Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL **SEPTEMBRE 2025** N°204

ÉDITORIAL

Responsabilité des gestionnaires publics : la censure appréciable du Conseil constitutionnel

Le régime de responsabilité des gestionnaires publics entré en vigueur le 1er janvier 2023 n'en finit pas de faire l'objet de précisions jurisprudentielles.

Dernièrement, nous avions pu déplorer dans ces colonnes (*Finances Hospitalières*, juin 2025, n° 202) qu'un gestionnaire public poursuivi devant la chambre du contentieux de la Cour des comptes ne pouvait se voir octroyer le bénéfice de la protection fonctionnelle. Le Conseil d'État avait pu juger dans une décision du 29 janvier 2025 (n° 497840), que « *lorsqu'un agent public est mis en cause devant la chambre du contentieux de la Cour des comptes [aucun] principe n'impose (...) à la collectivité publique de lui accorder une protection*. »

Dans le sens des conclusions du rapporteur public sur cette affaire, l'on pouvait considérer à l'inverse que la protection fonctionnelle permet, c'est tout son objet, de préparer correctement sa défense et non de déresponsabiliser l'agent public ou, encore moins, de le couvrir d'une éventuelle sanction pécuniaire. Elle constitue un droit dès lors que l'agent est tenu de se défendre dans l'exercice de ses fonctions.

Dans une série de premières décisions de sanctions de la Cour des comptes (v. notre article, *Finances Hospitalières*, décembre 2024, n° 196), cette décision du Conseil d'État ajoutait un peu de désarroi à la sévérité.

C'est du Conseil constitutionnel que sera donc venue une première inflexion. Dans une décision du 18 juillet 2025 (décision n° 2025-1148 QPC), le juge constitutionnel a censuré une partie du régime applicable au montant de la sanction pécuniaire. Concernant les gestionnaires percevant une rémunération ou un salaire, l'article L. 131-16 du code des juridictions financières prévoit que la sanction pécuniaire ne peut dépasser six mois de rémunération. S'agissant, en revanche, des gestionnaires qui ne perçoivent pas de rémunération ou de salaire pour l'exercice de leurs responsabilités, le plafond était fixé à six mois... « *de la rémunération annuelle correspondant à l'échelon le plus élevé afférent à l'emploi de directeur d'administration centrale* ». Soit, rapidement évalué, un plafond pouvant s'établir à plus de 50.000 euros.

Le Conseil constitutionnel a censuré cet article en considérant qu'il méconnaissait le principe d'égalité en établissant un plafond en lien avec la rémunération dans un cas et « *un plafond d'amende fixe et dépourvu de tout lien avec leurs capacités financières* » dans l'autre.

Il faut saluer cette décision, car les gestionnaires soumis au régime de responsabilité pécuniaire mais non rémunérés sont, le plus souvent, des gestionnaires bénévoles, notamment dans des associations bénéficiant de financements publics. Sachant les difficultés de fonctionnement du secteur associatif médico-social ou sanitaire, ne pas accabler les personnes investies apparait hautement raisonnable.

Hugo-Bernard POUILLAUDE
Avocat associé – Cabinet Aerige
Professeur de droit public – UPEC
Directeur du Master de Droit de la santé

SOMMAIRE

FINANCEMENT & FACTURATION

La campagne budgétaire 2025 se situe dans la continuité des précédentes, donc peu susceptible de répondre aux difficultés financières des établissements *p2*

Psychiatrie : une réforme majeure des modes de prise en charge *p6*

GESTION FINANCIÈRE

Forte dégradation de la situation financière des établissements publics de santé en 2023 et 2024 ..... *p8*

Ces dernières années, les ratios d'exploitation dégradés des hôpitaux publics influencent largement le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter *p15*

JURIDIQUE

Des clarification budgétaires et comptables pour les Ehpad *p20*

VEILLE RÈGLEMENTAIRE & DOCUMENTAIRE

..... *p24*

AGENDA

.....*p32*

ISSN 1955-642X

CAMPAGNE BUDGÉTAIRE ET TARIFAIRE MCO

La campagne budgétaire 2025 se situe dans la continuité des précédentes, donc peu susceptible de répondre aux difficultés financières des établissements

La première circulaire tarifaire et budgétaire a été signée le 25 juin 2025 (chaque année un peu plus tard...)[1]. En outre, la notice technique de l'ATIH sur les nouveautés en matière de financement MCO[2] et la notice de décembre 2024 sur les nouveautés PMSI[3] fournissent quelques précisions utiles pour comprendre certaines évolutions tarifaires et les nouveautés en matière de recueil d'informations.

Roland CASH

Les paramètres généraux de la campagne

Les paramètres de la campagne 2025 reprennent les principes de 2024 et des années d'avant Covid : l'affichage d'une augmentation de l'ONDAM et en même temps d'un montant d'économies à réaliser (« mesures d'efficience »). L'ONDAM des établissements de santé est ainsi en progression de 3,8% en 2025 (contre +3,2% en 2024), soit +3,9 Mds € par rapport à l'objectif 2024 rectifié. Cette fois, le montant des mesures d'efficience atteint 1 265 millions d'euros dont 690 pesant directement sur les dépenses des établissements. Des mises en réserve des dotations dans le champ MCO sont effectuées à hauteur de 267 millions, et le coefficient prudentiel sur les tarifs est maintenu à -0,7% pour tous les secteurs.

Cette circulaire délègue près de 33 Mds d'euros, soit 94% des crédits de dotation budgétés en 2025 au sein de l'ONDAM des établissements de santé. Le détail en est donné dans les annexes.

Le ministère de la Santé se félicite de donner par là davantage de visibilité aux établissements sur leurs ressources... mais effectuer cette délégation au milieu de l'année plutôt qu'au début ne constitue pas une grosse performance en matière de visibilité.

Au sein de ce total, 3,2 Md€ de crédits sont destinés au financement des mesures relatives aux ressources humaines, dont 0,82 Md€ au titre de la compensation de la hausse du taux de cotisation de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), 0,95 Md€ au titre du financement des études médicales et 0,71 Md€ au titre de la mesure « sécurisation des organisations et des environnements de travail » (résorption de l'emploi précaire, valorisation de l'engagement collectif, créations de postes).

[1] Circulaire n° DGOS/FIP1/2025/83 du 25 juin 2025 relative à la première phase de délégation des crédits de dotations aux établissements de santé pour 2025.

[2] Notice technique N° ATIH–131-4–2025 du 4/06/2025 : Campagne tarifaire et budgétaire 2025 - Nouveautés « financement MCO/HAD ».

[3] Notice technique N° ATIH–506-6-2024 du 20/12/2024, modification du 21 mars 2025 : Campagne tarifaire et budgétaire 2025 - Nouveautés PMSI Champs MCO-HAD-SMR-Psychiatrie.

On peut aussi mentionner : la création du nouveau statut de praticien contractuel pour laquelle 121,7 millions sont mobilisés afin de revaloriser des situations individuelles (même montant qu'en 2024) ; le financement de postes d'assistants spécialistes à temps partagé (41 millions) ; le financement des cotisations des personnels hospitalo-universitaires à l'IRCANTEC (36 millions) ; la majoration des émoluments des praticiens exerçant en outre-mer (30 millions).

Les sempiternels plans de santé publique sont toujours au rendez-vous, dans un savant saupoudrage des ressources : 191 millions pour le plan « maladies rares », essentiellement pour de nouveaux centres de référence et centres de ressources et de compétences ; 12,5 millions pour le plan cancer ; 33,6 millions pour le plan sur les maladies neurodégénératives ; 6 millions pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (il est peu probable que ce montant suffise pour défendre l'idée que l'offre de soins palliatifs est remise à niveau !) ; des mesures concernant la périnatalité, notamment pour l'organisation du dépistage néonatal (23,5 millions).

Les tarifs 2025 des GHS évoluent de manière plus homogène qu'en 2024 entre secteurs

Rappelons qu'en 2024, les tarifs MCO avaient évolué en moyenne de +4,4% pour les établissements du secteur ex-DG et de +0,4% pour les établissements du secteur ex-OQN avant application des coefficients spécifiques à chaque catégorie d'établissements. Cette différence de traitement entre les secteurs avait occasionné beaucoup de remous au sein des cliniques privées.

Cette fois-ci, en 2025, l'évolution « socle » est de 0,2% dans le secteur ex-DG et 0,4% dans le secteur ex-OQN. C'est peu, mais c'est peu pour tout le monde.

La note de l'ATIH sur le financement détaille quels sont les « soutiens » prioritaires retenus pour certaines activités, qui s'étagent entre 0,2% et 0,8% selon les GHS en sus de l'augmentation « socle ». Il est peu probable que les établissements s'aperçoivent que ces activités sont soutenues !

D'autres augmentations sont effectuées ; les suppléments journaliers de réanimation sont revalorisés de 2,33% en sus de l'augmentation « socle » ; et les forfaits annuels liés à la greffe bénéficient du plan greffe 2022-2026 avec une revalorisation de 1,5%.

La synthèse des différentes mesures conduit à un taux d'augmentation de 0,5% dans le secteur public comme dans le secteur privé lucratif pour le total des GHS et suppléments journaliers.

Les coefficients s'appliquant à la valeur faciale des tarifs sont les suivants :

- le coefficient géographique, avec la poursuite du rehaussement des coefficients géographiques de la Guyane, la Réunion et Mayotte (ce qui donne, en 2025, respectivement 33,10%, 34% et 34%) ;
- le coefficient prudentiel, fixé à -0,7% pour l'année 2025, comme l'année précédente ;
- le coefficient dit « RH » de revalorisation salariale propre à chaque catégorie juridique d'établissement, dont le calcul reste toujours aussi opaque, donnant : +0,35% pour les établissements publics, -1,77% pour les établissements privés à but non lucratif et -0,14% pour les établissements privés lucratifs.

Quant au coefficient de reprise des allègements de charges fiscales et sociales s'appliquant aux établissements privés à but lucratif et non lucratif (CICE, pacte de responsabilité et CITS), il disparaît - enfin - en 2025.

Sécurisation modulée à l'activité

En 2023, la sécurisation modulée à l'activité a remplacé la garantie de financement mise en place lors de la crise sanitaire en 2020. Cette sécurisation a été reconduite en 2024, mais disparaît en 2025.

Un accompagnement spécifique des établissements présentant les situations financières les plus dégradées sera mis en œuvre. Une enveloppe de 235 millions d'euros est ainsi prévue *« afin d'accompagner le redressement financier et la performance des établissements de santé. L'allocation de ces crédits fera l'objet d'une démarche contractualisée avec les établissements concernés »*.

Les mesures sur l'investissement

Comme les années précédentes, la circulaire procède au débasage des crédits reconductibles délégués dans le cadre des plans d'investissement nationaux initiés en 2003 (Hôpital 2007, Hôpital 2012, PRISM, UMD/UHSA) et échus à partir de 2023. Conformément aux règles de délégation de ces crédits, qui prévoyaient des mises en base sur une durée de 20 ans, les financements alloués aux ARS en 2005 font l'objet d'un débasage pour un montant de -87,8 M€ en reconductible en 2025.

Mais il est annoncé que, compte tenu des travaux en cours sur le financement de l'investissement hospitalier, ces modalités de gestion des crédits issus des anciens plans d'investissement n'ont pas vocation à se poursuivre en 2026.

Mesures ponctuelles

Des délégations sont prévues pour des accompagnements « ponctuels », ce terme de « ponctuels » étant curieux en la circonstance, puisque cela fait plusieurs années que pour les trois premières mesures ci-après, on lit les mêmes choses dans les circulaires budgétaires ; en somme, ce sont des mesures inscrites comme non reconductibles (NR) et qui sont reconduites chaque année :

- Accompagnement des établissements les plus impactés suite aux radiations 2023 des listes en sus : enveloppe totale de 15 M€ allouée au titre de 2025 pour accompagner les établissements les plus consommateurs de ces produits radiés ;
- Soutien exceptionnel aux établissements de santé en difficulté : 298 millions € ;
- Désensibilisation aux emprunts structurés : 26,5 millions € (dernière tranche) ;
- Appui au redressement financier et à la performance des établissements de santé : 235 millions €. Il s'agit d'un soutien supplémentaire pour faire face à la dégradation spectaculaire de la situation budgétaire des établissements en 2023 et 2024. La façon d'allouer cette enveloppe sera précisée ultérieurement. Il semble que le plus important est de faire figurer les termes de performance et de redressement financier *« conformément à la démarche mentionnée dans la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience des établissements de santé »*.

L'ensemble de ces mesures ponctuelles représente 575 millions d'euros, soit moins que les 690 millions de mesures d'efficience demandés aux établissements.

Principales modifications concernant le recueil d'informations MCO

Le recueil concernant le forfait « maladie rénale chronique » évolue, pour supprimer le test de protéinurie des 24 h et ajouter à la place le ratio albuminurie/créatininurie (RAC), considéré maintenant comme un meilleur indicateur de suivi.

Les nouveau-nés nés à domicile en présence du SMUR doivent être enregistrés avec un mode d'entrée '8' (domicile), comme tous les autres nouveau-nés nés en dehors d'un établissement de santé. Il est rappelé que, depuis 2019, le mode d'entrée des nouveau-nés nés dans l'établissement est 'N'.

Deux nouveaux dispositifs médicaux bénéficient du forfait innovation. Le premier forfait (I18) concerne SONOCLOUD-9, implant intracrânien qui « ouvre » la barrière hémato-encéphalique avant ou après l'injection de chimiothérapie ou d'autres thérapeutiques (code INNOV2402018N au sein de la variable « Innovation »). La valeur retenue pour la prise en charge de l'acte et les frais d'hospitalisation est 95 136 €. L'établissement n'a pas de GHS valorisé dans ces situations. Quatre établissements sont éligibles pour un nombre prévisionnel de patients pris en charge de 72, dont 36 au titre de l'étude.

Le second forfait (I19) est ENDOTEST, test salivaire de diagnostic de l'endométriose. Le forfait de 839 € est facturable en sus du GHS si la patiente est hospitalisée (code INNOV2408019N). En ambulatoire, le forfait est exclusif de tout autre financement ayant pour objet la prise en charge de la réalisation de l'acte et de la consultation associée pour les patientes hors de l'étude, ainsi que des consultations associées d'annonce et de suivi pour celles dans l'étude. Le nombre total de patientes susceptibles de bénéficier de ce test est fixé à 25 000, dont 2 500 au titre de l'étude.

Unités de soins critiques

Les unités de soins critiques ont failli faire l'objet d'un nouveau recueil. La version initiale de la notice technique « PMSI » (celle du 20 décembre 2024) prévoyait en effet un recueil des périodes d'ouverture ou de fermeture temporaire de lits de réanimation, pour permettre des analyses dans le cadre de la réforme des autorisations et préparer la réforme du financement. Un nouveau fichier complémentaire au FICUM (fichier des unités médicales) était prévu. Celui-ci n'aura vécu que trois mois puisque, dans la modification de la note du 21 mars 2025, il a été supprimé. Victime certainement d'intenses réflexions sur son utilité.

Il faut rappeler que les établissements sont dans la période de transition des modalités de recueil concernant les unités de soins critiques, en raison de la nouvelle réglementation ayant conduit à redéfinir et recodifier l'ensemble des types d'unités. Sans doute par souci de simplification, on est passé de 8 types d'unités avant la réforme à 16, incluant des unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires et des unités de surveillance continue hors champ des soins critiques ! On aurait pu atteindre 17 types d'unités, mais le code 15G des *« soins intensifs polyvalents pédiatriques de recours »* a disparu en cours de route, ne figurant pas dans le décret du 26 avril 2022.

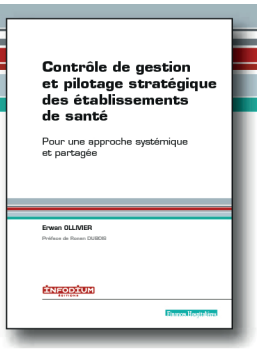
Les établissements en attente des nouvelles autorisations doivent continuer à utiliser les anciens codes.

Nouveautés relatives aux nomenclatures

Dans la CIM-10 à usage PMSI, sont à noter des précisions concernant :

- le suivi du parcours d'assistance médicale à la procréation : inscription de deux nouvelles extensions au code Z52.80 Don ou prélèvement d'ovocytes ou de tissu ovarien ;
- la sédation palliative : deux nouvelles extensions : Z51.85 Sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD, loi Claeys Leonetti) et Z51.86 Sédation palliative hors SPCMJD ;
- la sévérité des hémorragies du post-partum.

La CCAM descriptive à usage PMSI comporte les nouveaux codes de chirurgie fœtale introduits en décembre 2024.



Le nouvel ouvrage de référence pour les contrôleurs de gestion des établissements de santé

Une vision globale au service du pilotage stratégique et opérationnel des établissements de santé.

Par Erwan Ollivier

BON DE COMMANDE

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

	QTé	HT	TTC
☐ **OUI,** Je commande le livre ***Contrôle de gestion et pilotage stratégique des établissements de santé. Pour une approche systémique et partagée*** par Erwan OLLIVIER, 350 pages. (ISBN : 978-2-9559203-9-8) TVA : 5,5 %	.....	71,09	**75,00**
A partir de 11 exemplaires	.....	55,92	**59,00**
Participation forfaitaire aux frais de port 6 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %		.....	.....
		Total	

☐ Mme, ☐ Mlle, ☐ M.
Nom : ..... Prénom : .....
Établissement : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
E-mail : .....

Cachet / Signature

Je règle par :
☐ Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**.
Je recevrai une facture justificative.

☐ A réception de facture (avec RIB)

INFODIUM ÉDITIONS
69, avenue des Ternes 75017 Paris
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
couriel : contact@infodium.fr

PSYCHIATRIE

Psychiatrie : une réforme majeure des modes de prise en charge

Le 4 juillet 2025, un arrêté publié au Journal officiel est venu redéfinir les modes de prise en charge en psychiatrie. Cette réforme s'inscrit dans la continuité des textes réglementaires de 2022[1] et 2023[2] relatifs à la réforme des autorisations et marque une étape majeure dans l'organisation des soins en santé mentale.

Estelle LUCAS-PELISSON
Directrice des affaires financières, Le Vinatier – Psychiatrie Universitaire Lyon Métropole

Jusqu'ici, les textes de référence dataient de 1986[3], à une époque où l'hospitalisation complète constituait encore le pilier de l'offre de soins psychiatriques. Depuis, les pratiques ont profondément évolué :

- essor de l'ambulatoire;
- structuration territoriale autour des centres médico-psychologiques (CMP);
- développement de dispositifs intermédiaires (appartements thérapeutiques, centres d'accueil et de crise);
- nécessité accrue de coordination avec les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Face à ces mutations, une mise à jour du cadre réglementaire s'imposait pour l'adapter aux réalités cliniques et organisationnelles actuelles.

Trois modes de prise en charge clairement définis

L'arrêté du 4 juillet 2025 introduit une nomenclature unifiée reposant sur trois grands modes de prise en charge :

Les séjours à temps partiel

- Hôpital de jour (HDJ) : prise en charge thérapeutique intensive, pluri-professionnelle, destinée aux patients dont l'état clinique ne peut être stabilisé par de simples soins ambulatoires. Elle constitue une alternative à l'hospitalisation complète, sur une demi-journée ou une journée.

Les séjours à temps complet

- Unité d'hospitalisation à temps plein : soins continus et surveillance permanente, sur au moins une journée et une nuit.
- Centre de soins post-aigus (CeSPA) : poursuite des soins après une hospitalisation complète, afin de consolider l'état clinique du patient avant un retour à domicile.

[1] Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie ; Arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du code de la santé publique

[2] Arrêté du 2 mars 2023 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du code de la santé publique

[3] Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

[4] Dès 2022, à la suite du pacte de refondation des urgences, une incitation financière a été mise en place pour favoriser les parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées de plus de 75 ans en services hospitaliers, afin de limiter les passages aux urgences lorsqu'ils ont évitables.

- Appartement thérapeutique (AT) : dispositif d'hébergement avec présence continue d'une équipe soignante, pour soutenir l'autonomie et stabiliser l'état de santé.
- Centre d'accueil et de crise (CAC) : accueil en continu pour les situations de crise, avec lits d'hospitalisation de courte durée et orientation vers les autres modes de prise en charge.

Les soins ambulatoires

- Centre médico-psychologique (CMP) : structure pivot de proximité assurant accueil, évaluation, orientation, diagnostic, soins, prévention et coordination territoriale. Des antennes peuvent être déployées pour faciliter l'accès sur tout le territoire.
- Centre d'activités thérapeutiques et de temps de groupe (CATTG) : prise en charge collective par des activités de soins visant à améliorer la symptomatologie, l'autonomie et la qualité de vie. L'orientation se fait principalement via les CMP.
- Soins à domicile : intervention pluri-professionnelle au domicile du patient ou dans un lieu assimilé (établissements sociaux ou médico-sociaux, accueil familial thérapeutique). Cette modalité peut constituer une alternative à l'hospitalisation complète.
- Centres de consultation : lieux dédiés aux consultations programmées par des professionnels identifiés.

Une réforme nécessaire, mais porteuse de défis

Si cette réforme répond à une attente ancienne des professionnels — en remplaçant des textes obsolètes par une définition plus claire des modes de prise en charge — elle soulève aussi des enjeux importants, notamment pour les centres d'accueil et de crise (CAC).

Ces dispositifs, essentiels pour offrir une alternative aux urgences psychiatriques, sont désormais soumis à l'obligation d'un accueil en continu (24 h/24). Sur le papier, cette exigence conforte leur rôle central dans l'accès aux soins en situation de crise. Mais sur le terrain, elle se heurte à plusieurs réalités : difficulté structurelle d'accès aux soins psychiatriques, en particulier pour les situations non programmées ; manque de solutions d'évaluation–orientation rapides (24 à 72 h) permettant d'éviter un passage aux urgences par défaut ; fortes disparités dans les moyens humains et financiers.

Dans ce contexte, le CAC ne peut constituer qu'une partie de la réponse : il doit s'intégrer dans un continuum allant de l'accès précoce à l'orientation adaptée, en passant par une évaluation clinique rapide, en articulation avec d'autres dispositifs (CMP et équipes mobiles notamment).

L'application stricte de la nouvelle définition pourrait conduire à exclure des CAC incapables d'assurer le 24 h/24, alors même qu'ils répondent à un besoin essentiel. La perte d'agrément aurait un impact financier direct : aujourd'hui, ces structures bénéficient d'une majoration spécifique dans la dotation file active (pondération environ deux fois supérieure à celle d'une hospitalisation complète classique, avec un tarif journalier plus élevé). Sans ces financements, leur équilibre économique serait fragilisé, réduisant encore l'offre disponible.

Le financement du non programmé : un angle mort

Cette situation met en lumière un angle mort persistant : le financement des soins psychiatriques non programmés. Le modèle actuel, qui repose sur le CMP comme pivot de l'accès aux soins, ignore largement les contraintes spécifiques liées à l'accueil non programmé ou dans un délai court (48 h), alors que des dispositifs similaires existent déjà dans le secteur MCO[4].

Si la réduction des délais d'attente en CMP — parfois de plusieurs mois dans certains territoires — demeure un objectif, il est tout aussi crucial de pouvoir proposer des prises en charge et des orientations rapides, qui ne passent pas nécessairement par le CMP et puissent bénéficier d'un financement spécifique ou a minima de mécanismes d'incitation financière.

Face à ce besoin, les services d'accès aux soins (SAS), dont le déploiement ne fait que commencer, pourraient devenir un maillon stratégique pour éviter le recours aux urgences par défaut. Certains appels à projets ont permis de financer partiellement ces structures, mais le modèle économique global du non programmé reste à inventer. L'idée de maisons médicales de garde en psychiatrie mérite également d'être explorée, avec un financement dédié, par exemple via le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Plus largement, sans modèle clair et pérenne, il sera illusoire de garantir un accès rapide et équitable aux soins psychiatriques sur tout le territoire. Quant aux financements des équipes dédiées aux urgences, bien qu'ils relèvent du compartiment des activités spécifiques et d'une enveloppe fléchée, nous restons dans l'attente d'un cahier des charges national et dans l'incertitude que le financement de ces activités soit pleinement couvert.

ANALYSE FINANCIÈRE

Forte dégradation de la situation financière des établissements publics de santé en 2023 et 2024

Plusieurs publications récentes mettent en évidence une forte dégradation de la situation financière des établissements publics de santé (EPS) sur les deux dernières années : la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans le cadre du panorama des établissements de santé qu'elle présente chaque année consacre un chapitre à leur situation financière en 2023 et publie à la suite ses premières estimations pour 2024[1]. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de son côté, a mis en ligne en juin 2025 une analyse de la situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2022, plus détaillée que celle de la DREES, mais sur des données moins récentes[2]et[3]. Enfin le rapport annuel de 2024 de l'observatoire des délais de paiement met de nouveau en évidence une dégradation des délais de paiement des EPS symptomatique d'une détérioration de leur situation de trésorerie[4].

Jean-Claude DELNATTE

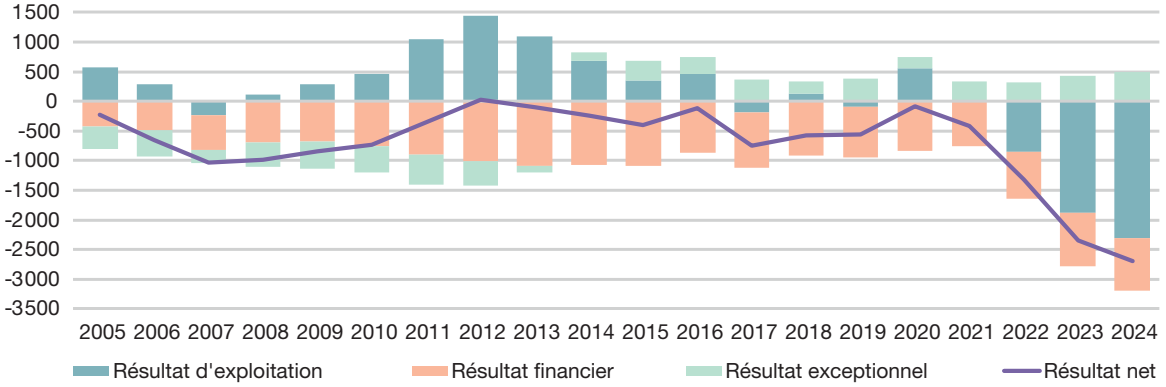
Les résultats déficitaires s'aggravent encore

En 2023, le déficit toutes activités confondues des EPS atteint 2,4 milliards d'euros[5], après 1,3 Md€ en 2022 et 565 millions d'euros en 2019. Rapporté aux produits, le résultat est de -2,3 % en 2023, après -1,3 % en 2022 et -0,7 % en 2019. D'après une première estimation basée sur les comptes non définitifs à la mi-juillet 2025, ce déficit serait de l'ordre de 2,7 à 2,9 Md€ en 2024, représentant 2,5 % des produits, soit le plus mauvais résultat depuis 2005, point de départ des observations de la DREES.

Ce déficit est largement imputable à la dégradation sans précédent du résultat d'exploitation qui avait déjà atteint un point bas en 2022, à - 847 M€, et chute à -1,9 Md€ en 2023 et entre -2,2 à -2,4 Md€ en 2024 sous l'effet conjugué de l'augmentation des charges d'exploitation, de la réduction des dispositifs de concours exceptionnels, et du non-dégel du coefficient prudentiel de 0,7 % des tarifs décidé en fin d'année.

Le résultat financier, structurellement négatif, s'établit à - 907 M€ en 2023, après -792 M€ en 2022 et demeure stable en 2024. Seul le résultat exceptionnel reste excédentaire depuis 2014.

Evolution du résultat des EPS et de ses composantes (en M€) (estimation pour 2024)



Source : DGFIP, traitement DREES.

Les charges et les produits augmentent sensiblement

Les produits des EPS sont en progression en 2023 de +5,6 %, après +4,1 % en 2022, pour atteindre 103,6 Md€, après 98,0 Md€ en 2022, dont 90,5 % comptabilisés dans le compte de résultat principal.

La progression des produits du compte de résultat principal s'observe pour l'ensemble des titres qui le composent, à des rythmes toutefois différents. Les versements de l'assurance maladie (titre 1), s'élèvent à 75,9 Md€ en hausse de 5,7 % par rapport à 2022 (71,8 Md€) et de 30,1 % par rapport à 2019 (58,3 Md€). La part des produits financés par l'assurance maladie baisse pour la deuxième année consécutive (76,4 % en 2023, après 77,1 % en 2022), mais reste supérieure à son niveau d'avant crise (75,2 % en 2019). L'année 2023 est marquée par une reprise de l'activité significative et une forte réduction des mesures exceptionnelles prises pour faire face à la crise sanitaire : la garantie de financement (GF) est remplacée par le dispositif de sécurisation modulée à l'activité (SMA), qui permet de poursuivre l'accompagnement des établissements ayant un niveau d'activité fragile. Pour les EPS, les versements au titre de la GF, puis de la SMA, se sont élevés à 2,5 Md€ en 2020, 1,6 Md€ en 2021, 1,8 Md€ en 2022 et 1,1 Md€ en 2023. Des ressources supplémentaires ont également été allouées pour compenser les revalorisations salariales accordées en vue de renforcer l'attractivité des carrières et pour compenser l'inflation.

[1] Les établissements de santé en 2023 - Édition 2025, 22 mai 2025 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/250522_Panorama_etablissements-de-sante2025 et Études et résultats, juillet 2025 n° 1344 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/250724_ER_degradation-des-comptes-financiers-des-hopitaux-publics .

[2] Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2022 https://www.atih.sante.fr/comptes-financiers-2022.

[3] Les données présentées par la DREES sont issues des comptes financiers produits par la direction générale des finances publiques (DGFiP) et celles que traite l'ATIH ont pour source les comptes financiers collectés sur la plateforme ANCRE

[4] https://publications.banque-france.fr/liste-chronologique/rapport-de-lobservatoire-des-delais-de-paiement.

[5] La DREES indique que les valeurs du résultat avant 2011 diffèrent de celles présentées dans ses publications antérieures à 2022, car une correction a été apportée au compte 7071 (rétrocession de médicaments) de l'AP-HP de 2005 à 2010. 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.

Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) sont en hausse de 4,6 % et représentent 5,9 % des produits, soit 1,3 point de moins qu'en 2019. Les autres produits (titre 3), augmentent de 12,5 %, atteignant 17,7 Md€ (après 15,7 Md€ en 2022) et représentent 17,8 % des produits, comme en 2019 (17,7 %).

La forte progression des charges du secteur hospitalier public, depuis la crise sanitaire, ralentit en 2024 : +4,0 % après +6,6 % en 2023, +5,1 % en 2022, et seulement +2,6 % par an en moyenne avant la crise. Les charges sont de l'ordre de 110,2 Md€, après 105,9 Md€ en 2023 et 99,4 Md€ en 2022, dont 90,3 % comptabilisés dans le compte de résultat principal. 2023). Ces augmentations sont principalement attribuables aux charges de personnels, du fait des mesures nationales de revalorisation des rémunérations dans la fonction publique hospitalière. Sur le compte de résultat principal, les charges de personnels croissent de l'ordre de 2,7 Md€ (+4,4 % en 2024 après +5,0 % en 2023). À l'inverse, les dépenses à caractère hôtelier et général se replient partiellement après une très forte augmentation en 2023 (-2,2 %, à 10,5 Md€, après +19,4 % en 2023) suivant l'évolution des prix des matières premières, en particulier de l'énergie.

La croissance des charges en 2024 est, comme en 2023, supérieure à celle des produits (+3,8 %), ce qui explique le creusement du déficit.

Évolution des charges et des produits du compte de résultat principal des EPS

en Md€	2019	2020	2021	2022	2023	Variation 2023/2019	Variation 2023/2022
Total des produits	**77,6**	**83,4**	**88,9**	**93,1**	**99,4**	**28,1 %**	**6,8 %**
Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	58,3	64,5	68,9	71,8	75,9	30,1 %	5,7 %
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	5,5	4,9	5,2	5,6	5,8	5,2 %	4,6 %
Titre 3 : autres produits	13,7	14,0	14,8	15,7	17,7	28,9 %	12,5 %
Total des charges	**78,2**	**83,6**	**89,3**	**94,1**	**101,3**	**29,5 %**	**7,7 %**
Titre 1 : charges de personnel	47,6	51,3	54,9	57,9	60,8	27,8 %	5,0 %
Titre 2 : charges à caractère médical	16,0	17,1	18,8	19,9	21,0	31,0 %	5,3 %
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,8	8,1	8,5	9,0	12,0	54,9 %	34,5 %
Titre 4 : charges d'amortiss., de provisions, financ. et excep.	6,9	7,2	7,1	7,3	7,5	8,8 %	2,6 %
Résultat du compte de résultat principal	**-0,7**	**-0,2**	**-0,4**	**-1,0**	**-1,9**		

Source : DGFiP, traitement DREES.

Une dégradation pour partie imputable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) rattachés aux EPS

L'étude de la DREES ne traite pas en détail des comptes de résultat annexes (CRPA), mais le constat que le résultat toutes activités confondues est encore plus mauvais que celui de l'activité principale suggère que certaines activités annexes y contribuent pour une part importante ; à cet égard, une enquête réalisée par la Fédération hospitalière de France auprès de ses adhérents sur la situation financière des EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) fait apparaître que 89 % des EHPAD rattachés à un EPS ayant répondu à l'enquête étaient déficitaires en 2023 et 81 % l'étaient en 2024. Le taux moyen de résultat était de - 3,8 % en 2023[6].

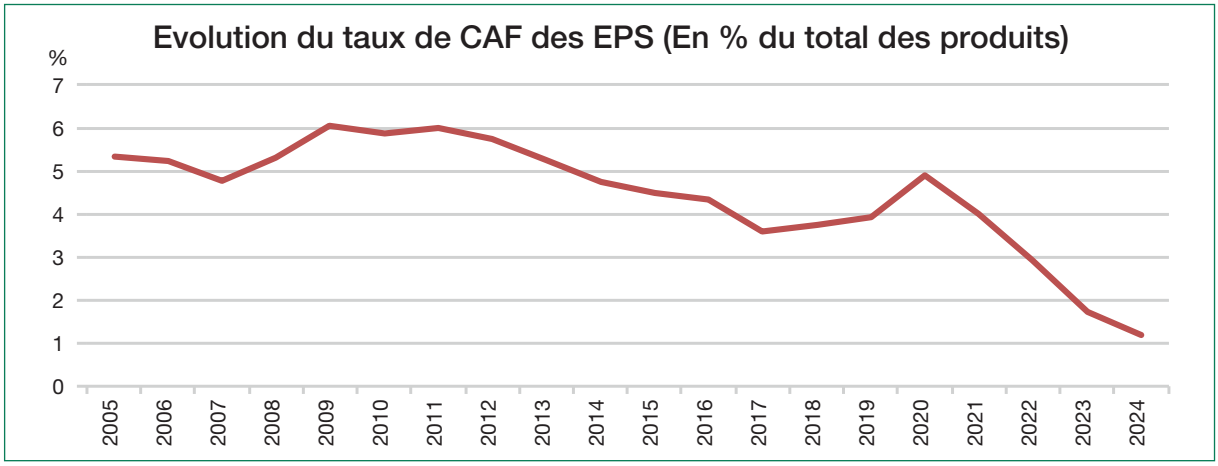
Les données fournies par l'ATIH confirment ces constats[7] : en 2022, huit établissements publics sur dix gérant un EHPAD ont enregistré sur cette activité un déficit d'un montant total de -285 M€ contribuant pour 24 % au déficit toutes activités confondues de leur établissement de rattachement et les résultats des CRPA soins de longue durée (USLD), maisons de retraite et soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont eux aussi déficitaires.

[6] https://www.fhf.fr/actualites/communiques-de-presse/depuis-2022-un-deficit-cumule-de-pres-de-2-milliards-deuros-qui-menace-directement-la-perennite-de. Voir aussi Delnatte JC, « *La situation toujours préoccupante des EHPAD* » Autonomie n°4 juillet-août-septembre 2025.

[7] Op.cit.

Une très forte baisse de la capacité d'autofinancement

Le taux de capacité d'autofinancement (CAF), c'est-à-dire le rapport de la CAF sur le total des produits, qui n'était plus que de 1,7 % en 2023 après 2,9 % en 2022 et 4,0 % en 2021, baisse encore en 2024 à 1,2 % selon une première estimation de la DREES, pour atteindre son niveau le plus bas depuis 2005.



Source : DGFiP, traitement DREES.

Sous réserve d'une analyse plus approfondie à partir des données définitives de 2024, il est permis de déduire que beaucoup d'hôpitaux présentent désormais une CAF nette négative et qu'une proportion non négligeable d'entre eux est en insuffisance d'autofinancement. Les conséquences sur la trésorerie sont d'ailleurs déjà perceptibles (*cf. infra*).

Des situations contrastées par catégorie d'établissements

Les 3/4 des EPS sont déficitaires en 2023, alors qu'ils étaient les 2/3 dans cette situation en 2022, une proportion nettement supérieure à celle précédant la crise sanitaire (58 % en 2019) et même inédite depuis 2005. Le déficit cumulé des établissements déficitaires s'accroît fortement pour atteindre -2,8 Md€ en 2023, après -1,8 milliard en 2022, et près de la moitié de celui-ci est imputable à 48 établissements, après 39 en 2022 et 42 en 2019. L'excédent cumulé des établissements excédentaires diminue légèrement et s'établit à 421 M€ en 2023, après 506 M€ en 2022, et la moitié est produite par 15 établissements, contre 18 en 2022 et 26 en 2021.

La forte dégradation des résultats en 2023 concerne toutes les catégories d'établissements[8] à l'exception des centres hospitaliers (CH) spécialisés en psychiatrie qui maintiennent des résultats positifs et en amélioration par rapport à 2021.

Le déficit de l'AP-HP, qui atteint 3,9 % de ses produits en 2023, est particulièrement marqué et représente, à lui seul, 13 % du déficit cumulé en 2023 de tous les EPS. Il très supérieur à celui des autres CHR, qui lui aussi s'aggrave par rapport à 2022.

Le taux de déficit très élevé constaté pour les CH ex-hôpitaux locaux et les petits CH s'explique, en grande partie, par le poids relatif des activités médico-sociales dans ces deux catégories d'établissements ; selon l'étude de l'ATIH[9] sur les exercices 2021 et 2022, la détérioration du résultat toutes activités confondues des petits CH (<20 M€) s'explique exclusivement par celui du CRPA EHPAD, l'excédent du compte principal compensant le déficit des autres comptes annexes.

[8] La DREES distingue les très grands CH (plus de 150 M€ de produits toutes activités confondues), les grands CH (plus de 70 M€), les CH moyens (entre 20 et 70 M€) et les petits CH (moins de 20 M€).

[9] Op. cit.

Évolution des résultats en % des produits par catégorie d'EPS																			
En %	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble des EPS	**0,3**	**-0,3**	**-0,8**	**-0,5**	**-0,3**	**-0,3**	**-0,5**	**0,0**	**-0,1**	**-0,3**	**-0,5**	**-0,1**	**-0,9**	**-0,7**	**-0,7**	**-0,1**	**-0,4**	**-1,3**	**-2,3**
AP-HP	-0,9	2,4	-0,2	0,2	-1,1	-1,5	-1,1	-0,3	-0,1	-0,1	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7	-3,2	**-3,9**
Autres CHR	-0,1	-1,1	-2,0	-2,2	-1,6	-0,8	-0,9	0,2	-0,3	-0,6	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3	-0,3	**-1,3**
CH spéc. en psychiatrie	1,1	0,4	0,7	0,7	0,5	0,5	0,5	0,3	-0,1	0,0	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3	2,2	**2,0**
CH ex-hôpitaux locaux	1,6	2,0	2,2	2,1	2,3	2,2	1,4	1,2	0,4	0,4	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4	-1,3	**-2,9**
Très grands CH	-0,1	-0,4	-1,5	-1,2	-1,0	-0,7	-0,7	0,2	0,0	-0,2	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4	-1,3	**-2,2**
Grands CH	0,6	-0,8	-0,6	-0,1	0,0	-0,2	-0,5	0,0	-0,6	-0,7	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7	-1,6	**-2,4**
Moyens CH	0,6	-0,3	-0,3	0,0	0,4	-0,1	-0,3	-0,6	-0,4	-0,6	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5	-1,4	**-2,5**
Petits CH	1,4	1,6	1,9	1,8	2,1	1,9	1,2	1,0	0,8	0,5	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1	-1,6	**-3,0**

Source : DGFiP, traitement DREES.

La baisse du taux de CAF s'observe elle aussi en 2023 sur toutes les catégories d'EPS, à l'exception des CH spécialisés en psychiatrie. Celui de l'AP-HP, qui se situait dans la moyenne des EPS en 2022, est à souligner.

Évolution du taux de CAF des EPS																			
En % des produits	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble des EPS	**5,3**	**5,2**	**4,8**	**5,3**	**6,0**	**5,9**	**6,0**	**5,7**	**5,3**	**4,8**	**4,5**	**4,3**	**3,6**	**3,8**	**3,9**	**4,9**	**4,0**	**2,9**	**1,7**
AP-HP	3,6	6,5	4,4	3,8	4,9	4,2	5,7	5,9	4,7	3,7	4,0	2,5	1,2	2,4	2,6	2,1	2,2	2,9	**0,9**
Autres CHR	4,8	4,6	3,6	4,2	5,1	5,5	5,8	5,8	5,6	4,8	4,4	4,3	4,5	4,4	5,0	6,0	4,8	4,0	**2,8**
CH spéc. en psychiatrie	4,2	4,7	4,7	5,2	5,6	5,7	5,6	5,0	4,4	4,5	4,8	5,4	4,9	5,3	5,3	6,1	5,7	6,6	**6,6**
CH ex-hôpitaux locaux	6,4	7,7	8,2	8,5	8,7	8,7	7,8	7,2	6,4	5,8	5,9	6,8	5,6	5,2	5,3	7,0	5,9	3,9	**1,7**
Très grands CH	4,9	5,2	4,1	4,7	5,6	5,6	6,0	5,9	5,6	4,9	4,5	4,4	3,8	4,0	4,2	5,1	4,0	3,1	**1,8**
Grands CH	5,8	4,8	4,9	5,6	6,4	5,9	5,6	5,4	4,4	4,4	4,3	3,9	2,9	3,2	3,1	4,2	3,8	2,4	**1,5**
Moyens CH	5,4	5,2	5,2	5,7	6,2	5,6	5,8	5,3	4,8	4,3	4,2	4,0	3,2	3,1	3,2	4,7	4,1	2,6	**1,5**
Petits CH	6,4	7,1	7,6	8,0	8,4	8,4	7,6	6,9	6,6	6,0	5,6	6,2	5,0	4,8	4,4	5,9	5,2	3,2	**1,4**

Source : DGFiP, traitement DREES.

Une légère augmentation des investissements grâce aux aides du Ségur, qui ne se confirme pas en 2024

L'effort d'investissement des EPS, soutenu au début des années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, a ensuite baissé puis a été relancé grâce aux aides prévues par le Ségur. Les investissements annuels s'élèvent à 5,6 Md€ en 2023, après 4,9 Md€ en 2022 et 4,4 Md€ en 2021, représentant 5,4 % des produits en 2023, après 5 % en 2022 et un point bas de 4,4 % en 2020. En 2024, cet effort diminue légèrement à 5,1 % des produits en raison du retard de nombreux projets du fait de la dégradation de la situation financière des établissements, du renchérissement des coûts des projets et des compléments d'instruction importants.

En 2023, la relance des investissements hospitaliers s'observe à la fois pour les constructions et les opérations courantes à des rythmes toutefois contrastés. Après un net repli en 2020, l'effort d'investissement de construction, dont l'immobilier lourd, progresse pour la troisième année consécutive, bien que plus modérément (+0,2 point, après +0,3 point en 2021 et 2022), mais cette évolution est à relativiser car le renchérissement, depuis 2022, des coûts de construction en raison de la hausse des prix des matériaux et de l'énergie participe à l'augmentation du montant investi pour une opération donnée. L'effort d'investissement courant présente sa plus forte croissance depuis 2007 (+0,3 point), notamment avec la reprise des investissements d'équipement, qui en font partie (+0,1 point, après -0,1 point en 2022).

Après la fin des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 les taux de vétusté des immobilisations ont eu tendance à augmenter. C'est encore le cas en 2023 pour les constructions, dont le taux de vétusté atteint 58,5 %, après 57,1 % en 2022, malgré la relance des investissements. En revanche, ce taux diminue légèrement, pour la troisième année consécutive, pour les équipements (79,5 % en 2023, après 80,8 % en 2020, son dernier point haut), en rupture avec la tendance observée depuis 2015.

Une baisse relative de l'encours de dette, mais une augmentation de la proportion d'établissements surendettés

En 2024, l'encours de la dette des EPS se stabilise à 30 Md€, après avoir atteint, en 2021, son point le plus haut depuis le début des observations (31,1 Md€). Il représente 27,8 % des produits, après 29 % en 2023, 31,3 % en 2022, 33 % en 2021 et 33,9 % en 2020. Cette diminution régulière s'inscrit dans la tendance engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %) et s'explique aussi par les aides du Ségur qui ont permis de soutenir l'investissement tout en réduisant le recours à l'emprunt.

En 2024, le ratio d'indépendance financière, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'établit à 45,6 %, après 45 % en 2023 et 45,7 % en 2022. Ce ratio avait atteint un pic en 2018 (à 52,4 %), faisant suite à une progression continue depuis 2005, et sa baisse jusqu'en 2023 s'explique principalement par les aides du Ségur de la santé, qui sont venues conforter les capitaux propres des établissements et ont facialement permis de l'améliorer. La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % demeure quasi stable (19,6 % en 2023, après 19,5 % en 2022). Elle est nettement inférieure au niveau atteint lors du dernier point haut (33,3 % en 2018).

L'information la plus inquiétante que fournit l'étude de la DREES est celle concernant l'évolution de la durée apparente de la dette[10], qui atteint, en 2023, 16,8 ans après 10,6 ans en 2022, alors qu'elle n'était que de 6,9 ans en 2020, son dernier point bas. Seuls les CH spécialisés en psychiatrie présentent une durée très inférieure à 10 ans et cet indicateur atteint 45,7 ans pour l'AP-HP, sous l'effet conjugué de l'augmentation de son encours de dette et de la forte baisse de sa CAF. La nouvelle dégradation de la CAF en 2024, alors que l'encours de dette reste quasiment stable, devrait encore allonger cette durée.

Évolution de la durée apparente de la dette des EPS

En années	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble des EPS	**3,8**	**4,4**	**5,5**	**5,6**	**5,6**	**6,2**	**6,3**	**7,1**	**7,9**	**8,5**	**8,8**	**9,0**	**10,6**	**10,0**	**9,3**	**6,9**	**8,3**	**10,6**	**16,8**
AP-HP	4,2	2,4	4,2	6,1	5,7	7,8	6,3	5,7	6,8	7,8	7,3	11,3	24,5	13,4	13,1	16,2	15,9	13,3	**45,7**
Autres CHR	3,5	4,5	7,2	7,6	7,2	7,1	6,7	7,2	7,8	9,0	9,8	9,5	9,0	8,9	7,5	5,9	7,9	8,7	**11,2**
CH spécialisés en psychiatrie	2,8	2,7	2,9	2,7	2,7	3,0	3,4	4,7	5,8	5,6	5,0	4,5	4,7	4,2	4,1	3,3	3,3	2,7	**2,3**
CH ex-hôpitaux locaux	4,3	4,2	4,2	4,4	4,7	4,9	5,9	6,7	7,8	8,6	8,8	7,8	9,3	9,9	9,2	6,3	7,1	10,4	**22,2**
Très grands CH	3,6	3,9	5,8	6,2	6,1	6,5	6,4	7,1	7,7	8,6	9,1	9,1	10,4	9,8	8,9	7,0	8,8	10,8	**17,3**
Grands CH	3,9	5,3	5,9	5,2	5,1	5,9	6,6	7,7	9,3	8,7	8,4	9,3	12,5	10,6	10,6	7,2	7,2	9,9	**13,5**
Moyens CH	4,1	4,8	5,2	5,2	5,1	6,1	5,7	6,8	7,7	8,4	8,4	8,5	10,3	10,3	9,8	6,1	6,1	9,2	**15,1**
Petits CH	4,1	4,3	4,4	4,7	5,1	5,1	6,0	6,2	6,5	7,4	8,1	7,6	9,5	9,5	10,1	7,0	8,3	12,6	**25,4**

Source : DGFiP, traitement DREES.

La part des établissements surendettés selon les critères réglementaires augmente pour la deuxième année consécutive sans pour autant retrouver son niveau d'avant crise. Elle atteint 36,3 % en 2023 après 33,6 % en 2022, 30,5 % en 2021 et 41,5 % en 2019. En 2023, 32,1 % des établissements ne présentent aucun critère de surendettement, une proportion en nette baisse par rapport à 2022 (36,4 %) et qui n'avait encore jamais été atteinte depuis 2005 (Voir dans ce numéro l'article de S. Villeret pages suivantes).

[10] Qui rapporte l'encours de la dette à la CAF et exprime le nombre d'années de CAF nécessaires pour rembourser intégralement la dette financière à moyen et long terme

Un encours moins risqué

L'étude de l'ATIH[11] fournit des informations sur le niveau de risque des emprunts des EPS en 2022, par référence à la charte Gissler :

- Le montant des emprunts non risqués, cotés 1A, atteint 24 845,2 M€, soit 94,5 % des encours et cette part progresse de +0,3 point par rapport à 2021. Cette progression est observée sur l'ensemble des catégories d'établissements ;
- Les emprunts structurés à risque élevé, cotés 1D à 5D et 1E à 5E, représentent 4,6 % de l'encours total soit 1 456,4 M€. Cette proportion est relativement importante dans les CHU (4,5 %) et atteint 5,7 % pour les CH de taille moyenne ;
- Le montant des emprunts structurés à risque très élevé, cotés 6F, est de 240,6 M€, soit 0,9 % des encours. Ces emprunts se retrouvent essentiellement dans les CHU (181,8 M€) et dans une moindre mesure dans les CH de grande taille (26,3 M€) et les CH de taille intermédiaire (14,1 M€). Ils sont en constante diminution (-2,8 points par rapport à 2021) ;
- Pour la très grande majorité des encours (99,4 %) les contrats souscrits en 2022 sont des emprunts non risqués (1A).

Une forte dégradation des délais de règlement des dépenses, symptomatique de tensions de trésorerie

Selon l'annexe 6 au PLFSS pour 2025, il est constaté à fin décembre 2023, et à l'inverse de la tendance observée depuis 2019, une baisse importante du solde des comptes au Trésor des EPS, d'ampleur variable selon les catégories d'établissements et globalement de l'ordre de 9,4 %.

Cette baisse n'est pas sans incidence sur le règlement des dépenses. La circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 fait état d'une forte augmentation des dettes fiscales et sociales qui s'élèveraient, selon les dernières estimations, à 3 Md€ en 2023, contre 2,5 Md€ en 2022[12].

Concernant les dettes à l'égard des fournisseurs, le dernier rapport de l'observatoire des délais de paiement[13] indique qu'au 31 décembre 2024, le délai de paiement moyen des EPS augmente de 3,4 % par rapport à l'année 2023 et s'élève à 63,4 jours. Ce résultat est non seulement supérieur au délai réglementaire de 50 jours, mais aussi au niveau constaté en 2020 qui était de 55,1 jours, à l'époque de la crise sanitaire liée à la Covid-19. La proportion d'EPS qui dépassent le délai réglementaire, déjà dérogatoire par rapport aux autres entités publiques, augmente année après année pour atteindre 44,8 % en 2024, contre 41,5 % en 2023.

Les données de la DREES couvrant la période 2005-2023 montrent que les résultats des EPS ont connu leur meilleur niveau en 2012, puis se sont progressivement dégradés jusqu'à l'embellie des années 2020-2021 grâce à la garantie de financement. La tendance déficitaire a repris ensuite en s'aggravant et les données de l'année 2024, encore partielles, font apparaître une situation alarmante, qui motive la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025.

[11] Op. cit.

[12] Voir DELNATTE J.C. « Instructions du Premier ministre pour maîtriser les déficits des établissements de santé », Finances Hospitalières, n° 202, juin 2025.

[13] Mis en ligne le 11 juillet 2025 https://www.banque-france.fr/fr/publications-et-statistiques/publications/rapport-de-lobservatoire-des-delais-de-paiement-2024.

ANALYSE FINANCIÈRE

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

Cet article traite du poids de la dette dans le secteur hospitalier public, thématique abordée dans l'ensemble des publications sur les finances hospitalières publiques réalisées depuis 2022 par La Banque Postale en partenariat avec la Fédération hospitalière de France (FHF). Des dernières années étudiées, notamment 2023, il ressort que le niveau de capacité d'autofinancement (CAF), un des indicateurs centraux de la situation d'exploitation d'un hôpital, influence de plus en plus fortement le besoin d'autorisation de l'ARS pour emprunter, au travers du délai de désendettement, rapport entre l'encours de dette et la CAF.

Sébastien VILLERET
Direction des études et de la recherche de La Banque Postale

Cet article s'appuie sur les bases relatives à la nomenclature M21 et aux années 2015 à 2023 de la Direction générale des finances publiques (DGFiP), transmises depuis plusieurs années par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

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 1).

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 2).

Encadré 1

Le poids de l'obligataire a augmenté ces dernières années ; cette modalité de financement des investissements continue en revanche de concerner 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'intérêt négatifs. 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.

Encadré 2

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

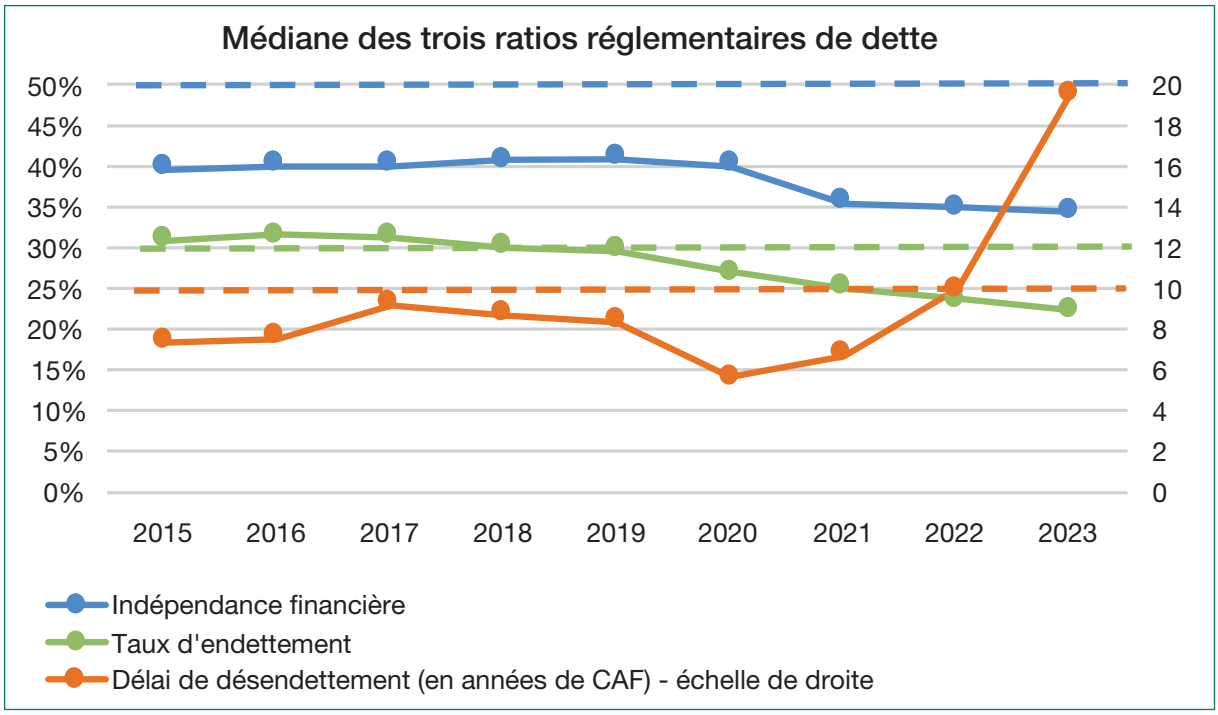
Le décret du 14 décembre 2011 visait à permettre aux ARS d'encadrer le recours à l'emprunt d'un nombre significatif d'hôpitaux, pas uniquement des plus lourdement endettés. Les seuils réglementaires ont été définis dans ce but. Ce décret a été promulgué en lien avec les Plans Hôpital 2007 et Hôpital 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.

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.



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

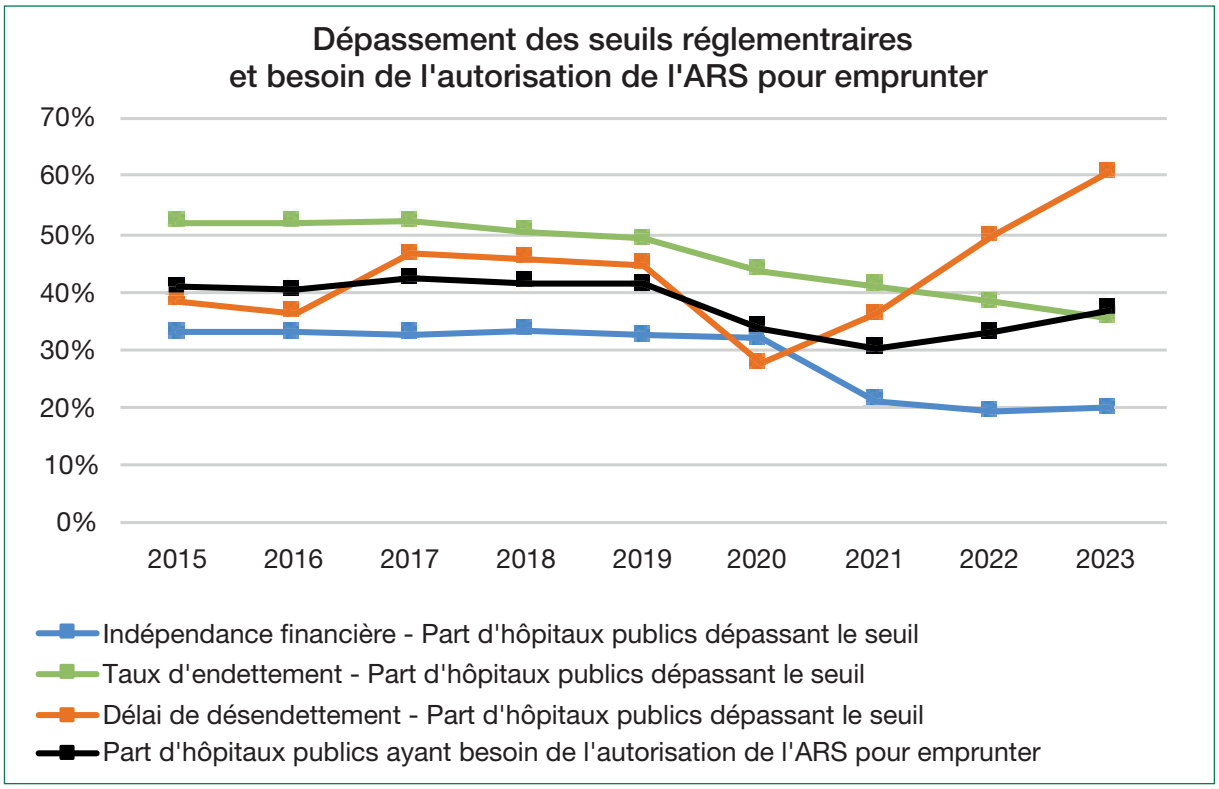
Le taux d'endettement médian était proche du seuil réglementaire de 30 % en début de période, jusqu'en 2019. À partir de 2020, la médiane diminue significativement et devient ainsi inférieure au seuil réglementaire, sous l'effet notamment des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur 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.

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.



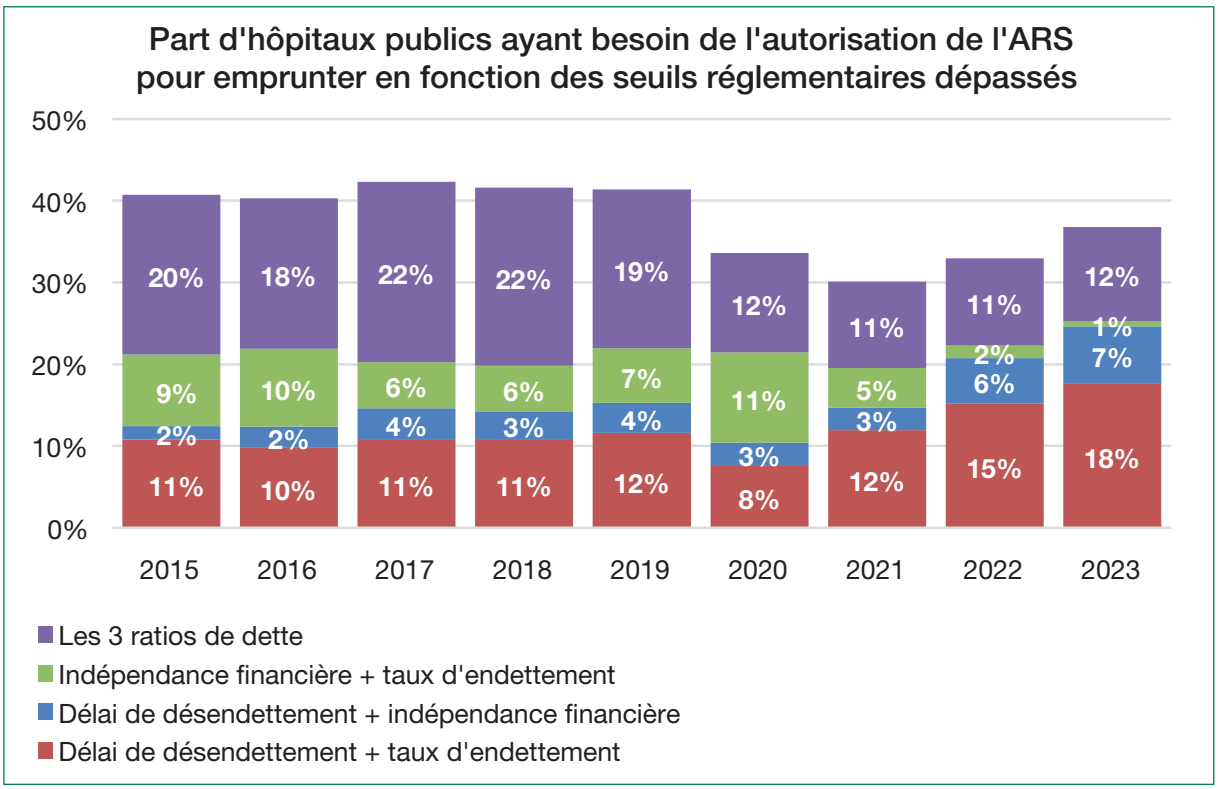
Relativement stables entre 2015 et 2019, la part des hôpitaux publics dépassant le seuil pour l'indépendance financière et celle dépassant le seuil pour le taux d'endettement ont ainsi connu une baisse significative en 2020 et 2021, puis ont moins évolué depuis. Ces parts s'établissent en 2023 à 20 %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

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



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 pas[1] 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.

[1] 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.

Jurisprudence

Clémence ZACHARIE
Maître de conférences,
IAE Paris Est, CERSA UMR 7106

MÉDICO-SOCIAL

Des clarification budgétaires et comptables pour les Ehpad

Par deux décisions de février dernier, le Conseil d'État a précisé le régime comptable et financier des EHPAD, démarche qui ne sera pas sans conséquences sur le fonctionnement des structures hospitalières travaillant en collaboration avec les établissements du secteur médico-social

CE, n° 492231 du 4 février 2025 et CE n° 492230 du 25 février 2025

Le scandale lié au livre « les fossoyeurs » de Victor Castanet n'a pas cessé, au-delà de l'impact évident sur la réputation des structures médico-sociales, de justifier des aménagements sur la gestion comptable et financière de ceux-ci. À la suite de la mission de contrôle de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales mandatée en 2022, les textes se sont succédé afin de garantir le respect de la transparence dans le fonctionnement économique de ces structures, mais aussi s'assurer du fait que la course au profit n'ait pas de conséquences dramatiques sur le bien-être des résidents. Il est donc s'agit pour l'administration d'encadrer les stratégies d'établissement. Plusieurs textes réglementaires sont donc intervenus pour gérer les questions comptables, mais aussi les réserves budgétaires ainsi que leurs affectations. Saisi par le SYNERPA, le Conseil d'État a été amené à se prononcer sur la légalité de cette démarche.

Dans une première décision (Conseil d'État, 4 février 2025, n° 492231 – *Synerpa*), la haute juridiction valide la démarche d'affectation des réserves de trésorerie à des comptes de réserve destinés à compenser les déficits. La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a adopté le principe d'un pilotage des financements s'appuyant sur les ressources. S'en est donc suivi, d'une part, le recours à l'établissement d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), et non d'un budget classique soumis à approbation. D'autre part, les excédents ne peuvent désormais être repris par les financeurs, mais sont laissés à disposition des établissements. Mais différents décrets de 2022 (décret n° 2022-742 du 28 avril 2022, décret n° 2022-695 du 26 avril 2022, décret

n° 2022-732) sont intervenus pour encadrer cette relative liberté. Le renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a alors été justement utilisé comme un moyen de contrôler ces réserves et éventuels reports en tenant compte, à l'occasion de ce renouvellement, du fait qu'ils soient ou non justifiés par les conditions d'exploitation. De plus, le pouvoir réglementaire a prévu que l'on puisse éventuellement plafonner le principe même des reports. Il s'agissait clairement pour le pouvoir réglementaire de contrer le risque de recherche d'une rentabilité financière qui ne serait pas conforme aux objectifs fixés par le CPOM. Il ne s'agit pas d'une réelle reprise, les excédents sont néanmoins gelés de façon à compenser le déficit engendré par la nouvelle tarification. Le principe en était contesté par le Synerpa, tant sur des moyens de forme que sur des moyens de fond. Les questions de forme et de procédures ont rapidement été écartées, notamment l'invocation des erreurs de consultation préalable à la rédaction du décret.

C'est sur le fond que la décision mérite que l'on s'y arrête. La haute juridiction devait d'abord analyser la période de référence pour appréhender les réserves, et notamment décider si les réserves et les reports dont il est question sont ceux constitués lors l'exécution du précédent contrat d'objectifs et de moyens, ou plus généralement ceux constitués depuis le début d'activité de l'établissement. Suivant le Rapporteur public, le juge administratif a fait de la période d'exécution du contrat la période de référence d'analyse des réserves. Ensuite, la question de la base légale du décret était posée. L'article L. 313-12 IV TER B du CASF mentionne les réserves incluses dans le *« budget »*, alors que le texte réglementaire mentionne les réserves figurant dans les *« comptes »*. Cette distorsion sémantique ne pouvait qu'interroger et le Conseil d'État a tranché en rappelant que bien que le budget de l'établissement soit constitué, selon l'article R. 314-7 du code, de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses annuelles, il intègre, selon l'article R. 313-213, les comptes de résultat prévisionnel principal, les tableaux de financement pluriannuels, les comptes de réserves et le fond de roulement et besoin en fonds de roulement, autant d'éléments alimentant la catégorie très large des comptes de l'établissement.

Restait l'analyse de la capacité du pouvoir réglementaire à moduler finalement la tarification en tenant compte des performances des établissements. Là encore la haute juridiction a apporté des précisions importantes.

Tout d'abord, la question était posée de savoir si les réserves et les reports à nouveau pris en compte pour la modulation tarifaire sont ceux constitués lors l'exécution du précédent contrat d'objectifs et de moyens, ou plus généralement ceux constitués depuis le début d'activité de l'établissement. Là encore, la formulation des textes incitait aux hésitations : l'article R. 314-43-3 mentionne les réserves et reports à nouveau *« figurant dans ses comptes »*, ce qui peut suggérer qu'il faille retenir l'ensemble de ceux constitués depuis le début de son activité. Cette position était d'ailleurs envisagée par l'administration. Dans la mesure où la lettre de l'article suggère que l'on limite les réserves *« dont le niveau n'est pas justifié par les conditions d'exploitation résultant des obligations et objectifs fixés par le contrat »*, c'est bien la période d'exploitation relevant du CPOM qui doit être la période de référence, le commissaire du Gouvernement ayant même suggéré dans son rapport que soit envisagé le différentiel par comparaison entre « le bilan de l'établissement entre la première et la dernière année du contrat d'objectifs et de moyens achevé pour identifier les réserves nées durant celui-ci ». La Haute juridiction donne ici un élément essentiel de compréhension de la méthode adoptée pour analyser les fameuses réserves.

Ensuite, le Synerpa mettait en avant le fait que les conditions de modulations tarifaires, la modulation tarifaire applicable dans le futur contrat ne pouvant excéder, sur sa durée, la moitié du montant des reports et réserves injustifiés. Le requérant considérait en effet qu'il s'agissait ici d'une erreur manifeste d'appréciation, analyse rapidement balayée par le Conseil, du fait, d'une part du large pouvoir d'appréciation laissé au pouvoir réglementaire et de l'existence, d'autre part, de l'office du juge de la tarification.

Quoi qu'il en soit, cette décision cadre le régime des réserves dont les principes ont été fixés par une instruction ministérielle du mois de mai dernier en tout point fidèle à la lecture du juge (INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2025/66 du 27 mai 2025 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2025).

Une deuxième décision du Conseil d'État complète l'analyse que nous pouvons faire d'un mois de février riche en compréhension de la gestion comptable et financière des structures médico-sociales. La décision n° 492230 du 25 février 2025[1], due toujours à une saisine du SYNERPA vient confirmer le principe de l'application de la comptabilité analytique aux EHPAD. Afin d'améliorer la transparence financière dans la gestion de ceux-ci, un décret du 28 avril 2022 a rendu obligatoire la mise en œuvre d'une comptabilité analytique pour les Ehpad appartenant à un groupe. Un arrêté du 29 décembre 2023 a fixé les principes attachés à cette mesure et a précisé la nature des documents de suivi. Par la suite, une note d'information du 2 janvier 2024 a commenté ces nouvelles dispositions. Il s'agissait là encore de contrôler l'utilisation des dotations publiques et la marge que celles-ci étaient susceptibles de générer, mais aussi de maîtriser les flux financiers existants entre une structure d'accueil et son organisme gestionnaire. Ces dispositions s'inscrivaient elles aussi dans la recherche de la plus grande transparence dans la gestion des établissements médico-sociaux, mais aussi de la lutte contre toute optimisation financière. Saisi par le SYNERPA, le Conseil d'État n'a pu que confirmer les mécanismes ainsi mis en œuvre. Il a tout d'abord considéré que le contrôle de la bonne utilisation des fonds publics justifiait l'intégralité du dispositif de contrôle des flux financiers mise en place, et notamment les obligations de communication des éléments comptables, largement précisée par les textes. Bien plus, le juge a écarté le reproche qui était fait aux différents dispositifs de porter atteinte au principe d'égalité devant la loi, principe à valeur constitutionnelle, l'obligation de transmission de la comptabilité analytique aux organismes de tutelle étend réservée exclusivement aux établissements à but lucratif. Là encore, le fait d'allouer des fonds publics à des établissements à caractère commercial justifie selon le juge administratif un contrôle renforcé de leur utilisation afin notamment que soit garanti le principe de satisfaction de l'intérêt général dans la délivrance de ces fonds.

Ces deux décisions dépassent largement la polémique liée au scandale Orpéa. Elles renforcent la normalisation de la gestion des établissements médico-sociaux : intégration dans la tutelle des agences régionales de santé, autorisations pilotées par celles-ci, rédaction obligatoire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Autant d'évolutions institutionnelles qui facilitent et consolident les coopérations existant entre établissements de santé et structures médico-sociales, au sein des GHT comme des GCS, figures des concentrations organisationnelles voulues par le législateur. Le développement de ces mégastructures est-il souhaitable ? La chose n'est pas évidente et elle peut légitimement interroger. Mais ces deux décisions du Conseil d'État favorisent la fluidité des échanges comptables et financiers devant nécessairement être mis en œuvre dans des situations de regroupement. Cette démarche constitue à elle seule une excellente nouvelle.

[1] « *La révolution de la comptabilité analytique en marche dans les EHPAD gérés par des structures commerciales* » Autonomie N°3, avril-mai-juin 2025.

FHF événements

Journées des données de santé et finances hospitalières

lundi 6 mardi 7 octobre 2025

Participez à cette formation pour **enrichir vos pratiques et partager vos expériences** au côté de vos pairs.

Fil rouge du programme

L'hôpital en transformation

Intelligence Artificielle, pertinence... : enjeux pour l'information médicale, la gestion et les finances en perspective des réformes en cours

Centre de congrès Jean Monnier
Angers

Public concerné
Chefs d'établissement & présidents de CME
Chefs de pôle & directeurs de pôle
DIM & DAF
Directeurs et praticiens
Directeurs de soins
Contrôleurs de gestion
TIM & data managers
Cadres soignants & administratifs

Inscription sur **www.fhf.fr** - Rubrique Agenda
Contact : evenements@fhf.fr

Un événement FHF FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Nouvelles modalités de publication du Bulletin officiel de la santé, de la protection sociale et des solidarités

Selon l'arrêté du 18 juin 2025 (JO du 1er juillet 2025) :

- Font l'objet d'une publication au Bulletin officiel de la santé, de la protection sociale et des solidarités :
  - les lignes directrices, circulaires, instructions et notes de service émanant des ministères chargés de la santé et des solidarités qui comportent une interprétation du droit positif ou une description des procédures administratives à l'exception de celles publiées au Bulletin officiel de la sécurité sociale ;
  - les arrêtés et décisions non publiés au Journal officiel de la République française pris par ces ministères en application de mesures de portée générale ou individuelle ;
  - tous autres actes d'intérêt général intervenant dans les domaines de compétence de ces ministères ou des organismes placés sous leur tutelle.
- À compter du 1er juillet 2025, ce bulletin est publié en continu, sous format électronique sur un site internet dédié, à l'adresse : https://bulletins-officiels.social.gouv.fr.

Les bulletins parus entre le 1er janvier 2005 et le 30 juin 2025 peuvent être consultés sur le site : https://sante.gouv.fr.

Les bulletins parus antérieurement au 1er janvier 2005 peuvent être consultés en version papier au centre de ressources documentaires ministériel, 14, avenue Duquesne, 75350 Paris Cedex 07.

Expérimentations et innovation

- Le décret n° 2025-559 du 21 juin 2025 (JO du 22 juin 2025) détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation d'un parcours visant à mieux accompagner les parents confrontés à une dépression post-partum prévu par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024. Il entre en vigueur le lendemain de sa publication. L'arrêté du 21 juin 2025 (JO du 22 juin 2025) fixe la liste des territoires participant à cette expérimentation et l'instruction n° DGOS/P3/2025/118 du 4 août 2025 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarités du 8 août 2025) en précise les modalités.
- L'arrêté du 3 juin 2025 (JO du 22 juin 2025) autorise, à compter de sa publication, l'expérimentation « IATROPREV 2: optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif de réduire le risque iatrogène », dans les conditions précisées dans le cahier des charges qu'il définit et pour une durée maximale de trente-six mois à compter de l'inclusion du premier patient.
- L'arrêté du 10 juin 2025 (JO du 1er juillet 2025) autorise l'expérimentation « OPERA : optimisation du parcours de soins du patient TAVI » dans les conditions précisées dans le cahier des charges qu'il définit et pour une durée maximale de l'expérimentation de trente mois à compter de l'inclusion du premier patient.
- L'arrêté du 12 juillet 2025 (JO du 17 juillet 2025) autorise l'innovation « Structures libérales légères » à compter du 1er juillet 2025 pour une durée de dix-huit mois, dans les conditions précisées par le cahier des charges qu'il définit.
- L'arrêté du 30 juillet 2025 (JO du 8 août 2025) fixe la liste des établissements sélectionnés pour participer à l'expérimentation d'une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition par un établissement, d'une expertise et d'un appui à la prise en charge lors de l'adressage d'un patient pour la poursuite de son traitement en hospitalisation à domicile (Voir Finances Hospitalières, n° 201, mai 2025).
- Le décret no 2025-792 du 8 août 2025 (JO du 10 août 2025), pris en application de l'article 71 de la LFSS pour 2021, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation du parcours de soins non médicamenteux pour les patients atteints de diabète de type 2 avec complication, notamment les conditions de prescription des prestations le composant et les modalités de conventionnement. Il entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Information médicale

Le Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarités publie une série de documents également accessibles sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (https://www.atih.sante.fr/) :

- La classification commune des actes médicaux (CCAM) descriptive à usage PMSI 2025 (BO n° 12 du 25 juin 2025) ;
- Le guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie applicable à partir du 1er janvier 2025 (BO n° 13 du 26 juin 2025) ;
- La version actualisée et enrichie du volume 1 (Table analytique) de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10° version (CIM-10) à usage PMSI (BO n° 14 du 27 juin 2025) ;
- Le catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) (BO du 10 juillet 2025) ;
- La version 2025 du manuel des groupes médico-économiques (GME) en soins médicaux et de réadaptation – 3 volumes (BO du 16 juillet 2025) ;
- Le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie applicable le 1er mars 2025 (BO du 17 juillet 2025) ;
- Le guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile applicable le 1er mars 2025 (BO du 17 juillet 2025) ;
- Le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale à sa facturation en soins de suite et de réadaptation applicable à partir de la semaine 10 de l'année 2025 (BO du 23 juillet 2025) ;
- La version 2025 de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) mise à jour au 1er mars 2025 – 3 volumes (BO du 23 juillet 2025).

Deuxième réunion du comité d'alerte des finances publiques

Selon un communiqué de presse du 26 juin 2025 (https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/deuxieme-comite-d-alerte-des-finances-publiques-des-decisions-claires-pour) le comité d'alerte des finances publiques a été réuni pour la seconde fois en 2025 par les ministres compétents. Cette instance, qui rassemble les responsables des finances publiques, a pour objectif de partager les risques et aléas sur l'exécution budgétaire, et de prendre les mesures nécessaires pour tenir l'engagement de réduction du déficit et de maîtrise de la dépense publique pour 2025 pris par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale.

Le comité constate que, dans un contexte économique toujours incertain, et au regard des remontées comptables, si les recettes sont pour le moment globalement conformes aux prévisions de la loi de finances initiale, des tensions apparaissent sur les dépenses :

- Sur l'État, malgré 5 milliards d'euros (Md€) de mesures de maîtrise depuis le début de l'année, des risques de dépassement demeurent pour certains ministères ;
- Sur la Sécurité sociale, le comité d'alerte de l'ONDAM estime à plus de 1,3 Md€ le risque de dépassement des dépenses, qui s'explique en particulier par l'augmentation des indemnités journalières, la dépense des établissements publics de santé, et la non-mise en œuvre de certaines mesures de la LFSS ;
- Sur les collectivités locales, les dépenses de fonctionnement progressent légèrement plus vite que la prévision, notamment dans le bloc communal.

Le comité estime néanmoins que le respect de l'objectif de déficit public à 5,4 % du PIB en 2025 reste atteignable, sous réserve d'un effort supplémentaire de 5 Md€ sur la dépense, que le Gouvernement décide d'entreprendre dès cet été, soit :

- 3 Md€ sur les crédits de l'État qui ne seront pas engagés cette année. Une mise en réserve complémentaire sera notifiée dans les prochaines semaines.

- 1,7 Md€ sur les dépenses d'assurance maladie, comprenant notamment la mise en œuvre immédiate de certaines dispositions de la LFFS, l'annulation de certaines mises en réserve, et le renforcement des mesures de maîtrise médicalisée.

Pacte de lutte contre les déserts médicaux : identification des zones prioritaires sur lesquelles sera mise en place la solidarité territoriale

Le ministère chargé de la santé, dans un communiqué de presse publié le 27 juin 2025 (https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/pacte-de-lutte-contre-les-deserts-medicaux-identification-des-zones), présente une cartographie des zones prioritaires sur lesquelles sera mise en place une mesure de solidarité territoriale, dans la continuité du pacte de lutte contre les déserts médicaux annoncé par le Premier ministre le 25 avril 2025.

Dans l'attente de l'adoption des dispositions législatives en discussion au Parlement, cette mesure permettra à tous les médecins généralistes volontaires de venir renforcer, sur une partie de leur temps, l'offre de soins dans 151 zones identifiées comme prioritaires — dites « zones rouges », définies à partir d'une cartographie élaborée sur la base des travaux de la DREES et finalisée après concertation des élus locaux par les Agences régionales de santé (ARS), en lien avec les Préfets : ces zones regroupent plus de 2,5 millions d'habitants.

Dans l'intervalle, des lieux de consultation dans ces territoires sont en cours d'identification, par les ARS et les élus locaux, pour offrir aux professionnels de santé solidaires des conditions d'exercice facilitées et de qualité.

Cette mesure s'ajoute à celles du pacte et, notamment, l'arrivée des internes de 4ème année de médecine générale partout sur le territoire, en particulier dans les zones sous-denses.

Allocation de ressources aux établissements de santé pour 2025

Publication de la première circulaire de campagne

La circulaire n° DGOS/FIP1/2025/83 du 25 juin 2025 a été publiée au BO Santé - Protection sociale – Solidarités du 4 juillet 2025 (Voir dans ce numéro l'article de R. CASH p.2)

Délégation des crédits du fonds d'intervention régional

L'arrêté du 23 juin 2025 (JO du 28 juin 2025) fixe pour l'année 2025 le montant des crédits attribués aux ARS au titre du fonds d'intervention régional (FIR) pour un total de 5 615 614,8 milliers d'euros (K€) et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale (CSS) pour un total de 5 356 131,4 K€.

Notice technique sur les modalités de financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR)

L'ATIH met en ligne le 26 juin 2025 la notice technique N° ATIH – 162-5-2025 du 23 juin 2025 décrivant les modalités de financement des activités de SMR (https://www.atih.sante.fr/campagnes-tarifaires-et-budgetaires-2024-et-2025-nouvelles-modalites-de-financement-du-champ-smr-0). Cette notice présente les compartiments que comporte le nouveau modèle, et informe, pour l'année 2025, les établissements de santé des évolutions tarifaires décidées lors de la campagne budgétaire et tarifaire.

Délégation des dotations régionales

L'arrêté du 20 juin 2025 (JO du 29 juin 2025) fixe pour l'année 2025 le montant des dotations régionales mentionnées aux 1o, 3o, 5o, 6o, 8o de l'article R. 162-31-1 du CSS, aux articles L. 162-22-8-2, R. 162-32-2, R. 162-33-17, R. 162-34-4 du même code, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code. Les établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22 du CSS peuvent percevoir un financement au titre des dotations régionales suivantes :

- En ce qui concerne leurs activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie (MCO) et de soins de longue durée (USLD) :

a) Les dotations relatives aux objectifs de santé publique (OSP MCO) ;

b) Les dotations visant à financer les missions spécifiques (MS MCO) ;

c) Les dotations annuelles de financement MCO autres (DAF MCO) ;

d) Les dotations annuelles de soins USLD (DAF USLD) ;

e) La dotation populationnelle et la dotation complémentaire qualité pour les activités d'urgence ;

- En ce qui concerne leurs activités de psychiatrie (PSY) :

a) La dotation populationnelle ;

b) La dotation activités spécifiques ;

c) La dotation structuration recherche ;

d) La dotation nouvelles activités ;

e) La dotation transformation ;

- En ce qui concerne leurs activités de soins médicaux et de réadaptation :

a) La dotation forfaitaire SMR, composée des dotations relatives au montant populationnel (dotation populationnelle) et à la prise en charge de la pédiatrie (dotation pédiatrie) ;

b) La dotation plateau technique spécialisé (PTS) ;

c) La dotation MIGAC SMR.

Répartition par région de la dotation nationale garantie pour les hôpitaux de proximité

L'arrêté du 31 juillet 2025 (JO du 7 août 2025) fixe pour 2025 la répartition par région de la dotation nationale forfaitaire garantie mentionnée au I de l'article R. 162-33-24 du CSS pour les établissements inscrits sur les listes des hôpitaux de proximité.

Publication de la loi visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation

La loi no 2025-580 du 27 juin 2025, dite « loi Neuder » (JO du 28 juin 2025) visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation, veut rendre effective la fin du numerus clausus, supprimé par une loi de 2019. La limitation du nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine a depuis été remplacée par un numerus apertus (nombre ouvert), fixé par chaque université en fonction de ses capacités d'accueil et des besoins en santé du territoire concerné.

La loi priorise les besoins de santé par rapport aux capacités de formation des universités. Si celles-ci apparaissent insuffisantes, les conseils territoriaux de santé et les ARS pourront appeler à mettre en œuvre des mesures permettant de les accroitre.

Le texte propose également que les étudiants français inscrits en études de médecine à l'étranger (en Belgique, au Portugal ou en Roumanie notamment) puissent être réintégrés au cursus français.

Une dernière disposition permettra aux professionnels paramédicaux (infirmiers, puériculteurs, kinésithérapeutes...) de reprendre des études accélérées de médecine par le biais de nouvelles passerelles.

Nouvelle fixation des montants du dégel prudentiel de 2022

À la suite de l'annulation par le Conseil d'État des arrêtés ayant fixé le montant du dégel prudentiel pour 2022 (Décisions n° 475500-475514 du 18 décembre 2024), deux nouveaux arrêtés datés du 27 juin 2025 (JO du 29 juin 2025) fixent pour l'année 2022 le montant des crédits dus à ce titre (article L. 162-22-2-1 et article L. 162-22-9-1 du CSS) à :

- 7,8 M€ pour les activités de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé ;
- 36,5 M€ pour les activités de MCO des établissements de santé privés à but lucratif.

Pour les établissements de santé publics et privés à but non lucratif, le coefficient prudentiel prévu par l'arrêté du 28 mars 2022 est fixé à 0,35 pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2022.

Publication d'un décret modifiant l'organisation du contrôle médical de l'assurance maladie

Le décret no 2025-599 du 30 juin 2025 (JO du 1er juillet 2025) modifie l'organisation du service du contrôle médical de l'assurance maladie du régime général. Si le contrôle médical demeure confié aux médecins-conseils, chirurgiens-dentistes-conseils et pharmaciens-conseils, les échelons locaux et régionaux du service du contrôle médical sont transférés aux caisses locales d'assurance maladie. Les agents du service du contrôle médical sont placés au sein de la caisse sous la responsabilité d'un médecin-conseil directeur médical. Ce décret précise en outre les modalités selon lesquelles les examens du service du contrôle médical peuvent être réalisés à distance au sein des organismes d'assurance maladie du régime général et du régime agricole. Il entre en vigueur au 1er octobre 2025.

Publication d'un décret fixant le plafond des dépenses engagées au titre d'une mission de travail temporaire par un établissement public de santé, un établissement ou service social et médico-social

Le décret n° 2025-612 du 2 juillet 2025 (JO du 3 juillet 2025) précise les conditions de détermination du montant du plafond des dépenses engagées au titre d'une mission de travail temporaire par un établissement public de santé, un établissement ou service social ou médico-social.

Sont ainsi désormais concernés par le plafonnement des dépenses d'intérim :

- Pour les établissements de santé : les médecins, odontologistes, pharmaciens, sages-femmes et professionnels relevant du titre IV du livre II et du livre III de la quatrième partie du CSP ;
- Pour les établissements sociaux ou médico-sociaux : les médecins, infirmiers, aides-soignants, éducateurs spécialisés, assistants de service social, moniteurs-éducateurs et accompagnants éducatifs et sociaux.

Ce plafonnement est mis en œuvre pour une catégorie de professionnels lorsque, en moyenne pour cette catégorie, le coût d'une mise à disposition d'un personnel par une entreprise de travail temporaire est estimé supérieur d'au moins 60 % au coût de l'emploi d'un professionnel permanent.

