



ÉTUDES et RÉSULTATS

juillet 2025
n° 1344

La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 Premiers résultats sur les établissements de santé en 2024

En 2024, l'activité des établissements de santé a crû dans l'ensemble, mais son évolution est contrastée suivant les disciplines et le secteur juridique des structures. En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), les hôpitaux publics contribuent pour les deux tiers à la hausse du nombre de séjours, qui concerne à la fois l'hospitalisation complète (avec nuitée) et l'hospitalisation partielle (sans nuitée). En soins médicaux et de réadaptation (SMR), l'activité croît quels que soient la forme d'hospitalisation et le secteur juridique. En psychiatrie, les hospitalisations à temps complet baissent, notamment dans le secteur public.

Le nombre de passages aux urgences augmente de 2,5 % en 2024, après un recul de 3,4 % l'année précédente.

D'après de premières estimations, le déficit des hôpitaux publics se creuse de nouveau, jusqu'à atteindre 2,5 % de leurs recettes. Leur effort d'investissement marque aussi le pas en 2024 malgré les fonds prévus par l'État à la suite des accords du Ségur de la santé de 2020, qui a contribué à le rehausser les années précédentes. La dette des hôpitaux publics continue de diminuer, mais leur ratio d'indépendance financière ne s'améliore pas.

Alexandre Cazenave-Lacrouz, Noémie Courtejoie, Clémentine De Champs, Hamid Khaoua (DREES)

> Les auteur.e.s remercient Yves Dubois, Lauren Delort et Elvire Demoly (DREES)

En 2024, l'activité des établissements de santé a augmenté, mais de manière contrastée suivant les disciplines et les types d'établissement. La structure même des activités des établissements varie selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prises en charge¹. Les établissements publics réalisent notamment 55 % des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO, ou court séjour) dont 70 % de ceux en hospitalisation complète (avec nuitée), 34 % des journées de soins médicaux et de réadaptation (SMR ou moyen séjours), 58 % des journées de prise en charge en psychiatrie, ainsi que la quasi-totalité des actes de psychiatrie

ambulatoire (*graphique 1*). Les cliniques privées réalisent près de la moitié de l'hospitalisation partielle. Les établissements privés à but non lucratif (EBNL) sont, quant à eux, relativement plus développés en moyen séjour (31 % des journées d'hospitalisation partielle).

Court séjour : une croissance de l'activité portée en 2024 par le secteur public

Le nombre de séjours en MCO croît de 3,9 % en 2024², après +4,6 % en 2023 (soit +0,7 million de séjours, après +0,8 million) [*graphique 2*]. Comme les années précédentes, cette croissance est principalement portée par l'activité

1. En 2023, le nombre d'établissements hospitaliers s'élevait à 2 965, dont 1 330 établissements publics, 978 établissements privés lucratifs et 657 établissements privés non lucratifs.

2. Il s'agit, dans cette publication, d'une évolution non corrigée des jours ouvrés, alors que l'année 2024, année bissextile, comptait 1 jour ouvré de plus qu'en 2023 (soit +0,3 % jour au total et +0,4 % jour ouvrés au total). Les évolutions commentées sont robustes à cette différence.

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



- ambulatoire : cette dernière augmente de 6,1 % (+0,6 million de séjours, après +8,6 % en 2024, soit +0,8 million), représentant ainsi 82 % de la hausse du nombre de séjours en 2024 (contre 93 % en 2023). Elle est plus forte en 2024 dans les hôpitaux publics (+8,8 %, soit +0,4 million de journées) que dans les EBNL (+7,8 %, soit +0,1 million de journées) et dans les cliniques privées (+3,5 %, soit +0,2 million de journées) [tableau complémentaire A³]⁴.

L'activité d'hospitalisation complète en court séjour progresse aussi significativement dans le secteur public en 2024 (+2,2 %, soit +0,1 million de séjours). Elle est en revanche stable dans le secteur privé avec, toutefois, une hausse dans les EBNL (+2,8 %, soit +22 000 séjours) compensée par une baisse dans les cliniques privées (-1,4 %, soit -27 000 séjours). Tous secteurs confondus, l'activité d'hospitalisation complète en court séjour augmente donc de 1,5 % (+0,1 million de séjours).

Encadré 1 Sources et méthodes

Sources des données

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système d'information mis en place progressivement à partir des années 1990 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et permet, entre autres, d'appliquer la tarification à l'activité (T2A) aux établissements. Le PMSI renseigne en particulier sur l'évolution de l'activité hospitalière en court séjour (PMSI-MCO), en moyen séjour (PMSI-SMR) et en psychiatrie (recueil d'informations médicalisé en psychiatrie ou RIM-P).

La statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES, enquête annuelle exhaustive et obligatoire auprès de tous les établissements de santé, décrit leur activité (séjours et journées en hospitalisation complète et hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Elle recueille notamment les données d'activités en psychiatrie et dans les services d'urgences générales ou pédiatriques.

Les résumés de passage aux urgences (RPU) sont un recueil standardisé des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence. Ils sont collationnés à l'échelon national par l'ATIH et contiennent notamment pour chaque passage l'âge du patient.

Les données comptables et financières des hôpitaux publics sont recueillies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 16/07/2025).

