



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**COMITE CONSULTATIF D'ALLOCATION DES RESSOURCES**

**SECTION - SMR**

**18 OCTOBRE 2024**

**Direction de l'Organisation des Soins**

# Ordre du jour

1. Le comité consultatif d'allocation des ressources - section SMR
  2. La réforme de financement
    - Modèle cible
    - Focus dotation populationnelle (nationale/régionale/ES)
    - Période de transition
  3. La campagne budgétaire 2024
    - Délégation en C1
    - Propositions de délégation en C2
  4. Temps d'échanges / Vote
-



# Le comité consultatif d'allocation des ressources - section SMR

# Son rôle

Ce comité est consulté, pour avis, par le directeur général de l'agence régionale de santé sur :

- Les critères de répartition du montant de la **dotation populationnelle** régionale entre les établissements de santé ;
- Les thématiques et les modalités de choix sur lesquelles l'agence souhaite procéder à des appels à projets ;
- Les objectifs de transformation de l'offre de soins relatifs aux activités de SMR ayant vocation à être intégrés au CPOM de l'agence

Sur la dotation populationnelle, la section SMR du CCAR est consultée au moins un mois avant la mise en paiement aux établissements

---

# Sa composition

Le nombre de sièges a été fixé par la Direction Générale de l'Organisation des Soins du ministère de la santé pour chaque région en fonction de critères d'activité des établissements :

12 membres titulaires pour la section SMR en PACA :

10 représentants titulaires des fédérations (et autant de suppléants) :

6 FHP

2 FHF

2 FEHAP

2 représentants titulaires des associations d'utilisateurs et des familles (et autant de suppléants)

---

# Changements de composition

Les récentes modifications non encore actées par arrêté seront les suivantes :

- Mme Alice BARES FIOCCA membre suppléant de la FHP, remplacée par Mme Marie BORDONNEAU
- Dr Thierry RUBINO membre titulaire de la FEHAP, remplacé par le Dr Emmanuel PIERANTONI
- Dr Carole BURIGNAT membre suppléant de la FEHAP, remplacé par le Dr David CHAPUIS
- M. Franck POUILLY, membre suppléant de la FHF, arrivée de son remplaçant début novembre
- Dr Christel GILLE, membre suppléant de la FHF, remplacé le Dr Charlotte KELWAY.

Arrêté de nomination complet disponible sur le site de l'agence

---

## Article 12.2. La déclaration publique d'intérêts (DPI) pour les membres du CCAR :

- Les membres désignés ou nommés sont soumis à l'obligation d'établir une déclaration d'intérêts conformément à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique .
- Afin que chacun puisse s'assurer de l'absence de risques de conflits d'intérêts ou, a contrario, vérifier l'existence possible ou avérée d'un conflit d'intérêts, les membres du CCAR (titulaires et suppléants) doivent établir une télédéclaration des liens d'intérêts sur le site unique mentionné à l'article R.1451-3 du code de la santé publique et s'engagent à actualiser leur DPI dès qu'une modification intervient concernant les liens d'intérêt ou que de nouveaux liens sont noués :

<https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home>

- La déclaration est rendue publique sur le site Internet de l'agence, pendant une durée de 5 ans qui suit le mandat, sauf pour les mentions des liens de parenté prévue et les montants des sommes perçues ou des participations financières qui ne sont pas rendus publics.
  - En cas de manquement à ces dispositions par les membres du CCAR, le Directeur général de l'ARS peut mettre fin à leurs fonctions.
-



# La réforme de financement

## Objectifs

- Homogénéiser les modalités de financement entre secteurs et territoires afin de corriger des inégalités qui peuvent dépendre des structures d'offre régionales
- Combiner des modalités de financement différentes pour apporter une réponse plus adaptée aux besoins de prise en charge en SSR

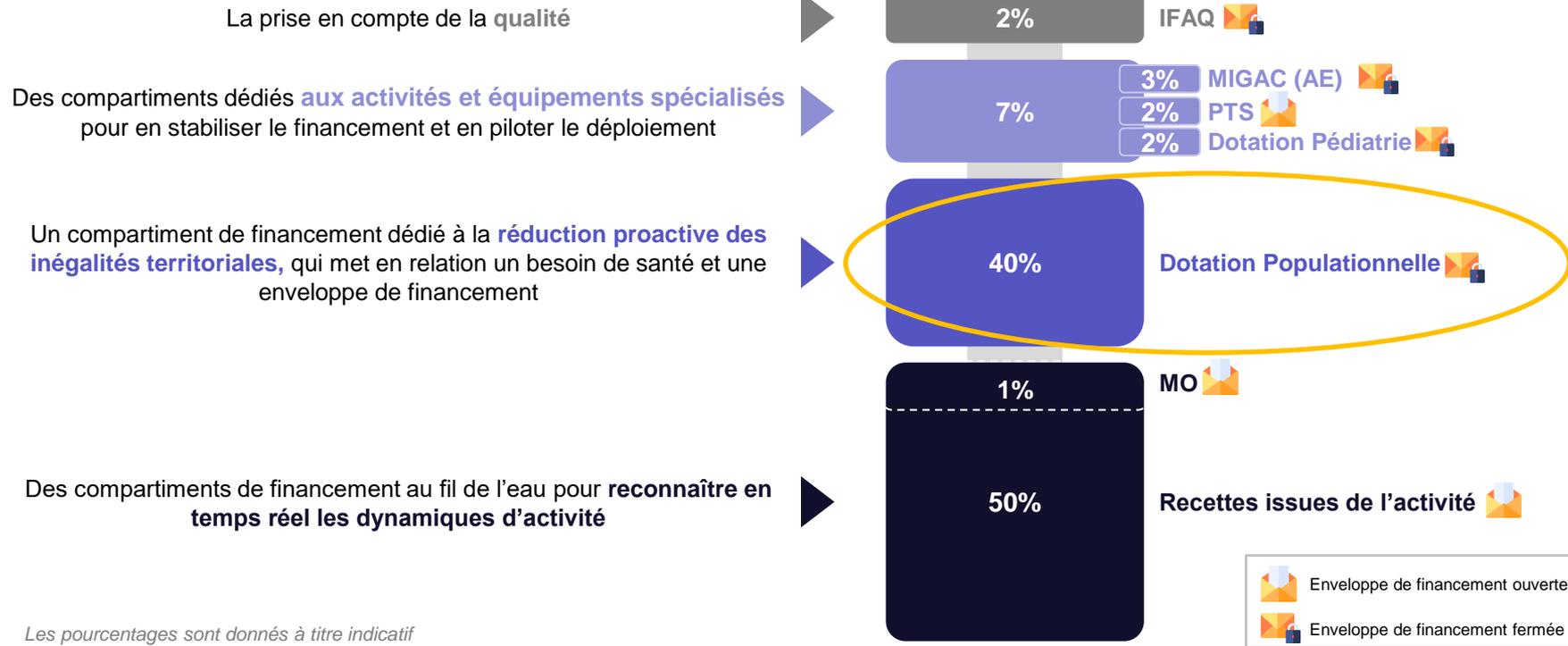
## Intérêt pour chaque statut

- Pour les ES sous OQN ou privés, disposer d'un tarif homogène à l'activité et équitable, quel que soit la région (rééquilibrage des prix de journées historiquement bas en PACA)
- Pour les ES en DAF, faciliter le développement d'activité jusque-là contraint par l'enveloppe DAF pré-déterminée et peu évolutive

