

**LES DOSSIERS DE LA DREES**

---

**N° 100 • Juillet 2022**

# La situation économique et financière des établissements de santé en 2020

Noémie Courtejoie, Jehanne Richet (DREES)



# La situation économique et financière des établissements de santé en 2020

Noémie Courtejoie, Jehanne Richet (DREES)

Remerciements : Fabien Toutlemonde (DREES), Oriane Boucris, Gaëlle Bregeon (DGOS)

---

Retrouvez toutes nos publications sur : [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur : [data.drees.sante.gouv.fr](https://data.drees.sante.gouv.fr)



**LES DOSSIERS DE LA DREES**

**N° 100 • Juillet 2022**

# **Synthèse**

# **La situation économique et financière des établissements de santé en 2020**

Noémie Courtejoie, Jehanne Richet (DREES)

Retrouvez toutes nos publications sur : [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur : [data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr)

# SYNTHÈSE

---

En 2022, la DREES a mené un travail de refonte de la méthodologie de ses publications sur la situation économique et financière des établissements de santé permettant d'améliorer la comparabilité des indicateurs calculés pour les différents types d'établissements et de comprendre d'éventuelles divergences d'analyses entre les multiples publications sur ce sujet (Richet, 2022). Ce *Dossier de la DREES* met en œuvre les recommandations de ce travail méthodologique et propose une analyse de la situation économique et financière en 2020 des hôpitaux publics, d'une part, et des cliniques privées à but lucratif, d'autre part. Les indicateurs présentés ici seront mis à jour chaque année par la DREES et publiés dans le cadre de fiches thématiques au sein de l'ouvrage annuel *Les établissements de santé* (collection Panoramas de la DREES-Santé), à partir de son édition 2023.

En 2020, les comptes financiers des hôpitaux publics renouent avec un quasi-équilibre, après sept années de déficit. Leur résultat net s'élève à -2 millions d'euros, soit -0,0 % des recettes. La résorption du déficit en 2020 découle d'une augmentation des recettes par rapport à 2019 (+7,5 %) plus prononcée que celle des dépenses (+6,8 %). Les recettes des hôpitaux publics, tout comme leurs dépenses, atteignent 88,5 milliards d'euros. L'effort d'investissement, qui se replie en 2020, devient légèrement inférieur à la capacité d'autofinancement pour la première fois depuis 2005. Le ratio d'indépendance financière<sup>1</sup>, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, diminue, une situation là aussi inédite.

D'après les premières estimations pour 2020, la situation financière des cliniques privées à but lucratif s'améliore. Leur résultat net s'établit ainsi à 3,0 % des recettes, en hausse de 0,9 point par rapport à 2019. Il renoue ainsi avec les niveaux historiquement élevés observés de 2014 à 2016. L'effort d'investissement poursuit sa reprise amorcée en 2019 et représente 4,8 % des recettes en 2020. Le ratio d'indépendance financière des cliniques privées, en baisse continue depuis 2011, atteint 34,5 % des capitaux permanents.

---

<sup>1</sup> Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd. Le terme est repris en référence à l'article D.6145-70 du Code de la santé publique qui définit une situation de surendettement des hôpitaux publics.

# SOMMAIRE

---

■ INTRODUCTION .....	2
■ LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS .....	5
Les comptes financiers des hôpitaux publics atteignent quasiment l'équilibre .....	5
La proportion d'établissements déficitaires chute et passe de 58 % à 40 % .....	6
Les produits issus de l'Assurance maladie progressent fortement .....	7
Les dépenses des hôpitaux augmentent un peu moins que leurs recettes .....	8
L'effort d'investissement des hôpitaux repart à la baisse .....	9
Le ratio d'indépendance financière des hôpitaux baisse pour la deuxième année de suite .....	10
■ LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES CLINIQUES PRIVÉES À BUT LUCRATIF .....	13
Le résultat net des cliniques privées s'améliore, porté par l'envolée des subventions d'exploitation .....	13
Le résultat net rapporté aux recettes diminue en psychiatrie, mais augmente dans les autres disciplines .....	15
Près d'une clinique sur quatre est en déficit .....	16
Les investissements baissent pour les cliniques de SSR et de psychiatrie .....	16
L'endettement atteint son plus bas niveau depuis 2006 .....	17
■ POUR EN SAVOIR PLUS .....	21
Annexe 1. Illustrations complémentaires sur les hôpitaux publics .....	22
Annexe 2. Illustrations complémentaires sur les cliniques privées .....	25

## ■ INTRODUCTION

La DREES publie chaque année, dans son ouvrage *Les établissements de santé* (collection Panoramas de la DREES-Santé) [Toutlemonde, *et al.*, 2021], trois fiches décrivant la situation économique et financière respectivement des hôpitaux publics, des cliniques privées à but lucratif et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). Ces trois fiches présentent le déficit ou l'excédent budgétaire de ces établissements, l'évolution de leur endettement et de leur effort d'investissement. Cependant, les indicateurs utilisés pour apprécier ces différentes notions n'étaient jusqu'à présent pas directement comparables entre les trois champs. En effet, ceux-ci sont calculés à partir de données budgétaires qui suivent des nomenclatures comptables différentes selon le statut juridique des établissements. De même, les définitions utilisées pour ces différents indicateurs n'étaient pas les mêmes entre les trois types d'établissements. Si les trois fiches sont bien séparées dans l'ouvrage annuel de la DREES, les indicateurs qu'elles présentent sont régulièrement rapprochés dans les publications qui comparent les situations économiques des hôpitaux publics, des Espic et des cliniques privées (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021 ; Gonzalez, *et al.*, 2021).

En outre, si la DREES est la seule institution publique à publier des chiffres sur la situation économique des cliniques privées à but lucratif, d'autres administrations publient des analyses de la situation économique des hôpitaux publics et des Espic. Ainsi, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) publie régulièrement<sup>2</sup> une analyse des comptes financiers des hôpitaux publics et des Espic (ATIH, 2021) à partir de son enquête « Comptes financiers », et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) calcule des indicateurs de performance économique des hôpitaux publics pour l'annexe 7 du PLFSS (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

Dans ce contexte, la DREES a mené un travail de refonte de la méthodologie de ses publications sur la situation économique et financière des établissements de santé, dont les conclusions sont présentées dans un dossier méthodologique (Richet, 2022). Cette refonte a permis, d'une part, d'améliorer la comparabilité des indicateurs calculés pour les différents types d'établissements et, d'autre part, d'identifier et de comprendre d'éventuelles divergences d'analyses entre les différentes publications sur ce sujet. Ce travail a également été l'occasion de compléter les analyses, réalisées pour la majeure partie au niveau sectoriel (ensemble des établissements de chaque secteur), par une analyse plus fine de la variabilité des situations des différents établissements relevant d'un même statut juridique.

Les établissements privés à but non lucratif ne sont pas traités dans ce *Dossier de la DREES* car l'analyse méthodologique menée par la DREES (Richet, 2022) a conclu au besoin de suspendre temporairement les publications des indicateurs sur les Espic et d'explorer la qualité des données disponibles. La refonte des indicateurs concernant les Espic fera l'objet d'un travail ultérieur.

Ce *Dossier de la DREES* met en œuvre les recommandations issues de ce travail méthodologique de refonte des indicateurs. Il propose une analyse de la situation économique et financière en 2020 des hôpitaux publics, d'une part, et des cliniques privées à but lucratif, d'autre part<sup>3</sup>. Les indicateurs présentés ici seront mis à jour chaque année par la DREES et publiés dans le cadre de fiches thématiques au sein de l'ouvrage annuel *Les établissements de santé*, à partir de son édition 2023.

---

<sup>2</sup> L'ATIH a publié une analyse des comptes financiers des hôpitaux publics et des Espic sur les années 2020 (ATIH, 2022), 2019 (ATIH, 2022), 2018 (ATIH, 2021), sur l'année 2015 (ATIH, 2017), et sur chaque année entre 2008 et 2014, voir <https://www.atih.sante.fr/comptes-financiers-observatoire-de-la-dette>.

<sup>3</sup> Exceptionnellement, les fiches sur la situation économique et financière des établissements de santé ne figurent pas dans l'édition 2022 de l'ouvrage *Les établissements de santé*, sur données 2020.



Le travail de refonte de la méthodologie des publications de la DREES sur la situation économique et financière des établissements de santé (Richet, 2022) a permis de consolider les indicateurs mobilisés. Le glossaire ci-dessous précise les définitions retenues, ainsi que celles des termes nécessaires à leur bonne compréhension. Les termes définis sont communs aux secteurs public et privé, sauf mention contraire.

- **Budget principal** (secteur public uniquement) : il présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé, couvrant le court et le moyen séjour, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie.
- **Budget annexe** (secteur public uniquement) : distinct du budget principal, il présente les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les différents budgets annexes sont définis dans [l'annexe 2.3 de l'instruction budgétaire et comptable M21](#).
- **Budget global** (secteur public uniquement) : ensemble des budgets (budget principal et budgets annexes) du secteur public, consolidés des flux internes entre les différentes unités : par exemple, la rétrocession de médicaments d'un service de l'hôpital à un USLD rattaché à cet hôpital ne sera pas comptabilisée dans les ventes de l'hôpital.
- **Recettes** : ensemble des produits d'un établissement, incluant les produits directement liés à l'activité de l'établissement (produits d'exploitation), ceux liés aux opérations financières (produits financiers) et ceux liés aux opérations exceptionnelles, telles que des cessions immobilières (produits exceptionnels). Les recettes excluent les flux internes à l'établissement : par exemple, la rétrocession de médicaments d'un service de l'hôpital à un USLD rattaché à cet hôpital ne sera pas comptabilisée dans les ventes de l'hôpital. Dans les budgets principal et annexes du secteur public, elles correspondent plus précisément à la somme des comptes de produits (commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21). Dans le budget global du secteur public, cette somme exclut le compte 7087 qui correspond aux remboursements de frais par les comptes de résultat annexe, afin de ne pas comptabiliser de flux financiers internes à l'entité juridique.
- **Dépenses** : ensemble des charges d'un établissement, incluant les charges directement liées à l'activité de l'établissement (charges d'exploitation), celles liées aux opérations financières (charges financières) et celles relatives aux opérations exceptionnelles (charges exceptionnelles). Elles excluent les flux internes à l'établissement : par exemple, l'achat de médicaments à un hôpital par un USLD rattaché à cet hôpital ne sera pas comptabilisé dans les dépenses de l'hôpital. Dans les budgets principal et annexe du secteur public, elles correspondent plus précisément à la somme des comptes de charges (commençant par le chiffre 6 de la nomenclature M21). Dans le budget global du secteur public, cette somme est majorée du compte 7087 qui correspond aux remboursements de frais par les comptes de résultat annexe, afin de ne pas comptabiliser de flux financiers internes à l'entité juridique.
- **Chiffre d'affaires (CA)** (secteur privé uniquement) : il correspond aux produits de la vente de biens et de services par l'entité juridique, et est égal aux produits bruts d'exploitation, dont on soustrait la production stockée et immobilisée et les subventions d'exploitation.
- **Autres charges et produits de gestion courante** : il s'agit de charges et de produits liés à l'activité de l'établissement mais qui ne sont pas directement reliés à son cœur d'activité. Ils comprennent ainsi les redevances pour concessions, brevets, ou licences, les redevances de crédit-bail, les loyers perçus par les établissements, notamment lorsqu'ils logent leur personnel, etc. Ils entrent dans le calcul du résultat d'exploitation et de la marge brute mais pas dans celui de l'excédent brut d'exploitation. Dans le secteur public, ils correspondent aux comptes 75 (autres produits de gestion courante) et 65 (autres charges de gestion courante). Dans le secteur privé, ils correspondent à la case « autres achats et charges externes » de la liasse fiscale.
- **Produits d'exploitation** : produits directement liés à l'activité de l'établissement, par exemple les paiements de l'Assurance maladie pour la prise en charge de patients ou les suppléments payés par les patients pour avoir une chambre individuelle.
- **Produits courants de fonctionnement** : produits directement liés à l'activité de l'établissement, hors produits calculés, qui ne sont pas des produits encaissés mais correspondent à des opérations comptables. Les produits courants de fonctionnement sont donc égaux aux produits d'exploitation hors reprises sur amortissements, dépréciations et provisions.
- **Produits bruts d'exploitation** : produits directement liés au cœur d'activité de l'établissement, hors produits calculés qui ne sont pas des produits encaissés mais correspondent à des opérations comptables. Les produits bruts d'exploitation sont donc égaux aux produits courants de fonctionnement, à l'exclusion de certains produits de gestion courante dénommés « autres produits de gestion courante », par exemple les redevances pour concessions ou brevets, les revenus immobiliers, notamment issus de la location d'appartements à certains salariés. Les autres produits de gestion courante représentent une faible part des produits courants de fonctionnement (environ 2 % entre 2006 et 2019 [Richet, 2022]).
- **Résultat d'exploitation** : il fait référence aux recettes et dépenses liées à l'activité de l'établissement. Il correspond à l'excédent brut d'exploitation auquel sont ajoutés les autres produits et charges de gestion courante (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement) ainsi que les produits et charges calculés (qui sont des concepts comptables, et qui correspondent aux dotations aux amortissements, dépréciations et provisions et aux reprises). Pour le public, il inclut les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie quand ce compte existe en comptabilité hospitalière (en 2005 et

à partir de 2012). Pour le privé, selon le plan comptable général, le résultat d'exploitation inclut les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie.