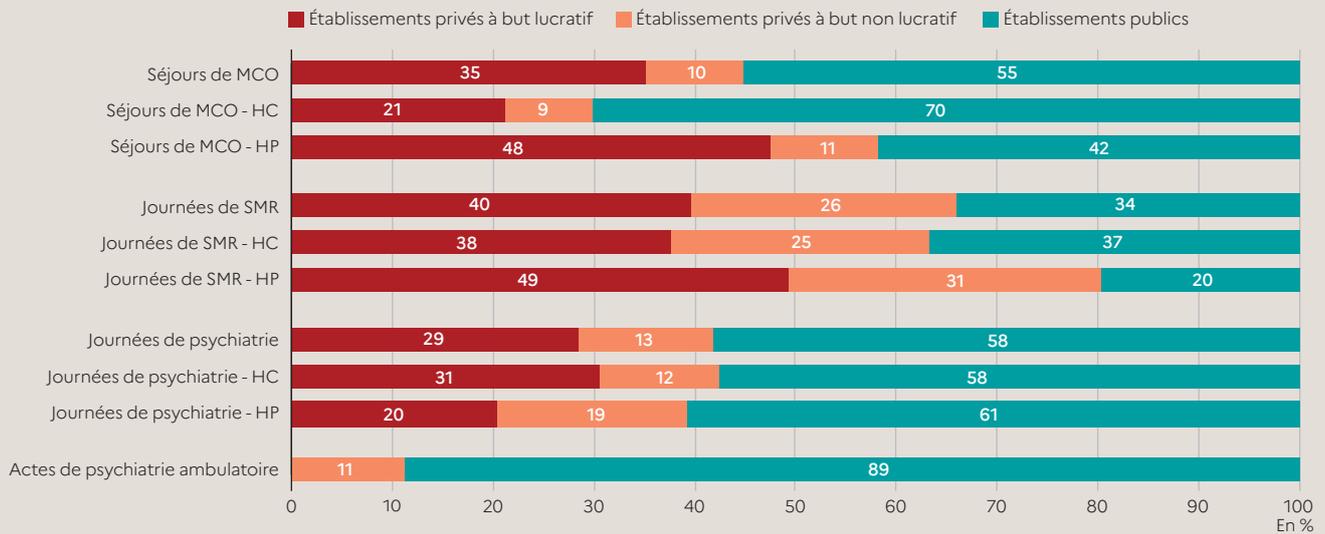
Méthodes

Tous les chiffres présentés pour 2024 sont des premières estimations, susceptibles d'être révisés à l'occasion du Panorama *Les établissements de santé en 2024 – Édition 2026*. En particulier :

- Les données sur la situation financière des hôpitaux publics pour 2024 sont basées sur les comptes non définitifs (comptes « M14 » plutôt que définitifs, utilisés pour le Panorama *Les établissements de santé*), tels que transmis à la DGFIP à mi-juillet 2025. Pour chaque agrégat monétaire, un redressement statistique est mis en œuvre pour tenir compte de l'évolution observée les années antérieures entre les comptes M14 et les comptes définitifs, mais cette estimation anticipée entraîne nécessairement une incertitude. Lorsqu'un intervalle de précision est indiqué, il indique qu'au vu des années antérieures, le résultat issu des comptes définitifs serait finalement bien dans cet intervalle la moitié des années.

- Les données sur les passages aux urgences et les hospitalisations complètes et partielles en psychiatrie sont issues de la SAE. La base administrative a été utilisée pour l'année 2024.

Graphique 1 Poids des secteurs juridiques des établissements de santé dans les activités de MCO, SMR et psychiatrie, en 2024



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (court séjour) ; SMR : soins médicaux et de réadaptation (moyen séjour) ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

Note > Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Lecture > Les établissements publics réalisent 34 % des journées de SMR.

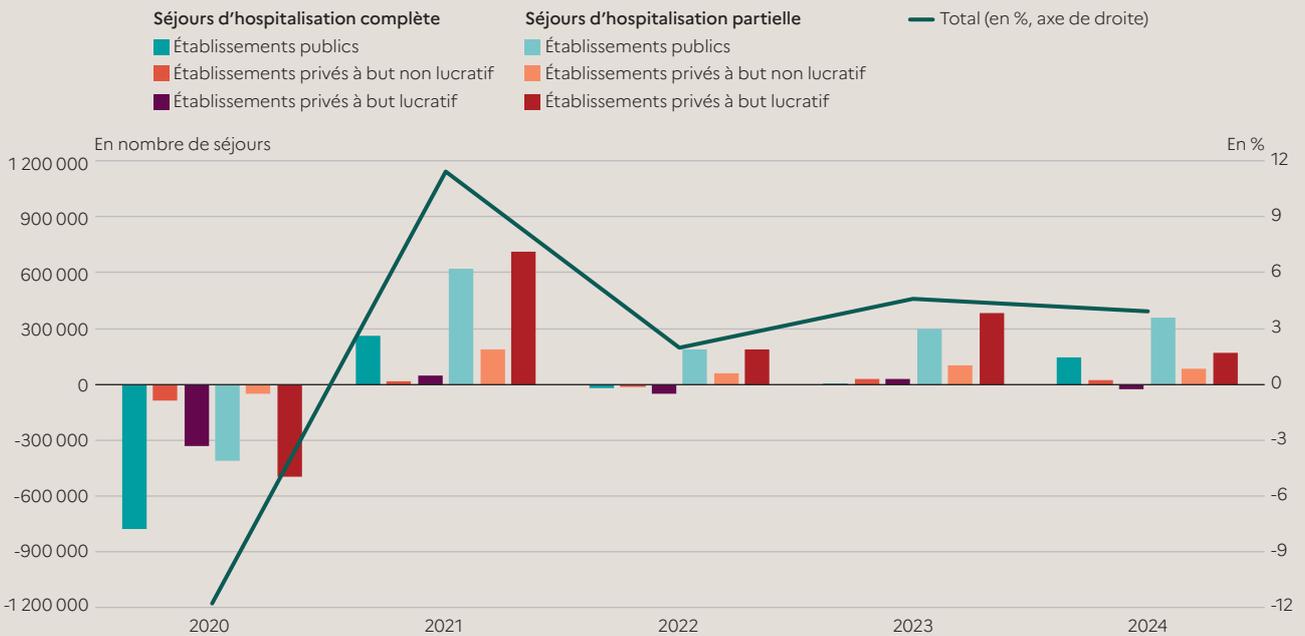
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le Service de santé des armées.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SMR et RIM-P, DREES, SAE, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

4. Sur l'année, il est à noter que les vacances scolaires de Noël 2022/2023, 2023/2024 et 2024/2025 sont inégalement réparties, ce qui conduit à empiéter sur 10 jours ouvrés en 2024, contre seulement 5 en 2023, ce qui peut avoir contribué à diminuer l'évolution de l'activité de soins programmés par rapport à une référence où les vacances auraient été identiquement distribuées.

Graphique 2 Évolution du nombre de séjours en MCO dans les établissements de santé de 2020 à 2024, par secteur

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture > Le nombre de séjours en MCO croît de 3,9 % en 2024. Il y a notamment un surcroît de 0,4 million de séjours en ambulatoire dans les hôpitaux publics.

