

## Sous embargo jusqu'au 20 mai 2026 à 6h.

En 2024, 445 maternités sont dénombrées en France, soit 88 de moins qu'en 2014, et de l'ordre de trois fois moins qu'en 1975. En effet, depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont accru l'encadrement des accouchements pour réduire les risques pesant sur l'enfant et la mère. Ce cadre juridique a entraîné un long processus de restructuration et de concentration des maternités, qui se poursuit avec la diminution régulière de leur nombre, l'augmentation de leur taille moyenne et l'amélioration des normes de prise en charge.

### La concentration de l'offre de soins se poursuit entre 2014 et 2024 dans un contexte de baisse inédite de la natalité

En 2024, 445 maternités disposent de 13 700 lits d'obstétrique et pratiquent 646 100 accouchements<sup>1</sup> en France, y compris au sein du service de santé des armées (SSA) [graphique 1 et tableau complémentaire A]. Sur une décennie, leur nombre décroît légèrement moins vite que le nombre d'accouchements qu'elles réalisent ou que le nombre de naissances : -16,5 % d'établissements (soit -88 entre 2014 et 2024), contre -19,4 % d'accouchements (soit -155 500) et -19,3 % de naissances (soit -157 800). Au cours de la même période, les capacités des maternités reculent de 20,4 % (-3 500 lits) et la durée moyenne de séjour (DMS) diminue légèrement elle aussi, passant de 4,8 jours en 2014 à 4,7 jours en 2024 (voir fiche 20, « La naissance : caractéristiques des accouchements »). Toutefois, le taux d'utilisation des lits de maternité reste globalement stable, à 47 accouchements annuels par lit en 2014 comme en 2024.

### Un mouvement qui s'inscrit dans la durée

La première étape de restructuration des maternités débute en 1972 avec la parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques d'accouchement privées, qui impose des normes de sécurité très strictes pour les locaux et le plateau technique. Un minimum de quinze lits

est notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch sont mises en œuvre dans le secteur public. La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998. Ces décrets définissent de manière réglementaire trois types de maternités, qui prennent en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

Dans le secteur privé, la parution du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été affectées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités ne disposant pas de service de néonatalogie (maternités de type 1, voir encadré Sources et méthodes) s'est poursuivie. La baisse du nombre de maternités s'observe ainsi sur les séries historiques réalisées sur le champ de la France métropolitaine, hors SSA :

1. Non compris les 3 600 accouchements des maternités ayant fermé au cours de l'année 2024, les 4 800 accouchements hors établissement et suivis d'une hospitalisation en maternité, et les 100 accouchements en établissements n'ayant pas de maternité.

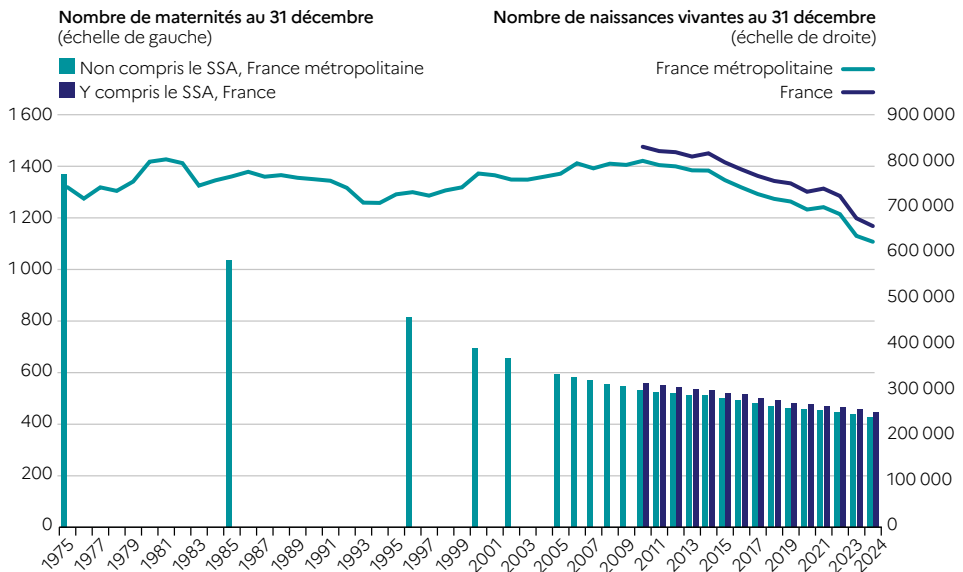
leur nombre a été divisé par trois depuis 1975, passant de 1 369 en 1975, à 511 en 2014, pour s'établir à 428 en 2024 (tableau 1).

Dans le même temps, les nombres d'accouchements et de naissances ont plutôt fluctué entre 700 000 et 800 000 par an, mais ils diminuent nettement durant la dernière décennie jusqu'à atteindre 613 000 accouchements et 626 800 naissances en 2024 (après 626 600 accouchements et 639 500 naissances en 2023) [tableau complémentaire B]. Au cours de la même période, le nombre total de lits a été divisé par deux et demi : il est passé de 32 000 en 1975 à 13 000 fin 2024. Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté, passant de 23 accouchements annuels par lit en moyenne en 1975 à 47 en 2024 comme en 2023. Dans le même temps, la durée moyenne de séjour a diminué, passant de 8,0 jours en 1975 à 4,8 jours en 2014 et 4,7 jours en 2024.

## 85 % des accouchements ont lieu dans les maternités de types 2 ou 3

Au 31 décembre 2024, sont dénombrées en France 150 maternités de type 1, 140 maternités de type 2a, 88 de type 2b et 67 de type 3 (y compris le SSA) [tableau complémentaire C]. Les maternités disposant d'un service de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale (types 2a, 2b ou 3) représentent 66 % des 445 maternités de France (y compris le SSA). Elles concentrent 80 % des lits et 85 % des accouchements. Ces maternités sont principalement publiques ou privées à but non lucratif (79 % des maternités de types 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3) [tableau complémentaire D]. Quant aux maternités de type 1, 71 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2024, contre 60 % en 2014 (tableau complémentaire E). La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation : en 2024, le nombre moyen d'accouchements

### Graphique 1 Évolution du nombre de maternités et de naissances vivantes depuis 1975



**Champ** > France métropolitaine hors SSA ; France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA à partir de 2010, pour les maternités.

**Sources** > Insee, état civil ; Drees, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2024, traitements Drees.

par maternité est de 646 pour les maternités de type 1, de 1 301 pour les maternités de type 2a, de 1 827 pour les maternités de type 2b, et de 3 079 pour les maternités de type 3.

La proportion d'accouchements réalisés dans les maternités publiques a progressé de 68 % en 2014 à 75 % en 2024, avec une baisse conjointe de la proportion d'accouchements en établissements privés à but lucratif, de 24 % à 17 % (tableau complémentaire F).