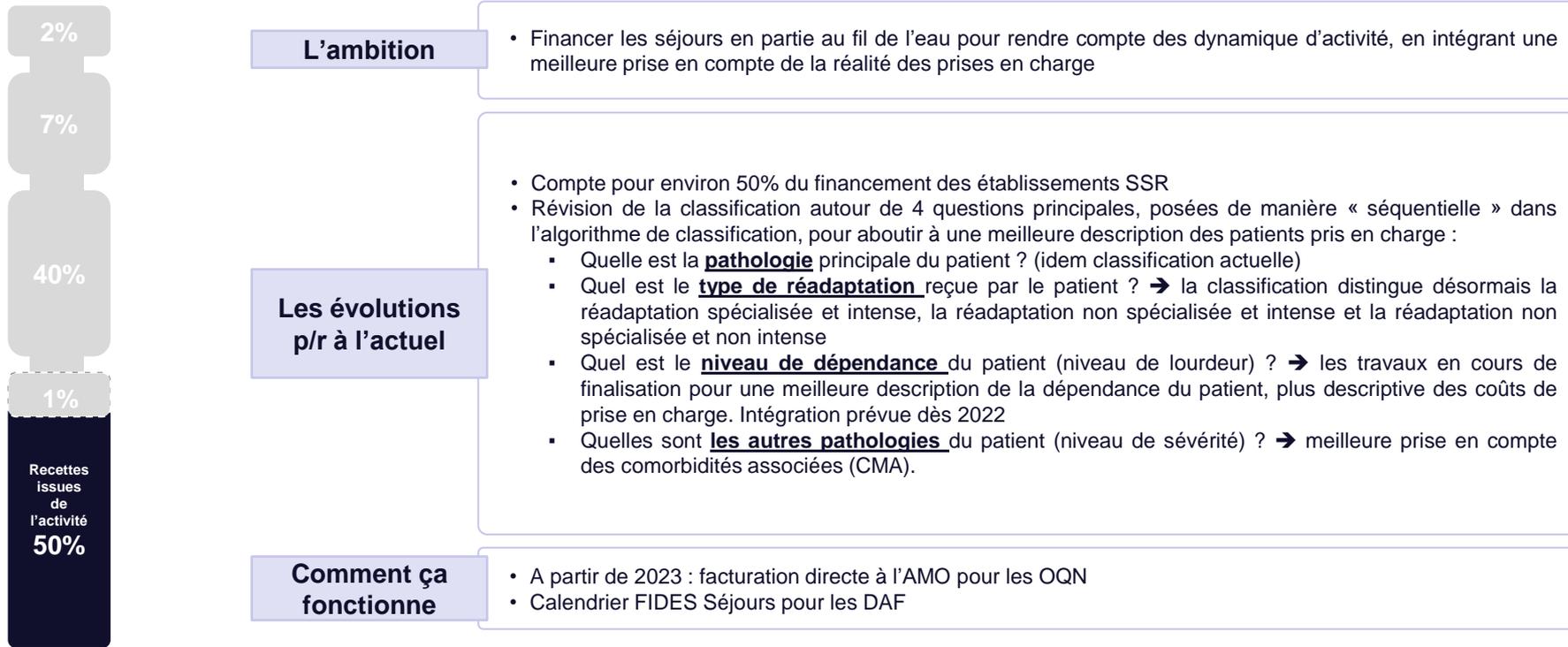


# Le modèle cible

# La combinaison de plusieurs modalités de financement au service des enjeux stratégiques du secteur



# Les recettes directement issues de l'activité visent à reconnaître en temps réel les dynamiques d'activité



# En cible, le financement des MO fonctionnera comme dans le champ MCO



## L'ambition

- Financer les molécules onéreuses utilisées dans le cadre d'un séjour SSR

## Les évolutions p/r à l'actuel

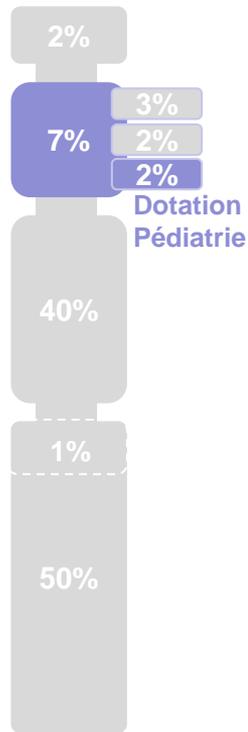
- MO actuellement financées en MIG uniquement pour les ES en DAF

## Comment ça fonctionne

- MO – MCO automatiquement intégrées dans les possibilités de financement des ES SSR + Liste spécifique aux SSR construite par rapport au prix de journée SSR

Enquête en cours en  
région sur le sujet  
(31/10)

# La dotation Pédiatrie doit permettre de stabiliser le financement des établissements SMR autorisés à la prise en charge des enfants



## L'ambition

- Les particularités de l'activité pédiatrique en SSR imposent de garantir une stabilité des ressources allouées aux établissements autorisés : séjours très longs et interrompus, lourdeurs des patients, nécessité de scolarisation des enfants,...
- Dans le même temps, une forte hétérogénéité d'offre est constatée, exigeant une réflexion sur les leviers pertinents à activer afin d'assurer le rééquilibrage de l'offre de SSR pédiatrique.
- Pour autant, la logique « Dotation Populationnelle » de rattrapage à partir de caractéristiques des populations est difficilement applicable dans le cas des SSR pédiatriques. Les ressources doivent être allouées à un territoire ou un établissement de manière à passer les « effets de seuil » intrinsèques à la constitution d'une offre pédiatrique de qualité (recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux compétents dans la prise en charge des enfants, investissements immobiliers et en équipements,...)

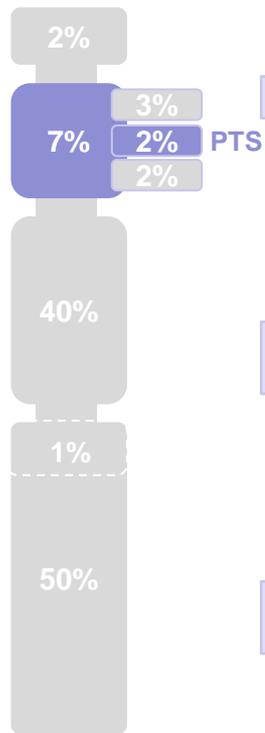
## La structuration de la dotation

- En construction, la dotation Pédiatrie sera calibrée sur la base du financement actuel des établissements pédiatriques afin de les sécuriser dans le cadre du nouveau modèle de financement

## Comment ça fonctionne

- La dotation pédiatrique est allouée uniquement aux établissements autorisés à la prise en charge des enfants
- Les évolutions à la hausse de la dotation pédiatrie seront alloués sur la base des projets portés par les établissements et les ARS

# Le financement des PTS se fera sur la base d'un modèle économique qui tiendra compte des unités d'œuvre et du niveau d'activité



## L'ambition

- Une partie des coûts de la prise en charge en SSR est liée à la mise à disposition d'un plateau technique et d'équipements spécialisés, parfois en lien avec les obligations mentionnées dans les décrets d'autorisation
- Le financement des plateaux et équipements coûteux doit faire l'objet d'un financement dédié afin d'éviter les investissements en dent de scie
- Chaque plateau disposera d'un modèle de financement dédié sur la base de forfaits adaptés à ses spécificités