Note > Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le Service de santé des armées.

Source > ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

Au total, les hôpitaux publics contribuent à hauteur de 67 % à la hausse du nombre de séjours en MCO entre 2023 et 2024 (contre 36 % entre 2022 et 2023), alors qu'ils réalisent 55 % des séjours. Dans le même temps, les établissements privés à but lucratif y contribuent pour 19 % (contre 49 % entre 2022 et 2023) et les EBNL pour 14 %, sachant qu'ils réalisent respectivement 35 % et 10 % des séjours de MCO.

L'activité de moyen séjour poursuit sa reprise

En SMR, le nombre de journées croît de 2,6 % en 2024 (après +4,1 % en 2023) [graphique 3]. Ce ralentissement concerne tant l'hospitalisation complète (+1,6 %, après +2,9 % en 2023) que l'hospitalisation partielle (+8,3 % après +11,3 %), et l'activité reste dans l'ensemble inférieure de 3,6 % au niveau de 2019, avant la crise sanitaire liée au Covid-19 (8,0 % plus faible en hospitalisation complète, 28,2 % plus élevée en hospitalisation partielle). Le moyen séjour se différencie en cela du court séjour, dont l'activité a retrouvé le niveau d'avant la crise dès l'année 2022.

Bien que l'hospitalisation partielle ne représente que 16 % des journées d'hospitalisation en moyen séjour, la croissance de l'activité de SMR (+0,9 million de journées) se répartit presque à parts égales entre hospitalisation partielle (+0,5 million de journées) et complète (+0,4 million de journées). Si l'hospitalisation partielle est dynamique dans les trois secteurs (+9,4 % en clinique privée, +9,1 % dans les hôpitaux publics, +6,2 % dans les EBNL) [tableau complémentaire B], elle est majoritairement portée par les cliniques privées, qui représentent près de la moitié de l'hospitalisation partielle de SMR en 2024, comme de sa croissance.

En 2024, l'hospitalisation complète est très dynamique dans les hôpitaux publics (+2,5 %, soit +0,3 million de journées, après +1,0 % en 2023)

et moins dynamique dans les cliniques privées (+0,2 % après +4,6 %). Elle progresse également fortement dans les EBNL en nombre de journées (+2,3 %, soit +0,2 million de journées, après +3,1 %).

En psychiatrie, les hospitalisations à temps complet baissent, notamment dans le public et le privé à but non lucratif

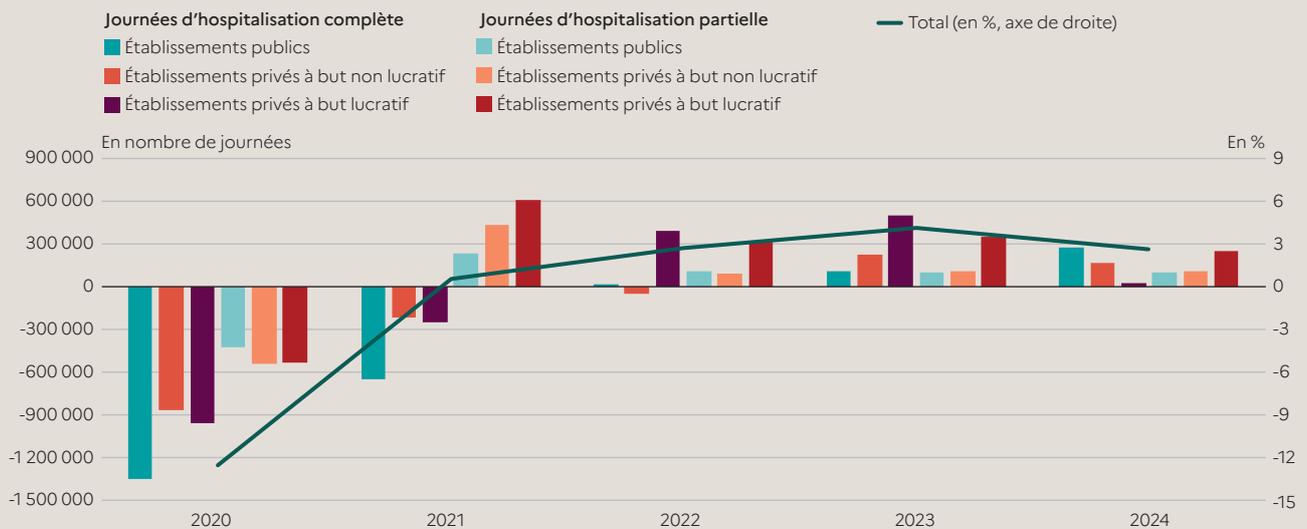
Le nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie recule de 1,1 % en 2024 (-0,2 million de journées⁵), après avoir été stable en 2023 (graphique 4). Cette baisse est le reflet de l'accentuation de la baisse du nombre de journées à temps complet, entamée avec la crise sanitaire (-1,6 % en 2024 après -1,5 % par an en moyenne entre 2020 et 2023, -5,1 % en 2020 et -1,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Il y a en effet 0,3 million de journées d'hospitalisation à temps complet de moins. Le nombre de prises en charge à temps partiel ralentit pour sa part (+1,0 % après +4,4 % en 2023).

La baisse d'activité d'hospitalisation complète est en premier lieu le fait du secteur public (pour -0,2 million de journées) : cela correspond à une baisse de 2,4 % (après -2,5 % en 2023) [tableau complémentaire C]. Le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue aussi dans les établissements privés à but lucratif (-0,4 % après +1,8 % en 2023) ou non (-1,0 % après -0,8 %).

Ces trajectoires différentes entre types d'établissements s'observent, dans une moindre mesure, dans les prises en charge à temps partiel : leur nombre diminue notamment dans les EBNL (-3,5 %, après +1,2 % en 2023), mais augmente dans les cliniques privées (+3,6 % après +8,4 %), possiblement en lien avec la croissance de leurs capacités ces dernières années (+900 places depuis 2019, soit +42 %, dont +400 en 2023).