- **Résultat financier** : il concerne les recettes et les dépenses qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements financiers des établissements.
- **Résultat exceptionnel** : il comprend notamment des opérations de gestion ou de capital (cessions d'immobilisation), ainsi que les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles. Il n'inclut pas les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie, sauf lorsque ces comptes ne sont pas isolables : pour le public, c'est le cas entre 2006 et 2011.
- **Résultat net** : solde final entre les dépenses et les recettes de l'exercice. Dans le secteur public, il correspond à la somme des résultats d'exploitation, exceptionnel et financier. Dans le secteur privé, il faut ajouter à cette somme les impôts sur les bénéfices, ainsi que les participations des salariés aux résultats de la clinique, participations qui permettent de redistribuer aux salariés une partie des bénéfices réalisés par la clinique et qui sont calculées directement à partir des bénéfices.
- **Excédent brut d'exploitation (EBE)** : aussi appelé marge d'exploitation, il s'agit du solde généré par l'activité courante de l'établissement, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. Il correspond au résultat d'exploitation, hors produits et charges calculés (qui sont des concepts comptables, et qui correspondent aux dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, ainsi qu'aux reprises), et hors autres produits et charges de gestion courantes (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement).
- **Marge brute** (ou résultat courant de fonctionnement) : différence entre les produits courants de fonctionnement et les charges courantes de fonctionnement. Symétriquement aux produits courants de fonctionnement, les charges courantes de fonctionnement sont définies comme les charges d'exploitation dont sont retirées les charges calculées (dotations aux amortissements, provisions et dépréciations). La marge brute correspond donc à la somme de l'EBE et des autres produits et charges de gestion courante (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement).
- **Taux de marge brute** : il rapporte la marge brute aux produits courants de fonctionnement. Ce concept, fréquemment utilisé en comptabilité hospitalière, peut prêter à confusion pour les habitués de la comptabilité privée. En effet, en comptabilité privée, la marge brute désigne la différence entre le prix de vente hors taxe d'un bien et son coût de revient. Les taux de marge brute ne sont pas directement comparables entre les établissements privilégiant le recours au crédit-bail et ceux recourant à l'emprunt pour financer leurs investissements. En effet, cette décision ne reflète pas les mêmes choix économiques et le recours au crédit-bail a un impact non négligeable sur la marge brute et sur les ratios liés à l'investissement (ATIH, 2021).
- **Effort d'investissement** : investissements rapportés aux recettes.
- **Capacité d'autofinancement (CAF)** : ensemble des ressources générées par l'établissement qui restent à disposition à la fin de son exercice comptable pour assurer son financement, son investissement et les dividendes versés aux actionnaires (pour les cliniques privées à but lucratif). Dans le secteur public, la CAF est définie précisément en comptabilité hospitalière par l'arrêté du 7 mai 2012, comme le résultat net hors produits et charges calculés et non décaissés (dotations aux amortissements et provisions pour risques et charges et reprises). Par symétrie avec le secteur public, la même définition est reprise dans le secteur privé.
- **Dotations aux amortissements** : charge qui ne correspond à aucun décaissement mais constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Cette charge est déduite du bénéfice imposable, et ce, chaque année pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.
- **Taux de vétusté des investissements** : montant des amortissements, ou perte de valeur comptable des immobilisations au fil du temps, rapporté à la valeur brute des immobilisations. Cet indicateur n'est pas calculable dans le privé car les données sur les amortissements ou immobilisations sont insuffisamment renseignées.
- **Encours de la dette** : montant total des emprunts contractés.
- **Capitaux permanents** : ils incluent les capitaux propres (hors résultat de l'exercice comptable), les provisions pour risques et charges et l'encours de la dette.
- **Taux d'endettement** (secteur privé uniquement) : encours de la dette rapporté à la somme des capitaux permanents et du résultat net.
- **Ratio d'indépendance financière** : encours de la dette rapporté aux capitaux permanents. Le terme « d'indépendance » financière, bien que contrintuitif, est fixé réglementairement (article D.6145-70 du Code de la santé publique). Un ratio d'indépendance financière élevé sera signe d'un poids important de la dette dans les capitaux permanents.
- **Durée apparente de la dette** : encours de la dette rapporté à la capacité d'autofinancement (CAF). Il correspond donc au nombre d'années qui serait nécessaire à l'établissement pour rembourser sa dette s'il y consacrait l'intégralité de sa capacité d'autofinancement.

## ■ LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS

En 2020, les comptes financiers des hôpitaux publics renouent avec un quasi-équilibre, après sept années de déficit. Leur résultat net s'élève à -2 millions d'euros, soit -0,0 % des recettes. La résorption du déficit en 2020 découle d'une augmentation des recettes par rapport à 2019 (+7,5 %) plus prononcée que celle des dépenses (+6,8 %). Les recettes des hôpitaux publics, tout comme leurs dépenses, atteignent 88,5 milliards d'euros. L'effort d'investissement, qui se replie en 2020, devient légèrement inférieur à la capacité d'autofinancement pour la première fois depuis 2005. Le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, diminue, une situation là aussi inédite.

### Les comptes financiers des hôpitaux publics atteignent quasiment l'équilibre

En 2020, la situation financière des hôpitaux publics renoue avec un quasi-équilibre, avec un résultat net de -2 millions d'euros, après -568 millions en 2019<sup>4</sup>. Rapporté aux recettes<sup>5</sup>, le résultat net (excédent ou déficit) est nul (0,0 %), pour la première fois depuis 2012 (*tableau 1*).

Le résultat net correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. La nette amélioration du résultat net entre 2019 et 2020 masque des évolutions fortement contrastées de ces différentes composantes. Le résultat d'exploitation progresse fortement et s'établit à 645 millions d'euros, après -95 millions d'euros en 2019 (*graphique 1*). Le déficit du résultat financier, structurel en raison du paiement des intérêts des emprunts, continue de se résorber lentement, tendance engagée depuis 2015. En 2020, il s'établit à -843 millions d'euros, après -860 millions d'euros en 2019. À l'opposé, le résultat exceptionnel<sup>6</sup>, excédentaire depuis 2013, diminue sensiblement en 2020 et atteint 196 millions d'euros en 2020 (386 millions en 2019), soit son plus bas niveau depuis 2014.

<sup>4</sup> Les valeurs du résultat net avant 2011 diffèrent de celles présentées dans les publications de la DREES antérieures à 2022, car une correction a été apportée au compte 7071 (rétrocession de médicaments) de l'AP-HP de 2005 à 2010. En effet, la comparaison de la part du compte 7071 dans l'ensemble des produits (hors compte 7087) des hôpitaux publics selon leur catégorie montre une rupture de série importante pour l'AP-HP en 2011, qui retrouve une évolution similaire à celle des autres centres hospitaliers régionaux à partir de cette date (Richet, 2022).

<sup>5</sup> Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à 2022. Ce terme n'apparaît plus car il n'a pas la même définition en finance d'entreprise et peut donc prêter à confusion. Ce choix relève de la volonté d'améliorer la comparabilité des indicateurs entre le secteur public et le secteur privé (Richet, 2022).

<sup>6</sup> 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, afin d'améliorer la comparabilité avec les cliniques privées et les publications des autres administrations (Richet, 2022). Ce compte représente 191 millions d'euros en 2020, soit 0,2 % des recettes. La série a été entièrement recalculée depuis 2005 avec cette nouvelle définition, mais cette correction n'est pas effective entre 2006 et 2011 inclus étant donné que le compte 772 n'est pas subdivisé sur cette période (Le Rhun et Legendre, 2007 ; [anciennes instructions budgétaires et comptables M21](#)).

**Tableau 1 • Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2011**

Catégorie	2020		Excédent ou déficit depuis 2011 (en % des recettes)									
	N	Poids dans recettes en (en %)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Ensemble des hôpitaux publics</b>	<b>826</b>	<b>100,0</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,7</b>	<b>0,0</b>
AP-HP	1	9,3	-1,1	-0,3	-0,1	-0,1	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0
Autres CHR	31	29,2	-0,9	0,2	-0,3	-0,6	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,9
CH spécialisés en psychiatrie	83	7,3	0,5	0,3	-0,1	0,0	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,3
CH ex-hôpitaux locaux	199	2,9	1,4	1,2	0,4	0,4	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,3
Très grands CH	147	69,0	-0,7	0,2	0,0	-0,2	-0,5	0,1	-0,6	-0,4	-0,4	0,1
Grands CH	146	16,2	-0,5	0,0	-0,6	-0,7	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,5
Moyens CH	261	11,3	-0,3	-0,6	-0,4	-0,6	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,2
Petits CH	272	3,5	1,2	1,0	0,8	0,5	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7

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

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

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

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

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

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

## La proportion d'établissements déficitaires chute et passe de 58 % à 40 %

L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) reste la catégorie d'établissement<sup>7</sup> qui connaît la plus forte dégradation de sa situation financière. Son déficit s'établit à -3,0 % de ses recettes, après -2,1 % en 2019 (*tableau 1*). À l'inverse, le résultat net rapporté aux recettes des autres centres hospitaliers régionaux (CHR) poursuit son amélioration et s'élève à 0,9 % de leurs recettes (0,5 % en 2019).

La proportion d'établissements déficitaires baisse fortement : 40 % en 2020, après 58 % en 2019 et 2018. La situation financière des hôpitaux publics reste cependant très contrastée. Le déficit cumulé des établissements déficitaires se résorbe (-838 millions d'euros en 2020, après -1 049 millions en 2019 et -964 millions en 2018), mais il est beaucoup plus concentré qu'en 2019 : près de la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 10 établissements, après 42 en 2019. L'AP-HP représente à elle seule 29,3 % du déficit cumulé en 2020<sup>8</sup>.

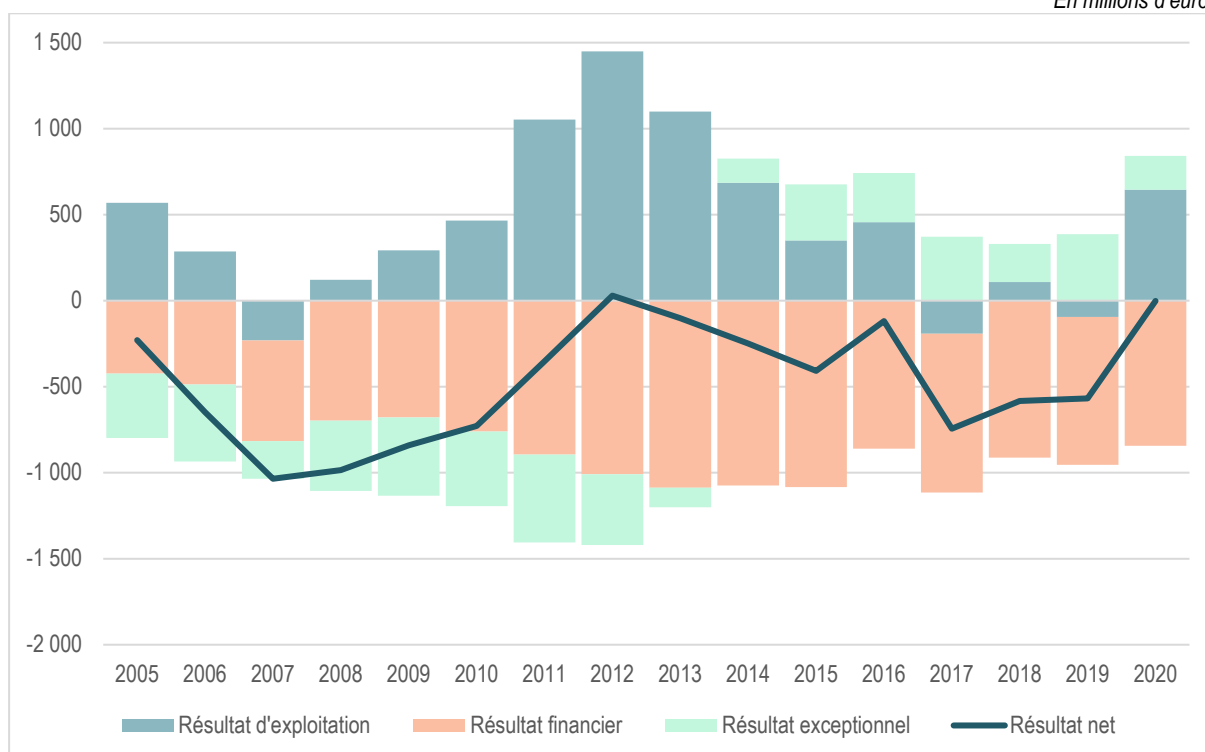
Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé augmente fortement et s'établit à 836 millions d'euros en 2020, après 481 millions en 2019. En revanche, cet excédent est moins concentré qu'en 2019 : la moitié est imputable à 24 établissements, contre 15 en 2019.

<sup>7</sup> Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). En effet, les données comptables des hôpitaux publics fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques publiques.

<sup>8</sup> En 2020, les recettes de l'AP-HP représentent 9,3 % de l'ensemble des recettes des hôpitaux publics, tandis que ses dépenses représentent 9,5 % de l'ensemble des dépenses.

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

En millions d'euros



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

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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

## Les produits issus de l'Assurance maladie progressent fortement

En 2020, les recettes totales des hôpitaux publics progressent de 7,5 %, nettement plus vite qu'en 2019 (+1,9 %). Elles atteignent 88,5 milliards d'euros, dont 90,0 % comptabilisés en budget principal<sup>9</sup> (79,7 milliards d'euros).