En 2024, 37 % des maternités de France métropolitaine (hors SSA) accueillent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 %

en 1996 (graphique 2). À l'opposé, 4 % d'entre elles prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, contre 12 % en 1996. Ces maternités se situent majoritairement dans des départements montagneux (Hautes-Alpes, Alpes-de-Haute-Provence, Savoie, Corse-du-Sud) ou ruraux (Ariège, Aveyron, Cantal, Cher, Corrèze, Vienne, Haute-Vienne). Considérant les maternités de taille intermédiaire, 41 % d'entre elles accueillent de 300 à 999 naissances en 2024 (+4 points de pourcentage en dix ans) et 18 % accueillent de 1 000 à 1 499 naissances (-4 points). ■

**Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de maternité d'accueil en 1996, 2014 et 2024**

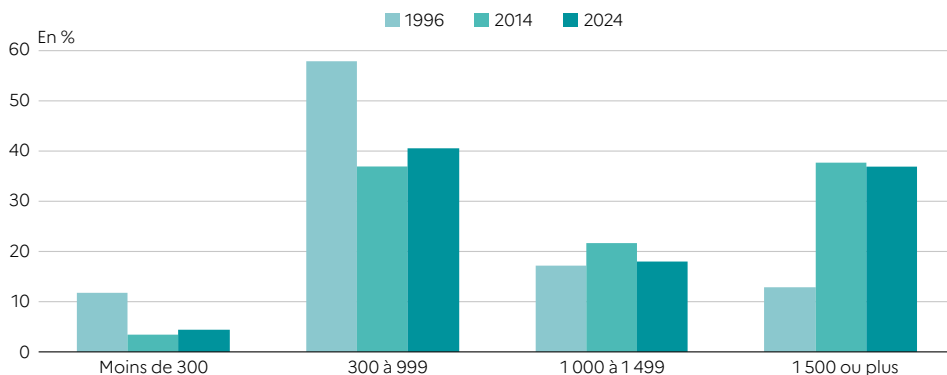
	Année	Niveaux de spécialisation				Total
		Type 1	Type 2a	Type 2b	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250			814
	2014	229	140	82	60	511
	2024	147	136	85	60	428
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443			725 337
	2014	190 967	221 220	160 674	190 634	763 495
	2024	94 615	177 930	155 527	184 967	613 039
Part des accouchements (en %)	1996	57	43			100
	2014	25	29	21	25	100
	2024	15	29	25	30	100

**Note >** En 1996, les définitions de niveaux existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié et al., 1998).

**Champ >** France métropolitaine, hors SSA.

**Sources >** Drees, SAE 1996, 2014 et 2024, traitements Drees.

**Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2014 et 2024**



**Champ >** France métropolitaine, hors SSA.

**Sources >** Drees, SAE 1996, 2014 et 2024, traitements Drees.

## Encadré Sources et méthodes

### Champ

Maternités de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, depuis 2010), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnataux de proximité. Maternités de France métropolitaine, hors SSA, hors centres périnataux de proximité, avant 2010.

### Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le nombre de naissances vivantes provient des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) issues de l'état civil.

### Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique au 31 décembre 2024 et ayant comptabilisé au moins un accouchement dans l'année.

> **Types de maternités** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternités sont ainsi définis. Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'un service de néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale, sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **Naissances** : les naissances vivantes sont les naissances d'enfants montrant un signe quelconque de vie. La notion d'enfant sans vie est définie par le décret n° 2008-800 du 20 août 2008<sup>1</sup> : l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement, et sa naissance n'est alors pas comptabilisée parmi les autres.

1. Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du Code civil - Légifrance (legifrance.gouv.fr).

### Pour en savoir plus

- > **Arnault, S., Exertier, A.** (2009, août). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : Drees, coll. Études et Statistiques.
- > **Bergonzoni, A., Simon, M.** (2021, juillet). La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017. Drees, *Études et Résultats*, 1201.
- > **Boisguerin, B., Marre, M., Mellot, R.** (2025, novembre). Dans les établissements de santé en 2024, la baisse du nombre de lits ralentit et les alternatives à l'hospitalisation complète poursuivent leur progression. Drees, *Études et Résultats*, 1353.
- > **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. Drees, *Études et Résultats*, 225.
- > **Combier, E., et al.** (2020, février). Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study. *PLoS One* 15(2).
- > **Cour des comptes** (2024, mai). *La politique de périnatalité*. Rapport.
- > **Le Ray, C., et al.** (2022, décembre). Results of the 2021 French National Perinatal Survey and trends in perinatal health in metropolitan France since 1995. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 51(10).
- > **Thélot, H.** (2025, juillet). Les naissances en 2024. Des naissances toujours en nette baisse. Insee, *Insee Focus*, 357.

## Sous embargo jusqu'au 20 mai 2026 à 6h.

En 2024, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 4,7 jours : elle diminue d'un jour par rapport à 2003, mais reste stable par rapport à 2023. Elle s'établit à 4,3 jours pour les accouchements par voie basse, contre 6,0 jours pour les accouchements par césarienne. Par ailleurs, le taux de césariennes, stable entre 2007 et 2020, augmente et s'établit à 22,0 % en 2024. Les maternités dotées de soins intensifs néonataux représentent un tiers seulement des établissements, mais réalisent plus d'un accouchement sur deux et accueillent la grande majorité des mères et des nouveau-nés présentant le plus de risques.

### Les maternités dotées de soins intensifs néonataux concentrent l'essentiel des naissances à risque

Les maternités de types 2b et 3, qui disposent d'une unité de soins intensifs néonataux, prennent en charge plus de la moitié des accouchements (57 %), bien qu'elles représentent seulement un tiers des maternités ayant réalisé au moins un accouchement en 2024 (34 %). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des mères et des nouveau-nés présentant le plus de risques : en 2024, 77 % des naissances multiples, 74 % des naissances d'enfants de moins de 2,5 kilogrammes et 75 % des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de types 2b ou 3 (*graphique 1*).

Lorsque les mères se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté à des conditions d'accouchement plus difficiles qu'anticipées, elles peuvent être orientées vers des structures de type supérieur. En 2024, 1 700 femmes ont ainsi été transférées vers une maternité de type 3 (0,4 % des accouchements en dehors d'une maternité de type 3) et 600 vers une maternité de type 2b<sup>1</sup>.

### Un taux de césariennes en hausse

En 2024, le taux de césariennes s'établit à 22,0 %, après 21,5 % en 2023 (*graphique 2*). Il s'était stabilisé autour de 20 % entre 2007 et 2020, après une hausse régulière entre 2000 et 2007, passant de 17,4 % à 20,2 %. En 2023, La France a le 10<sup>e</sup> taux global de césariennes le plus bas sur 35 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>2</sup>.

Les taux de césariennes varient peu entre les différents types de maternités. En 2024, ils sont un peu plus bas dans les maternités de types 1 et 2b (21,1 %), et un peu plus élevés dans les maternités de type 3 (23,2 %). Cela s'explique par la spécialisation des maternités de type 3, qui concentrent davantage les accouchements difficiles ou de grands prématurés, lesquels se font très fréquemment par césarienne. Parmi les accouchements par césarienne, 68,0 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 32,0 % sont programmés. Les établissements privés à but lucratif présentent une proportion plus élevée de césariennes programmées (37,8 %) que les établissements publics (30,3 %) et privés à but non lucratif (33,3 %).

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement, dans le cadre d'une hospitalisation, depuis un autre établissement de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Les femmes transférées depuis une consultation externe ne sont pas comptabilisées.