5. Le temps partiel en psychiatrie regroupe les hospitalisations de jour ou de nuit, mais aussi les venues en ateliers thérapeutiques. Ces venues sont rapportées en journées.

Graphique 3 Évolution du nombre de journées en SMR dans les établissements de santé de 2020 à 2024, par secteur



SMR : soins médicaux et de réadaptation.

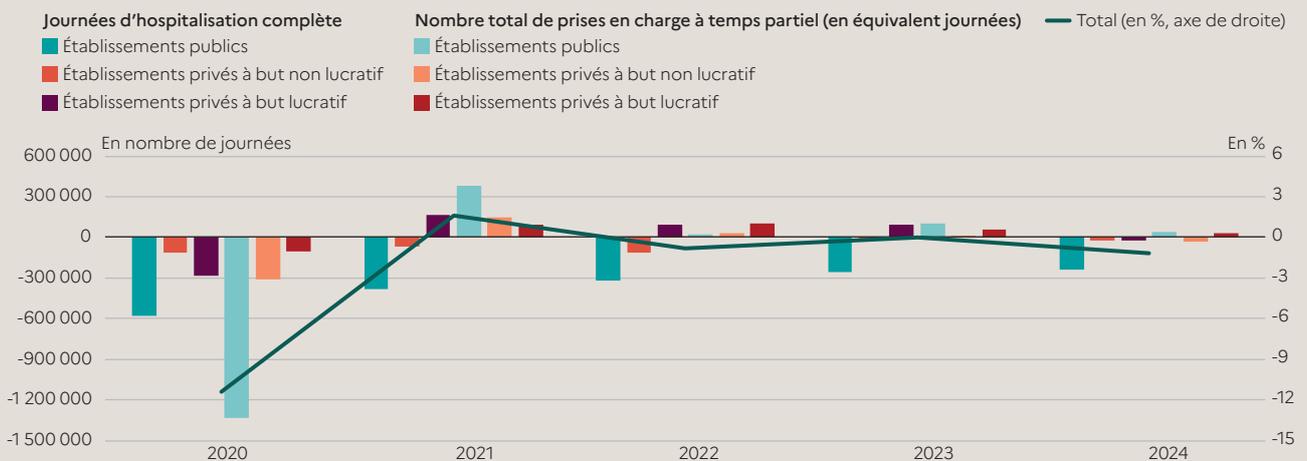
Lecture > Le nombre de journées en SMR croît de 2,6 % en 2024.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le Service de santé des armées.

Source > ATI, PMSI-SMR, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

Graphique 4 Évolution du nombre de journées de prise en charge en psychiatrie dans les établissements de santé de 2020 à 2024, par secteur



Note > Dans le temps complet, les prises en charge correspondent à des hospitalisations, et n'incluent pas ici les hospitalisations à domicile. Dans le temps partiel, elles incluent à la fois des hospitalisations en hôpital de jour ou de nuit, et des venues en ateliers thérapeutiques (rapportées en journées).

Lecture > Le nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie recule de 1,1 % en 2024. Il y a notamment une diminution de 0,2 million des journées d'hospitalisation complète dans les hôpitaux publics.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le Service de santé des armées, hors secteur pénitentiaire.

Sources > DREES, SAE 2019-2023 (bases statistiques), SAE 2024 (base administrative), traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

Le nombre d'actes d'ambulatoire⁶, correspondant à des prises en charge de moins de 3 heures principalement en centre médico-psychologique (CMP), en centre d'accueil thérapeutique (CATTP) ou en unité de consultation des services, augmente (+3,6 %, soit +0,7 million, après +3,5 % en 2023), porté par les hôpitaux publics (+3,6 %, soit +0,6 million, après +3,2 %), qui réalisent 89 % de ces actes [tableau complémentaire D]. Dans les EBNL, les actes d'ambulatoire augmentent de 3,7 % en 2024 (après +5,7 % en 2023).

Si la pratique des soins ambulatoires en psychiatrie n'était, jusqu'à récemment, pas ouverte aux cliniques privées, cette configuration

a vocation à évoluer avec la réforme des autorisations en cours de déploiement en 2024-2025 : tous les établissements détenant une autorisation de psychiatrie doivent en demander le renouvellement à leur agence régionale de santé (ARS). Or pour obtenir une autorisation dans le nouveau régime, chaque établissement doit être en mesure de proposer, le cas échéant par conventionnement, l'accès à des prises en charge à temps complet, à temps partiel et à des structures de psychiatrie ambulatoire. Cette dernière forme de prise en charge, précédemment réservée aux secteurs public et privé à but non lucratif, est donc amenée à se développer dans le secteur privé à but lucratif.

6. Pour mesurer l'activité ambulatoire, seuls les actes médicaux réalisés en présence du patient sont comptabilisés ici. Cela correspond aux actes d'entretien et de groupe de la grille EDGARX.

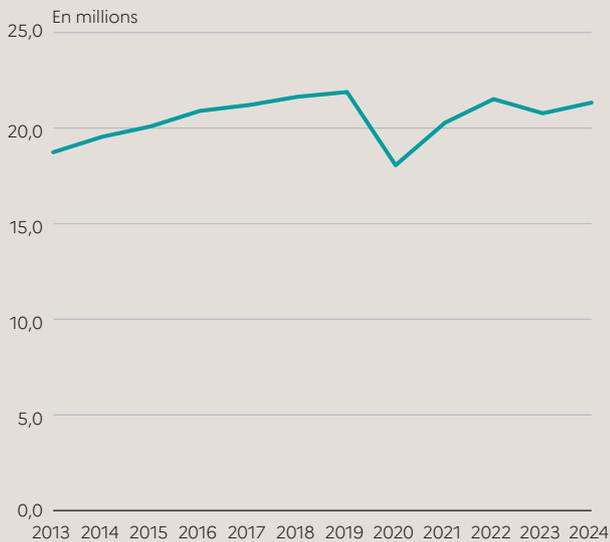
Le nombre de passages aux urgences augmente de 2,5 %

En 2024, le nombre de passages dans les structures des urgences générales ou pédiatriques⁷ rebondit de 2,5 %, après avoir diminué de 3,4 % en 2023 (*graphique 5*). Il s'établit donc à 21,3 millions de passages sur l'année. Cette hausse a lieu en dépit de la généralisation en cours du service d'accès aux soins (SAS)⁸, parmi d'autres mesures mises en place pour limiter l'afflux de patients ou en raison d'un manque de personnels : fermeture complète de structures d'urgence sur certains créneaux horaires⁹ et mesures de régulation de l'accès au service des urgences conditionné à un appel préalable au service d'aide médicale urgente (Samu) ou au SAS.