Les produits et charges du budget principal sont usuellement ventilés par nature, en trois titres de produits et en quatre titres de charges<sup>10</sup> (tableau 2). L'Assurance maladie en finance 64,5 milliards d'euros (titre 1), en hausse de 11,0 % par rapport à 2019 (58,1 milliards d'euros). La part des produits financés par l'Assurance maladie passe ainsi de 75,2 % en 2019 à 77,3 %

<sup>9</sup> Le budget principal présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé, couvrant le court et moyen séjour, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie. Il est défini par opposition au budget annexe qui présente les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La somme des recettes (respectivement des dépenses) du budget principal et du budget annexe n'est pas strictement identique aux recettes (respectivement aux dépenses) du budget global, elles-mêmes retraitées du compte 7087 qui correspond à des flux internes entre les budgets principal et annexe (*glossaire* ; Richet 2022).

<sup>10</sup> La composition des titres de charges et de produits présentée ici est définie dans la nomenclature budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) (annexe 2 de l'instruction M21), mise à jour chaque année. Elle est usuellement présentée sur le seul budget principal, et pas sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs présentés dans cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et de produits (comptes de classe 7) de la nomenclature M21 ne sont pas tous inclus dans cette décomposition et leur classification en titres de produits ou de charges ne repose pas uniquement sur le numéro du compte. En effet, certains comptes de charges à valeur positive sont classés parmi les titres de produits et inversement pour les comptes de produits à valeur négative. C'est le cas notamment des comptes renseignant les variations de stocks, rabais remises et ristournes. Ainsi, la somme des titres de produits (respectivement de charges) définis selon les titres de l'EPRD (présentés dans le tableau 2) ne correspond pas exactement à la somme des comptes de produits (respectivement de charges).

en 2020. Cette hausse provient principalement du dispositif de garantie de financement mis en place pour sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Ce dispositif, qui s'applique à l'ensemble des activités concernées par la tarification à l'activité (T2A), vise à garantir le financement provenant de l'Assurance maladie obligatoire (en référence aux recettes de l'année 2019) afin de garantir des versements déconnectés de l'activité de soins réalisée.

En revanche, les ressources retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2) baissent et atteignent 5,0 milliards d'euros en 2020, après 5,5 milliards d'euros en 2019 (-10,4 %). La part des produits du titre 2 diminue, passant de 7,2 % en 2019, à 5,9 % en 2020. Les autres produits (titre 3) augmentent légèrement (+2,4 %), pour atteindre 14,0 milliards d'euros, soit 16,8 % des produits. Ils correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et des accompagnants, aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), à des remboursements de frais et transferts de charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

**Tableau 2 • Produits et charges des hôpitaux publics (budget principal) depuis 2017**

En milliards d'euros

	2017	2018	2019	2020
<b>Produits</b>				
<b>Total du budget principal – somme des comptes de produits de classe 7</b>	<b>72,2</b>	<b>72,8</b>	<b>74,2</b>	<b>79,7</b>
<b>Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :</b>	<b>75,5</b>	<b>76,0</b>	<b>77,3</b>	<b>83,5</b>
Titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	56,0	56,7	58,1	64,5
Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,4	5,5	5,5	5,0
Titre 3 : autres produits	14,1	13,8	13,7	14,0
<b>Charges</b>				
<b>Total du budget principal – somme des comptes de charges de classe 6</b>	<b>73,1</b>	<b>73,5</b>	<b>74,8</b>	<b>79,8</b>
<b>Total du budget principal selon la nomenclature de l'EPRD, dont :</b>	<b>73,6</b>	<b>73,9</b>	<b>75,3</b>	<b>80,2</b>
Titre 1 : charges de personnel	46,4	46,8	47,4	51,2
Titre 2 : charges à caractère médical	13,3	13,1	13,5	14,1
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,0	7,3	7,5	7,7
Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,8	6,8	6,8	7,2

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

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

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

**Source** > DGFiP, traitements DREES.

## Les dépenses des hôpitaux augmentent un peu moins que leurs recettes

En 2020, les dépenses du secteur hospitalier public sont estimées à 88,5 milliards d'euros, dont 90,1 % comptabilisés en budget principal (79,8 milliards d'euros). La croissance des dépenses en 2020 (+6,8 %) est nettement supérieure à celle de 2019 (+1,9 %). Elle est toutefois inférieure à celle des recettes (+7,5 %), favorisant le retour à l'équilibre du résultat net.

La progression des charges du budget principal s'observe pour l'ensemble des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes toutefois différents selon les titres considérés. Ainsi, les dépenses de personnel progressent fortement (+8,0 %) et atteignent 51,2 milliards d'euros, après 47,4 milliards en 2019. Leur part dans les charges augmente légèrement : elles représentent 63,9 % des charges en 2020, après 63,0 % en 2019. L'augmentation des dépenses de personnel reflète, d'une part, l'augmentation de l'emploi hospitalier dans le secteur public pour faire face à la crise sanitaire (+1,9 % entre 2019 et 2020) [Toulemonde, 2022]. Elle résulte, d'autre part, de plusieurs mesures exceptionnelles de politique publique mises en

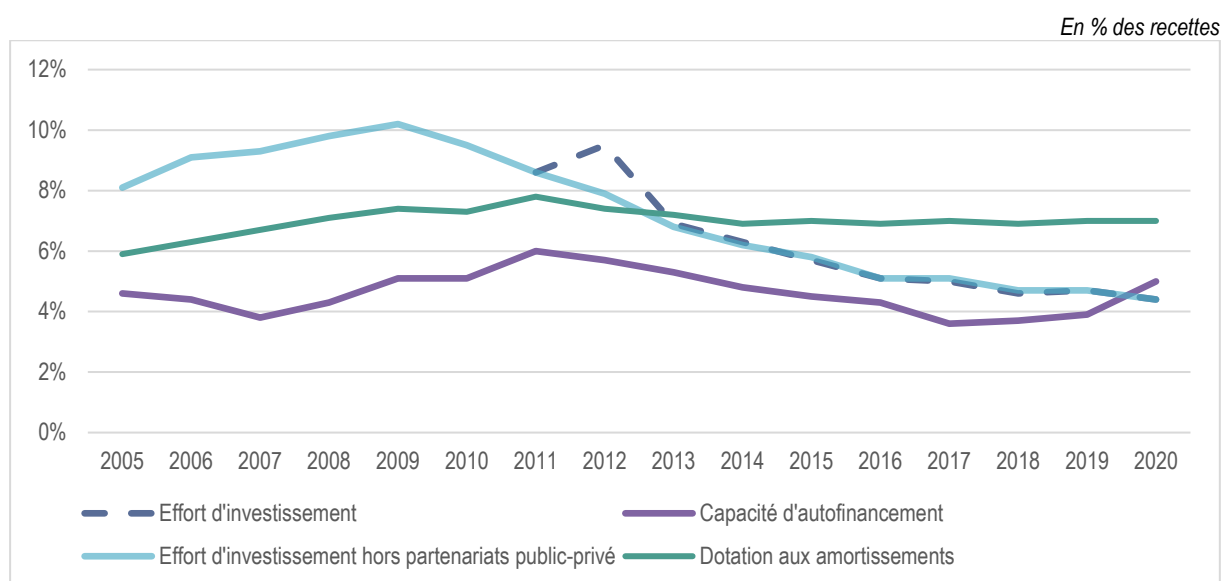
place pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire : revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé, prime exceptionnelle versée au personnel hospitalier dans le cadre de l'épidémie et majoration des heures supplémentaires de 50 % pendant la crise (Gonzalez, *et al.*, 2021 ; Toutlemonde, 2022).

Les dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant) progressent aussi fortement (+4,5 %, après +3,0 % en 2019). Elles atteignent 14,1 milliards d'euros en 2020 et représentent 17,6 % des charges. Les dépenses à caractère hôtelier et général s'élèvent à 7,7 milliards d'euros. Elles sont en hausse de 2,7 %, après 3,2 % en 2019. Elles représentent 9,6 % des charges.

Enfin, l'augmentation des amortissements, des frais financiers et des dépenses exceptionnelles accélère nettement (+5,2 % en 2020, après +1,1 % en 2019), pour atteindre 7,2 milliards d'euros en 2020, soit 9,0 % des charges.

## L'effort d'investissement des hôpitaux repart à la baisse

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



**Note >** Les contrats de partenariat public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat.

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

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

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

**Source >** DGFIP, traitements DREES.

Les investissements représentent 3,9 milliards d'euros en 2020, comme en 2019. Après un léger rebond en 2019, l'effort d'investissement reprend sa baisse et atteint 4,4 % des recettes en 2020 (après 4,7 % en 2019) [graphique 2]. Dans le même temps, la capacité d'autofinancement (CAF)<sup>11</sup>, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements, augmente pour la troisième année consécutive, pour atteindre 5,0 % des recettes en 2020 (après 3,9 % en 2019). Enfin, la dotation aux amortissements<sup>12</sup> reste stable comme les années précédentes, à 7,0 % des recettes en 2020. Pour la première fois depuis

<sup>11</sup> La CAF représente l'ensemble des ressources générées par l'entité juridique qui restent à disposition à la fin de son exercice comptable pour assurer son financement et son investissement.

<sup>12</sup> La dotation aux amortissements est une charge qui ne correspond à aucun décaissement. Elle constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Cette charge est déduite du bénéfice imposable, et ce, chaque année pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

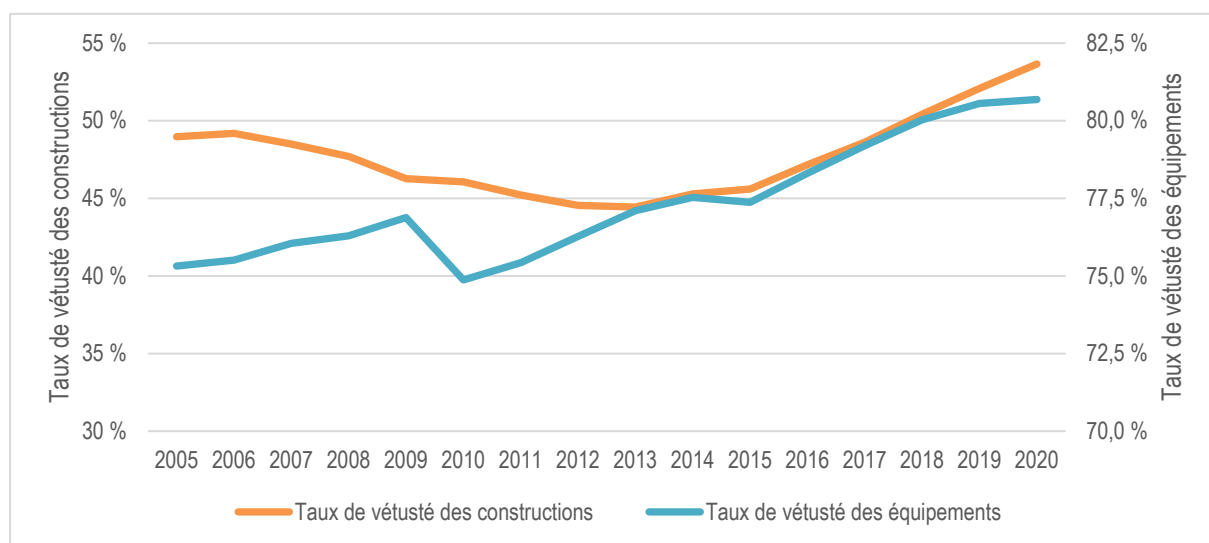
2005<sup>13</sup>, l'effort d'investissement est inférieur à la CAF. Depuis 2013, il reste inférieur à la dotation aux amortissements, avec un écart qui s'accroît.

L'évolution de l'effort d'investissement est contrastée en fonction des composantes de l'investissement. Rapportés aux recettes, les investissements courants, dont les investissements d'équipement, augmentent légèrement en 2020, tandis que les investissements de construction, dont notamment l'immobilier lourd, diminuent (*graphique A2 de l'annexe 1*).

Le taux de vétusté des investissements est un indicateur du besoin d'investissement requis pour maintenir les constructions ou les équipements de l'établissement. Il continue d'augmenter en 2020 et atteint 80,7 % pour les équipements des établissements de santé et 53,7 % pour les constructions, après respectivement 80,6 % et 52,1 % en 2019 (*graphique 3*).

### Graphique 3 • Taux de vétusté des équipements et des constructions des établissements de santé depuis 2005

En % de la valeur brute des immobilisations



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

## Le ratio d'indépendance financière des hôpitaux baisse pour la deuxième année de suite

L'encours de la dette est stable en 2020 et atteint 30,0 milliards d'euros, comme en 2019. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics a atteint un point haut en 2013 (41,6 %) et recule depuis, lentement mais régulièrement (*graphique 4, graphique A3 de l'annexe 1*). Il s'établit à 33,9 % des recettes en 2020, après 36,4 % en 2019. Après une progression continue depuis 2005<sup>13</sup>, le ratio d'indépendance financière<sup>14</sup>, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'est stabilisé à 52,3 % en 2018, pour se replier pour la première fois en 2019. En 2020, ce retournement de tendance se confirme : le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics passe de 52,1 % en 2019 à 50,8 % (*graphique 4, graphique A4 de l'annexe 1*). La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % des capitaux permanents reste cependant quasi stable et s'établit à 68,3 % en 2020 (après 68,1 % en 2019).

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, a atteint un point haut en 2017, à 10,6 ans. Là aussi, une amélioration est depuis à l'œuvre. La durée apparente de la dette passe ainsi de 9,3 ans en 2019 à 6,8 ans en 2020 (*graphique A5 de l'annexe 1*).

<sup>13</sup> Point de départ des observations.