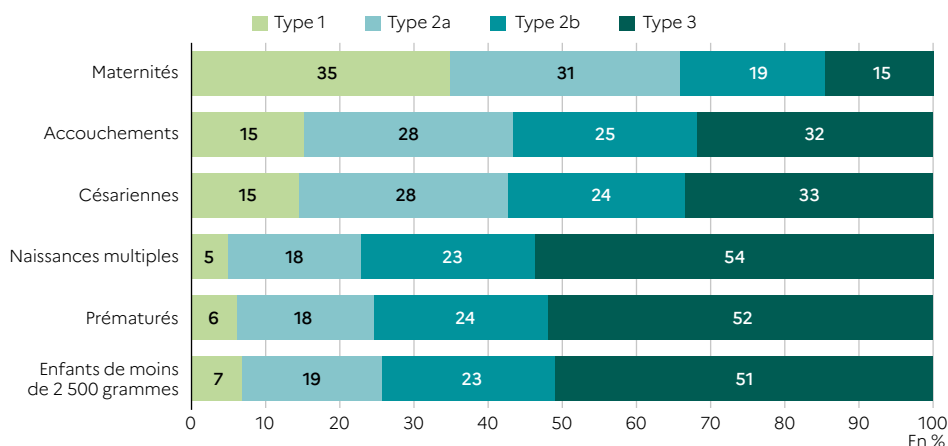
2. Données OCDE disponibles pour l'ensemble des 38 pays membres, à l'exception des États-Unis, du Japon et du Chili.

Rapportées à l'ensemble des accouchements, les césariennes programmées représentent 7,0 % des accouchements pratiqués en 2024<sup>3</sup>. Ce ratio varie de 6,6 % dans les hôpitaux publics à 9,0 % dans les cliniques privées.

### Une stabilisation du nombre de naissances multiples ces dernières années

En 2024, 1,6 % des accouchements concernent des naissances multiples, une proportion relativement stable depuis 2015. Cette proportion

**Graphique 1** Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2024



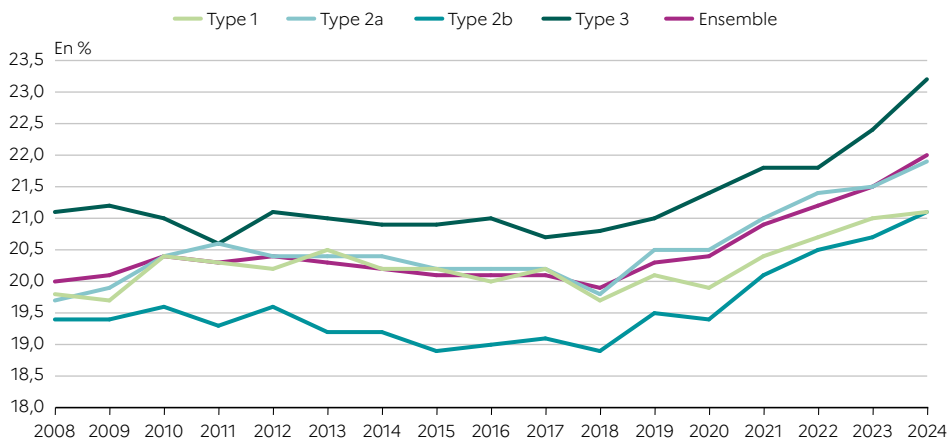
**Note** > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2024.

**Lecture** > En 2024, 35 % des maternités sont de type 1, elles réalisent 15 % des accouchements et 7 % des accouchements d'enfants de moins de 2 500 grammes.

**Champ** > Ensemble des naissances en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

**Sources** > Drees, SAE 2024 ; ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees.

**Graphique 2** Évolution des taux de césariennes par type de maternité depuis 2008



**Note** > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2024.

**Champ** > Ensemble des accouchements en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; incluant Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

**Sources** > Drees, SAE 2008-2024 ; ATIH, PMSI-MCO 2008-2024.

**3.** 6,8 % en se limitant aux seuls accouchements à terme (à 37 semaines d'aménorrhée ou plus), c'est-à-dire en rapportant les césariennes programmées à terme au nombre total d'accouchements à terme.

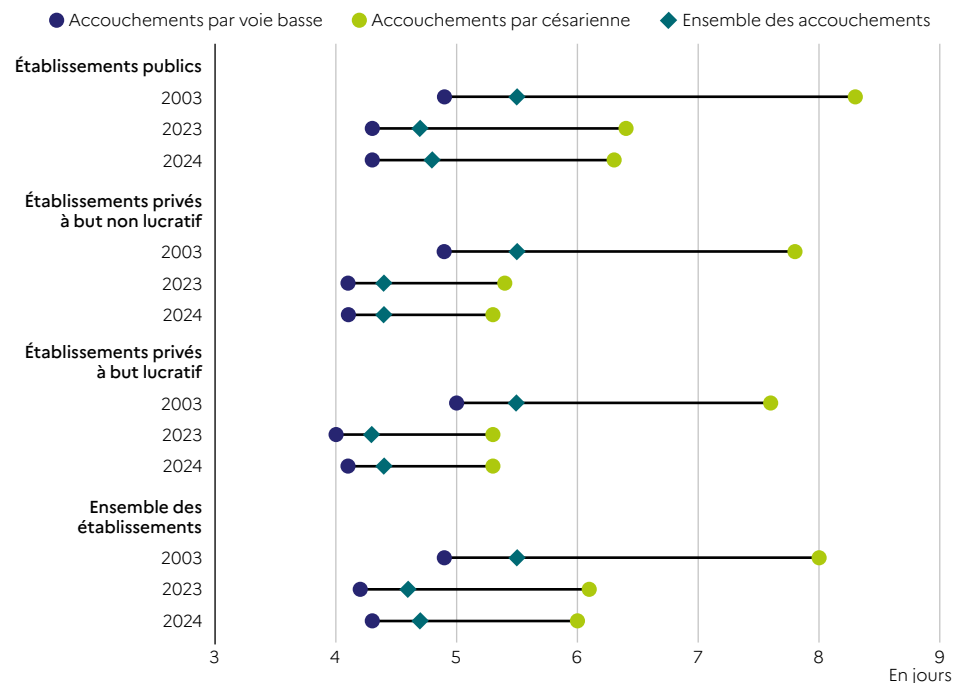
a progressé lentement mais régulièrement entre 1997, où elle s'élevait à 1,4 %, et 2015. L'augmentation observée entre 1997 et 2015 est liée au développement de l'assistance médicale à la procréation (AMP) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité. Depuis 2015 néanmoins, ces deux facteurs ne semblent plus affecter la proportion de naissances multiples : le développement de l'AMP s'est poursuivi et l'âge moyen des mères à l'accouchement a progressé régulièrement, d'un peu moins d'un mois par an, comme depuis le milieu des années 1990 (passant ainsi de 29,1 ans en 1997 à 30,8 ans en 2024). Cette stabilité s'explique en partie par l'évolution des pratiques concernant l'AMP : de nouveaux protocoles de prise en charge ont permis de limiter les grossesses multiples, sans altérer les taux d'obtention d'une grossesse.