Ce rebond en 2024, après la baisse en 2023, s'observe dans la plupart des régions, et notamment en Centre-Val de Loire (+4,4 % en 2024 après -1,7 % en 2023), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+3,8 % après -4,9 %) ou en Île-de-France (+3,7 % après -4,9 %) [*carte 1*]. Le nombre de passages aux urgences diminue en revanche fortement à Mayotte (-21,4 % en 2024, après +18,4 % en 2023) dans un contexte local marqué, en début d'année, par des barrages routiers autour de l'hôpital et, en fin d'année, par le cyclone Chido.

La croissance en 2024 n'est que marginalement le fait des évolutions démographiques (*encadré 2*), la baisse de la natalité observée depuis une dizaine d'années compensant en grande partie l'accroissement et le vieillissement de la population (*tableau complémentaire E*). Elle résulte donc principalement de la hausse du recours aux urgences et, sans que ces hypothèses soient exclusives ou exhaustives, peut être plutôt liée à une évolution du comportement de recours, à des tensions sur l'offre de soins de ville, ou encore à l'évolution de l'état de santé de la population.

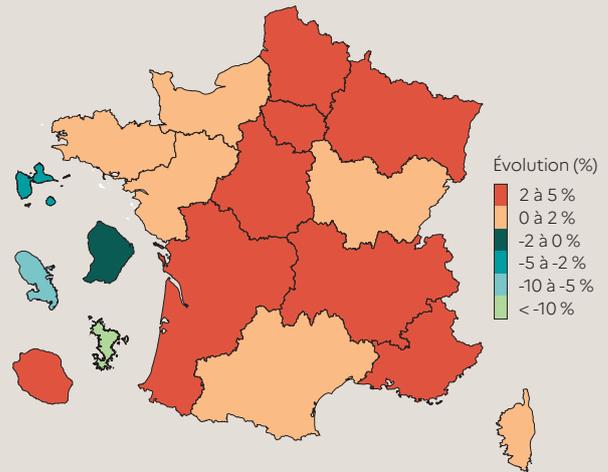
Graphique 5 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 2013



Lecture > Les structures des urgences générales ou pédiatriques traitent 21,3 millions de passages en 2024.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy).
Sources > DREES, SAE 2013-2023 (bases statistiques), SAE 2024 (base administrative), traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

Carte 1 Évolution 2023-2024 du nombre de passages aux urgences par région



Lecture > En Île-de-France, le nombre de passages aux urgences générales ou pédiatriques augmente de 3,7 % en 2024.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy).

Sources > DREES, base statistique SAE 2023 et base administrative SAE 2024, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

Un déficit des hôpitaux publics à nouveau inédit à 2,5 % des recettes

D'après une première estimation basée sur leurs comptes non définitifs à la mi-juillet 2025, le déficit global des hôpitaux publics atteindrait 2,5 % de leurs recettes en 2024, après 2,3 % en 2023 (*graphique 6*). Il s'agit de nouveau d'un niveau inédit depuis 2005, point de départ des observations, qui correspond à un résultat net négatif de l'ordre de -2,7 à -2,9 milliards d'euros (après -2,3 milliards d'euros en 2023).

Ce 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 détérioration de la situation financière des hôpitaux publics est largement attribuable à la dégradation du résultat d'exploitation, qui atteint un nouveau point bas à -2,1 % des recettes, soit de l'ordre de -2,2 à -2,4 milliards d'euros (après -1,8 % des recettes, soit -1,9 milliard d'euros en 2023). Cette nouvelle détérioration, quoique moindre qu'en 2022 et 2023, peut notamment s'expliquer par la réduction des dispositifs de soutien mis en place pendant la crise sanitaire¹⁰ et le non-dégel du coefficient prudentiel de 0,7 % des tarifs décidé en fin d'année, dans un contexte de hausse passée de l'inflation. Le résultat financier est, quant à lui, structurellement négatif, en raison du paiement des intérêts des emprunts. Il s'établit à -0,8 % des recettes, soit -0,9 milliard d'euros (après -0,9 milliard d'euros en 2023). Le résultat exceptionnel est également stable, à 0,4 % des recettes, soit environ 0,5 milliard d'euros.

La forte progression des dépenses du secteur hospitalier public, amorcée depuis la crise sanitaire, ralentit : +4,0 % après +6,6 % en 2023, +5,1 % en 2022, et seulement +2,6 % par an en moyenne avant la crise (entre 2005 et 2019). Les dépenses sont de l'ordre de 110,2 milliards d'euros (après 105,9 milliards d'euros en

7. Le nombre de structures des urgences générales ou pédiatriques s'élève à 685 en 2023.

8. 89 SAS étaient opérationnels au 1^{er} octobre 2024 par exemple, et 10 autres en cours de formalisation.

9. Une telle possibilité peut même être mise en place depuis 2024 de façon pérenne en transformant la structure des urgences en antenne de médecine d'urgence (antenne de MU), mais aucune antenne de MU n'a été encore créée en 2024.

10. La sécurisation modulée à l'activité (SMA), qui remplace depuis 2023 la garantie de financement mise en place pendant la crise sanitaire, est réduite en 2024 (et supprimée en 2025).