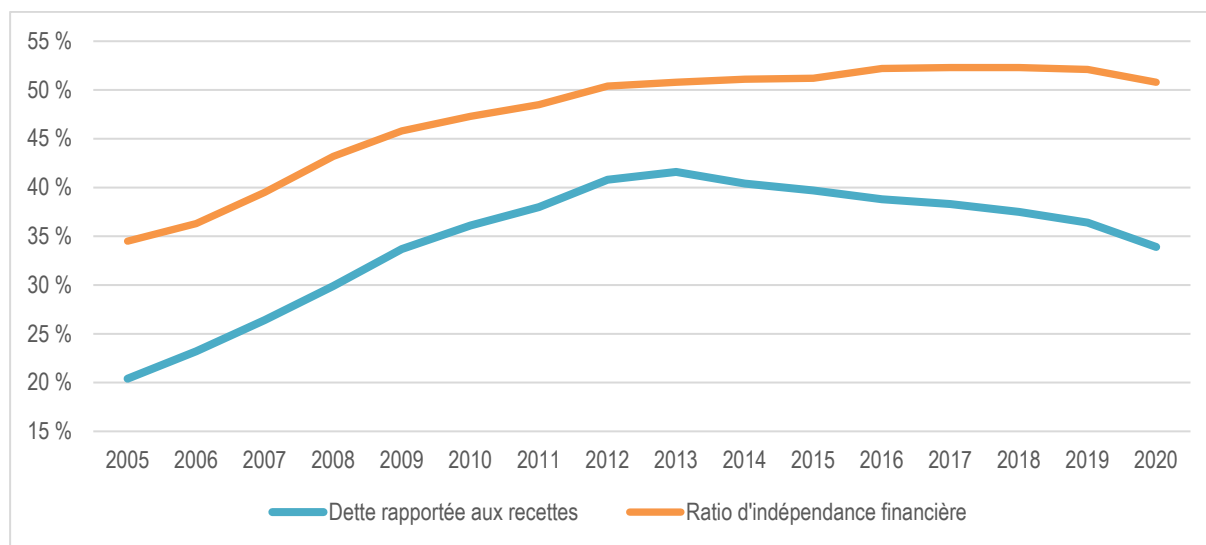
<sup>14</sup> Dans les publications de la DREES antérieures à 2022, le terme de « taux d'endettement » était employé pour désigner l'encours de la dette rapporté aux capitaux permanents. Le terme de « ratio d'indépendance financière », utilisé dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique, lui est désormais préféré. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.



La part d'établissements surendettés<sup>15</sup> diminue et atteint 31,0 % en 2020, après 36,6 % en 2019 (*graphique 5, graphique A6 de l'annexe 1*). Près de la moitié des établissements (47,1 %) n'ont aucun critère de surendettement en 2020, un chiffre en augmentation par rapport à 2019 (40,3 %).

Ces résultats s'expliquent en partie par les accords du Ségur de la santé signés en juillet 2020, qui prévoient notamment un engagement de 19 milliards d'euros en faveur de l'investissement en santé, dont 13 milliards d'euros liés à l'engagement de reprise de la dette : « Afin de garantir le soutien à la restauration des marges d'autofinancement permettant d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier (6,5 milliards d'euros) et d'accompagner des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier (6,5 milliards d'euros) » ([ministère des Solidarités et de la Santé, 2021](#)).

**Graphique 4 • Encours de la dette rapporté aux recettes et ratio d'indépendance financière depuis 2005**



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

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

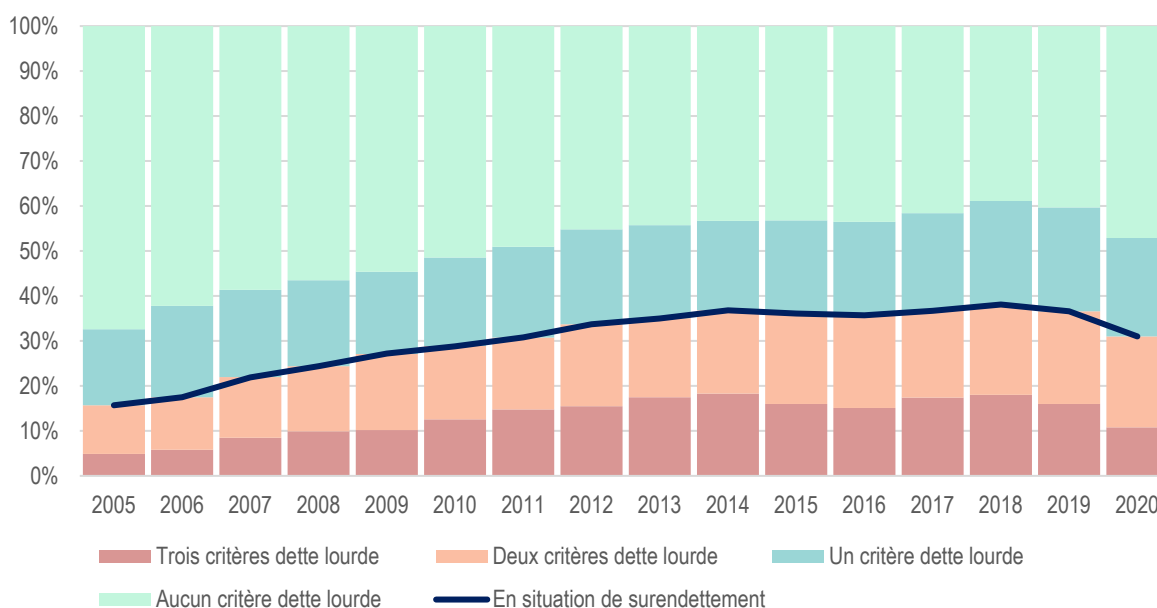
**Lecture >** Encours de la dette exprimé en pourcentage des recettes, ou en pourcentage des capitaux permanents (ratio d'indépendance financière).

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

**Source >** DGFIP, traitements DREES.

<sup>15</sup> Les critères de surendettement sont définis dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique. Aux termes de cet article, les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement suivants ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) : 1/ Un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ Une durée apparente de la dette qui excède dix ans ; 3/ Un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Ces trois critères sont définis précisément à partir des comptes de l'instruction M21 par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette.

## Graphique 5 • Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement depuis 2005



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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

## Encadré 2 • Champ et sources

### Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors service de santé des armées (SSA). Les établissements publics considérés sont ceux apparaissant comme des établissements publics de santé dans les bases de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), hors établissements des communautés d'Outre-Mer. Il n'est pas restreint au champ de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [Richet, 2022]. Le terme d'établissement est ici utilisé pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 826. Les centres hospitaliers (CH) sont classés en quatre catégories selon leur taille. Celle-ci est mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global, pour correspondre à la classification utilisée par la DGFIP : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

### Sources

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

## ■ LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES CLINIQUES PRIVÉES À BUT LUCRATIF

D'après les premières estimations pour 2020, la situation financière des cliniques privées<sup>16</sup> à but lucratif s'améliore. Leur résultat net s'établit ainsi à 3,0 % des recettes, en hausse de 0,9 point par rapport à 2019. Il renoue ainsi avec les niveaux historiquement élevés observés de 2014 à 2016. L'effort d'investissement poursuit sa reprise amorcée en 2019 et représente 4,8 % des recettes en 2020. Le ratio d'indépendance financière des cliniques privées, en baisse continue depuis 2011, atteint 34,5 % des capitaux permanents.

### Le résultat net des cliniques privées s'améliore, porté par l'envolée des subventions d'exploitation

D'après les premières estimations<sup>17</sup>, les recettes<sup>18</sup> de l'ensemble des cliniques privées à but lucratif atteignent 17,6 milliards d'euros en 2020, soit une hausse de 5,4 % par rapport à 2019 (*tableau 3*). Leur résultat net cumulé est de 533 millions d'euros (soit un résultat net moyen de 527 500 euros par clinique). Leur résultat net rapporté aux recettes<sup>19</sup> est évalué à 3,0 % en 2020, ce qui représente une hausse de 0,9 point par rapport au niveau de 2019 (2,1 %). Il renoue ainsi avec les niveaux historiquement élevés observés de 2014 à 2016.

La hausse du résultat net est due pour l'essentiel à celle du résultat d'exploitation qui, rapporté aux recettes, passe de 3,6 % en 2019 à 4,6 % en 2020 (*graphique 6*). Cette progression est portée par la fiscalité liée à l'exploitation<sup>20</sup>, dont le solde atteint 1,1 % des recettes (après -3,6 % en 2019). Les subventions d'exploitation s'envolent et atteignent 6,0 % des recettes en 2020, après 1,3 % en 2019. Pour la première fois depuis 2006<sup>21</sup>, elles dépassent les impôts, taxes et versements assimilés<sup>22</sup>.

Le résultat financier est en léger repli (0,1 % des recettes en 2020, après 0,2 % en 2019), tandis que le déficit du résultat exceptionnel se résorbe (-0,1 % des recettes en 2020, après -0,3 % en 2019). Au final, le bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel, progresse et atteint 4,6 % des recettes, après 3,4 % en 2019. Ce niveau plus élevé de bénéfice, proche du point haut atteint en 2014 à 4,7 %, engendre une augmentation mécanique des impôts sur les bénéfices et des participations salariales.

Les charges de personnel augmentent, pour retrouver leur niveau de 2018, en particulier les salaires bruts qui représentent 29,3 % des recettes en 2020, après 28,8 % en 2019. Ces hausses s'expliquent par les mesures exceptionnelles mises en place pour faire face aux conséquences de la crise sanitaire, dont notamment les revalorisations salariales à la suite du Ségur de la santé (Toutlemonde, 2022).

<sup>16</sup> Cette analyse porte sur des entités juridiques (les cliniques), mais ne tient pas compte des structures de groupe. En effet, certaines cliniques sont intégrées à des groupes de sociétés dont l'organisation interne peut fortement influencer l'analyse des performances au niveau de chaque société fille de ce groupe (Haag, 2019 ; Chanteloup et Haag, 2019). Par exemple, si les dettes de long terme et les projets d'investissements lourds d'un groupe sont tous portés par une société fille distincte de la société fille gérant la clinique privée, le taux d'endettement ou l'effort d'investissement calculé pour cette clinique privée seront sous-estimés (Richet, 2022).

<sup>17</sup> Les données de 2020 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 737 cliniques ayant déposé leurs comptes.

<sup>18</sup> Les recettes correspondent à la somme des produits d'exploitation, financier et exceptionnel. À partir de 2022, les publications de la DREES mettent en avant les recettes plutôt que le chiffre d'affaires, qui figure tout de même dans le *tableau 3*. Le chiffre d'affaires n'inclut pas les subventions d'exploitation, qui comprennent des compensations liées à l'activité directe des établissements de santé. Il n'a donc qu'un intérêt modéré pour l'évaluation des produits des établissements de santé, mais il reste un indicateur particulièrement utilisé en comptabilité privée (Richet, 2022).

<sup>19</sup> Le résultat net rapporté aux recettes était désigné par le terme de « rentabilité » dans les publications de la DREES antérieures à 2022 (Richet, 2022).

<sup>20</sup> La fiscalité liée à l'exploitation correspond à la différence entre les subventions d'exploitation et les impôts, taxes et versements assimilés.

<sup>21</sup> Point de départ des observations.

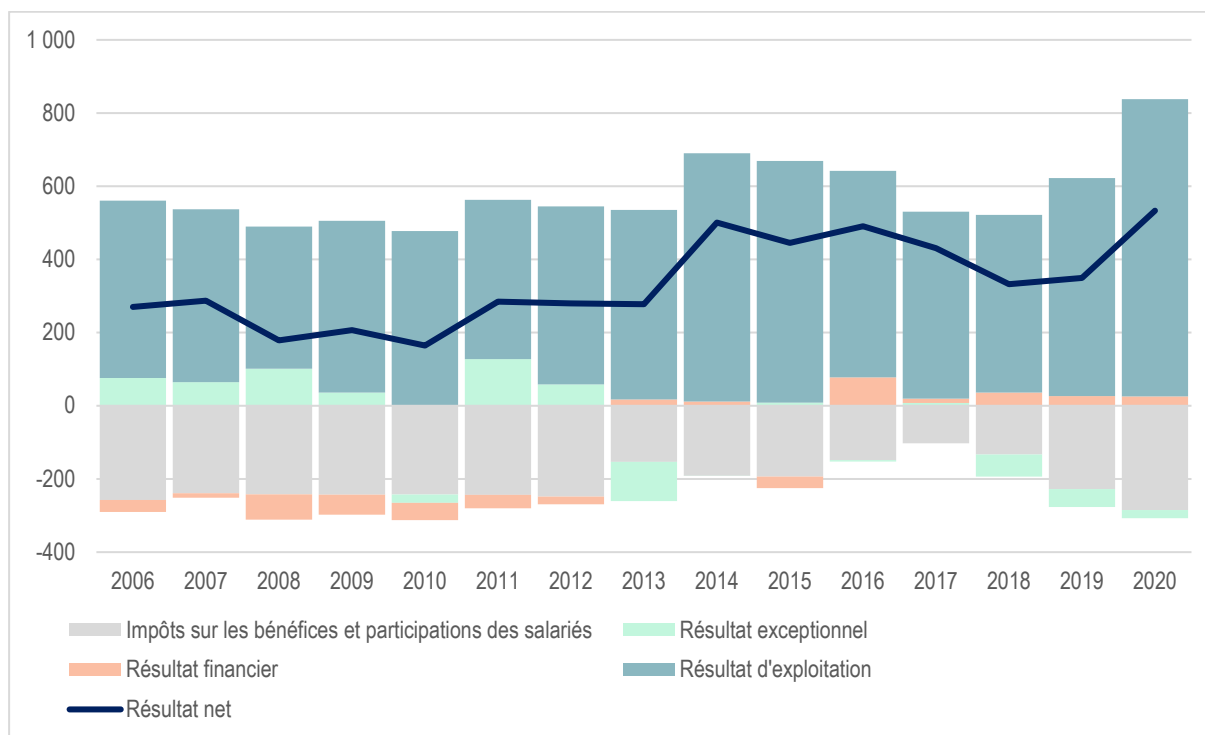
<sup>22</sup> Les impôts, taxes et versements assimilés comprennent l'ensemble des impôts et taxes que les entreprises doivent payer auprès de l'État ou des collectivités territoriales, hors taxe sur la valeur ajoutée et impôt sur les sociétés. Il s'agit par exemple de la contribution économique territoriale, de la taxe sur les véhicules de société ou de la taxe sur les salaires.