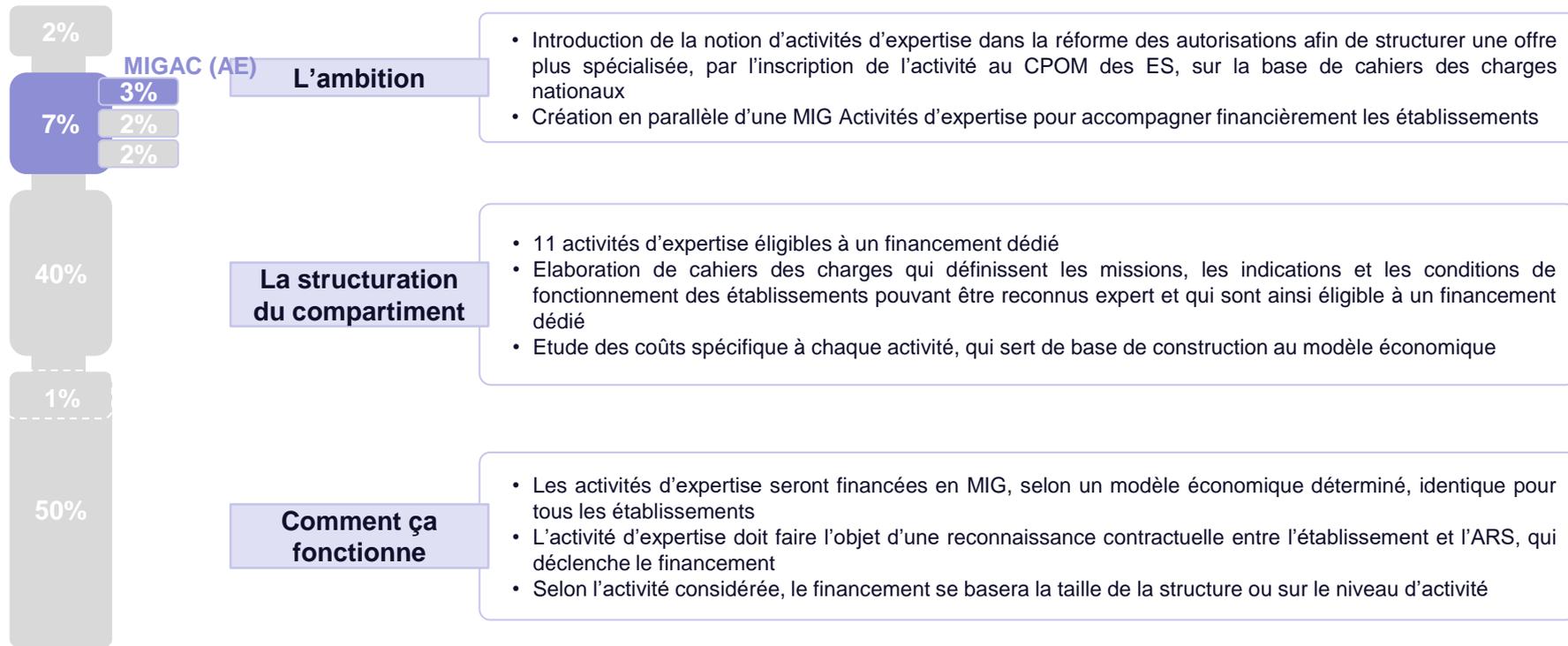
## La structuration du compartiment

- 6 plateaux techniques déjà identifiés : balnéothérapie, laboratoire d'analyse de la marche & du mouvement, appareil d'isocinétisme, rééducation assistée des membres supérieurs, rééducation assistée des membres inférieurs, simulateur de conduite + « *exosquelette* »
- Elaboration de cahiers des charges qui définissent les conditions d'éligibilité au financement dédié
- Etude des coûts spécifiques aux plateaux qui sert de base de construction du modèle économique

## Comment ça fonctionne

- Les PTS seront financés selon un modèle économique déterminé, identique pour tous les établissements
- L'éligibilité au financement dédié aux PTS se fera par les ARS (arrêté) sur la base de critères d'éligibilité, définis dans un cahier des charges dédié à chaque plateau
- Le financement se basera sur des forfaits qui prendront en compte les caractéristiques du plateau ou de l'unité (taille, niveau de spécialisation) et le niveau d'activité (seuil de déclenchement du financement)

# Les activités d'expertise font l'objet d'une attention particulière dans le cadre du nouveau modèle



# Le compartiment IFAQ est déjà installé en SSR



## L'ambition

- Financer en partie les établissements sur la base d'indicateurs reflétant la qualité des prises en charge

## Les évolutions p/r à l'actuel

- Augmentation de l'enveloppe dans le cadre de la trajectoire IFAQ et évolution des indicateurs en conséquence

## Comment ça fonctionne

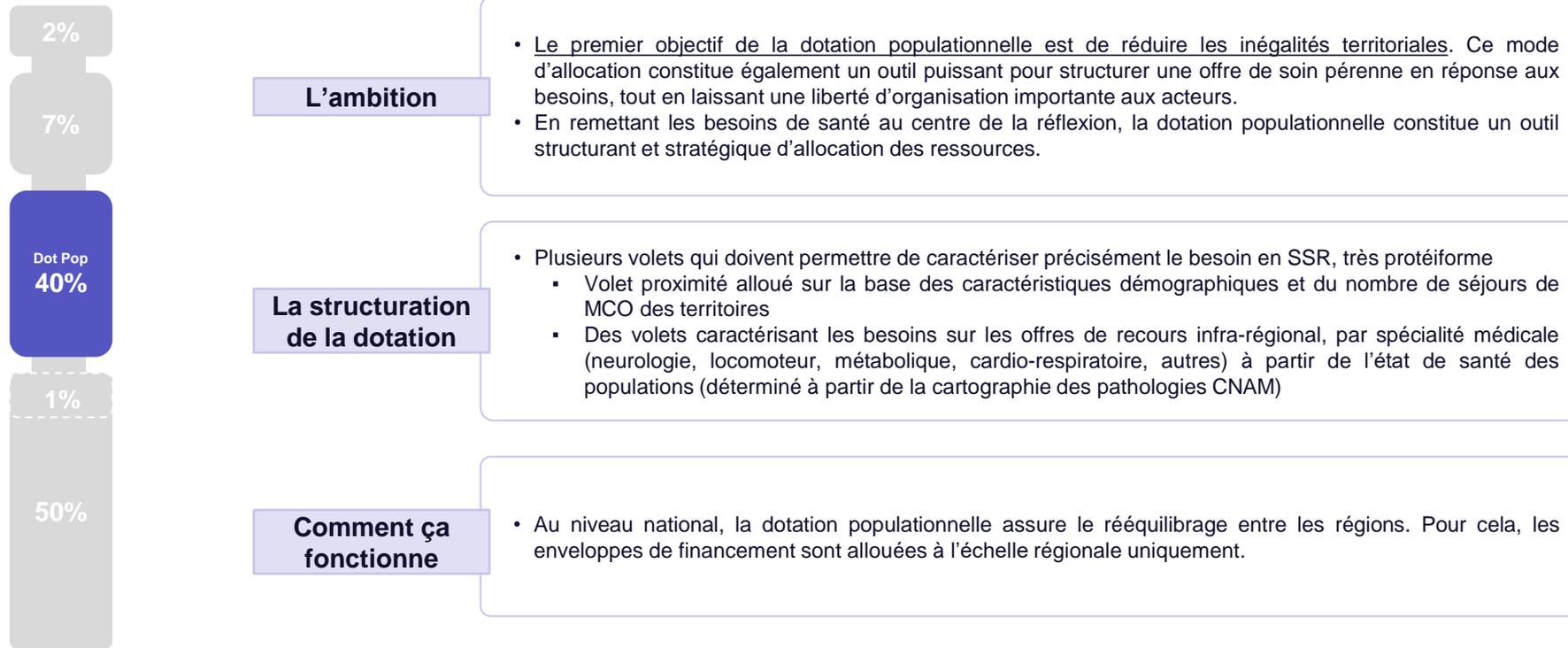
- Modèle IFAQ : recueil des indicateurs IFAQ et financement sur la base de la performance constatée et de l'évolution