### Des séjours plus courts

En 2024, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement (DMS) est de 4,7 jours. Elle est inférieure de près d'une journée à la DMS de 2003, mais reste stable par rapport à 2023 (graphique 3). Par rapport à 2003, cette baisse concerne tous les secteurs juridiques et les deux modes d'accouchements (voie basse et césarienne). Elle est plus forte pour les accouchements par césarienne (-2,0 jours tous secteurs confondus, contre -0,6 jour pour les accouchements par voie basse) et plus élevée dans le secteur privé (-1,1 jour, tous modes d'accouchements confondus, contre -0,7 jour dans les hôpitaux publics).

Le mode d'accouchement influe sur la DMS, quel que soit le secteur juridique. Ainsi, la DMS pour un accouchement par césarienne, tous

**Graphique 3** Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement en 2003, 2023 et 2024



**Champ** > Accouchements en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; incluant Mayotte en 2023 et 2024), y compris le SSA.

**Sources** > ATIH, PMSI-MCO 2003, 2023 et 2024, traitements Drees.

secteurs confondus, est de 6,0 jours en 2024, contre 4,3 jours pour un accouchement par voie basse. S'il y a peu de différences selon le statut juridique de l'établissement en cas d'accouchement par voie basse (entre 4,1 jours et 4,3 jours),

en revanche, les écarts sont importants en cas d'accouchement par césarienne, où la DMS dans le secteur public en 2024 est supérieure d'un jour à celles des secteurs privés à but lucratif ou non (respectivement 6,3 jours et 5,3 jours). ■

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

Maternités de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnataux de proximité. Sont retenus les établissements géographiques disposant d'une autorisation en obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2024, et ce, même si certains d'entre eux ne possèdent plus d'autorisation en obstétrique au 31 décembre 2024.

#### Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, pour chaque séjour réalisé.

#### Définitions

> **Types de maternités** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de type 1 s'il possède une unité d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'une unité de néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus une unité de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'une unité de réanimation néonatale sur le même site que les trois unités précédentes (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **Accouchements** : en cas de naissance multiple, un seul accouchement est comptabilisé.

#### Pour en savoir plus

> Les données sur les indicateurs de santé périnatale sont disponibles sur l'espace Open Data de la Drees.

> **Bergonzoni, A., Simon, M.** (2021, juillet). La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017. *Drees, Études et Résultats*, 1201.

> **Combiér, E., et al.** (2020, février). Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study. *PLoS One* 15(2).

> **Le Ray, C., Lelong, N. (dir.)** (2022, octobre). *Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016*. Rapport, Inserm.

## Sous embargo jusqu'au 20 mai 2026 à 6h.

En 2024, 251 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. 139 000 IVG ont été pratiquées en établissements de santé, dont près de deux sur trois par méthode médicamenteuse. Le taux de recours est de 17,3 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, il est très variable d'un département à l'autre. L'indice conjoncturel, qui représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie féconde, vaut 0,61. La part des IVG réalisées en établissements de santé continue de diminuer et représente 55 % de l'ensemble des IVG en 2024. La part des IVG réalisées après 13 semaines d'aménorrhée, rendues possibles à la suite de l'allongement du délai légal de recours à l'IVG de deux semaines en mars 2022, est estimée à moins de 2 % de l'ensemble des IVG.

En 2024, 251 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées en France, dont 139 000 IVG réalisées en établissements de santé (55 %). Le nombre total d'IVG croît en 2024 de 2,9 % (soit +7 000 IVG, après +4,0 % en 2023, soit +9 300 IVG), selon un rythme proche de la hausse observée immédiatement avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

### Le taux de recours poursuit sa croissance en 2024

En France, en 2024, le taux d'IVG est de 17,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (*graphique 1*). Il augmente pour la troisième année consécutive, atteignant un nouveau niveau inédit, supérieur de 2,3 points à son niveau de 2021. S'il continue d'augmenter dans toutes les régions de France métropolitaine, le taux de recours par département de réalisation<sup>1</sup> varie très fortement d'un département à l'autre, de 8 % en Haute-Loire à 41 % à Paris (respectivement 8 % et 40 % en 2023) [*carte 1*]. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), il varie de 21 % à Mayotte à 47 % en

Guyane (respectivement 22 % et 50 % en 2023). En France métropolitaine, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Occitanie se distinguent toujours par des taux de recours supérieurs à la moyenne des autres régions.

L'indice conjoncturel d'avortement (ICA) représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme qui aurait, à chaque âge et tout au long de sa vie féconde, une probabilité de réaliser une IVG égale au taux de recours observé sur l'ensemble des femmes de l'année<sup>2</sup>. Cet indice, qui permet de gommer les effets de la déformation dans le temps de la structure d'âge des femmes, augmente : il atteint 0,61 en 2024, après 0,53 en 2021 par exemple (*graphique 2*), avec une évolution similaire au taux de recours.

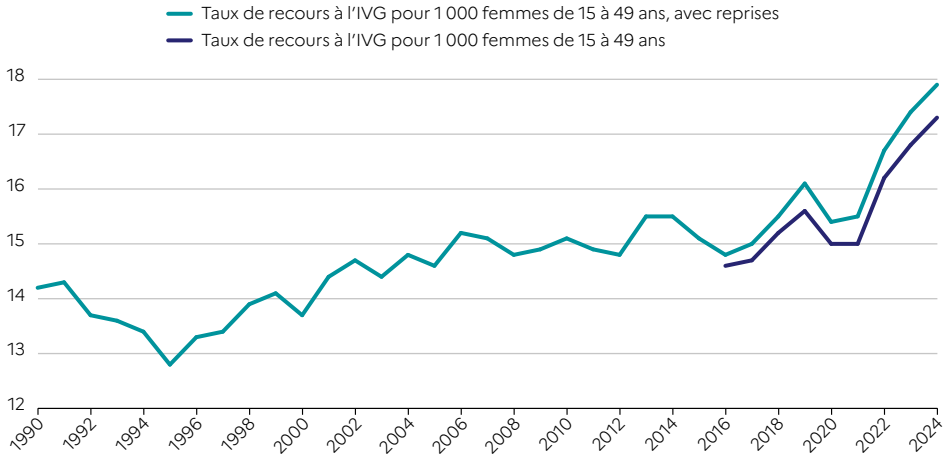
### La part des IVG réalisées dans les établissements de santé diminue

Depuis l'autorisation de la pratique de l'IVG médicamenteuse en médecine libérale en 2004, qui s'est ensuite étendue aux centres de santé et centres de santé sexuelle en 2009, et

1. Il s'agit du département de réalisation de l'IVG, et non du département de résidence de la patiente concernée. Cela fait une différence, par exemple, dans le cas de Paris, où le taux de recours des résidentes est de 17,5 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, donc quasiment identique à celui de la moyenne de la France. La différence avec le taux de recours par département de réalisation s'explique par la prise en charge de patientes résidant dans les autres départements d'Île-de-France, où les parts d'IVG réalisées dans le département de résidence sont parmi les plus faibles.