**Tableau 3** • Compte de résultat des cliniques privées depuis 2015

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Recettes</b> (en millions d'euros)	<b>15 233</b>	<b>15 305</b>	<b>15 580</b>	<b>16 089</b>	<b>16 650</b>	<b>17 557</b>
<b>Nombre de cliniques</b>	<b>1 022</b>	<b>1 024</b>	<b>1 015</b>	<b>1 011</b>	<b>1 008</b>	<b>1 011</b>
<b>Recettes moyennes</b> (en millions d'euros)	<b>14,9</b>	<b>14,9</b>	<b>15,3</b>	<b>15,9</b>	<b>16,5</b>	<b>17,4</b>
<b>Chiffre d'affaires</b> (en % des recettes)	<b>94,6</b>	<b>94,5</b>	<b>94,5</b>	<b>93,7</b>	<b>93,9</b>	<b>89,4</b>
<b>Achats, produits et charges de gestion courante</b> (en % des recettes), dont :	<b>-43,9</b>	<b>-44,3</b>	<b>-44,6</b>	<b>-45,0</b>	<b>-45,3</b>	<b>-44,6</b>
achats consommés	-16,7	-17,1	-17,0	-17,4	-17,5	-16,5
autres produits et charges de gestion courante	-27,2	-27,3	-27,6	-27,6	-27,9	-28,1
<b>Frais de personnel</b> (en % des recettes), dont :	<b>-40,0</b>	<b>-40,3</b>	<b>-40,6</b>	<b>-40,1</b>	<b>-39,7</b>	<b>-40,1</b>
salaires bruts	-28,5	-28,8	-29,2	-28,8	-28,8	-29,3
cotisations sociales	-11,5	-11,5	-11,4	-11,2	-10,9	-10,9
<b>Fiscalité liée à l'exploitation</b> (en % des recettes), dont :	<b>-4,5</b>	<b>-4,3</b>	<b>-4,2</b>	<b>-4,0</b>	<b>-3,6</b>	<b>1,1</b>
impôts, taxes et versements assimilés	-5,3	-5,2	-5,2	-5,2	-4,9	-4,9
subventions d'exploitation	0,8	1,0	1,0	1,2	1,3	6,0
<b>Excédent brut d'exploitation</b> (en % des recettes)	<b>6,4</b>	<b>5,8</b>	<b>5,3</b>	<b>4,8</b>	<b>5,4</b>	<b>6,0</b>
<b>Résultat courant de fonctionnement</b> (en % des recettes)	<b>6,3</b>	<b>5,7</b>	<b>5,3</b>	<b>4,7</b>	<b>5,3</b>	<b>5,8</b>
<b>Autres opérations d'exploitation</b> (en % des recettes)	<b>1,6</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>2,2</b>	<b>2,0</b>	<b>2,4</b>
<b>Dotations nettes aux amortissements</b> (en % des recettes)	<b>-3,7</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,9</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,8</b>
<b>Résultat d'exploitation</b> (en % des recettes)	<b>4,3</b>	<b>3,7</b>	<b>3,3</b>	<b>3,0</b>	<b>3,6</b>	<b>4,6</b>
<b>Résultat financier</b> (en % des recettes), dont :	<b>-0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>
produits financiers	0,5	1,1	0,6	0,7	0,7	0,5
charges financières	-0,7	-0,6	-0,5	-0,5	-0,5	-0,4
<b>Résultat exceptionnel</b> (en % des recettes), dont :	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,1</b>
produits exceptionnels	1,8	1,1	1,6	1,6	1,5	1,0
charges exceptionnelles	-1,7	-1,2	-1,5	-1,9	-1,8	-1,1
<b>Participation des salariés</b> (en % des recettes)	<b>-0,4</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,5</b>
<b>Impôts sur les bénéfices</b> (en % des recettes)	<b>-0,9</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,5</b>	<b>-1,0</b>	<b>-1,2</b>
<b>Résultat net</b> (en % des recettes)	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>	<b>2,8</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>3,0</b>

**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les dividendes versés aux actionnaires ne figurent pas dans ce tableau. Leur montant est très mal renseigné dans les liasses fiscales (moins de 5 % de remplissage depuis 2014).  
**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.  
**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

## Graphique 6 • Compte de résultat des cliniques privées depuis 2006



**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

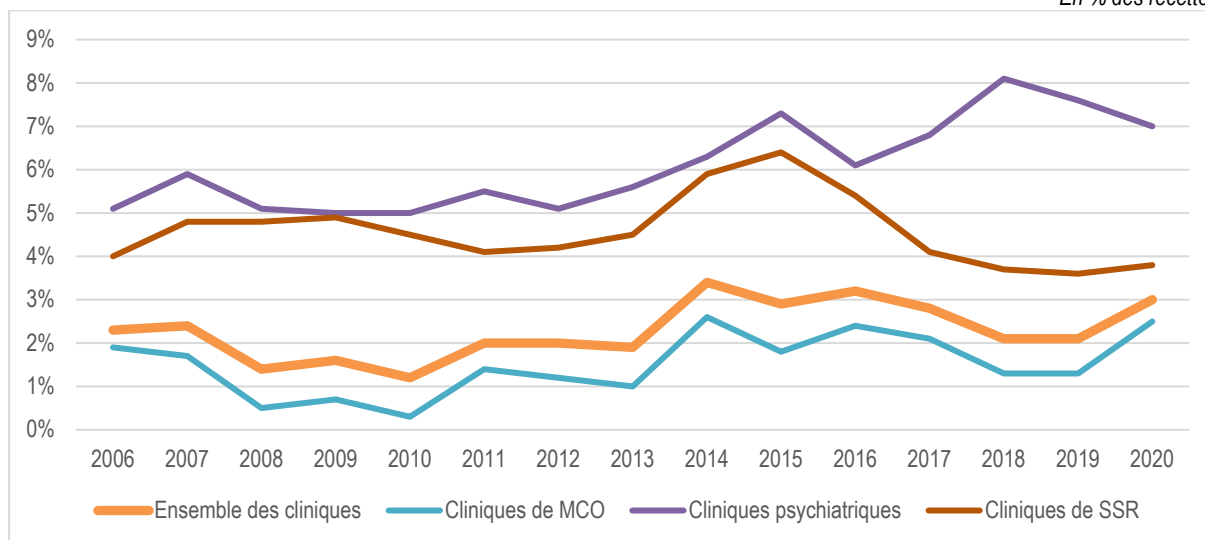
**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

## Le résultat net rapporté aux recettes diminue en psychiatrie, mais augmente dans les autres disciplines

Le niveau comme les évolutions du résultat net rapporté aux recettes sont très variables selon la discipline principale d'activité des cliniques privées, en particulier en 2020 (*graphique 7*). Le résultat net rapporté aux recettes progresse de 1,2 point pour les cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de 0,2 point pour les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR), tandis qu'il se replie légèrement pour les cliniques psychiatriques (-0,6 point). Il s'établit ainsi à 2,5 % en MCO (après 1,3 % en 2019), à 3,8 % en SSR (après 3,6 % en 2019) et à 7,0 % en psychiatrie (après 7,6 % en 2019), qui demeure la discipline qui dégage le plus de bénéfices (en pourcentage des recettes).

## Graphique 7 • Évolution du résultat net rapporté aux recettes des cliniques privées depuis 2006

En % des recettes



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

**Note** > Les données de 2020 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 737 cliniques (entités juridiques) ayant déposé leurs comptes, dont 430 cliniques de MCO, 193 cliniques de SSR et 114 cliniques psychiatriques. Les recettes des cliniques de MCO, SSR et psychiatrie représentent respectivement 73,1 %, 21,9 % et 5,0 % des recettes de l'ensemble des cliniques privées.

Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

## Près d'une clinique sur quatre est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2020, la part des cliniques privées ayant un résultat net négatif continue de diminuer et atteint 23,5 %, après 26,1 % en 2019. En particulier, la proportion de cliniques déficitaires passe de 30,0 % en 2019 à 25,5 % en 2020 pour les cliniques de MCO et de 26,6 % à 24,3 % pour les cliniques de SSR. *A contrario*, la part de cliniques psychiatriques déficitaires augmente de 5 points pour atteindre 12,6 %.

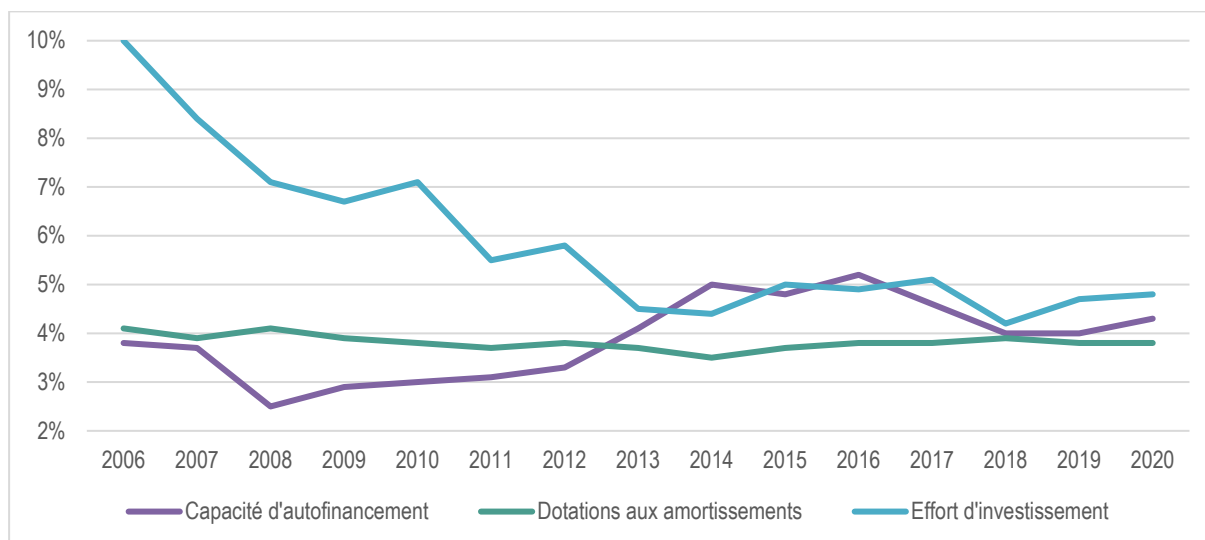
## Les investissements baissent pour les cliniques de SSR et de psychiatrie

Les investissements représentent 851 millions d'euros en 2020, après 787 millions d'euros en 2019. L'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, poursuit sa reprise amorcée en 2019 et s'élève à 4,8 % en 2020 (après 4,2 % en 2018 et 4,7 % en 2019). Il reste supérieur à la dotation aux amortissements des cliniques privées, stable depuis plusieurs années et qui s'établit à 3,8 % des recettes en 2020. L'effort d'investissement est également supérieur à la capacité d'autofinancement (CAF), malgré une progression de cette dernière en 2020, où elle atteint 4,3 % des recettes, après 4,0 % en 2019 (*graphique 8 et graphique B1 de l'annexe 2*).

L'effort d'investissement est cependant très variable selon le secteur d'activité (*graphique B2 de l'annexe 2*)<sup>23</sup>. Son augmentation globale est portée par les cliniques de MCO (5,5 % en 2020, après 4,8 % en 2019), tandis que l'effort d'investissement chute pour les cliniques de SSR (2,5 % en 2020, après 3,6 % en 2019) et pour les cliniques psychiatriques (4,4 % en 2020, après 7,7 % en 2019). 9,7 % des établissements présentent un effort d'investissement supérieur à 10 % de leurs recettes, après 10,6 % en 2019.

<sup>23</sup> La décomposition de l'effort d'investissement par discipline d'équipement est fragile, en raison du faible nombre d'observations pour cette variable. Elle doit donc être interprétée avec prudence.

## Graphique 8 • Effort d'investissement, capacité d'autofinancement et dotations aux amortissements des cliniques privées depuis 2006



**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. La décomposition de l'effort d'investissement par discipline d'équipement est fragile, en raison du faible nombre d'observations pour cette variable, elle doit donc être interprétée avec prudence. Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître des évolutions brusques lors de l'engagement d'investissements importants. Les séries sont aussi sensibles à l'ouverture de nouvelles cliniques ainsi qu'aux opérations de concentration.

**Note** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

## L'endettement atteint son plus bas niveau depuis 2006

L'encours de la dette des cliniques privées stagne et son montant reste le même en 2020 qu'en 2019 : 1,8 milliard d'euros. En revanche, du fait de l'augmentation des recettes en 2020, l'encours de la dette exprimé en pourcentage des recettes diminue et atteint 10,4 %, après 11,4 % en 2019, soit son plus bas niveau depuis 2006, point de départ des observations (graphique 9).