# Focus dotation populationnelle

## De l'objectif national de dépense à l'enveloppe régionale

# La dotation populationnelle met en relation un besoin de prise en charge en SSR avec une enveloppe de financement



# Le modèle populationnel vise à rattraper les régions en sous-financement par rapport à leur caractéristiques populationnelles

## Plusieurs décisions méthodologiques ont été prises dans le cadre des groupes de travail conduits

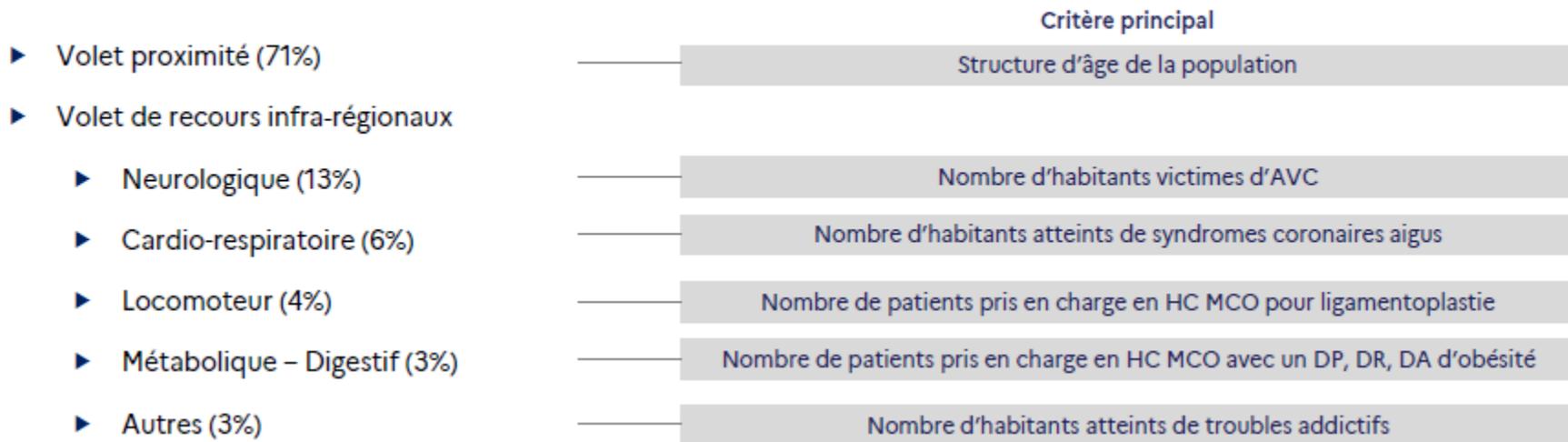
- ▶ Le modèle est constitué de 2 volets et de 5 sous-volets afin de correctement rendre compte du besoin en SMR
- ▶ Pour le volet **Proximité**, les critères et pondérations associées ont été établis sur la base de l'**analyse statistique des corrélations** entre l'activité de SMR et les caractéristiques territoriales et populationnelles des territoires
- ▶ Pour les volets **infra-régionaux**, la méthode s'est basée sur la **cartographie des pathologies produite par la CNAM**, pour déterminer à dire d'experts le besoin généré en SMR par chacune des pathologies
- ▶ Le **poids de chaque volet** est fixé sur la base du **volume économique** actuel représenté par les séjours rattachés à chaque volet

## Méthode de construction des trajectoires

- ▶ Pour chaque volet, un nombre de patients théorique est calculer par région
- ▶ L'enveloppe de financement attribuée à chaque volet est répartie sur cette base
- ▶ La DotPop théorique de chaque région est composée de la somme des montant de chaque volet
- ▶ Le besoin de rattrapage est déterminé en comparant la DotPop théorique à sa DotPop actuelle issue des modélisations

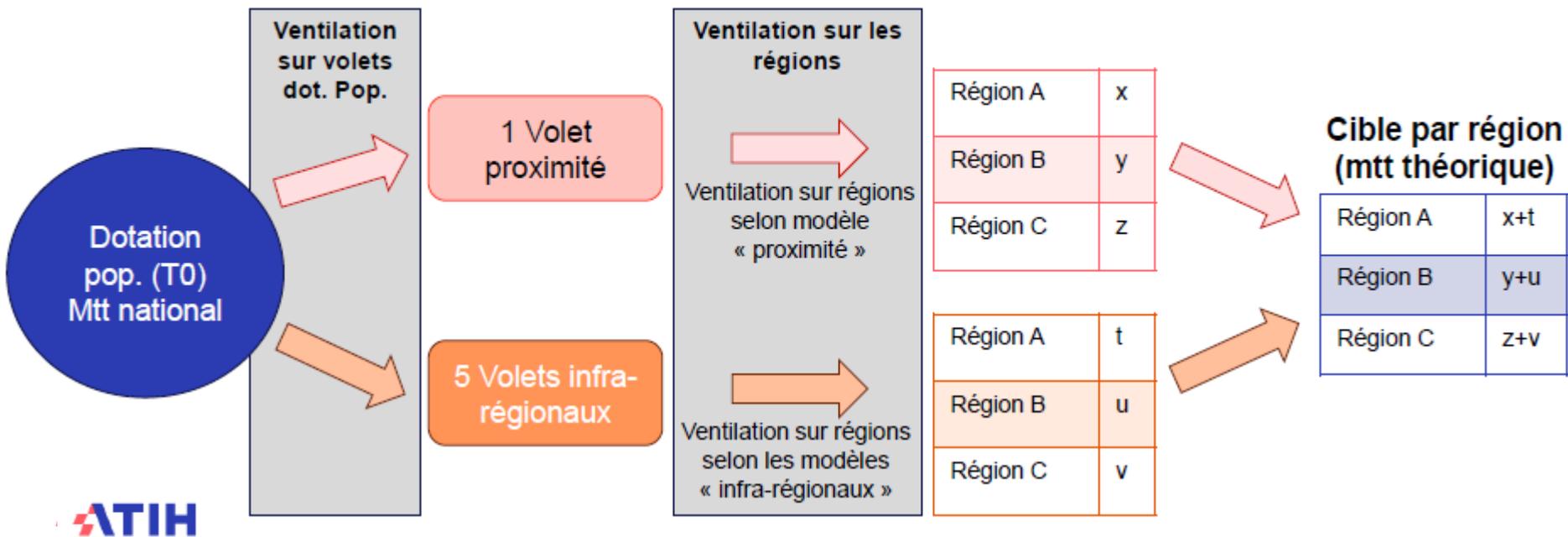
# Le modèle de rattrapage populationnel est composé de 2 volets en SMR

Afin de correctement rendre compte du besoin en SSR, la Dotation Populationnelle en SSR est composée de 2 volets, et 5 sous-volets



Le poids de chaque volet au sein du modèle populationnel est basé sur le volume économique associé

## Schéma global du modèle d'allocation de la dotation populationnelle :



## Les poids relatifs des régions varient pour chaque volet de la dotation populationnelle pour une allocation au plus juste des besoins

Poids de chaque région au sein des compartiments de la dotation populationnelle SMR

Région	Proximité	Système nerveux	Locomoteur	Cardio-respi	Métabolique	Autres	Total
ARA	12%	11%	14%	11%	10%	11%	12%
BFC	5%	5%	5%	5%	4%	4%	5%
BRE	5%	5%	5%	5%	4%	7%	5%
CVL	4%	4%	3%	4%	4%	4%	4%
COR	1%	1%	0%	1%	0%	1%	1%
GE	8%	8%	9%	9%	11%	7%	8%
HDF	9%	9%	8%	9%	12%	11%	9%
IDF	15%	15%	15%	14%	16%	13%	15%
NOR	5%	5%	5%	6%	6%	6%	5%
NA	10%	10%	10%	11%	11%	10%	10%
OCC	9%	9%	11%	10%	8%	11%	10%
PDL	6%	6%	6%	5%	5%	5%	6%
PACA	9%	8%	6%	9%	5%	8%	8%
GUA	1%	1%	0%	0%	1%	0%	1%
GUY	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
MAR	1%	1%	0%	0%	1%	0%	1%
LRE	1%	2%	1%	2%	2%	2%	2%

## L'application du modèle populationnel SMR sur l'ensemble des volets permet d'identifier les besoins de rattrapage

	DotPop initiale (M€)	DotPop théorique (M€)	Besoin de rattrapage (M€)	Répartition du rattrapage	Croissance nécessaire pour rattr.
ARA	376,2	407,8	31,7	12,0%	8,4%
BFC	142,8	156,8	14,1	5,3%	9,9%
BRE	155,7	187,3	31,6	11,9%	20,3%
CVL	104,1	135,5	31,4	11,9%	30,2%
COR	20,2	20,4	0,2	0,1%	0,8%
GE	267,3	287,3	20,0	7,5%	7,5%
HDF	308,3	304,9	0,0	0,0%	0,0%
IDF	733,0	521,7	0,0	0,0%	0,0%
NOR	162,1	181,0	18,9	7,2%	11,7%
NA	278,3	346,5	68,2	25,8%	24,5%
OCC	325,5	329,5	4,0	1,5%	1,2%
PDL	147,6	190,9	43,3	16,4%	29,4%
PACA	283,2	284,5	1,3	0,5%	0,5%
GUA	49,4	22,6	0,0	0,0%	0,0%
GUY	13,5	12,0	0,0	0,0%	0,0%
MAR	31,5	19,7	0,0	0,0%	0,0%
REU	63,1	53,1	0,0	0,0%	0,0%
<b>Total</b>	<b>3 462</b>	<b>3 462</b>	<b>264,7</b>	<b>100%</b>	<b>7,6%</b>

1. Le modèle théorique répartit le même montant de DotPop que le montant historique
2. Lorsque la Dotpop théorique est > à la DotPop initiale, il y a un besoin de rattrapage
3. Par exemple, la région Normandie représente 7,2% du besoin de rattrapage – ce montant représente 11,7% de croissance pour la région
4. Le besoin de rattrapage total représente 7,6% de croissance

# Un principe de construction : un rattrapage entre régions et non une convergence

Le rattrapage entre régions pose le principe « pas de région perdante » :  
L'ensemble des régions voient leur « dot pop » augmenter dans le temps.

En conséquence, la dotation populationnelle fera uniquement varier les rythmes de croissance des enveloppes régionales

Le besoin théorique permet de calculer une dotation théorique. L'écart entre la dotation théorique et le financement actuel sert à moduler les rythmes de croissance

La dotation Populationnelle va donc progresser plus vite dans certaines régions que dans d'autres



# Focus dotation populationnelle

## De l'enveloppe régionale aux établissements

### Comment ça fonctionne

- Chaque région détermine ensuite ses propres critères d'allocation infra-régionale, en concertation avec le Comité d'Allocation des Ressources. L'allocation aux établissements se fait selon des modalités et critères fixés en amont et en concertation

Au niveau de l'établissement, il serait plus juste de parler d'une dotation issue de la dotation populationnelle régionale qui sera allouée par l'ARS dans le cadre d'une gouvernance impliquant le CCAR

-> création d'un **Groupe de Travail** dédié (membres invités par le président).

La fréquence des réunions et le calendrier des travaux reste à définir.

En termes de méthode de travail le GT et les services de l'agence travaillent conjointement à une méthode. Le comité est ensuite consulté pour validation (en plusieurs étapes).

## 3 étapes dans la démarche d'allocation régionale qui associent critères territoriaux et critères de description des profils des établissements

1

### Sélection des critères régionaux de pondération de la population

- L'objectif ici est d'identifier les caractéristiques de la population qui expliquent le plus le besoin en SSR
- A minima, les paramètres utilisés dans le modèle national seront disponibles – ils pourront être complétés, après avis du CCAR, d'autres critères plus pertinents en région pour décrire le besoin

*Critères territoriaux*

2

### Sélectionner la maille pertinente d'analyse territoriale

- Les critères sélectionnés à l'étape 1 devront être déclinés à la maille territoriale sélectionnée (les critères choisis devront donc être disponibles à cette maille) afin de déterminer les ressources disponibles par territoire
- Là encore, les paramètres utilisés dans le modèle national seront disponibles à l'échelle départementale – voire infra pour certains d'entre eux

3

### Distribuer des ressources disponibles par territoire

- L'allocation aux établissements devra permettre d'évaluer la contribution des établissements à la réponse aux besoins
- Cette contribution se fera sur la base de critères propres aux établissements (voir diapositive suivante)

*Critères établissements*

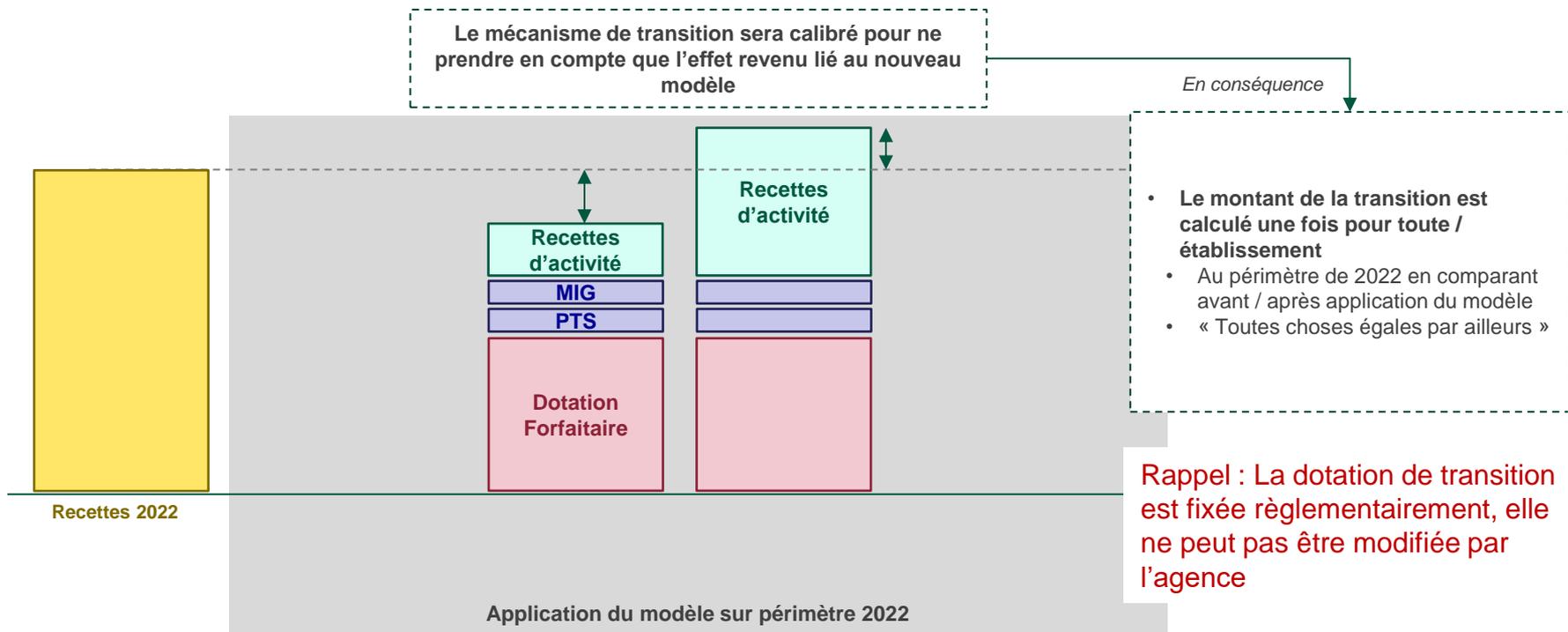
### Les exemples de critères d'allocation infra-régionale (liste ouverte...)

Catégorie de critères	Critère infrarégional
<b>Profil d'activité de l'établissement</b>	Description du case-mix de l'établissement par catégorie majeure et par groupe nosologique, niveau de réadaptation, lourdeur et dépendance
	Thématiques du projet médical ou d'établissement en cohérence avec le plan régional de santé
	Participation à un plan national de santé publique
	Taux de patients porteurs de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRE)
	Taux de patients précaires dans le case-mix de l'établissement
<b>Organisation</b>	Taux d'occupation
	Analyse de la dynamique d'activité, notamment ambulatoire
	Initiatives et projets spécifiques développés en réponse aux besoins de santé
	Adéquation de la durée moyenne de séjour au case-mix de l'établissement
<b>Implantation territoriale de l'établissement</b>	Caractéristiques de territoire : - Evolutions démographiques du territoire - Niveau de vie de la population du territoire - Taux de recours et de fuite aux soins de suite et de réadaptation des patients du territoire d'appartenance de l'établissement
	Caractéristiques de l'établissement : - Inscription dans les filières de prise en charge, par domaine d'activité et de pathologie
<b>Stabilité financière</b>	Montant issu de la part forfaitaire alloué l'année précédente



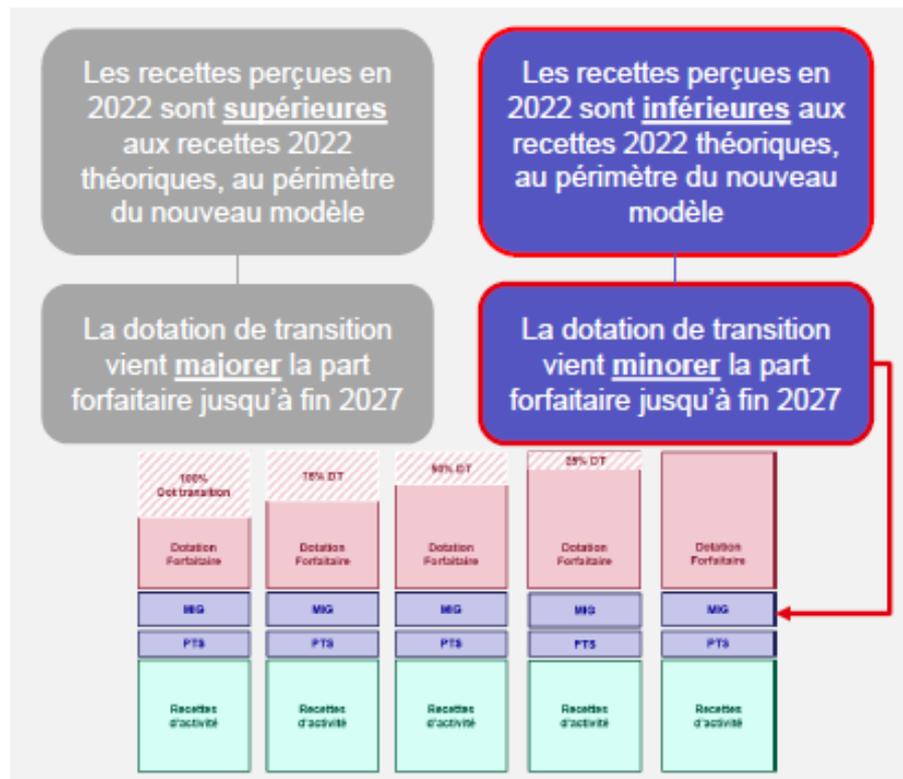
# La période de transition

# Un mécanisme de transition est mis en place pour amortir les effets revenus pour les établissements



## Une entrée progressive dans le nouveau modèle de financement :

- Pas de reprise de crédit en 2023 avec deux situations possibles :
  - le différentiel est négatif, il n'engendre pas de reprise
  - le différentiel est positif, l'établissement perçoit un montant complémentaire au titre de la régularisation *a posteriori* (C4 2023)
  
- Dotation de transition à 100% en 2024 puis dégressive jusqu'à fin 2027 (nulle en 2028)





# La campagne budgétaire 2024

# Le calendrier

## CAMPAGNE 2023

**Régularisation ex-post** de la mise en œuvre de la réforme notifiée à l'ensemble des établissements « gagnants » au titre du nouveau modèle lors de la C4 2023, **incluant la dotation de transition** calculée au périmètre de 2022.

## CAMPAGNE 2024

**!** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, facturation directe **au séjour** pour les établissements ex-OQN

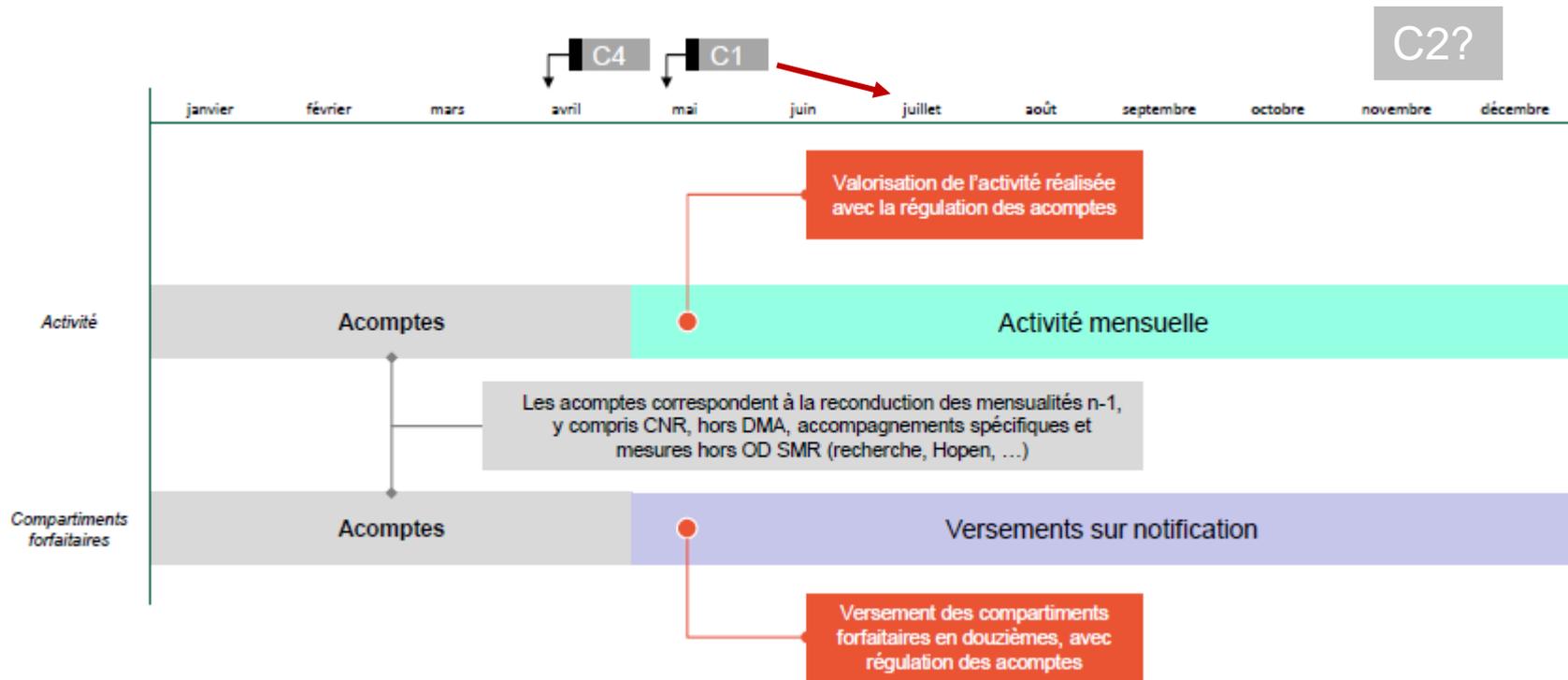
**Acomptes** notifiés par le DG-ARS à compter du 5 janvier 2024 et jusqu'à la C1 2024

- **Pour les établissements ex-OQN** : 50% de la facturation (en date de soin) moyenne mensuelle des 6 premiers mois 2023, telle qu'elle figure dans l'extraction de la CNAM au 22/11/2023 (y compris DMA) + mensualité IFAQ & MIGAC
- **Pour les établissements ex-DG** : Les 12e provisoires sont versés selon les modalités habituelles (reconduction n-1 avec CNR et hors DMA)

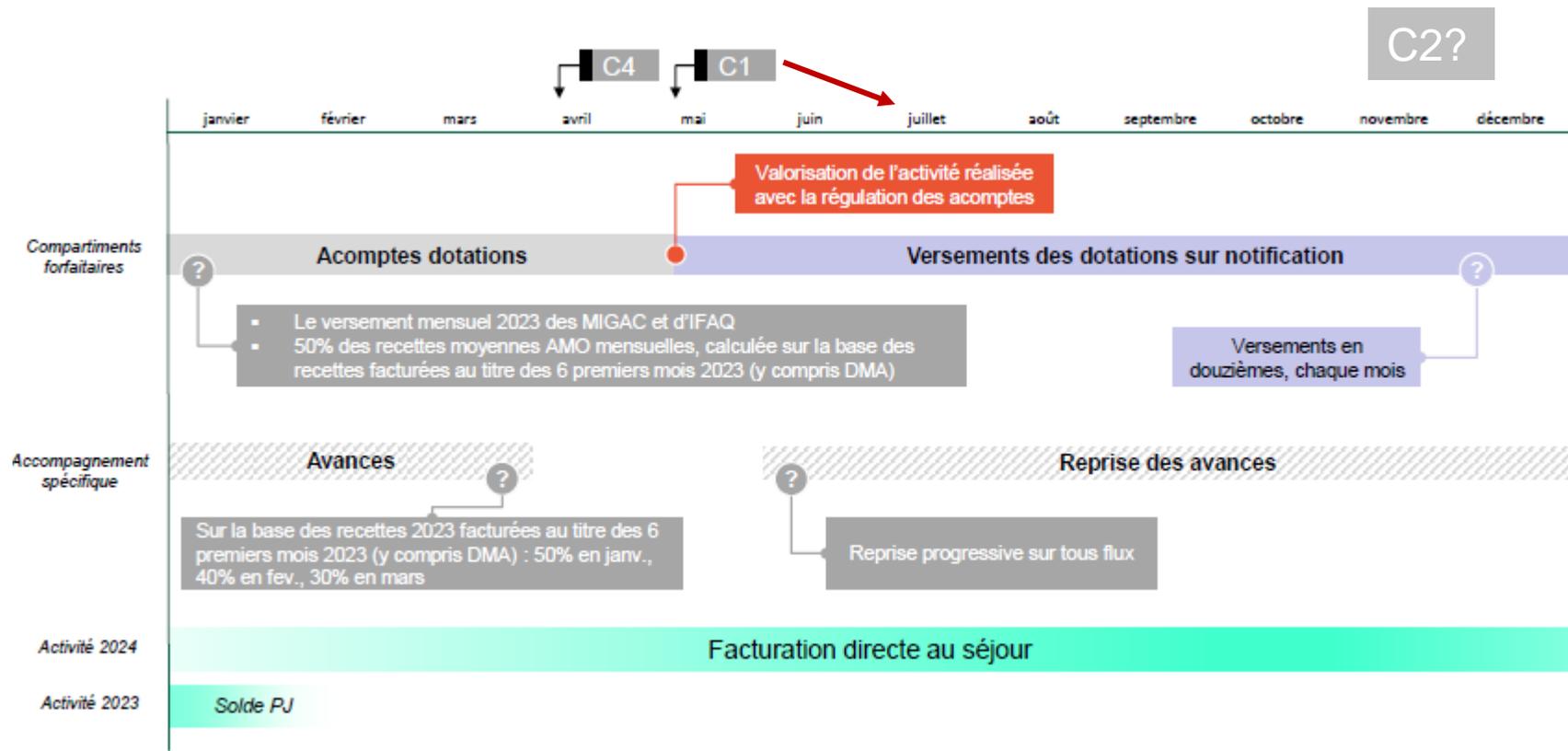
**C1**  
avril - mai

- Pour tous les établissements : Régularisation des acomptes avec la notification des différents compartiments forfaitaires;
- Pour les établissements ex-DG : Versement de la part activité (qui vient aussi régulariser les acomptes versés depuis janvier);
- La **dotation de transition** sera prise en compte selon les mêmes modalités que la dotation populationnelle.

# Pour les établissements ex-DG, calendrier des versements en 2024



# Pour les établissements ex-OQN, calendrier des versements en 2024



## Focus sur le cadencement des versements du nouveau modèle

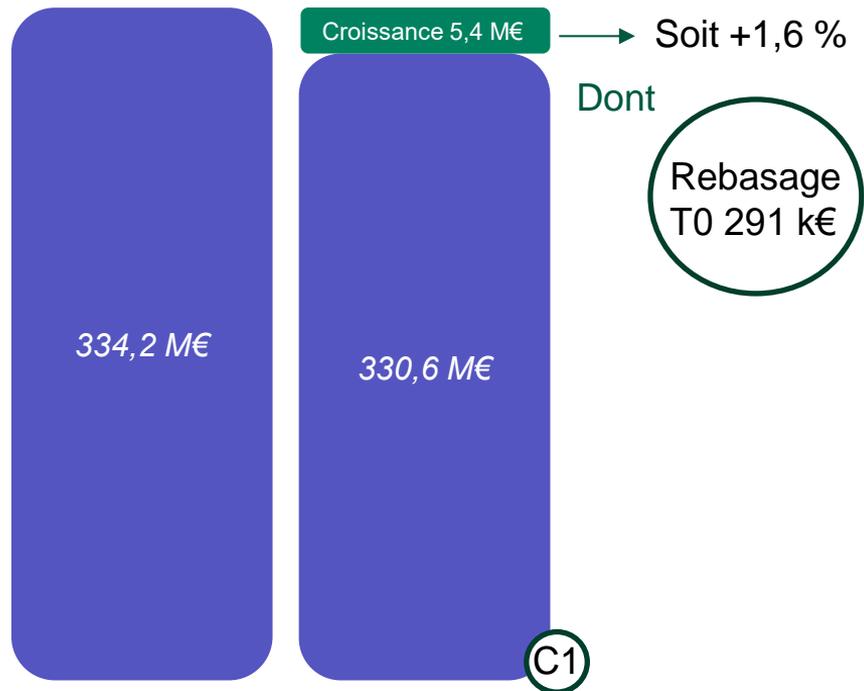
L'article 8 de l'arrêté versements tous champs prévoit les modalités de valorisation et de versement des compartiments **en cible 2024 (hors régularisation) et les années suivantes.**

	Compartiment activité		Dotation Populationnelle, (et pédiatrie), dont transition		Autres compartiments forfaitaires (MIGAC dont AE, PTS et IFAQ)	
	Notification	Versement	Notification	Versement	Notification	Versement
Etablissements ex-DG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrêtés versement mensuels*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le 15 (25% de 12<sup>èmes</sup> N-1)</li> <li>le 20 (45% de 12<sup>èmes</sup> N-1) du mois M+1</li> <li>Le 5 du mois M+3 (solde sur activité réelle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notification en 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire</li> <li>Prolongement de la dotation N-1 en début d'année N puis régularisation à la C1 N</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le 20 du mois M (60%)</li> <li>Le 5 (15%) et le 15 (25%) du mois M+1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notification en 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire</li> <li>Prolongement de la dotation N-1 en début d'année N puis régularisation à la C1 N</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>20 du mois M</li> </ul>
Etablissements ex-OQN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facturation directe au séjour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au fil de l'eau</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>5 du mois M</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>5 du mois M</li> </ul>

\*dans l'attente de la mise en œuvre de FIDES séjours pour le SMR

# Délégation en première circulaire (C1 - juillet)

## Dotation Populationnelle SMR PACA 2024



## Les délégations de dot pop intervenues en première circulaire budgétaire :

**La dotation populationnelle** : Notification selon le cadre réglementaire en vigueur ne nécessitant pas la mobilisation du CCAR.

## Le financement des mesures catégorielles RH dites « Guérini »

Ventilation des enveloppes nationales par statut sur la base des données SAE 2022 (consignes DGOS) ne nécessitant pas la mobilisation du CCAR.

La partie croissance de la dotation populationnelle (5,4 M€)  
+ 291 k€ de « rebasage T0 » intégralement pré-fléchés

Priorité donnée au financement du PRS (chapitre 7.5), notamment les soins palliatifs.

On vise l'adaptation aux exigences réglementaires de l'instruction du 21 juin 2023 :

- **Au moins 3 LISP par service**  
delta de 13 lits en région soit env. 140 k€ / an
- **Au moins un taux d'occupation de 3 lits d'USP pour 100 000 habitants**  
besoins identifiés dans le 83 et le 06

Un enjeu financier marginal en 2024

## Propositions de délégation en deuxième phase

- Ecarté : le « saupoudrage » soit la croissance répartie sur l'ensemble des 136 ES au prorata des dotations populationnelles (moy. 26 k€/ES).
- Proposé au vote :
  - Option 1 : 5,4 M€ de croissance (hors LISP) ventilés en faveur des ES « sous-dotés » au prorata des sous-dotations
  - Option 2 : 10 M€ soit 3% de la dot pop ventilés en faveur des ES « sous-dotés » au prorata des sous-dotations via transfert des ES « sur-dotés »

Ces deux options ont en commun d'atténuer les effets pervers à court terme du mécanisme de transition

## Comparaison des deux options (chiffres provisoires)

### Option 1 :

5 M€ de croissance ventilés  
en faveur des ES « sous-dotés »  
au prorata des sous-dotations

Créditeurs :  
49 FHP, 13 FHF, 12 FEHAP  
pour 46 k€ en moyenne

### Option 2

10 M€ soit 3% de la dot pop ventilés  
en faveur des ES « sous-dotés »  
au prorata des sous-dotations  
via transfert des ES « sur-dotés »

Créditeurs :  
49 FHP, 13 FHF, 12 FEHAP  
Pour 135 k€ en moyenne  
Débiteurs\* :  
26 FHP, 27 FHF, 18 FEHAP, 1 ugecam  
Pour -126 k€ en moyenne

\* exceptions faites des ES ayant eu des mises en œuvre du PRS II non captées dans le modèle

Ces crédits seront délégués de manière non reconductible en cohérence avec l'esprit de la période de transition et de manière à ménager les marges de manœuvre financières régionales



# Echanges



# Vote *via* un sondage anonyme TEAMS

*Pour rappel, les personnes non votantes devront se déconnecter avant l'envoi du sondage*

## Proposition soumise au vote

Avis sur les propositions de délégation en deuxième phase budgétaire

- **Favorable à l'Option 1** : La croissance de la dot pop (hors LISP) ventilés en faveur des ES « sous-dotés » au prorata des sous-dotations
- **Favorable à l'Option 2** : 10 M€ soit 3% de la dot pop ventilés en faveur des ES « sous-dotés » au prorata des sous-dotations, *via* transfert des ES « sur-dotés »
- **Abstention**



# ANNEXES

# Panorama PACA

Typologie	nb. ES	struct.
Geriatric	31	23%
Pediatrics	5	4%
Polyvalent	57	42%
Specialise	43	32%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>

Statut	nb. ES	struct.
CH	38	28%
CHR	2	1%
EBNL	22	16%
Prive	74	54%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>

Fédé/type	Nb. ES
<b>FEHAP</b>	<b>20</b>
Gériatrie	3
Pédiatrie	3
Polyvalent	10
Specialise	4
<b>FHF</b>	<b>40</b>
Gériatrie	19
Polyvalent	17
Spécialisé	4
<b>FHP</b>	<b>75</b>
Geriatric	9
Pediatrics	2
Polyvalent	30
Spécialisé	34
<b>UGEAM</b>	<b>1</b>
Spécialisé	1
<b>Total général</b>	<b>136</b>

	Nb. ES	proportion
Les « sous-dotés »	<b>74</b>	54%
FHP	49	65%
FHF	13	33%
FEHAP	12	60%
Ugecam	0	0%
Polyvalent	35	61%
Spécialisé	30	70%
Geriatric	9	29%
Pediatrics	0	0%