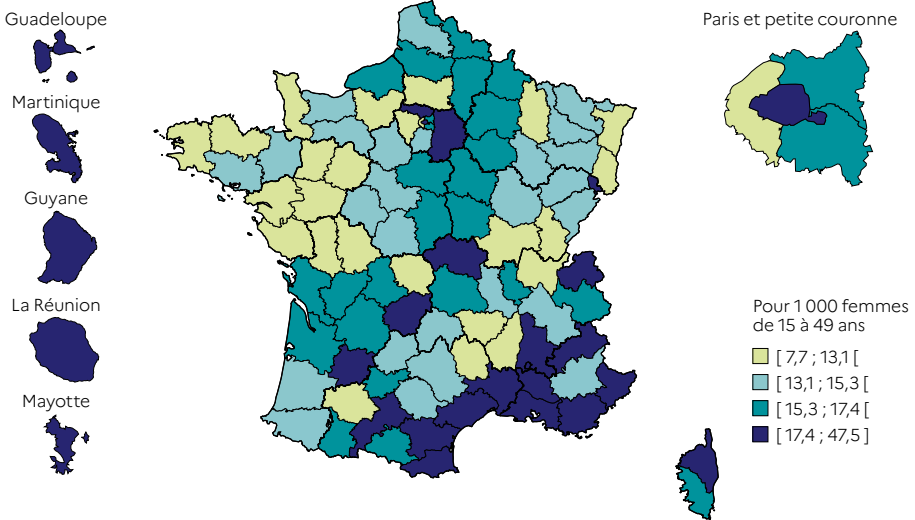
2. C'est la somme des taux d'IVG de chaque âge, en supposant que les âges sont répartis de façon uniforme, pour neutraliser l'effet de structure. À 0,61, il pourrait signifier qu'en moyenne 61 % des femmes auront recours à une IVG au cours de leur vie féconde, mais l'interprétation livre un ordre de grandeur surévalué, car le calcul ne tient pas compte des femmes qui auront recours à plusieurs IVG. Un article de recherche publié en 2014 (Mazuy, et al., 2014) estimait qu'une femme sur trois a recours à l'IVG au cours de sa vie, et que celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois, des ordres de grandeur qui correspondraient à un ICA de 0,5.

**Graphique 1** Évolution du taux de recours à l'IVG depuis 1990



**Lecture** > En 2024, le taux de recours à l'IVG sans les reprises est de 17,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.  
**Champ** > Ensemble des IVG réalisées en France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA (y compris pour les femmes d'âge inconnu). Chiffres mis à jour en juillet 2025.  
**Sources** > Drees, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010), traitements Drees.

**Carte 1** Taux de recours à l'IVG selon le département de réalisation en 2024



**Note** > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.  
**Lecture** > En 2024, 8,6 IVG ont été réalisées dans le département de l'Ain, pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans résidant dans le département.  
**Champ** > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, IVG réalisées en établissements de santé et dans le secteur libéral.  
**Sources** > SNDS, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

aux sages-femmes libérales en 2016 (*encadré 1*), le nombre d'IVG en milieu hospitalier diminue (*graphique 3*). En 2024, 139 000 IVG ont ainsi été réalisées en établissements de santé, contre 100 500 IVG en cabinets libéraux (y compris téléconsultations) et 11 800 en centres de santé ou en centres de santé sexuelle (ex-centres de planification et d'éducation familiale) [*tableau complémentaire A*]. Ainsi, la part des IVG réalisées dans les établissements de santé est de 55 % en 2024 (contre 65 % en 2021, 80 % en 2016 et 100 % en 2004).

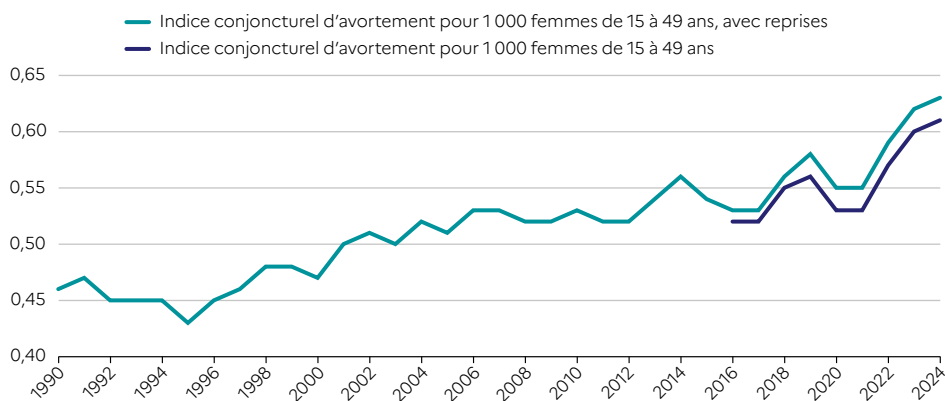
La part des IVG réalisées dans les établissements de santé demeure très inégale en fonction des départements. Plus de neuf IVG sur dix sont pratiquées en établissements de santé pour six départements (Creuse, Haute-Vienne, Sarthe, Cher, Orne et Aisne), alors qu'à l'inverse, moins d'une IVG sur deux est réalisée en établissements de santé pour vingt-cinq autres départements métropolitains, et moins d'une IVG sur trois pour sept d'entre eux (*carte 2*). Cette hétérogénéité des pratiques de recours peut être liée aux caractéristiques de la population ou à

un déficit d'offre de soins de ville pour les IVG dans certains départements. Dans les DROM, les taux d'IVG effectuées en établissements de santé sont plus faibles, avec des disparités moindres : ils varient de 20 % en Guyane et 28 % à La Réunion, à 51 % en Martinique et 62 % à Mayotte.

Les IVG pratiquées en centres de santé ou en centres de santé sexuelle représentent 4,7 % du total des IVG en 2024. Le recours à ces centres est davantage répandu en Île-de-France, dans les Hauts-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes, où ils réalisent en moyenne 6 % à 8 % des IVG, contre moins de 5 % dans les autres régions. En 2024, 252 centres de santé ou centres de santé sexuelle sont concernés, dont 113 en Île-de-France.

La méthode médicamenteuse, utilisée pour la totalité des IVG pratiquées en ville (sauf environ 150 IVG réalisées de façon instrumentale en centres de santé en 2024), concerne désormais 80 % de l'ensemble des IVG (contre 78 % en 2021 et 31 % en 2001), et 64 % des IVG réalisées en milieu hospitalier (contre 65 % en 2021).

## Graphique 2 Évolution de l'indice conjoncturel d'avortement depuis 1990



**Note >** L'indice conjoncturel d'avortement (ICA) représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme qui aurait, à chaque âge et tout au long de sa vie féconde, une probabilité de réaliser une IVG égale au taux de recours observé sur l'ensemble des femmes de l'année.

**Lecture >** En 2024, l'ICA est de 0,61 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans sans les reprises.

**Champ >** Ensemble des IVG réalisées en France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA (y compris pour les femmes d'âge inconnu). Chiffres mis à jour en juillet 2025.