Le ratio d'indépendance financière<sup>24</sup> des cliniques, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, se replie régulièrement depuis son dernier point haut de 2011 (57,4 %). Il recule encore légèrement en 2020, à 34,5 %, après 36,7 % en 2019 (graphique 10). Là encore, il s'agit du plus bas niveau observé depuis 2006. 22,8 % des cliniques conservent tout de même un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents, après 22,6 % en 2019.

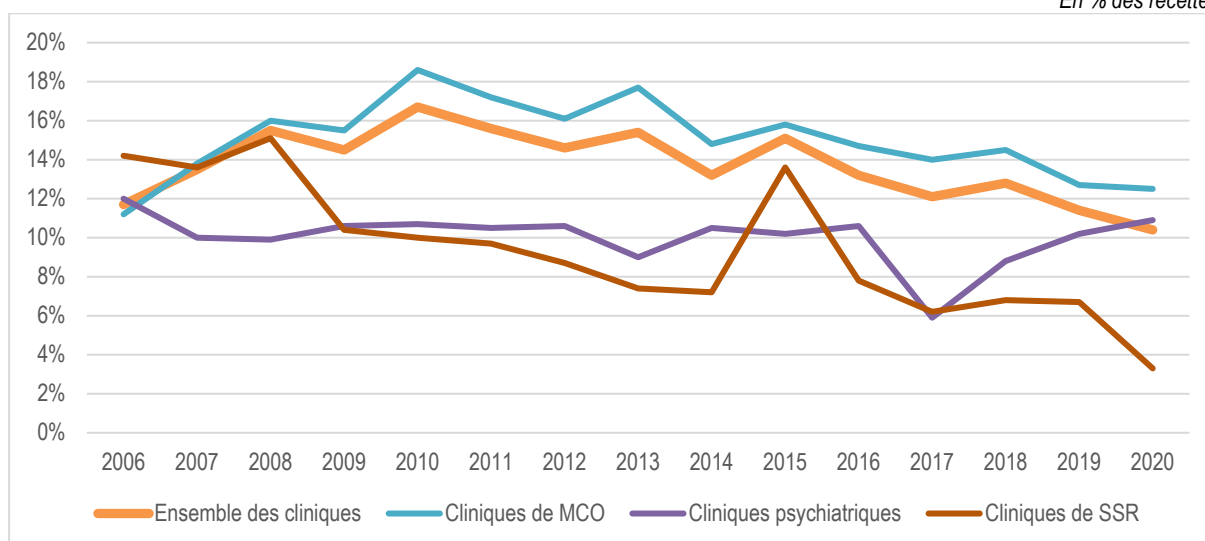
L'évolution de l'endettement est cependant contrastée selon les types de cliniques. Si le ratio d'indépendance financière des cliniques de MCO poursuit sa baisse au même rythme que l'année précédente (38,0 % en 2020, après 39,9 % en 2019 et 42,1 % en 2018), la baisse est nettement plus marquée pour les cliniques de SSR (19,0 %, après 26,0 % en 2019), tandis que le ratio d'indépendance financière des cliniques psychiatriques recule légèrement pour la première fois depuis 2017 (23,8 %, après 24,7 % en 2019).

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement diminue pour la deuxième année consécutive, passant de 2,9 ans en 2019 à 2,4 ans en 2020 (graphique B4 de l'annexe 2).

<sup>24</sup> Pour reprendre les mêmes conventions que dans le secteur public, le ratio d'indépendance financière rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, qui incluent les capitaux propres hors résultat de l'exercice comptable, les provisions pour risques et charges ainsi que le montant de la dette. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd. Le taux d'endettement présenté dans les publications de la DREES antérieures à 2022 rapportait, quant à lui, l'encours de la dette à la somme des capitaux permanents (tels que définis ci-dessus) et du résultat de l'exercice. Ces deux indicateurs (taux d'endettement et ratio d'indépendance financière) suivent des tendances similaires, avec des valeurs proches, mais le taux d'endettement est systématiquement inférieur au ratio d'indépendance financière, étant donné que le résultat de l'exercice des cliniques privées est excédentaire sur l'ensemble de la série considérée (de 2006 à 2020). Le taux d'endettement, présenté en annexe 2 (graphique B3), atteint 29,9 % en 2020, après 33,0 % en 2019. Ces différents indicateurs ainsi que leur évolution temporelle sont présentés dans un document méthodologique de la DREES (Richet, 2022).

## Graphique 9 • Dette rapportée aux recettes des cliniques privées depuis 2006

En % des recettes



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

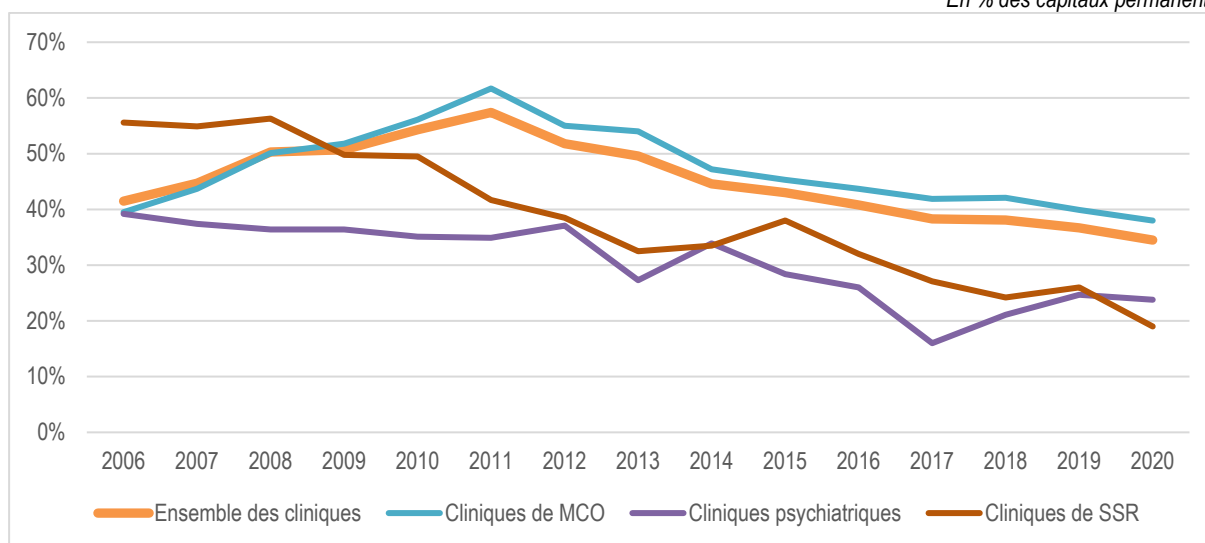
**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

## Graphique 10 • Ratio d'indépendance financière des cliniques privées depuis 2006

En % des capitaux permanents



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

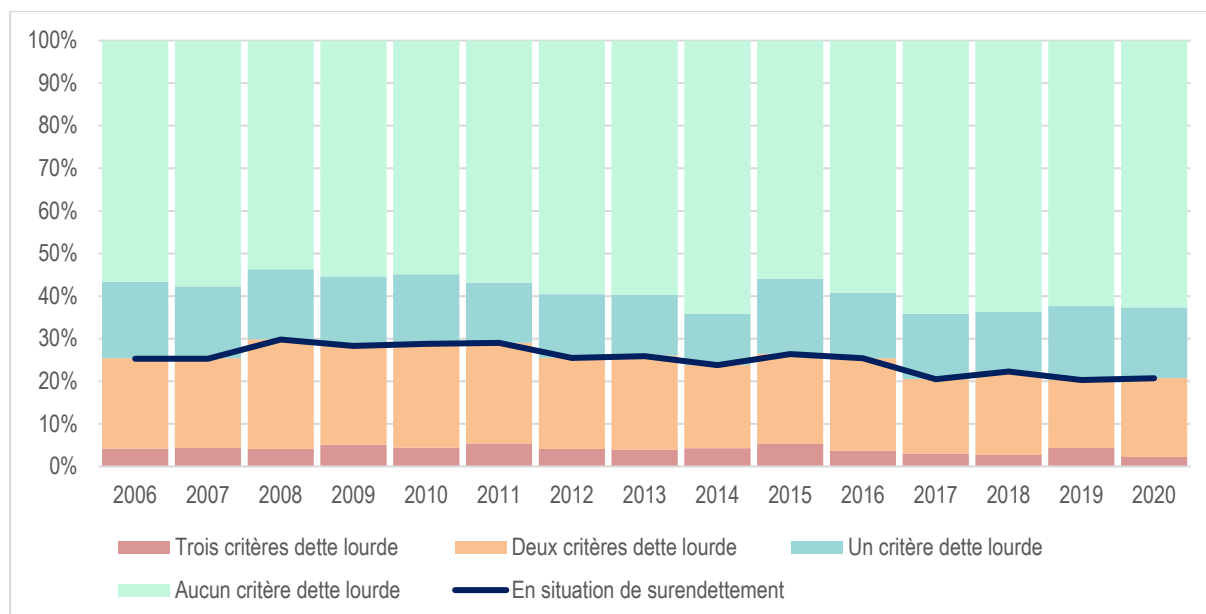
**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.



La proportion de cliniques privées surendettées<sup>25</sup> augmente légèrement et atteint 20,7 % en 2020, après le point bas historique de 20,3 % observé en 2019 (graphique 11). Près des deux tiers des établissements (62,5 %) n'ont aucun critère de surendettement en 2020, un chiffre en légère baisse par rapport à 2019 (62,1 %).

**Graphique 11** • Proportion de cliniques privées en situation de surendettement depuis 2006



**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Distribution des établissements avec zéro, un, deux ou trois critères de surendettement, comme définis dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique (par symétrie avec le secteur public) : 1/ Un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ Une durée apparente de la dette qui excède dix ans ; 3/ Un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Le cumul d'au moins deux critères définit une situation de surendettement.

**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

### Encadré 3 • Champ et sources

#### Champ

Les comptes des cliniques privées à but lucratif, disponibles par numéro Siren (c'est-à-dire au niveau de l'entité juridique), sont transmis aux tribunaux de commerce, parfois avec du retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer de ceux publiés dans les éditions précédentes en raison d'une réactualisation des données. Des étapes supplémentaires de retraitement des données ont été menées sur les données de 2006 à 2018. Pour ces années, les données de deux sources différentes ont été rapprochées (données des liasses fiscales transmises par les entreprises Diane et Altares) afin de corriger les erreurs liées à la lecture automatique des liasses fiscales. Les données de 2020 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce. Elles sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 737 cliniques ayant déposé leurs comptes. Les indicateurs sur l'investissement s'appuient sur un échantillon de 659 cliniques. Les données de 2012 à 2020 sont susceptibles d'être révisées dans les futures publications de la DREES du fait de la réception de données complémentaires. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par repondération, de rendre l'échantillon représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise des différents indicateurs financiers. Pour l'étude des indicateurs relatifs aux investissements, seules les cliniques ayant renseigné des investissements non nuls ont été considérées et un redressement spécifique des données a été effectué. En effet, certaines cliniques déposent leurs comptes annuels mais fournissent des données incomplètes, ce qui concerne notamment le montant des investissements, qui est ainsi inconnu pour 10 % à 15 % des

<sup>25</sup> Les critères de surendettement sont définis par analogie avec ceux du public, eux-mêmes définis dans l'article D.6145-70 du Code de la santé publique. Aux termes de cet article, les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement suivants ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) : (1) un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; (2) une durée apparente de la dette qui excède dix ans ; (3) un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Ces trois critères sont définis précisément à partir des comptes de l'instruction M21 par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette.

cliniques ayant déposé leurs comptes entre 2013 et 2019 (Richet, 2022). La décomposition des indicateurs relatifs aux investissements par discipline d'équipement est donc fragile du fait du plus faible nombre d'observations, et ces indicateurs doivent être interprétés avec prudence.

La disponibilité des comptes uniquement au niveau de l'ensemble de l'entité juridique, et non au niveau de l'entité géographique, constitue une difficulté pour analyser les résultats, notamment pour les grands groupes ayant plusieurs activités. Pour limiter les biais, l'analyse se limite ici aux entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière. Toutefois, il subsiste des entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière et qui ont également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maison de retraite. Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Par ailleurs, certaines entreprises sont intégrées à des groupes de sociétés dont l'organisation interne peut fortement influencer l'analyse des performances au niveau de chaque société fille de ce groupe. Par exemple, si les dettes de long terme et les projets d'investissements lourds d'un groupe sont tous portés par une société fille distincte de la société fille gérant la clinique privée, le taux d'endettement ou l'effort d'investissement calculé pour cette clinique privée seront sous-estimés (Richet, 2022).

Une décomposition des indicateurs par discipline principale d'équipement des cliniques est proposée après croisement des données comptables de l'entité juridique avec la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), afin d'identifier la discipline d'équipement « majoritaire » de l'entité. Plus précisément, les cliniques ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée (journées et séances) pour chaque grand domaine (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], psychiatrie, soins de suite et de réadaptation [SSR]). Là aussi, l'exercice est délicat : pour les entités ayant une activité importante dans plusieurs disciplines, l'intégralité des comptes est considérée comme étant du ressort de la discipline d'équipement majoritaire. Les cliniques SSR ainsi que celles de psychiatrie correspondent ainsi aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante SSR et psychiatrie. Les cliniques de MCO regroupent celles à dominante MCO ainsi que les cliniques de dialyse, de radiothérapie et d'hospitalisation à domicile. Les données financières concernant l'ensemble de l'entité juridique, et non chaque unité médicale ou discipline d'équipement, des imprécisions subsistent sur cette catégorisation.