2023), et leur dynamisme est principalement attribuable aux charges de personnels, notamment en lien avec les mesures nationales de revalorisations des rémunérations dans la fonction publique hospitalière. Considérant le budget principal

des hôpitaux publics¹¹, les charges de personnels croissent de l'ordre de 2,7 milliards d'euros (+4,4 % après +5,0 %) ; à l'inverse, les dépenses à caractère hôtelier et général se replient partiellement après avoir été particulièrement dynamiques

Encadré 2 Les évolutions démographiques ont moins de conséquences sur le nombre de passage aux urgences que les évolutions du taux de recours

Les générations des « baby-boomers », nés entre 1946 et 1974, s'apprêtent à entrer dans leur 8^e décennie alors que le taux de recours aux urgences est plus élevé après 75 ans (Demoly, Deroyon, 2025). Dans le même temps, la natalité baisse de façon inédite en France ces dernières années (Pointet, Thélot, 2024), alors que les nourrissons et les enfants de 4 ans ou moins recourent aussi fortement aux urgences. À taux de recours aux urgences inchangés, le premier phénomène accroîtrait le nombre de passages aux urgences, quand le second le diminuerait.

Ces phénomènes peuvent être quantifiés à l'échelon national ou local en combinant les projections démographiques réalisées par l'Insee sur le modèle Omphale (Cazaubiel, El Guendouz, 2022), avec des taux de recours aux urgences. Les projections démographiques locales sont recalibrées homothétiquement par âge quinquennal pour correspondre à la dernière population nationale estimée pour 2023, et les taux de recours aux urgences sont estimés pour l'année 2023 sur les résumés de passage aux urgences (RPU), par tranche d'âge quinquennale (comme dans les projections démographiques locales).

Considérant plusieurs niveaux de mise en œuvre d'une estimation de la contribution des évolutions démographiques au nombre de passages, à taux de recours aux urgences fixé au taux de 2023 (à l'échelon national sans tenir compte de l'âge, ou en ne tenant compte que de trois classes d'âge ou en tenant compte de classes quinquennales, puis à l'échelon régional avant d'agrèger à l'échelon national), deux résultats s'en dégagent (graphique).

Premièrement, l'ampleur de la contribution des évolutions démographiques est largement inférieure à celle de l'évolution des taux de recours : cette contribution aurait été de l'ordre de +50 000 séjours en 2024, à comparer aux +0,5 million de passages tel qu'estimé, soit de l'ordre d'un dixième de l'évolution annuelle.

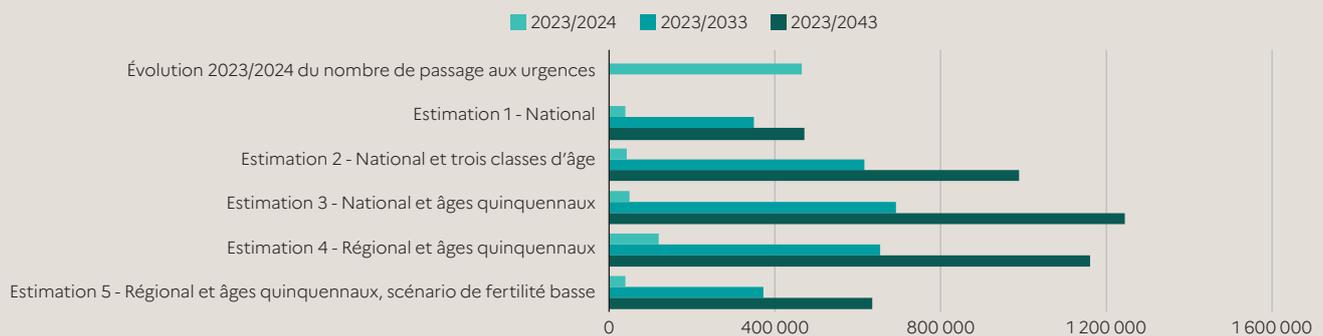
Deuxièmement, la contribution des évolutions démographiques serait comprise à dix ans entre +0,4 million et +0,7 million de passages, et à vingt ans entre +0,6 million et +1,2 million de passages. Le choix d'un scénario de fertilité basse affecte fortement le résultat

de l'estimation, alors même que les scénarios de fertilité basse de l'Insee sont plus progressifs que les changements récents observés dans la natalité. Cela pourrait conduire à surestimer les nombres de passages liés à l'effet de structure dans les différentes simulations, et rappelle qu'il faut considérer de telles estimations avec prudence.

Par ailleurs, une limite évidente à de telles estimations est qu'elles considèrent tous les patients comme homogènes. Or les patients âgés sont en général plus lourds à prendre en charge que les patients plus jeunes : ils doivent recevoir plus d'exams, vont plus souvent en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), sont plus souvent hospitalisés à l'issue des urgences, ce qui peut allonger la durée de présence aux urgences le temps de trouver un lit d'hospitalisation (Demoly, Deroyon, 2025). Cela se reflète dans leur durée de passage : sur un jour d'activité moyenne en 2023, 15 % des patients passent plus de 8 heures aux urgences, mais 3 % des enfants et 36 % des personnes de 75 ans ou plus. Pour tenir compte, dans les estimations, du fait que la prise en charge des patients est statistiquement plus lourde pour les patients plus âgés, un « indicateur (*ad hoc*) de charge des passages aux urgences » est calculé en appliquant à chaque classe d'âge quinquennale la moyenne de son temps de passage la journée du 13 juin 2023, journée de l'enquête Urgences*.

Toutes choses égales par ailleurs, et en particulier le recours et la durée de passage aux urgences par âge, l'indicateur (*ad hoc*) de charge des passages aux urgences augmenterait de l'ordre de 7 % en dix ans sous l'effet des évolutions démographiques par âge (tableau complémentaire F). Quoique toujours inférieures à son évolution 2023/2024 observée (et principalement liée à la hausse du recours aux urgences), cela correspond à des augmentations de 2,5 à 4 fois plus importantes suivant les scénarios que celles calculées en considérant uniquement les nombres de passages. Cette augmentation dépend de plus nettement moins des hypothèses de fertilité, l'augmentation de la charge étant ici tirée par l'augmentation du nombre de passages de personnes âgées aux urgences.

Contribution des évolutions démographiques à la croissance du nombre de passages aux urgences à dix et vingt ans, à taux de recours constant, et évolution 2023/2024



Notes > Au-delà des incertitudes associées aux projections démographiques utilisées, l'utilisation d'un taux de recours constant au cours du temps n'est pas en soi une hypothèse de travail : les résultats doivent être interprétés comme résultant d'un travail « toutes choses égales par ailleurs ».

L'estimation 1 n'utilise pas la variation de structure démographique des projections démographiques, mais uniquement l'évolution de la population totale.