**Sources >** Drees, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010), traitements Drees.

## Les IVG pratiquées après 13 semaines d'aménorrhée représentent une très faible part du total des IVG

Depuis l'allongement du délai légal de recours en mars 2022 pour les IVG réalisées en établissements de santé, l'IVG peut désormais y être pratiquée avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse,

soit jusqu'à 15 semaines d'aménorrhée (SA) + 6 jours. 77 % des IVG réalisées en établissements de santé le sont entre 5 SA et 9 SA (graphique 4). La proportion d'IVG effectuées après 13 SA est estimée entre 2,0 % et 3,3 % des IVG en établissements de santé, soit 1 % à 2 % de l'ensemble des IVG<sup>3</sup>. En Guadeloupe, en Martinique et à Mayotte,

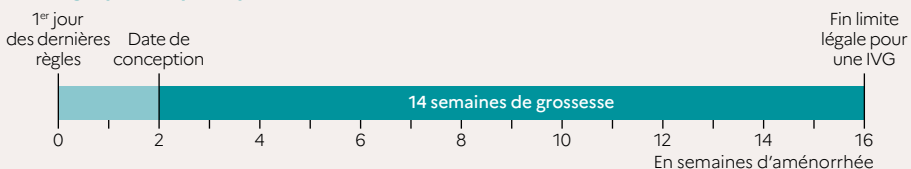
### Encadré 1 Cadre historique du droit à l'IVG en France

En France, une femme enceinte peut décider d'interrompre sa grossesse avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse. Si l'IVG est pratiquée hors établissement hospitalier, ce délai est de 7 semaines. Deux méthodes existent, l'une médicamenteuse et l'autre dite instrumentale, qui correspond à une intervention chirurgicale. Ces droits et pratiques ont évolué depuis 50 ans.

La pratique de l'IVG est autorisée depuis 1975. La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (loi Aubry-Guigou) du 4 juillet 2001 a porté le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissements de santé depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de santé sexuelle. Tous les actes nécessaires pour réaliser une IVG sont remboursés à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. L'arrêté du 14 avril 2020, complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, puis l'arrêté du 7 novembre 2020 (modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020) ont prolongé de deux semaines le délai légal pour les IVG en ville et permis de réaliser l'IVG médicamenteuse (avec délivrance du médicament par un pharmacien) en téléconsultation de façon dérogatoire.

Le décret du 19 février 2022 pérennise la possibilité de réaliser ces IVG en téléconsultation. La loi du 2 mars 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement, prolonge de deux semaines le délai de recours à l'IVG. Elle peut être pratiquée avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse (soit jusqu'à 15 semaines d'aménorrhée + 6 jours) et pérennise l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville à 7 semaines de grossesse (soit 9 semaines d'aménorrhée). Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des IVG instrumentales dans les établissements de santé. Le délai de réflexion de deux jours n'est plus obligatoire entre l'entretien psychosocial et le recueil du consentement, et un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG doit être disponible dans les agences régionales de santé (ARS). Enfin, depuis le 8 mars 2024, la liberté des femmes de recourir à l'IVG est inscrite dans la Constitution française.

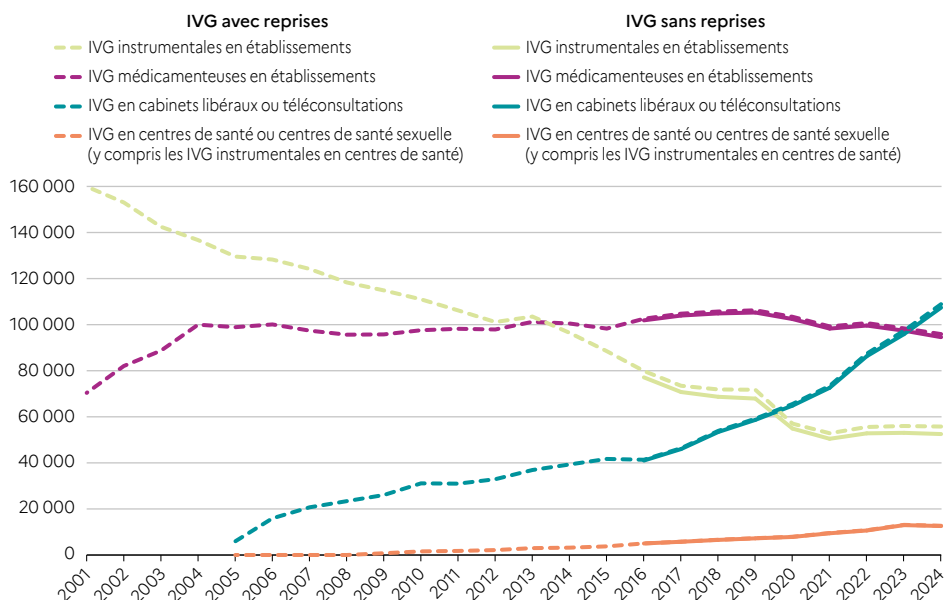
### Délai légal pour la pratique des IVG



**Lecture >** En France, une IVG est autorisée avant la fin de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse, soit 16 semaines d'aménorrhée.

3. Cette incertitude est liée au fait que pour certaines IVG réalisées à l'hôpital, les dates sont mal renseignées.

**Graphique 3** Évolution du nombre d'IVG selon le lieu de réalisation depuis 2001

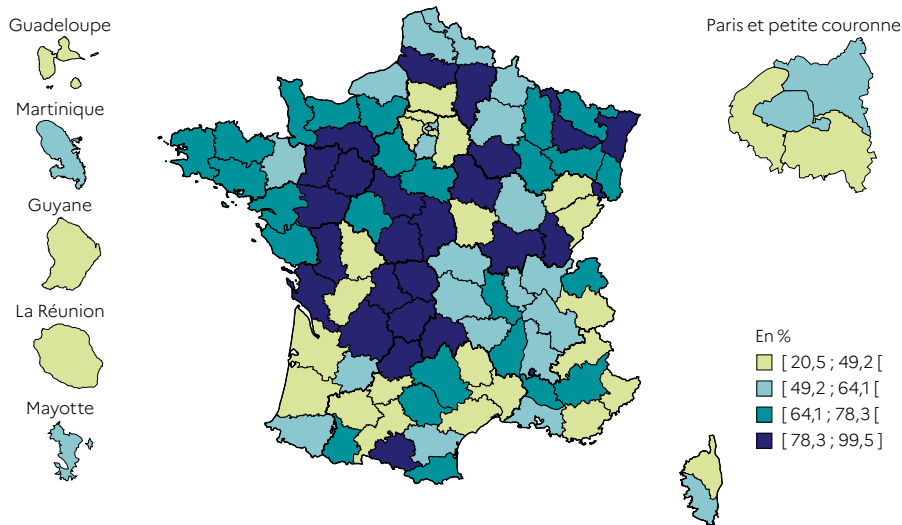


**Lecture** > En 2024, en excluant les reprises à la suite d'un échec de l'IVG initiale, 112 310 IVG ont été réalisées hors établissement de santé.

**Champ** > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

**Sources** > Drees, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM (DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés), traitements Drees.

**Carte 2** Part des IVG réalisées en établissements de santé selon le département de réalisation en 2024



**Note** > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

**Lecture** > En 2024, 54 % des IVG réalisées dans le département de l'Ain ont été réalisées dans un établissement de santé.

**Champ** > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, IVG réalisées en établissements de santé et dans le secteur libéral.

**Sources** > SNDS, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

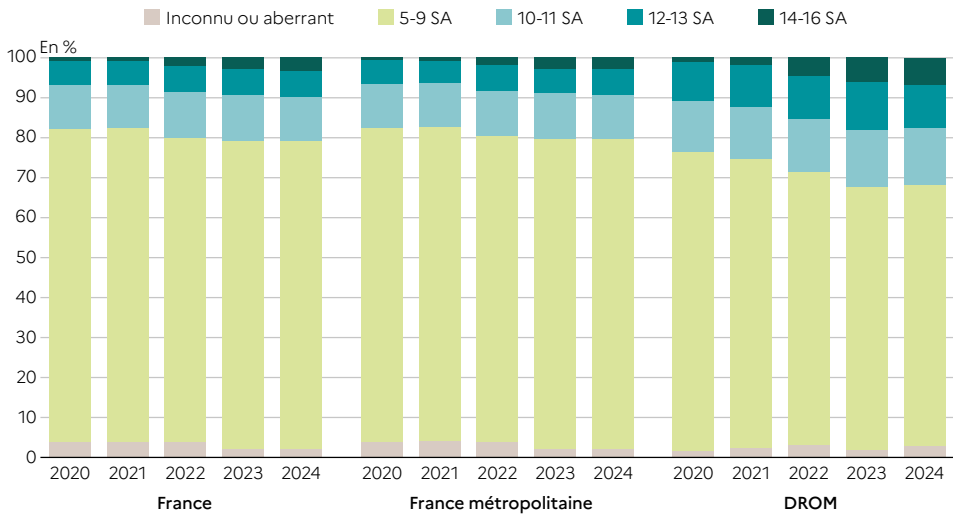
la part des IVG pratiquées après 13 SA est plus élevée qu'en France métropolitaine : elle est estimée entre 5 % et 7 % des IVG hospitalières en 2024.

**En établissements de santé, la part des IVG pratiquées dans le secteur privé à but lucratif ne cesse de diminuer**

Parmi les IVG réalisées en établissements de santé en 2024, 93,0 % ont lieu dans le secteur

public (90,7 % en 2021), 3,3 % dans le secteur privé à but non lucratif (3,3 % en 2021) et 3,7 % dans les établissements privés à but lucratif (6,0 % en 2021). Ces derniers réalisaient 32,8 % des IVG en 2001 et 18,3 % en 2010 : la diminution peut s'expliquer, en partie, par la réduction du nombre de maternités privées à but lucratif et par le développement de l'IVG médicamenteuse en cabinets libéraux. ■

**Graphique 4 Répartition des IVG hospitalières selon leur terme depuis 2020**



SA : semaines d'aménorrhée ; DROM : départements et régions d'outre-mer.

**Notes** > Données calculées sans les reprises (lorsqu'une IVG a donné lieu à une nouvelle intervention dans les semaines suivant la première intervention). Âge gestationnel utilisé quand la date des dernières règles est aberrante.

**Lecture** > En 2024, 77,5 % des IVG de France métropolitaine en établissements de santé sont réalisées avec un âge gestationnel de 5 à 9 semaines d'aménorrhée (103 002 IVG).

**Champ** > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

**Sources** > Drees, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; traitements Drees

**Encadré Sources et méthodes**

**Champ**

France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

**Sources**

Depuis 2014, les données sur les IVG en établissements de santé sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui précise notamment l'âge de la femme et son code commune de domicile (avec des regroupements pour les petites communes). La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), via le système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram), recueille le nombre de forfaits remboursés concernant les IVG réalisées en cabinets libéraux, centres de santé et centres de santé sexuelle, pour tous les régimes depuis 2010. ●●●



### Méthodologie

À partir de 2016, si deux interventions ont été réalisées pour une même femme dans un délai inférieur à neuf semaines, seule la première intervention est comptabilisée comme une IVG. La deuxième intervention peut être une reprise d'IVG à la suite d'un échec de la première intervention, et codée par erreur comme une nouvelle IVG, ou bien une hospitalisation à la suite de complications issues de la première intervention. Ces réinterventions (8 600 en 2024) ne doivent pas être prises en compte dans les statistiques. Cette opération de « dédoublonnage » peut être réalisée dès lors que toutes les informations sont disponibles en temps voulu sur le même portail de données (pour la ville et l'hôpital). Elle ne peut pas être réalisée pour les femmes concernées par une procédure d'anonymisation complète.

### Pour en savoir plus

- > **ARS Guyane** (2022, août). Stratégie régionale santé sexuelle Guyane 2022-2024.
- > **Battistel, M.-N., Muschotti, C.** (2020, septembre). *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse*. Rapport, Assemblée nationale, 3343.
- > **Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E.** (2014, décembre). Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Ined, *Population*, 69(3), p. 365-398.
- > **Vilain, A., Fresson, J.** (2025, septembre). En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses. Drees, *Études et Résultats*, 1350.

**Sous embargo jusqu'au 20 mai 2026 à 6h.**

En 2024, la consommation de soins hospitaliers atteint 120,7 milliards d'euros, soit 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. Les soins hospitaliers augmentent en valeur à un rythme moins soutenu qu'en 2023, du fait d'un net ralentissement des prix, et les volumes de soins accélèrent légèrement. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public ralentit en raison du repli des dépenses énergétiques. Elle décélère aussi dans le secteur privé, en raison du ralentissement des rémunérations des cliniques privées et des honoraires de leurs praticiens libéraux. La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (92,8 % du total en 2024). Elle prend davantage en charge les dépenses de l'hôpital public que celles des cliniques privées. En 2024, le reste à charge des ménages est stable dans le secteur public, à 1,0 %. Il augmente en revanche dans le secteur privé à but lucratif, à 6,7 %, après 5,9 % en 2023.

## Le volume de soins hospitaliers accélère légèrement en 2024

La consommation de soins du secteur hospitalier recouvre l'ensemble des séjours et consultations à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en hospitalisation à domicile (HAD), en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et en psychiatrie (voir encadré Sources et méthodes). En valeur, c'est-à-dire en euros courants, elle s'élève en 2024 à 120,7 milliards d'euros, représentant 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,9 % de la consommation effective des ménages.

La consommation des soins hospitaliers ralentit par rapport aux années précédentes, tout en demeurant dynamique : +3,1 % en 2024, après +6,0 % en 2023 et +4,5 % en 2022 (graphique 1). Ce ralentissement s'explique par une nette décélération des prix (+0,8 %, après +3,8 % en 2023) ; en 2024, les prix des soins hospitaliers augmentent moins vite que l'inflation totale (+2,0 %)¹. La consommation de soins hospitaliers reste néanmoins plus dynamique qu'avant la crise sanitaire

liée à l'épidémie de Covid-19 : entre 2014 et 2019, les dépenses hospitalières en euros courants augmentaient en moyenne de 1,8 % par an. Contrairement aux prix, le volume économique de soins consommés accélère légèrement (+2,3 % en 2024, après +2,1 % en 2023).

## La consommation de soins ralentit fortement dans le secteur public, en raison d'une baisse marquée des prix

En 2024, la consommation de soins dans le secteur hospitalier privé à but lucratif² (voir encadré Sources et méthodes) atteint 27,1 milliards d'euros (tableau 1). L'activité de ce secteur ralentit (+4,1 %, après +5,2 % en 2023), mais son rythme reste supérieur à celui d'avant la crise sanitaire (+2,0 % par an entre 2014 et 2019 en moyenne). Ce ralentissement s'explique à la fois par un léger ralentissement des volumes d'activité (+3,2 %, après +3,8 % en 2023) et des prix (+0,9 %, après +1,3 % en 2023).