### Sources

Les données financières sont issues des liasses fiscales des cliniques privées transmises aux tribunaux de commerce. La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

## ■ POUR EN SAVOIR PLUS

ATIH (2021, mai). [Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2018](#).

Chanteloup, G., Haag, O., (2019, décembre) [De la définition juridique à la définition économique de l'entreprise : méthode et mode d'emploi](#). *Les entreprises en France* – Édition 2019. Paris, France : Insee, coll. Insee Références.

Gonzalez, L., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M. (2021, septembre). [Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2021](#), fiche 16. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Haag, O., (2019, juin). [Le profilage à l'Insee. Une identification plus pertinente des acteurs économiques](#). Insee, *Courrier des statistiques*, 2.

Le Rhun, B., Legendre, M.-C. (2007, décembre). [Comparaison de la M21 et du Plan Comptable Général](#). DREES, *Documents de travail*, 1.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020, décembre). [Instruction budgétaire et comptable M21 au 1<sup>er</sup> janvier 2021](#).

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

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

Toutlemonde, F. (2021, juillet). [Les établissements de santé - Édition 2021](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, fiches 30, 31 et 32.

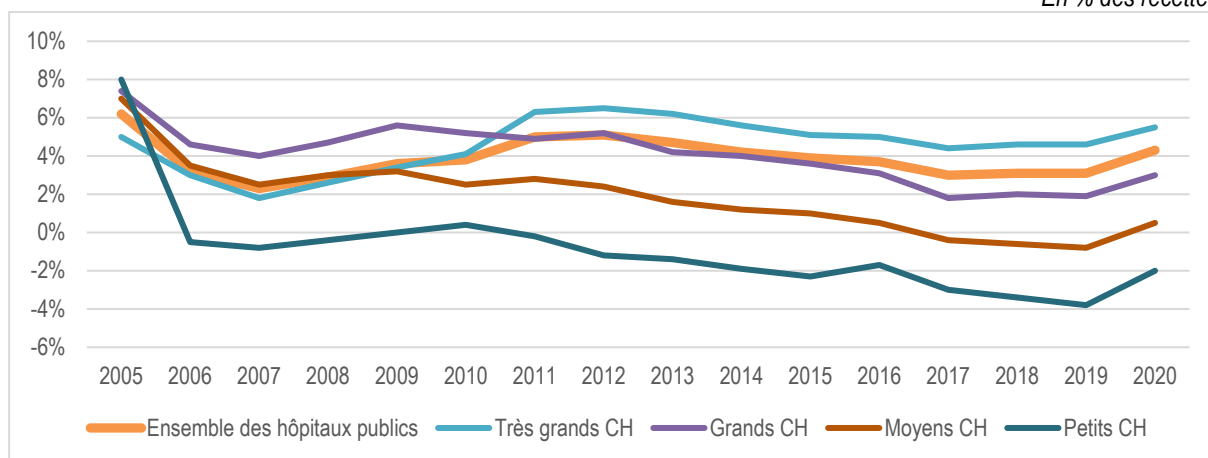
Toutlemonde F. (2022, juillet). [Les établissements de santé en 2020 - Édition 2022](#). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé, fiche 5 et Synthèse sur le Covid-19.

Vernimmen, P., Quiry, P., Le Fur, Y. (2011, août). *Finance d'entreprise - Édition 2012*. Paris, France : Dalloz.

## Annexe 1. Illustrations complémentaires sur les hôpitaux publics

Graphique A1 • Taux de marge brute des hôpitaux publics depuis 2005

En % des recettes



CH : centre hospitalier.

**Note** > La marge brute, aussi appelée résultat courant de fonctionnement, est calculée comme la différence entre les produits courants de fonctionnement et les charges courantes de fonctionnement. Les produits courants de fonctionnement sont les produits directement liés à l'activité de l'établissement, hors produits calculés (reprises sur amortissements, dépréciations et provisions), qui ne sont pas des produits encaissés mais correspondent à des opérations comptables. Symétriquement, les charges courantes de fonctionnement sont définies comme les charges d'exploitation dont sont retirées les charges calculées (dotations aux amortissements, provisions et dépréciations) [Richet, 2022]. Le taux de marge brute rapporte la marge brute aux produits courants de fonctionnement. Les taux de marge brute ne sont pas directement comparables entre les établissements privilégiant le recours au crédit-bail et ceux recourant à l'emprunt pour financer leurs investissements. En effet, cette décision ne reflète pas les mêmes choix économiques et le recours au crédit-bail a un impact non négligeable sur la marge brute et sur les ratios liés à l'investissement (ATIH, 2021).

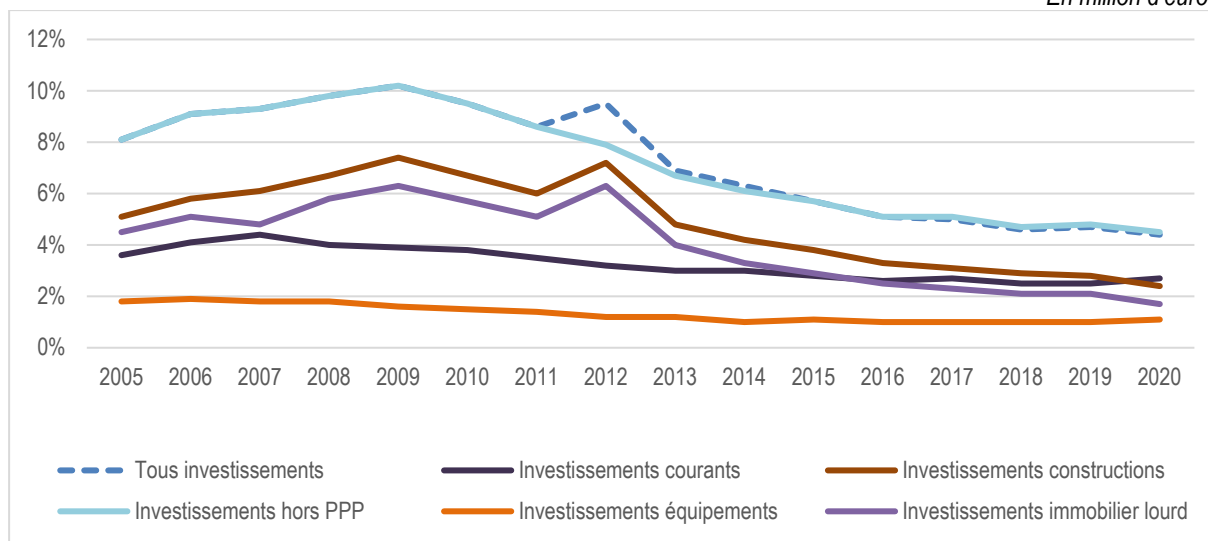
Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de taille, mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

Graphique A2 • Effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2005 par type d'investissement

En million d'euros



PPP : partenariats public-privé.

**Note** > Les contrats de partenariats public-privé (PPP) sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat.

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

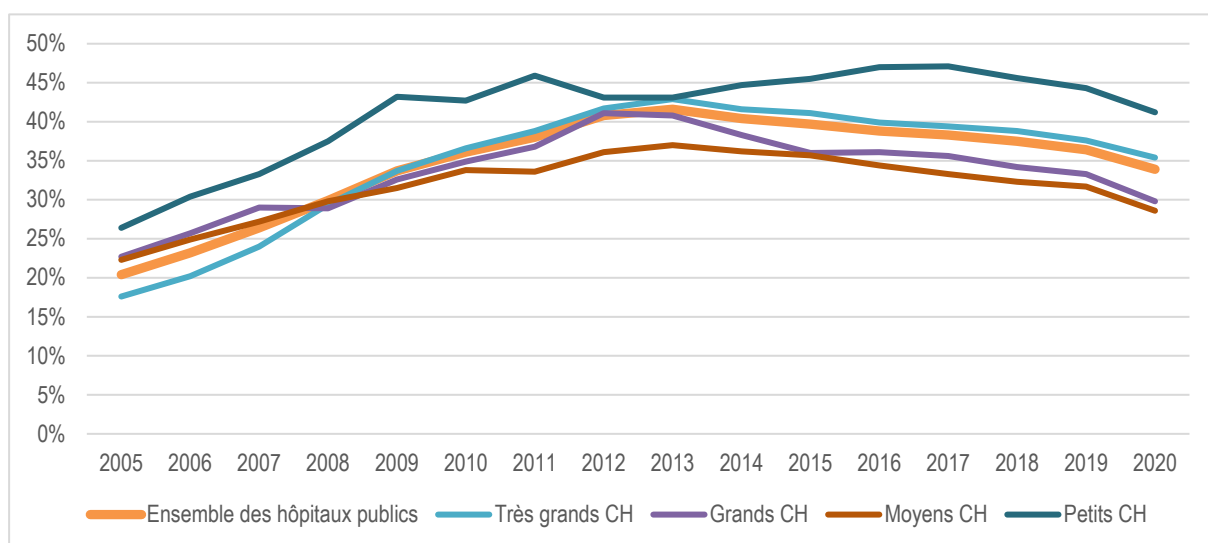
Le recours aux PPP des établissements publics de santé est fortement encadré depuis 2014, ce qui se retrouve dans l'évolution des investissements retraités ou non des PPP. On constate en effet une forte progression des investissements, non retraités des PPP, entre 2011 et 2012, tandis que les séries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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

### Graphique A3 • Encours de la dette rapporté aux recettes depuis 2005

En % des recettes



CH : centre hospitalier.

**Note** > Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de taille, mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

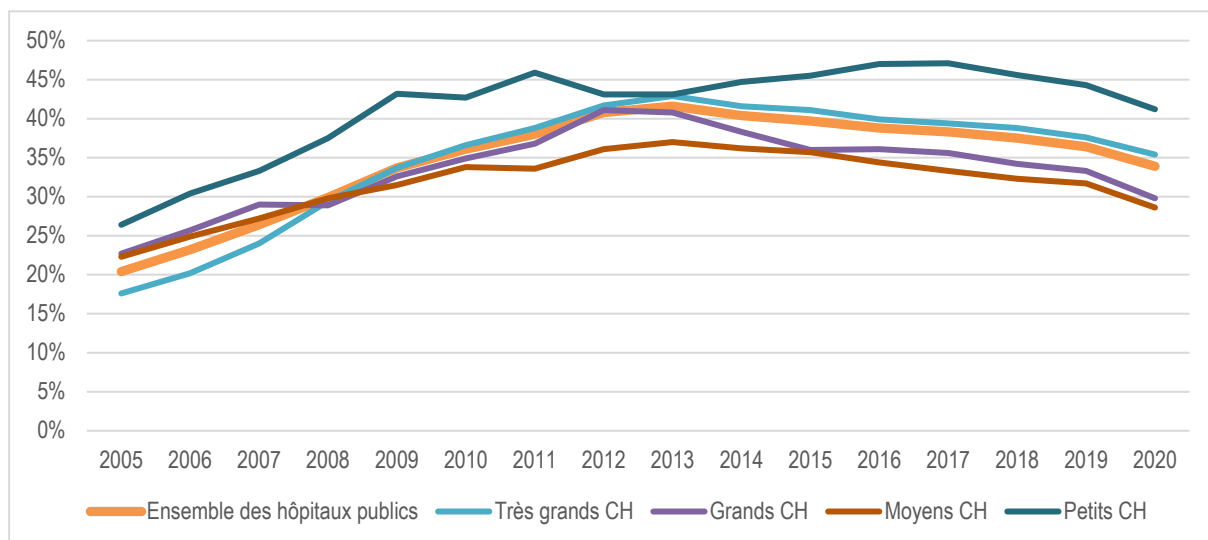
Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

### Graphique A4 • Ratio d'indépendance financière depuis 2005

En % des capitaux permanents



CH : centre hospitalier.

**Note** > Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd. Le terme est repris en référence à l'article D.6145-70 du Code de la santé publique qui définit une situation de surendettement des hôpitaux publics. Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de taille, mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

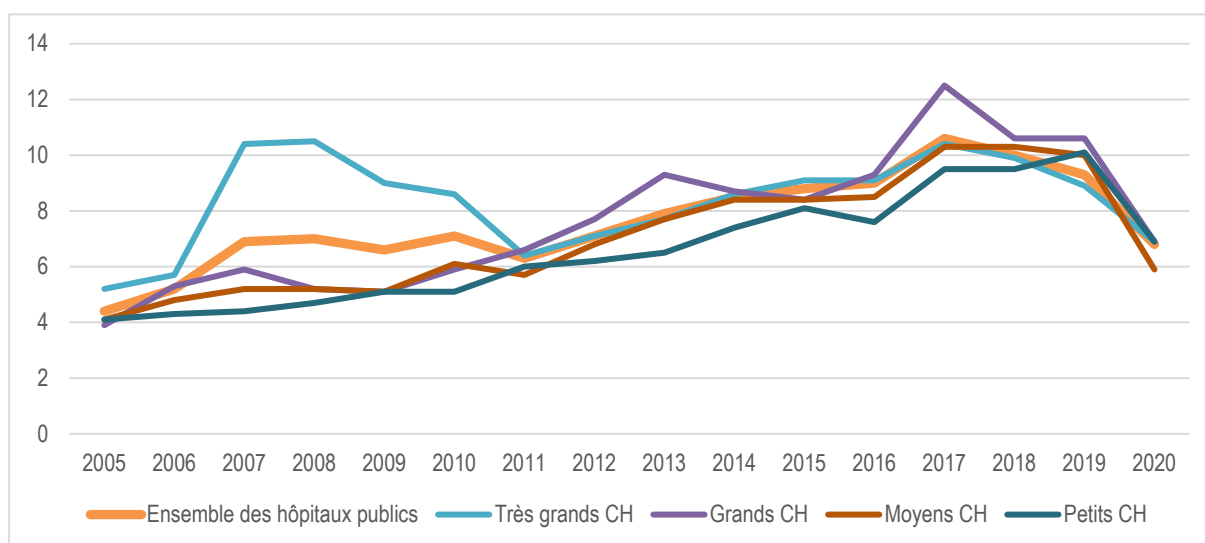
Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariats, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

## Graphique A5 • Durée apparente de la dette depuis 2005

En années



CH : centre hospitalier.