En déviation du scénario central, l'estimation 5 utilise une projection démographique avec une hypothèse de fertilité basse.

Lecture > Toutes choses égales par ailleurs, et en particulier le recours aux urgences par âge, le nombre de passages aux urgences augmenterait de l'ordre de 600 000 à 700 000 en dix ans sous l'effet des évolutions démographiques par âge (sous le scénario central de fertilité [estimations 2 à 4]).

Sources > DREES, SAE ; Insee, Omphale ; ATI, RPU ; calculs DREES.

* Cet indicateur (*ad hoc*) de charge des passages aux urgences n'est cependant pas égal en 2023 à la durée totale passée aux urgences en 2023, car les valeurs retenues, issue d'un seul jour de l'année 2023, ne sont pas représentatives de la durée sur toute l'année 2023 (Demoly, Deroyon, 2025).

11. Sauf indication contraire, tous les chiffres de cette publication portent sur le budget global des établissements publics de santé, c'est-à-dire sur l'ensemble des budgets (budget principal et budgets annexes) consolidés des flux internes entre budget principal et budgets annexes. En l'occurrence, la ventilation des titres de charges et de produits par nature est présentée sur le seul budget principal.

en 2023 (-2,2 %, à 10,5 milliards d'euros, après +19,4 % en 2023, à 10,7 milliards d'euros) suivant l'évolution des prix des matières premières, en particulier de l'énergie. La croissance des dépenses en 2024 est supérieure à celle des recettes (+3,8 %), ce qui explique le creusement du déficit.

La capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer leur financement et leur investissement (FHF, Banque postale, 2024), atteint un nouveau point bas sur la série (1,2 % des recettes en 2024

après 1,7 % en 2022, contre 4,5 % en moyenne de 2005 à 2024) [graphique 7].

L'effort d'investissement des hôpitaux publics marque le pas malgré le Ségur de la santé

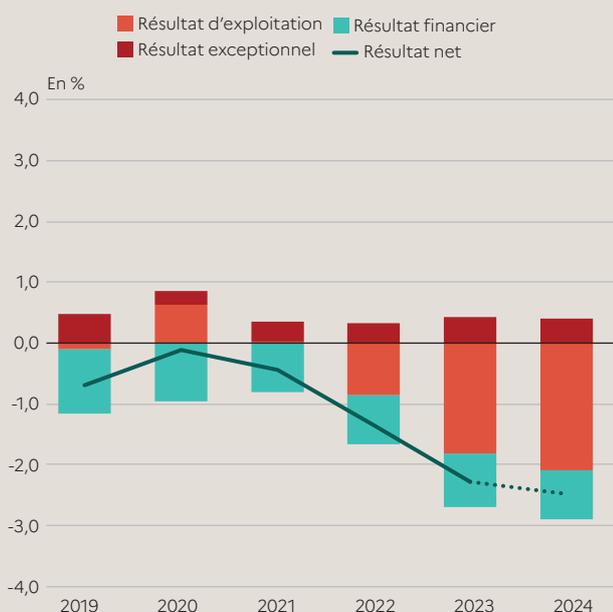
Les accords du Ségur de la santé (signés en juillet 2020), traduits concrètement dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (LFSS 2021, article 50) prévoient des aides destinées à soutenir le financement des investissements indispensables au fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux ou à leur transformation, tout en maîtrisant leur endettement. Ils correspondent à un engagement de 19 milliards d'euros sur dix ans, dont 9 milliards d'euros ayant vocation à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé et 6,5 milliards d'euros spécifiquement consacrés à la restauration de la capacité financière des établissements de santé (désendettement) assurant le service public hospitalier.

Depuis 2021, l'effort d'investissement des hôpitaux publics, soutenu au début des années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 puis en baisse tendancielle, repartait à la hausse (graphique 7). En 2024, il se replie légèrement à 5,1 % des recettes (après 5,4 % des recettes en 2023). Ce léger repli traduit vraisemblablement la prise de retard de nombreux projets du fait de la dégradation de la situation financière des établissements, du renchérissement des coûts des projets et des compléments d'instruction importants (Igas, 2025). En l'état, le niveau des investissements, plus élevé qu'avant la crise sanitaire (4,7 % des recettes en 2019), reste inférieur aux dotations aux amortissements, qui s'élèvent à 6,1 % des recettes : les investissements ne suffisent donc pas à compenser la dépréciation des immobilisations.

La dette des hôpitaux publics diminue, ainsi que leurs capitaux permanents

L'encours de la dette des hôpitaux publics baisse pour la troisième année consécutive (à 30 milliards d'euros, soit 27,8 % des recettes) [graphique 8]. À fin 2024, 3,3 milliards d'euros sur les 6,5 milliards

Graphique 6 Compte de résultat des hôpitaux publics



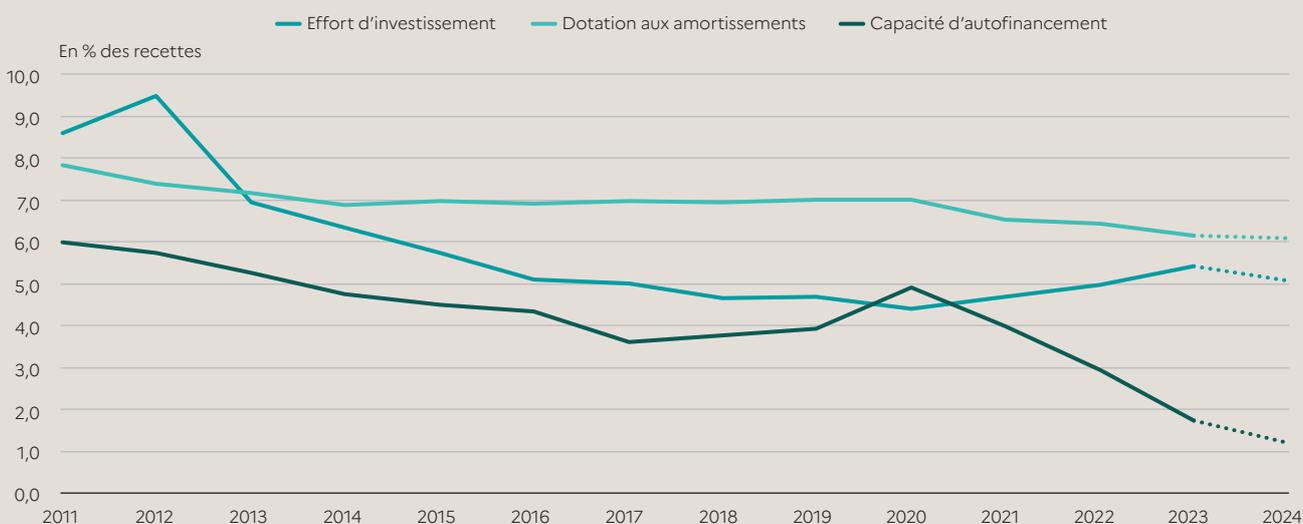
Lecture > En 2024, le déficit global des hôpitaux publics (résultat net négatif) atteint 2,5 % de leurs recettes. Le résultat exceptionnel, qui est l'une de ses composantes, s'élève à 0,4 %.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors Service de santé des armées.