Pour se conformer à la décision du Conseil d'État du 28 novembre 2024 (req. n° 495033), il est prévu que *"les plafonds horaires fixés par catégorie de professionnels correspondent au montant total des dépenses engagées pour l'emploi d'un professionnel dans le cadre d'une mission de d'intérim",* dont notamment la rémunération brute du professionnel, ses frais afférents et la rétribution de l'entreprise de travail temporaire.

Trois arrêtés doivent encore venir compléter ce dispositif :

- L'un déterminant la liste des catégories de professionnels pour lesquelles ce plafonnement est mis en œuvre ;
- Les deux autres fixant les montants plafonds correspondants l'un pour le champ sanitaire et le second pour le champ social et médico-social.

Les nouvelles dispositions s'appliquent aux contrats conclus à compter du 1er juillet 2025. Les plafonds fixés en application du décret ne s'appliquent pas aux contrats conclus entre cette date et le 1er octobre 2025 dans le cadre de marchés dans lesquels les prix des prestations d'intérim ont été fixés avant le 1er juillet 2025 et les arrêtés fixant le montant plafond peuvent prévoir des plafonds majorés.

Fixation des modes de prise en charge en psychiatrie

L'arrêté du 4 juillet 2025 (JO du 12 juillet 2025), modifié par l'arrêté du 23 juillet 2025 (JO du 27 juillet 2025) fixe les modes de prise en charge en psychiatrie et la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé en application de l'article R. 6123-174 du code de la santé publique (CSP). (Voir notre article page 6).

Création d'un programme de financement destiné à renforcer la sécurité numérique des établissements de santé

L'arrêté du 3 juillet 2025 (JO du 16 juillet 2025), pris sur le fondement de l'article L. 1111-24 du CSP, s'inscrit dans le cadre du programme « Cyber accélération et résilience des établissements » présenté par le ministre de la Santé et de l'accès aux soins en décembre 2023. Il crée un nouveau programme de financement destiné à développer les plans de continuité de l'activité et à renforcer la sécurité des sauvegardes. Ces financements sont mis en œuvre par l'Agence du numérique en santé dans le cadre d'un appel à financement, dont l'arrêté définit les conditions et modalités. Il entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Revalorisation des indemnités forfaitaires versées aux médecins libéraux dans le cadre de la permanence des soins en établissement de santé

L'arrêté du 24 juillet 2025 (JO du 2 juillet 2025), modifiant l'arrêté du 18 juin 2013, fixe les nouveaux montants des indemnités forfaitaires aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé :

- L'indemnité forfaitaire pour une période de garde assurée une nuit, un dimanche et un jour férié est fixée à 422 €, au lieu de 229 € ;
- L'indemnité forfaitaire pour une période de garde assurée en début de nuit est fixée à 141 €, au lieu de 79 € ;
- L'indemnité forfaitaire pour une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi est fixée à 281 €, au lieu de 150 €.

Il entre en vigueur le 1er novembre 2025.

Renforcement des pouvoirs des préfets

Le décret no 2025-723 du 30 juillet 2025 (JO du 31 juillet 2025), renforce les pouvoirs des préfets à l'égard des chefs de services déconcentrés et responsables territoriaux des opérateurs de l'État, notamment au niveau départemental. Il généralise son intervention sur les projets d'évolutions de la cartographie des services publics de l'État, notamment en matière de carte scolaire et d'organisation des soins et activités médico-sociales. Il renforce sa participation au processus de nomination, à la fixation des objectifs et à l'évaluation des chefs de service de l'administration déconcentrée de l'État et des responsables territoriaux des opérateurs.

Le décret no 2025-724 du 30 juillet 2025 (JO du 31 juillet 2025), pris en application du décret no 2025-723 du 30 juillet 2025 précité, prévoit l'avis du préfet avant le retrait de certaines autorisations d'activité médico-sociale et de soins. Il étend le droit de dérogation préfectoral, pour les normes arrêtées par l'administration de l'État, à toutes les matières.

Ces deux textes entrent en vigueur le lendemain de leur publication.

Parcours coordonnés de soins et d'accompagnement pour les enfants, adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles de santé à caractère durable et invalidants

Le décret no 2025-770 du 5 août 2025 (JO du 6 août 2025) précise les modalités de mise en œuvre des trois parcours coordonnés de soins et d'accompagnements pluridisciplinaires destinés aux enfants, adolescents et jeunes adultes pour lesquels ont été repérés des troubles de santé à caractère durable et invalidants de quelque nature que ce soit. Il vise à garantir une organisation territoriale cohérente et la prise en charge financière des interventions, quels que soient le trouble de santé et les professionnels intervenant dans le cadre des trois parcours. Il entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Traitements médicamenteux systémiques du cancer

L'arrêté du 29 juillet 2025 (JO du 9 août 2025) fixe le cahier des charges mentionné à l'article R. 6123-90-1 du CSP, précisant les conditions et modalités de l'organisation formalisée entre le titulaire d'une autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer par traitements médicamenteux systémiques et l'établissement qui lui est associé.

Allocation de ressources aux établissements et services assurant l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques pour 2025

L'arrêté du 4 août 2025 (JO du août 2025) fixe, pour l'année 2025, à 1 128 865 713 € l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles et le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations des établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques mentionnés à l'article L. 314-3-3 du même code, c'est-à-dire les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les lits halte soins santé (LHSS), les LHSS périnatalité, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les lits d'accueil médicalisé (LAM), les équipes mobiles santé précarité (EMSP, LHSS mobiles ou de jour), les équipes spécialisées de soins infirmiers (ESSIP) et « Un chez-soi d'abord » (UCSD).

Un second arrêté, du même jour, fixe pour l'année 2025 les dotations régionales limitatives de dépenses médico-sociales de ces établissements et services.

L'instruction n° DGCS/SD5B/SD1B/DSS/SD1A/DGS/SP2/SP3/2025/71 du 7 août 2025 (BO Santé - Protection sociale – Solidarités du 8 août 2025) détaille la construction des dotations régionales limitatives et indique aux ARS les évolutions et priorités d'emploi des crédits pour l'année 2025.

Dotation complémentaire qualité

L'arrêté du 5 août 2025 (JO du 7 août 2025) modifie l'arrêté du 20 décembre 2024 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation complémentaire qualité allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15 du CSS, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par les établissements de santé.

Publications de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Les salaires dans la fonction publique hospitalière en 2023

Le n° 1343 d' « Études et résultats » est mis en ligne le 23 juillet 2025 (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/250723_ER_salaire-net-moyen).

En 2023, un agent de la fonction publique hospitalière (FPH) perçoit en moyenne 2 842 euros nets par mois en équivalent temps plein ; cette moyenne prend en compte tous les salariés des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics de la FPH, qu'ils soient fonctionnaires, non-fonctionnaires ou personnels médicaux. En euros courants, ce salaire net moyen augmente de 3,9 %. Compte tenu de l'inflation qui se maintient à un niveau élevé (+4,9 % en 2023, après +5,2 % en 2022), il baisse de 0,9 % en euros constants.

Le salaire net moyen des fonctionnaires de la FPH diminue de 1,4 % en euros constants (+0,9 % pour les fonctionnaires de catégorie C, -1,7 % pour ceux de catégorie B et -2,7 % pour ceux de catégorie A). En revanche, le salaire net moyen des non-fonctionnaires augmente de 1,2 % en euros constants et celui des personnels médicaux est presque stable (+0,1 %).

En 2023, les disparités salariales (entre plus hauts et plus bas salaires) dans la FPH ont baissé. Le salaire net moyen des femmes est inférieur de 19,1 % à celui des hommes, cet écart étant en baisse de 0,7 point sur un an. À profil comparable, cet écart s'établit à 4,2 %, soit 0,2 point de moins qu'en 2022. Pour les salariés présents toute l'année en 2022 et 2023 chez le même employeur et avec la même quotité de travail, soit sept agents sur dix de la FPH, le salaire net moyen est presque stable en euros constants (+0,1 %).

Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2025

Les données sur la démographie des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pédicures podologues au 1er janvier 2025, issues du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) et diffusées sur data.drees, sont mis disposition le 28 juillet 2025 (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/250728-DATA-demographie-des-medecins).

Suppression de l'application Hospidiag

L'ATIH informe que : « Dans le cadre des travaux de refonte et modernisation des restitutions de l'ATIH, l'application Hospidiag va être supprimée prochainement. Elle ne sera donc pas mise à jour avec les données 2024. Les indicateurs pertinents d'Hospidiag ont été repris dans la restitution RepèrES, accessible avec un identifiants Pasrel/PLAGE » (https://www.scansante.fr/applications/hospidiag).

Fonds de lutte contre les addictions

L'arrêté du 7 août 2025 (JO du 21 juillet 2025) fixe la liste des actions prises en charge par le fonds de lutte contre les addictions et les montants alloués au titre de l'année 2025, dans la limite de 40 808 707 €. Un second arrêté du même jour modifie les montants applicables en 2024.

Rapport charges et produits pour 2025

Le Rapport Charges et produits publié par la CNAM le 18 juillet dernier est une mine d'information, utilisé notamment par les ministères sociaux pour bâtir le PLFSS à venir. Le présent rapport maintient la nécessité de réduire les dépenses, compte tenu du déficit de 11,4 Mds d'€ en 2024, en dépit d'un redressement à 11,1 Mds d'€ en 2023, contre 21 Mds en 2022. La trajectoire vertueuse s'essouffle donc, mais on peut supposer que les mesures engagées ne sont pas inépuisables.

« *Parmi les leviers d'action, le rapport Charges et produits pour 2025 appelle à renforcer les politiques de prévention, notamment face aux maladies chroniques, à poursuivre l'optimisation des parcours de soins, à encourager le recours aux innovations, et à gagner en sobriété à tous les niveaux, notamment en réduisant le gaspillage et en assurant le juste soin. La lutte contre les fraudes et les abus reste également une priorité majeure. L'objectif : atteindre 1,56 milliard d'économies en 2025, grâce à des mesures efficaces d'organisation, tout en garantissant l'accès aux droits et aux soins*. »

Les dépenses liées aux maladies chroniques continuent de croître, notamment cancers et maladies cardiovasculaires : « *Un assuré sur trois est concerné, soit 24 millions de personnes (+ 1,5 million depuis 2015), soit près de 60 % des dépenses totales remboursées de l'Assurance Maladie (112 milliards d'euros sur 190 au total)*. » Le nombre de médecins de ville a baissé, mais la dynamique de prescriptions (médicaments, indemnités journalières et dispositifs médicaux) a augmenté de 11 % depuis 2019 (58,2 Mds d'€) reste très forte.

Le programme d'économie s'élève pour 2026 à 1,56 Md d'€, axés sur « *la prise en charge des pathologies chroniques (80 millions d'euros), la lutte contre les fraudes et les abus (420 millions) et surtout la pertinence et l'efficience de soins (1,06 milliard)*. »

Les grandes propositions fil rouge pour 2026 concernent le renforcement du dépistage précoce des polypathologies chroniques (cardiovasculaires, diabète, maladie rénale chronique, BPCO notamment) et du dépistage systématique des cancers, notamment du sein et colorectal. L'approche populationnelle privilégie la santé mentale des 12-25 ans qui est identifiée par la consommation de psychotropes (+ 60 % de jeunes sous antidépresseurs entre 2019 et 2023). Enfin, la santé des femmes est pointée (risques spécifiques, ménopause, endométriose, violences faites aux femmes).

Concernant les soins non programmés, le rapport préconise de renforcer la permanence des soins ambulatoires (PDSA, à laquelle 50 % des généralistes libéraux participent) et d'encadrer le développement des centres de soins non programmés pour mieux les intégrer à la régulation des urgences.

En bonus, se référer aux posts passionnants et éclairants de Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée de l'Assurance Maladie, sur LinkedIn, *Un été avec charges et produits*.

AGENDA

Journée nationale « Perf.IA »

Comment mettre l'intelligence artificielle au service du soin ?

ANAP, Montrouge, 14 octobre 2025

Finances Hospitalières est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, **www.infodium.fr** - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - Rédaction : infodium@infodium - www.finances-hospitalieres.fr - Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement - ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX abonnement@infodium.fr Tél : 02 31 59 25 00 - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau 11 numéros par an - Abonnement 498 euros par an - Prix au numéro : 65 euros - n° de CPPAP 0426 T 88884 - ISSN 1955-642X
Dépôt légal date de parution - © Infodium – Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.

IMPRIM'VERT®

BULLETIN D'ABONNEMENT

Finances Hospitalières

À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

P204

1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base documentaire sur
www.finances-hospitalieres.fr
au prix de 494,61 HT - **505 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :
☐ Bon de commande/réf. Chorus jointe
☐ Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
☐ Mandat administratif/Réception de facture

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 69, avenue des Ternes 75017 Paris – tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1er Janvier 2025 au 31 Décembre 2025.

Raison sociale : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : .....
E-mail (mail version numérique) : .....

Cachet/Date/Signature