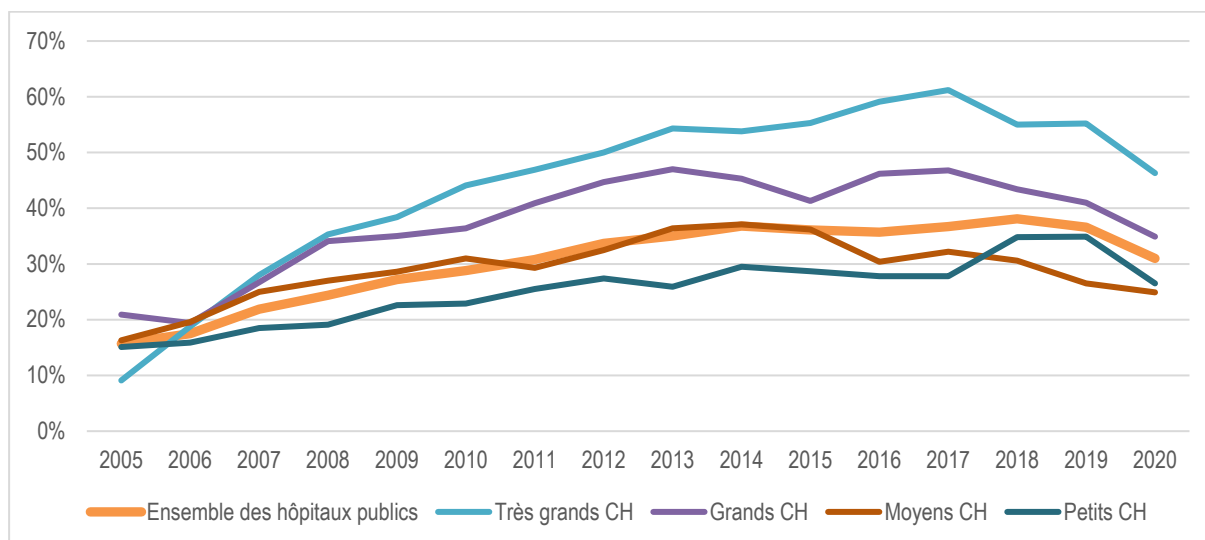
**Note** > Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de taille, mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

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

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

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

## Graphique A6 • Proportion d'établissements en situation de surendettement depuis 2005



CH : centre hospitalier.

**Lecture** > Évolution du nombre d'établissements cumulant au moins deux critères de dette lourde.

**Note** > Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de taille, mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

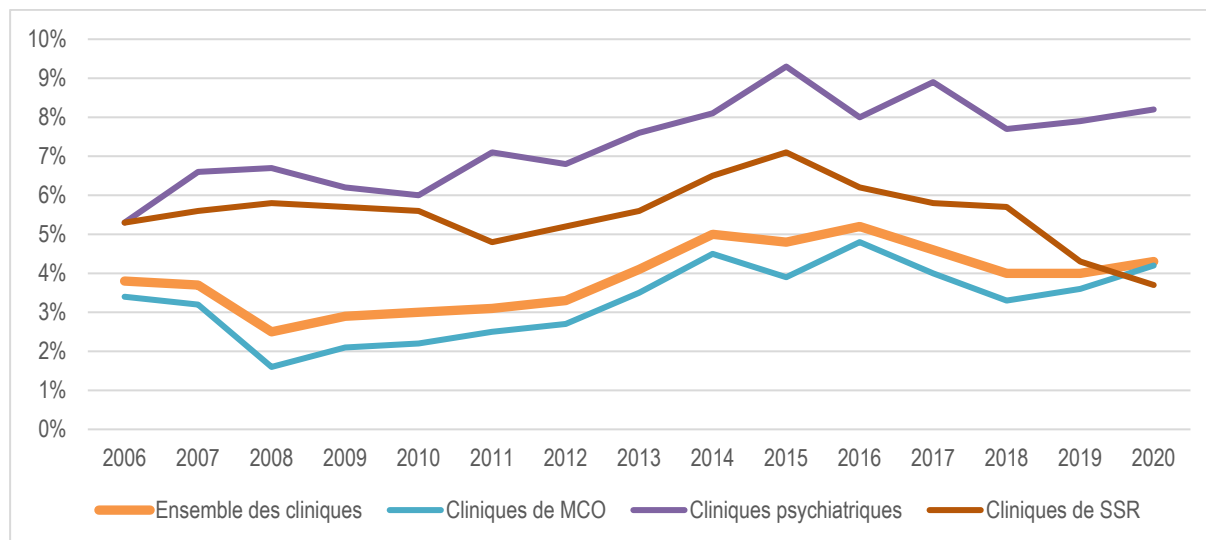
**Champ** > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Source** > DGFIP, traitements DREES.

## Annexe 2. Illustrations complémentaires sur les cliniques privées

Graphique B1 • Capacité d'autofinancement des cliniques privées depuis 2006

En % des recettes



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

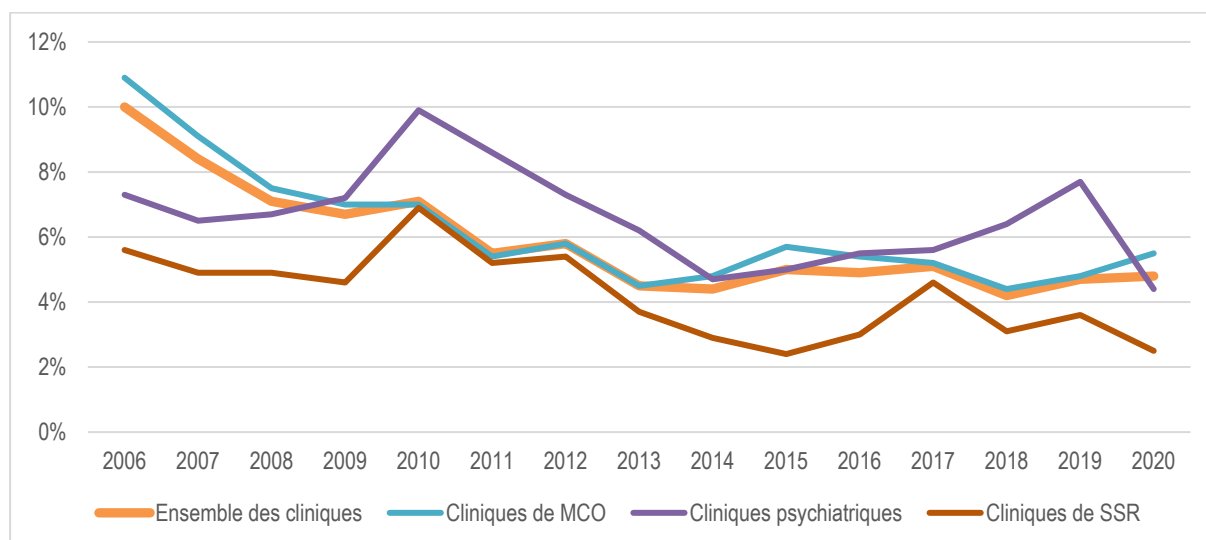
**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Graphique B2 • Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées depuis 2006

En % des recettes



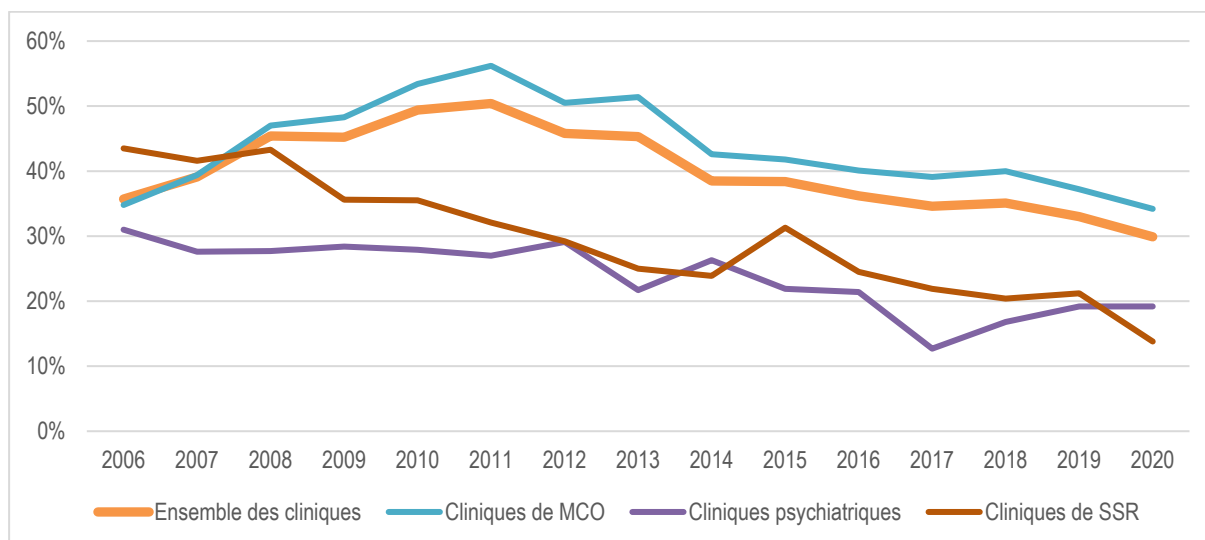
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. La décomposition de l'effort d'investissement par discipline d'équipement est fragile, en raison du faible nombre d'observations pour cette variable, elle doit donc être interprétée avec prudence. Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître des évolutions brusques lors de l'engagement d'investissements importants. Les séries sont aussi sensibles à l'ouverture de nouvelles cliniques ainsi qu'aux opérations de concentration.

**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

### Graphique B3 • Taux d'endettement des cliniques privées depuis 2006



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les séries peuvent être heurtées, particulièrement lorsqu'elles se rapportent à une catégorie d'établissement, car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

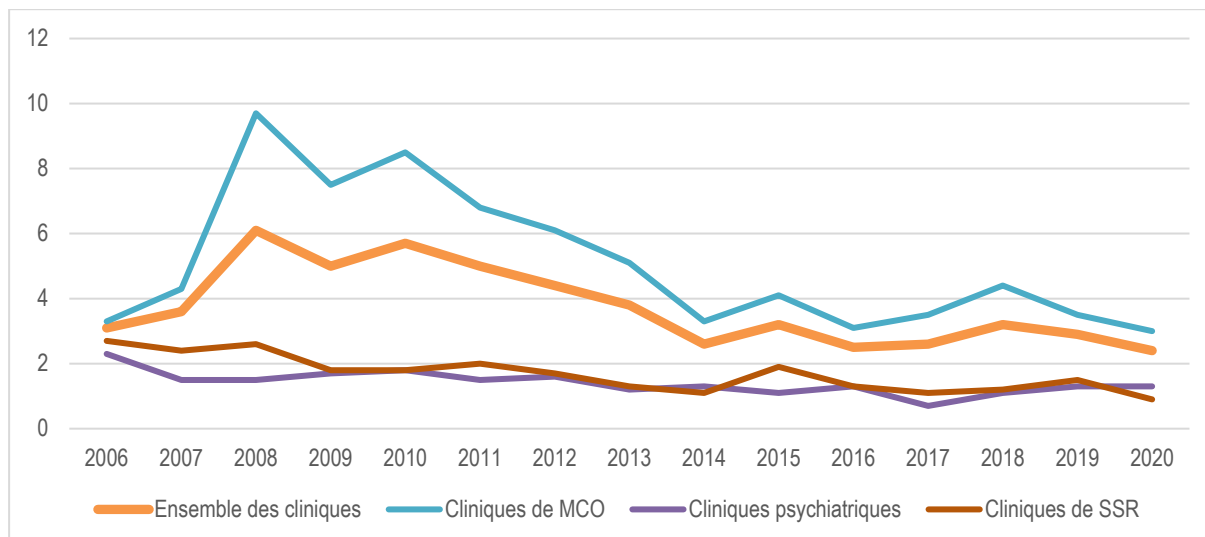
**Lecture** > Dette exprimée en % des capitaux permanents auxquels ont été ajoutés le résultat net, les impôts sur les bénéfices ainsi que la participation des salariés aux résultats de la clinique.

**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

### Graphique B4 • Durée apparente de la dette des cliniques privées depuis 2006

En années



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

**Note** > Données provisoires pour 2020. Les données de 2012 à 2020 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

**Champ** > Cliniques privées de France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Source** > Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.





**Les dossiers de la DREES**

N° 100 • juillet 2022

---

La situation économique  
et financière des établissements de santé en 2020

---

**Directeur de la publication**  
Fabrice Lengart

**Responsable d'édition**  
Valérie Bauer-Eubriet

**ISSN**  
2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé  
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP  
Retrouvez toutes nos publications sur [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr) et nos données sur [www.data.drees.sante.fr](https://www.data.drees.sante.fr)

---