Source > DGFIP, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

Graphique 7 Effort d'investissement et capacité d'autofinancement des hôpitaux publics



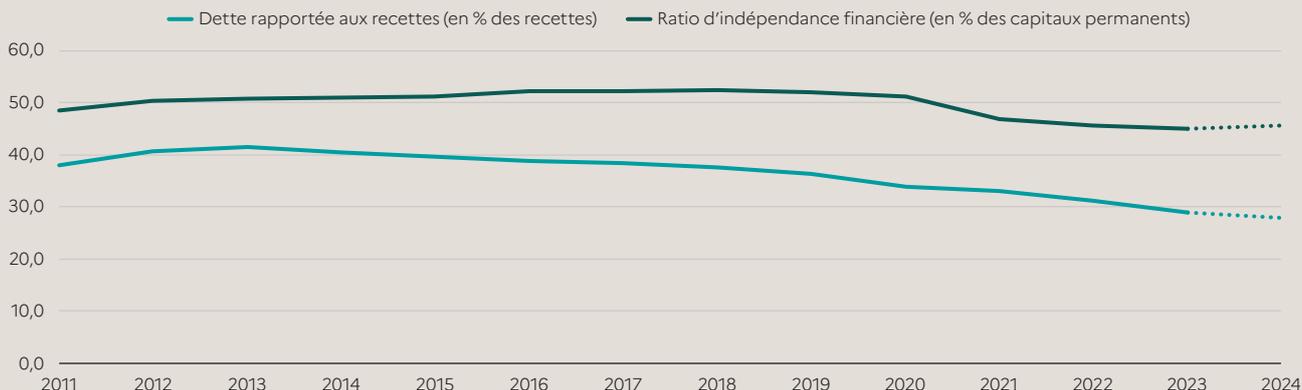
Lecture > En 2024, l'effort d'investissement global des hôpitaux publics est de 5,1 % de leurs recettes.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors Service de santé des armées.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

Graphique 8 Encours de la dette rapporté aux recettes et ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics



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.

Lecture > En 2024, la dette globale des hôpitaux publics atteint 27,9 % de leurs recettes. Leur ratio global d'indépendance financière s'élève à 45,6 % de leurs capitaux permanents.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors Service de santé des armées.

Sources > DGFiP, SAE, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1344 © DREES

prévus par les accords du Ségur de la santé d'ici à 2029 ont déjà été versés par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) aux établissements de santé (Cour des comptes, 2025). Initialement conçue comme une reprise de la dette, cette mesure prend plus concrètement la forme d'un soutien au désendettement, par un abondement des capitaux permanents. Malgré cette baisse, le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, est globalement stable depuis trois ans : il s'est établi à 45,6 %, après 45,0 % en 2023 et 45,7 % en 2022. Les capitaux permanents diminuent en effet malgré les mesures d'abondements

issues du Ségur (-2,0 % en 2024, après -0,4 % en 2023, +1,1 % en 2022 et +13,0 % en 2021).

Le bilan du Ségur de la santé est donc contrasté : les plans de soutien et de relance mis en place depuis la crise sanitaire portent leurs fruits sur la dette, mais dans un contexte de dégradation sans précédent des ressources générées par l'activité des établissements qui retardent leurs investissements et affectent dans le même temps leurs capitaux permanents. ●



Télécharger les données

Mots clés : [Établissement de santé](#) [Hôpital](#) [Financement](#) [Urgences](#) [Psychiatrie](#)

Pour en savoir plus

- > Cazaubiel, A., El Guendouz, A. (2022, novembre). D'ici 2070, un tiers des régions perdraient des habitants. Insee, *Insee Première*, 1930.
- > Cazenave-Lacrouz, A. (dir.) (2025, juillet). *Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > Cour des Comptes (2025, mai). *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Rapport.
- > Demoly, E., Deroyon, T. (2025, mars). Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013. DREES, *Études et Résultats*, 1334.
- > Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) (2025, juin). *Panorama des ORU 2024 – Activité des services d'urgence à partir des données RPU*. Rapport.
- > Fédération hospitalière de France (FHF) et La Banque postale (2022, septembre). *Regard financier sur les hôpitaux publics – Le poids de la dette des hôpitaux publics : quel bilan en amont de la crise sanitaire ?* Étude.
- > Insee (2024, janvier). Projections de population 2018-2070. *Insee Résultats*.
- > Inspection générale des affaires sociales (Igas) (2024, octobre). *Pour un pilotage renforcé des investissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière. Mission relative à l'évolution du pilotage des investissements du Ségur de la santé*. Rapport.
- > Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021. Article 50.
- > Observatoire régional des soins non programmés d'Île-de-France (2025, juin) *Rapport d'activité 2024 – Activité des services d'urgences en Île-de-France*.
- > Pointet, J., Thélot, H. (2024, novembre). *Les naissances en 2023 – Une baisse d'une ampleur inédite depuis la fin du baby-boom*. Insee, Insee Focus, 339.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> Contact presse
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directrice de la publication : Christelle Minodier

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Chargée d'édition : Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Drapeau Blanc

Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité de la directrice de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr