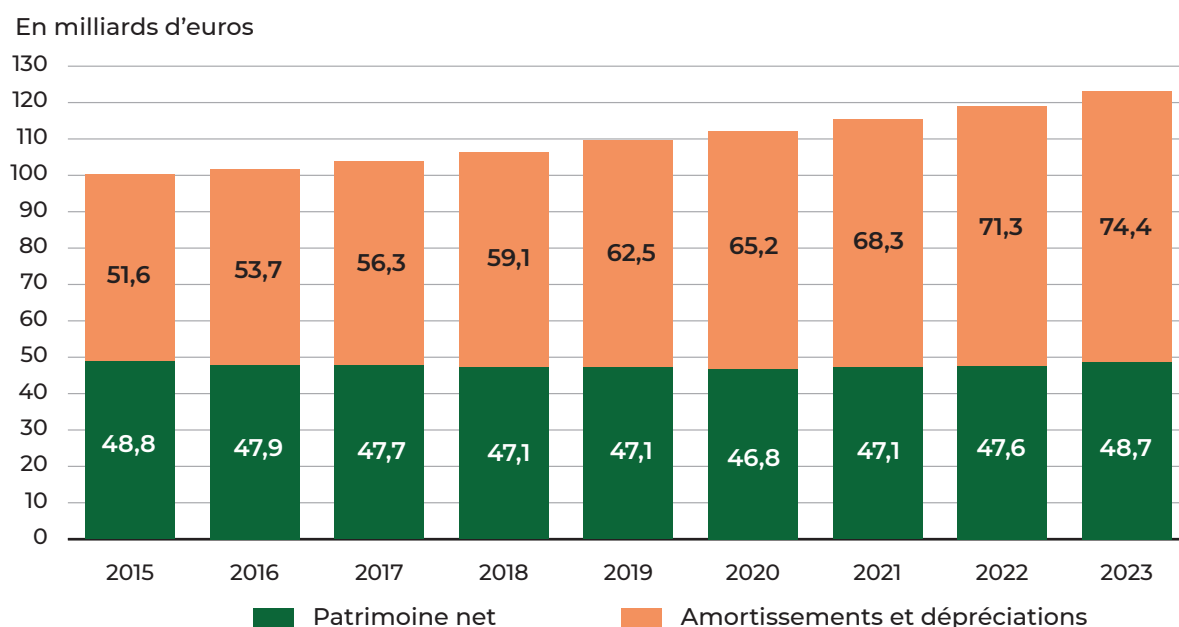
Au même titre que le cumul de CAF nette négatif, et sans doute en lien avec cet élément, une autre spécificité est à mettre en exergue en 2023 par rapport au reste de la période : un prélèvement sur fonds de roulement de 1,3 milliard d'euros a permis de boucler le plan de financement des investissements, ce qui équivaut à 21 % des investissements 2023. Ce prélèvement a été facilité par les apports au fonds de roulement observés chaque année entre 2019 et 2022, compris entre 0,6 et 1,9 milliard d'euros et correspondant en moyenne à 27 % des investissements de cette période de 4 ans.

3/ Éléments du bilan des hôpitaux publics (patrimoine, encours de dette et trésorerie) : le taux de vétusté global a continué de se dégrader en 2023 ; le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter est de plus en plus influencé par la détérioration des ratios d'exploitation

3.1 / Malgré la relance des investissements, le taux de vétusté global du patrimoine continue d'augmenter en 2023

Les investissements réalisés sont le facteur essentiel d'évolution du patrimoine²². Avec la relance des investissements observée depuis 2021, le patrimoine brut a connu en 2023 l'augmentation la plus marquée de la période (+ 3,6 % par rapport à 2022). Il convient à nouveau d'apporter un bémol important à ce constat positif qui tient à la décomposition qu'on peut faire du patrimoine brut entre, d'une part, les amortissements (permettant de prendre en compte la durée de vie théorique d'une immobilisation) et les dépréciations²³ et, d'autre part, le patrimoine net.

Évolution du patrimoine hospitalier public



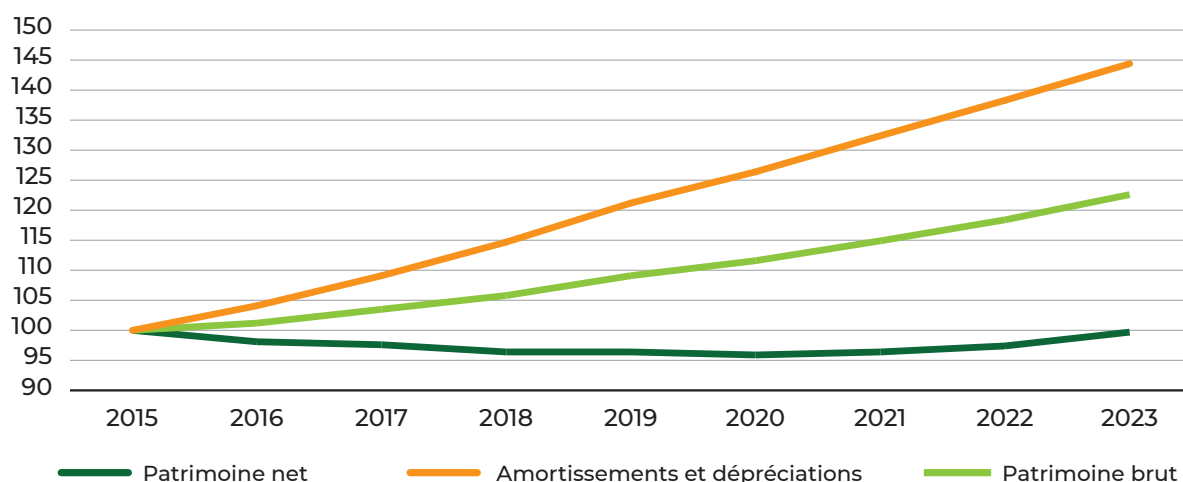
Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Comme toutes les années étudiées, la part des amortissements (+ 4,4 % entre 2022 et 2023) augmente au sein de la valeur brute du patrimoine hospitalier même si l'écart avec l'évolution du patrimoine net se réduit à la faveur de la relance des investissements depuis 2021. En 2023, le patrimoine net a progressé de 2,3 % contre une augmentation inférieure à 1 % les deux années précédentes et des diminutions les cinq premières années de la période étudiée. **Ainsi, en 2023, la valeur comptabilisée du patrimoine net est quasi-équivalente à celle de 2015, signe d'une problématique de renouvellement de l'outil de travail hospitalier public** lorsqu'elle est comparée à l'augmentation du patrimoine brut.

²² Le compte 2763 intitulé « Créances au titre des dotations aux établissements de santé prévues à l'article 50 de la LFSS [Loi de financement de la sécurité sociale] pour 2021 » a été créé afin de prendre en compte l'enveloppe de 6,5 milliards d'euros dédiée à l'assainissement financier du SPH (voir encadré 3). S'agissant d'une créance pour les hôpitaux (et d'une dette de l'État envers eux), inclure ce compte 2763 dans le patrimoine ne nous a pas paru pertinent. Ainsi, le patrimoine comprend l'ensemble des comptes de classe 2 à l'exception du compte 2763.

²³ Dans les faits, les dépréciations sont d'un montant marginal par rapport aux amortissements, expliquant que la suite de la publication mentionne uniquement la notion d'amortissements.

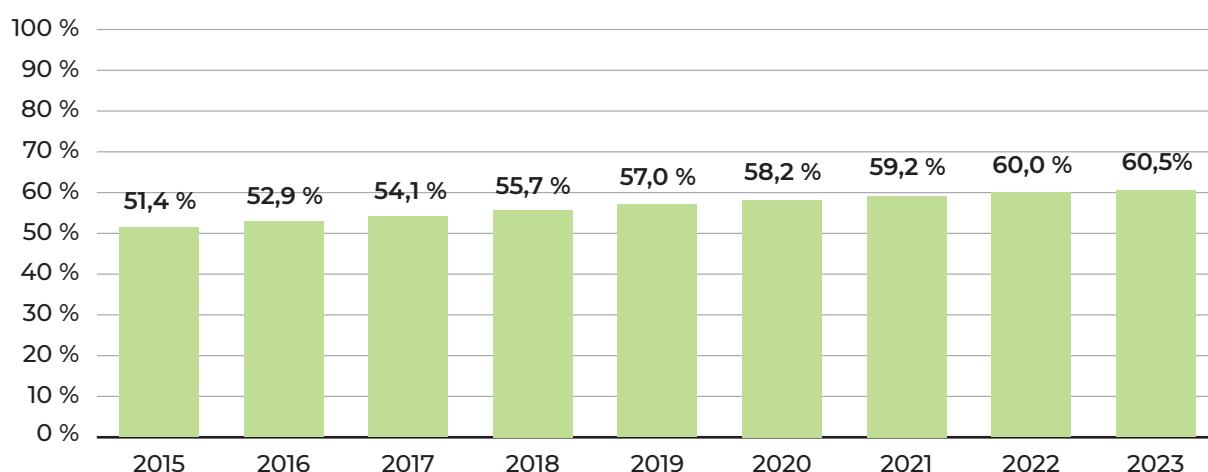
Évolution du patrimoine et des amortissements (base 100 en 2015)



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Dans la suite logique de ces évolutions, le taux de vétusté global des hôpitaux publics²⁴, rapportant les amortissements au patrimoine brut, a continué de se dégrader en 2023. Avec 60,5 %, la hausse depuis 2015 dépasse 9 points.

Évolution du taux de vétusté global



Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

La problématique de renouvellement de l'outil de travail hospitalier public reste donc centrale au terme de l'année 2023 et, pour parvenir à la résoudre, la rupture de tendance observée depuis 2021 devra être confirmée par une nécessaire prolongation dans les années à venir de la relance des investissements.

3.2 / Ces dernières années, les ratios d'exploitation dégradés influencent largement le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter

L'encours de dette des hôpitaux publics est, en euros courants, relativement stable depuis plus d'une dizaine d'années. Ainsi, à fin 2023, il reste proche de 30 milliards d'euros. Si les emprunts classiques demeurent largement majoritaires, la part de l'obligataire tend à croître ces dernières années (voir encadré 5).

²⁴ La comparaison des taux de vétusté entre établissements doit être menée avec précaution car une partie des écarts peut s'expliquer par le fait qu'un établissement est ou non soumis à la certification de ses comptes ainsi que par des modalités d'amortissement et de durée variables selon les établissements pour des immobilisations a priori comparables.

Encadré 5 :

Le poids de l'obligataire a augmenté ces dernières années ; cette modalité de financement des investissements continue en revanche de ne concerner qu'un nombre limité d'établissements

À fin 2023, le poids de l'obligataire dans l'encours de dette des hôpitaux publics s'établit en moyenne à 16 %. Cette part est tendanciellement en hausse sur la période, elle se limitait à 7 % en 2015. En revanche, le nombre d'établissements concernés a connu une évolution beaucoup moins marquée. En 2019, ils étaient 32, ils sont 44 en 2023, soit environ 5 % des hôpitaux publics. L'impact de la plus grande structure hospitalière de France, l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), est significatif dans l'analyse du poids de l'obligataire dans l'encours de dette. Hors AP-HP, le poids moyen de l'obligataire n'est plus que de 6 %, soit 10 points de moins qu'en incluant l'AP-HP.

L'analyse de ce poids de l'obligataire dans l'encours de dette a été compliquée ces dernières années du fait que trois CHR/U (Rennes, Brest et Nancy) ont souscrit entre 2021 et 2023 des emprunts obligataires sur des durées très courtes (toujours inférieures à deux ans) afin de bénéficier de taux d'intérêts négatifs (voir encadré 4). Ces « placements » d'un montant significatif (estimé à 1,6 milliard d'euros en cumul sur cette période de trois années) ont gonflé le niveau d'encours de dette du secteur hospitalier public à fin 2021 et fin 2022. Cette problématique ne se pose plus à fin 2023 puisque l'intégralité de ces emprunts obligataires court terme a été remboursée avant la fin de l'année 2023.

Le poids de l'encours de dette hospitalier est traditionnellement étudié en s'appuyant sur le décret du 14 décembre 2011, qui encadre le recours à l'endettement des hôpitaux. Ce décret définit trois ratios réglementaires de dette avec un seuil associé à chacun :

- **L'indépendance financière**

Formule : encours de dette / capitaux permanents hors le résultat net de l'année

Seuil à 50 %

- **Le taux d'endettement**

Formule : encours de dette / total des produits consolidés

Seuil à 30 %

- **Le délai de désendettement** (aussi appelé capacité de désendettement ou durée apparente de la dette dans le décret)

Formule : encours de dette / CAF

Seuil à 10 années (de CAF)

Dès lors que l'hôpital dépasse, sur la base du dernier compte financier publié, le seuil pour au moins deux des trois ratios, il doit obtenir l'autorisation de l'ARS pour pouvoir réaliser un emprunt. Pour autant, il ne doit pas être nécessairement considéré comme surendetté (voir encadré 6).

Encadré 6 :

Un hôpital ayant besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter n'est pas obligatoirement surendetté

Le décret du 14 décembre 2011 visait à permettre aux ARS d'encadrer le recours à l'emprunt d'un nombre significatif d'hôpitaux, pas uniquement des plus lourdement endettés. Les seuils réglementaires ont été définis dans ce but. Ce décret a été promulgué en lien avec les Plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 comportant des aides aux investissements hospitaliers prenant majoritairement la forme d'aide en exploitation (et non en investissement), incitant les hôpitaux à privilégier le recours à l'emprunt comme modalité de financement des investissements, l'aide en exploitation servant alors à couvrir l'annuité de dette. Initiés à partir de 2003, ces deux Plans ont apporté des aides d'un montant de l'ordre de 8 milliards d'euros. En parallèle, l'encours de dette des hôpitaux publics est passé en euros courants d'un peu moins de 10 milliards en 2002 à près de 30 milliards en 2012. Et un des principaux objectifs du décret de 2011 était que la forte augmentation de la dette observée les années précédentes ne se prolonge pas. Cet objectif a été atteint puisque l'encours de dette des hôpitaux publics est resté relativement stable entre 2012 et 2023.

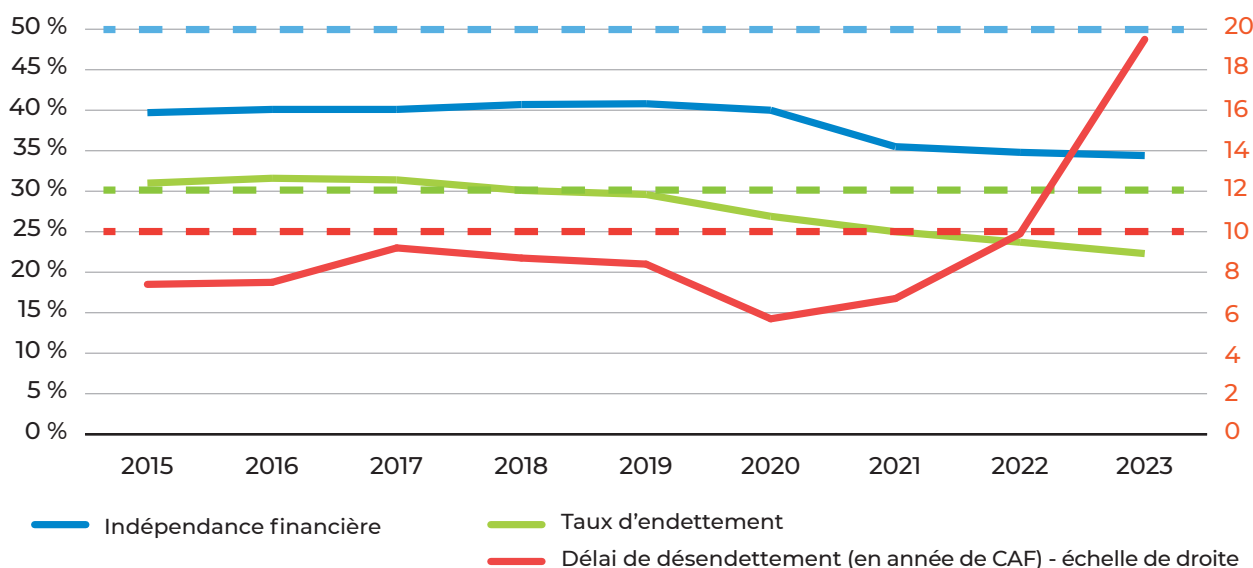
Par ailleurs, un hôpital ayant besoin de l'autorisation de l'ARS n'est pas forcément surendetté. Pour illustration, un hôpital enregistrant un taux d'endettement de 30,1 %, une indépendance financière de 50,1 % et un délai de désendettement de 10,1 ans devra demander l'autorisation de l'ARS s'il souhaite emprunter. Or, la probabilité qu'un tel établissement obtienne cette autorisation paraît plus élevée que celle d'un refus, attestant que l'ARS ne considère pas cet hôpital comme surendetté.

3.2.1 / Le délai de désendettement médian s'est fortement dégradé ces dernières années alors que la médiane des deux autres ratios réglementaires s'est plutôt améliorée

Analyser distinctement les valeurs de chacun des trois ratios réglementaires de dette met en lumière des dynamiques variées ces dernières années.

Plutôt que la moyenne, notre analyse cible la médiane : la moitié des hôpitaux publics enregistre une valeur inférieure à la médiane et l'autre moitié une valeur supérieure. Contrairement à la moyenne, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes. Les valeurs négatives, essentiellement observées pour le délai de désendettement, à titre beaucoup plus exceptionnel pour l'indépendance financière, sont retraitées afin d'être considérées pour ce qu'elles sont : des valeurs plus dégradées que les résultats positifs.

Médiane des trois ratios réglementaires de dette



Note de lecture : Les traits horizontaux tracés en pointillés correspondent aux seuils réglementaires

Le taux d'endettement médian était proche du seuil réglementaire de 30 % en début de période, jusqu'en 2019. À partir de 2020, la médiane diminue significativement et devient ainsi inférieure au seuil réglementaire, sous l'effet notamment des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé qui ont eu pour effet d'augmenter les dépenses des hôpitaux, via les charges de personnel, mais aussi leurs recettes puisque ces revalorisations ont été financièrement compensées par des fonds publics. Cette tendance à la baisse du taux d'endettement s'est prolongée depuis du fait que les produits consolidés ont plus augmenté chaque année que l'encours de dette.

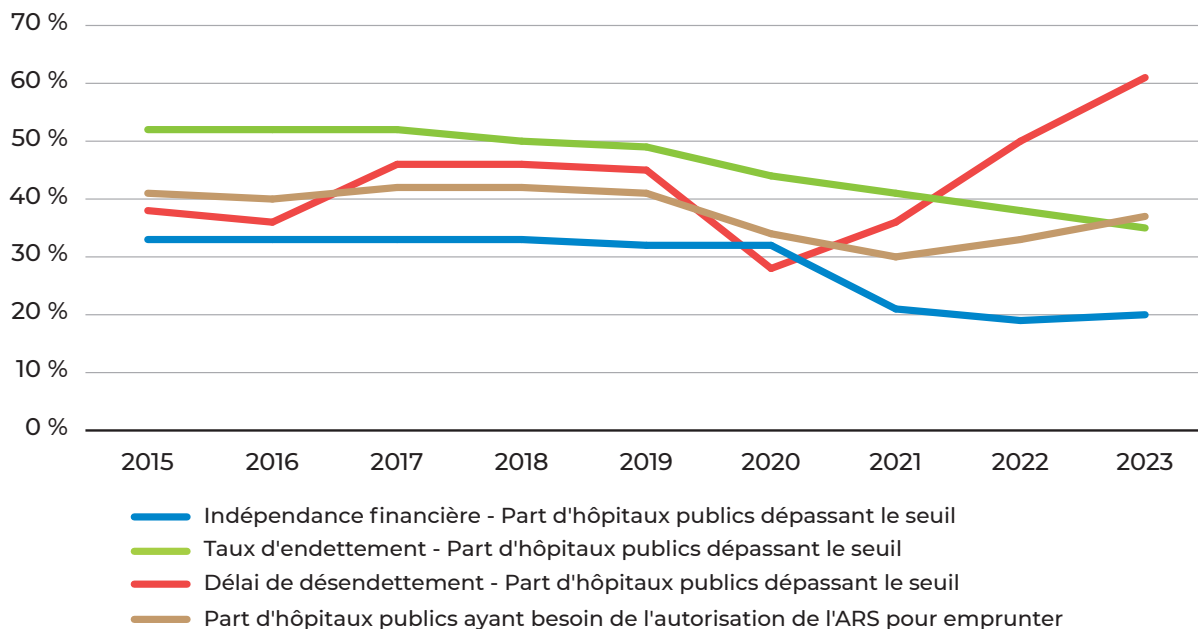
L'indépendance financière médiane est sur toute la période significativement inférieure au seuil réglementaire (50 %) et cet écart s'est amplifié en 2021, également en lien avec le Ségur de santé qui intégrait au sein de son volet « assainissement financier » une recapitalisation des hôpitaux publics. La médiane est assez stable depuis, autour de 35 %.

Le délai de désendettement est par définition un indicateur plus erratique que les deux autres ratios réglementaires de dette car la CAF correspond au dénominateur. Considéré entre 2015 et 2019, son niveau médian a des points communs avec les deux autres ratios réglementaires : pas trop éloigné du seuil (10 ans) comme l'était alors le taux d'endettement mais toujours en deçà de ce seuil telle l'indépendance financière. Son niveau s'est fortement amélioré en 2020, année très spécifique du fait des crédits destinés à couvrir les surcoûts liés à la crise sanitaire et éviter une aggravation de la situation financière des hôpitaux publics, en première ligne sur le front des épidémies. En revanche, le délai de désendettement médian s'est ensuite dégradé chaque année, en parallèle de la détérioration de la CAF, et l'intensité de cette dégradation s'est amplifiée année après année. Ce qui fait que le délai de désendettement médian en 2023 frôle 20 années, soit le double du seuil réglementaire.

3.2.2 / En 2023, la part des hôpitaux publics ayant besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter est légèrement inférieure aux années précédant la crise sanitaire

L'évolution de la part des hôpitaux publics dépassant le seuil réglementaire pour un ratio est assez logiquement corrélée à celle de la médiane du ratio considéré.

Dépassement des seuils réglementaires et besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter



Relativement stables entre 2015 et 2019, la part des hôpitaux publics dépassant le seuil pour l'indépendance financière et celle dépassant le seuil pour le taux d'endettement ont ainsi connu une baisse significative en 2020 et 2021 puis ont moins évolué depuis. Ces parts s'établissent en 2023 à 20 % pour l'indépendance financière et 35 % pour le taux d'endettement.

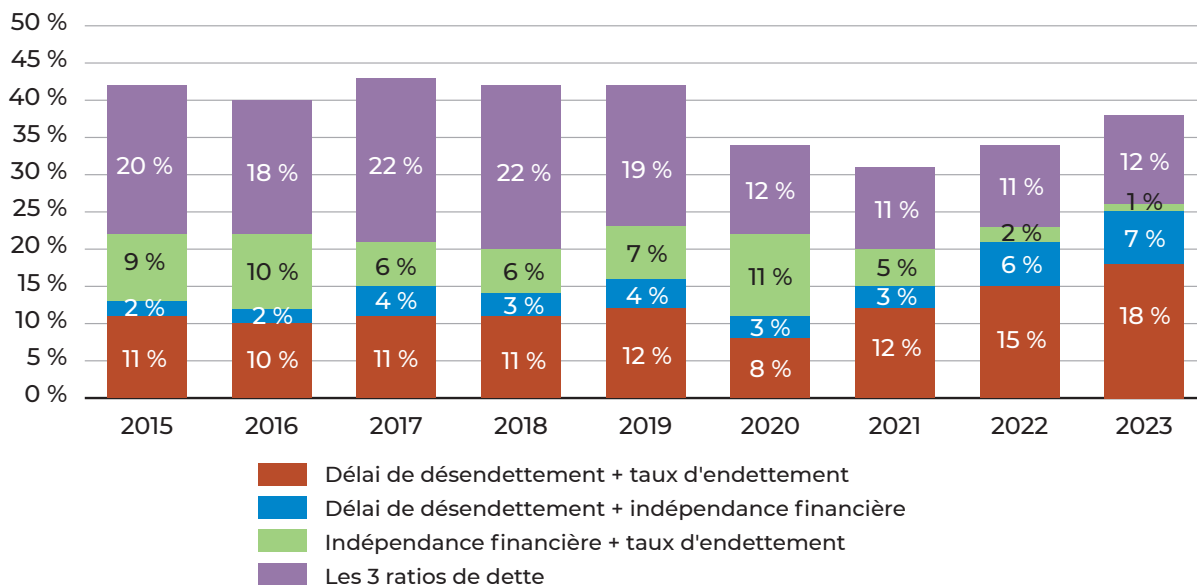
La part des hôpitaux publics dépassant le seuil réglementaire pour le délai de désendettement a évolué plus fortement, ce qui s'explique partiellement par sa plus grande volatilité. Atteignant un premier pic sur la période 2017/2019 avec un peu plus de 40 % d'établissements concernés, elle a connu son niveau minimum en 2020 avec un peu moins de 30 % d'hôpitaux publics pour ne plus cesser d'augmenter depuis et, en 2023, ce sont 61 % d'établissements qui enregistrent un délai de désendettement supérieur à 10 ans de CAF (ou une valeur négative).

En 2023, 37 % des hôpitaux publics ont besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter. Il s'agit d'une part légèrement moindre qu'avant la crise sanitaire où elle était chaque année légèrement supérieure à 40 %. Cet écart favorable est observé grâce aux améliorations sur 2 des 3 ratios : l'indépendance financière et le taux d'endettement. En revanche, cette part a augmenté depuis 2021, où elle était à son niveau minimum (30 %), du fait de la nette détérioration de la CAF des hôpitaux publics.

Si le pourcentage d'hôpitaux publics ayant besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter revient en 2023 à un niveau à peu près comparable aux années précédant la crise sanitaire, les raisons présidant à ce besoin paraissent assez différentes.

3.2.3 / Le délai de désendettement influence de plus en plus le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter

Part d'hôpitaux publics ayant besoin de l'autorisation de l'ARS pour emprunter en fonction des seuils réglementaires dépassés



Un hôpital est contraint de demander l'autorisation de l'ARS pour emprunter s'il dépasse le seuil réglementaire pour au moins 2 des 3 ratios. La part de ceux dépassant le seuil pour les 3 ratios a connu une rupture de tendance en 2020 : compris de 2015 à 2019 entre 18 et 22 %, elle a depuis baissé d'environ 10 points, principalement du fait de l'amélioration des niveaux d'indépendance financière et de taux d'endettement.

Cette diminution, combinée à des évolutions très différenciées lorsqu'on observe ce besoin pour les hôpitaux publics dépassant 2 des 3 seuils, illustre que ce n'est pas le niveau de dette (au numérateur des 3 ratios réglementaires) qui a le plus influencé l'évolution sur la période du besoin d'autorisation d'emprunt par l'ARS mais les éléments aux dénominateurs de ces ratios : les capitaux permanents, les produits consolidés et la CAF.

Pour les hôpitaux publics concernés pour 2 des 3 indicateurs, la part a nettement augmenté entre 2021 et 2023 dès lors que le délai de désendettement intervient, en parallèle de la forte dégradation de la CAF. Au contraire, le cas où le délai de désendettement n'intervient pas²⁵ a pour ainsi dire disparu depuis 2021.

On peut conclure de ce dernier graphique qu'en 2022 et encore plus en 2023, le besoin d'autorisation d'emprunt est beaucoup plus influencé par les difficultés d'exploitation des hôpitaux publics qu'il ne l'était les années passées.

3.3 / À fin 2023, la trésorerie ne diminue que légèrement par rapport à fin 2022 mais de nombreux hôpitaux connaissent des tensions de trésorerie

La dynamique de trésorerie de fin d'année des hôpitaux publics était à la hausse ces dernières années, avec des dépôts sur leur compte au Trésor Public qui sont passés de 5,5 milliards d'euros à fin 2019 à 9,3 milliards d'euros à fin 2022 (+ 70 % en trois ans). La Cour des comptes, dans son rapport d'octobre 2023 sur la situation financière des hôpitaux publics, mettait en avant plusieurs explications à cette tendance :

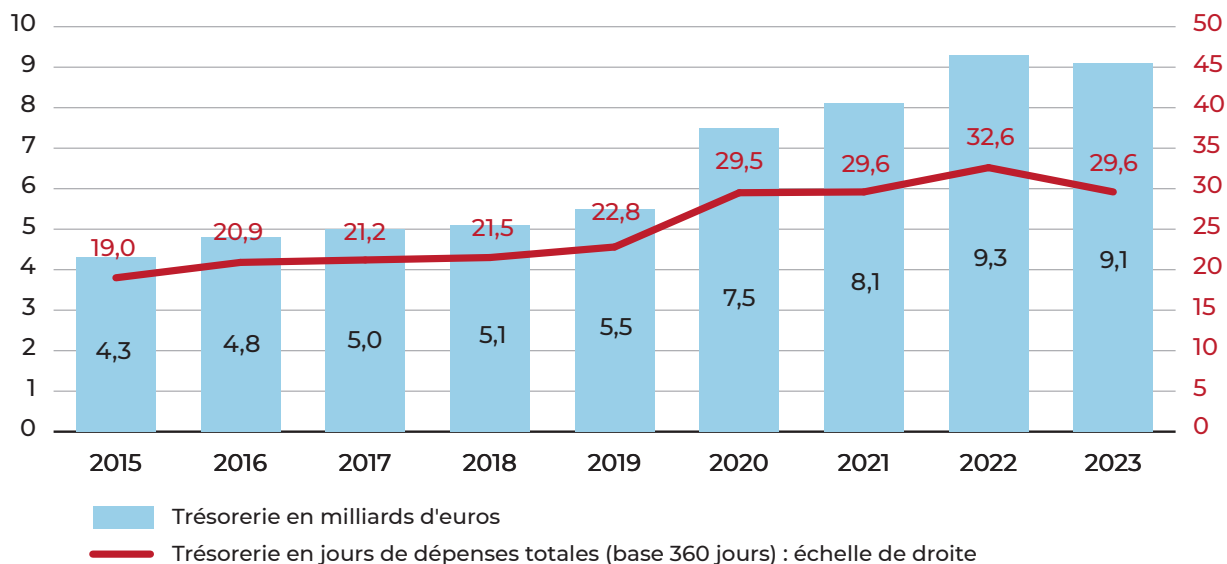
- le volet « assainissement financier » du Ségur de la santé (voir encadré 3) ;
- « la hausse des subventions pendant la crise sanitaire (2,1 Md€) » ;
- « une augmentation des provisions au titre des comptes épargne-temps (1,4 Md€) » ;
- les emprunts obligataires à court terme réalisés par certains grands hôpitaux (voir encadré 4).

²⁵ Les hôpitaux publics dans ce cas sont soumis à l'autorisation de l'ARS pour emprunter parce qu'ils enregistrent une indépendance financière supérieure à 50 % et un taux d'endettement au-dessus de 30 %, alors que leur délai de désendettement est compris entre 0 et 10 années de CAF.

Il convient sans doute de compléter cette liste avec la souscription par anticipation d'emprunts par plusieurs EPS souhaitant bénéficier de taux d'intérêts encore faibles en 2021 et 2022 notamment. Dans l'attente de participer au financement d'investissements à venir, ces emprunts ont alors temporairement généré un surplus de trésorerie.

L'année 2023 marque une rupture de tendance pour la trésorerie de fin d'année du fait de l'important prélèvement sur le fonds de roulement opéré pour le financement des investissements. La baisse de la trésorerie de fin d'année est néanmoins mesurée (- 0,2 milliard d'euros) du fait que des éléments liés au besoin en fonds de roulement (BFR) ont dû se dégrader entre 2022 et 2023, notamment les délais de paiement des dettes fournisseurs, sociales et fiscales. À fin 2023, la trésorerie s'établit à environ un mois de dépenses, ce qui n'apparaît pas forcément très élevé.

Évolution de la trésorerie de fin d'année



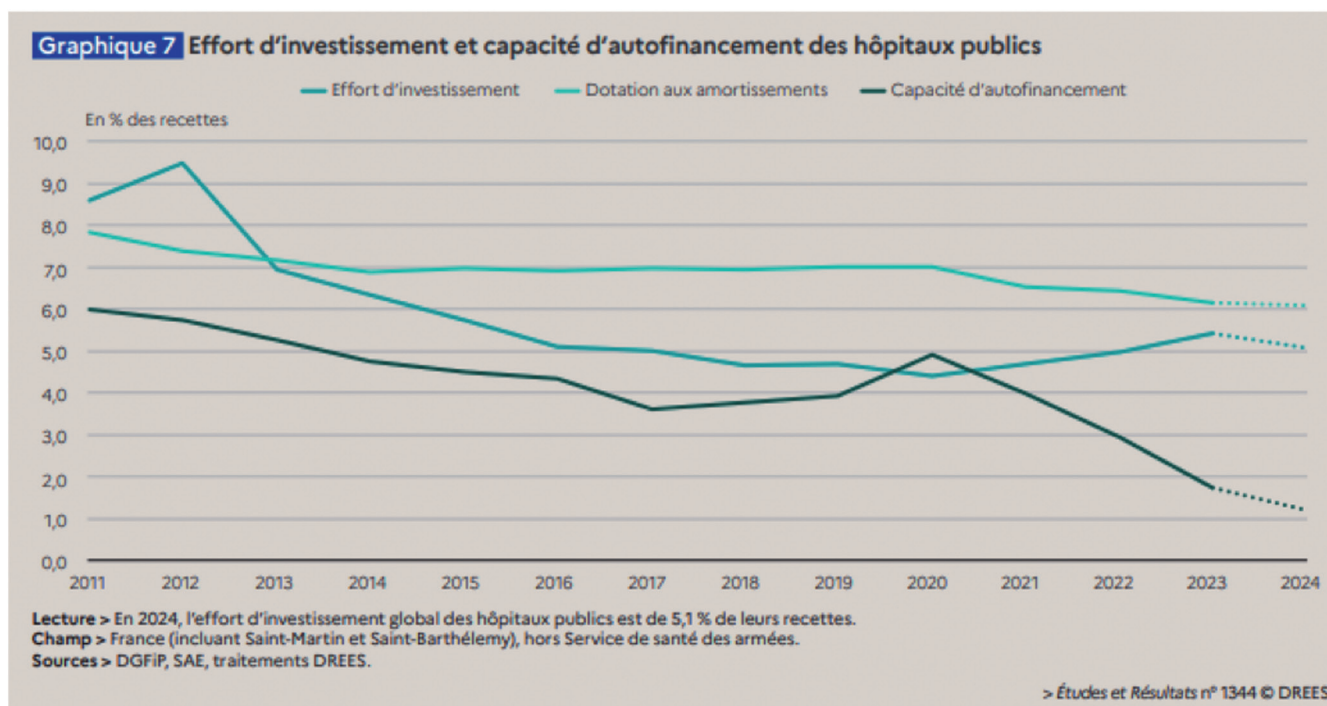
Source : données DGFIP, traitements La Banque Postale

Malgré une tendance à la hausse de la trésorerie de fin d'année par rapport à 2019, il est clair que de plus en plus d'hôpitaux publics sont confrontés à des tensions de trésorerie en cette période où leur situation financière est particulièrement dégradée, comme le note la Cour des comptes dans le rapport précité : « Les dépôts des hôpitaux sur leur compte du Trésor public ont aussi fortement progressé, passant de 5,1 Md€ fin 2018 à 8,1 Md€ fin 2021. Toutefois, les dépôts se sont réduits pour 322 hôpitaux pour un montant total de 819 M€ sur la période, concomitamment à l'augmentation de leurs dettes d'exploitation, ce qui traduit des tensions de trésorerie. »

4/ La situation financière a continué de se dégrader en 2024 malgré le dynamisme de l'activité en MCO

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a intitulé son numéro 1344 de la série « Études et résultats », publié en juillet 2025, « La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 ». Cette analyse représente « une première estimation basée sur [les] comptes non définitifs à la mi-juillet 2025 » des hôpitaux publics.

La CAF « atteint un nouveau point bas sur la série (1,2 % des recettes en 2024 après 1,7 % en 2022, contre 4,5 % en moyenne de 2005 à 2024) ». « Cette nouvelle détérioration, quoique moindre qu'en 2022 et 2023, peut notamment s'expliquer par la réduction des dispositifs de soutien mis en place pendant la crise sanitaire et le non-dégel du coefficient prudentiel de 0,7 % des tarifs décidé en fin d'année, dans un contexte de hausse passée de l'inflation. » Côté charges, « leur dynamisme est principalement attribuable aux charges de personnels, notamment en lien avec les mesures nationales de revalorisations des rémunérations dans la fonction publique hospitalière. »



Pourtant, l'évolution de l'activité MCO des hôpitaux publics en 2024 a été bien plus positive qu'en 2022 et 2023, aussi bien en hospitalisation complète qu'en ambulatoire mais cela n'a pas pour autant permis au secteur hospitalier public de commencer à redresser sa situation financière. La pluriannualité de la détérioration de cette situation financière est également un motif d'inquiétude.

Par ailleurs, le dynamisme des investissements ralentit en 2024 et l'impact du Ségur demeure moindre qu'escompté. « En 2024, [l'effort d'investissement] se replie légèrement à 5,1 % des recettes (après 5,4 % des recettes en 2023). » L'encours de dette demeure relativement stable, à nouveau en légère diminution. L'étude se conclut ainsi : « Le bilan du Ségur de la santé est donc contrasté : les plans de soutien et de relance mis en place depuis la crise sanitaire portent leurs fruits sur la dette, mais dans un contexte de dégradation sans précédent des ressources générées par l'activité des établissements qui retardent leurs investissements et affectent dans le même temps leurs capitaux permanents. »

En plus de s'intéresser à l'encours de dette, au patrimoine et aux investissements comme nos trois précédentes publications, l'analyse des ratios d'exploitation est le sujet central de cette nouvelle étude. Le cumul de ces éléments permet de dresser un panorama des finances hospitalières publiques. Cette note de conjoncture met en exergue les grandes difficultés financières du secteur, qui concerne une grande majorité d'hôpitaux publics, certes selon des situations et des évolutions variées.

Sigles

| | |
|---------------|--|
| AP-HP | Assistance publique - Hôpitaux de Paris |
| ARS | Agence régionale de santé |
| AURA | Auvergne-Rhône-Alpes |
| BA | Budget annexe |
| BFR | Besoin en fonds de roulement |
| BP | Budget principal |
| CH | Centre hospitalier |
| CHR/U | Centre hospitalier régional ou universitaire |
| CHS | Centre hospitalier spécialisé |
| CAF | Capacité d'autofinancement |
| DGFIP | Direction générale des finances publiques |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| EHPAD | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| EPS | Établissement public de santé |
| ESPIC | Établissement de santé privé d'intérêt collectif |
| FHF | Fédération hospitalière de France |
| FIR | Fonds d'intervention régional |
| FMESPP | Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés |
| FMIS | Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé |
| GHS | Groupe homogène de séjours |
| GHT | Groupement hospitalier de territoire |
| IAF | Insuffisance d'autofinancement |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| IGF | Inspection générale des finances |
| MCO | Médecine-chirurgie-obstétrique |
| MIGAC | Mission d'intérêt général et d'aides à la contractualisation |
| PACA | Provence-Alpes-Côte d'Azur |
| SMA | Sécurisation modulée à l'activité |
| SPH | Service public hospitalier |
| T2A | Tarifification à l'activité |

Avertissement

Les données figurant dans le présent document sont fournies à titre indicatif et ne constituent pas un engagement de La Banque Postale. Ce document est fourni à titre informatif. La reproduction totale ou partielle du présent document doit s'accompagner de la mention ©La Banque Postale - FHF.

Contacts

Fédération hospitalière de France : fhf@fhf.fr

La Banque Postale • Direction des études : etudes-secteurlocal@labanquepostale.fr

Retrouvez toutes les publications de La Banque Postale

<https://www.labanquepostale.com/newsroom-publications/etudes/etudes-finances-locales.html>

Fédération hospitalière de France

1 bis rue Cabanis

75014 Paris

<https://www.fhf.fr/>

LA BANQUE POSTALE - Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 6 585 350 218 €.

Siège social et adresse postale : 115 rue de Sèvres 75 275 Paris CEDEX 06. RCS Paris 421 100 645 - Code APE 6419Z, intermédiaire d'assurance, immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 023 424.

<https://www.labanquepostale.fr/hopitaux.html>