La consommation de soins dans le secteur hospitalier public³ (voir encadré Sources et méthodes)

1. Insee, indice des prix à la consommation.

2. Dans cette fiche, le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les hôpitaux publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif, tandis que le secteur privé à but lucratif regroupe les cliniques privées et le reste des établissements privés à but non lucratif.

3. La façon de comptabiliser les dépenses n'est pas la même pour le secteur public et le secteur privé à but lucratif (voir encadré Sources et méthodes). Dans le secteur public, secteur non marchand, elle est évaluée au coût des différents facteurs de production ; dans le secteur privé à but lucratif, secteur marchand, elle est évaluée à l'aune du prix facturé par les cliniques privées en contrepartie des soins délivrés.

ralentit nettement (+2,9 %, après +6,3 % en 2023) pour atteindre 93,7 milliards d'euros. Le taux de croissance du secteur public est le plus faible depuis 2020, mais il reste supérieur à celui d'avant crise (+1,8 % par an entre 2014 et 2019 en moyenne). Le ralentissement de la consommation de soins hospitaliers publics s'explique principalement par le fléchissement des prix (+0,8 %, après +4,6 % en 2023). À l'inverse, le volume des soins hospitaliers publics accélère (+2,1 %, après +1,6 % en 2023 et -1,2 % en 2022). La part de la consommation de soins hospitaliers publics dans la CSBM diminue de 0,3 point, de 37,1 % à 36,8 %. Elle reste stable dans la consommation effective des ménages depuis 2022 (4,6 %).

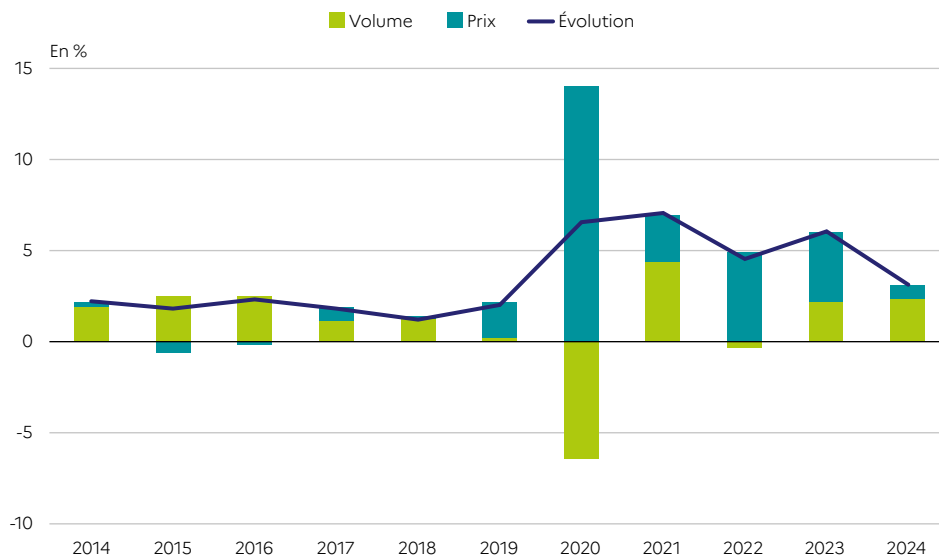
### Les dépenses de consommation de soins hospitaliers publics ralentissent avec le repli des dépenses énergétiques

Le ralentissement de la consommation de soins hospitaliers publics s'observe pour ses principaux coûts de production (tableau 2), mais s'explique

pour moitié par le repli des dépenses d'énergie, chauffage et eau : ces dernières reculent de près de 30 % en 2024, après de fortes hausses observées en 2023 (+77 %) et 2022 (+13 %). Les achats de biens médicaux augmentent au contraire fortement (+7,2 %, après +5,7 %), en lien avec la forte croissance des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l'hôpital (voir fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux »).

Les rémunérations du personnel hospitalier non médical représentent 48 % de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public, et constituent le coût de production le plus important. Elles augmentent de 3,7 % en 2024, mais ralentissent par rapport à 2023 (+4,6 %) et 2022 (+5,0 %), années de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique (+3,5 % en juillet 2022 et +1,5 % en juillet 2023) et de la mise en place de plusieurs mesures catégorielles (hausse des indemnités de garde et de sujétion). Les rémunérations du personnel

### Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers en valeur, volume et prix depuis 2014



**Lecture >** En 2024, la consommation de soins hospitaliers augmente de 3,1 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du volume de soins de 2,3 % et une hausse des prix de 0,8 %.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

**Tableau 1** Consommation de soins hospitaliers par secteur en valeur, volume et prix depuis 2014

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Secteur public (en milliards d'euros)</b>	<b>65,5</b>	<b>66,6</b>	<b>68,0</b>	<b>69,3</b>	<b>70,0</b>	<b>71,6</b>	<b>76,9</b>	<b>81,7</b>	<b>85,7</b>	<b>91,1</b>	<b>93,7</b>
Évolution (en %)	2,4	1,7	2,1	1,9	1,0	2,2	7,5	6,1	4,9	6,3	2,9
Volume (en %)	2,0	2,1	1,9	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,7	-1,2	1,6	2,1
Prix (en %)	0,5	-0,4	0,2	1,4	0,5	2,2	16,4	3,3	6,3	4,6	0,8
Part de la consommation de soins dans la CSBM (en %)	34,9	34,9	34,9	35,0	34,9	34,9	36,8	36,3	36,6	37,1	36,8
Part de la consommation de soins dans la consommation finale effective des ménages (en %)	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,7	4,7	4,6	4,6	4,6
<b>Secteur privé à but lucratif (en milliards d'euros)</b>	<b>19,2</b>	<b>19,7</b>	<b>20,2</b>	<b>20,5</b>	<b>20,9</b>	<b>21,2</b>	<b>21,9</b>	<b>24,1</b>	<b>24,8</b>	<b>26,0</b>	<b>27,1</b>
Évolution (en %)	1,3	2,2	2,9	1,3	2,0	1,5	3,2	10,0	2,9	5,2	4,1
Volume (en %)	1,5	3,5	4,4	2,9	3,2	0,8	-2,7	9,4	2,4	3,8	3,2
Prix (en %)	-0,2	-1,2	-1,4	-1,6	-1,2	0,7	6,0	0,5	0,5	1,3	0,9
Part de la consommation de soins dans la CSBM (en %)	10,2	10,3	10,4	10,3	10,4	10,3	10,5	10,7	10,6	10,6	10,6
Part de la consommation de soins dans la consommation finale effective des ménages (en %)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

**Note >** Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

**Tableau 2** Évolution des soins hospitaliers publics par poste de dépense depuis 2022

	2022	2023	2024	Part en 2024
Rémunérations du personnel médical	6,4	5,5	3,0	14,7
Rémunérations du personnel non médical	5,0	4,6	3,7	47,5
Services de santé	11,6	16,9	3,0	2,9
Achats de biens médicaux	0,0	5,7	7,2	13,1
Énergie, chauffage, eau	13,2	77,3	-29,0	1,7
Autres achats de biens et de services	4,4	6,0	-0,6	8,1
Consommation de capital fixe	6,8	2,9	-1,5	5,4
Impôts nets de subventions et autres charges	6,0	4,7	8,0	6,6
<b>Secteur public</b>	<b>4,9</b>	<b>6,3</b>	<b>2,9</b>	<b>100,0</b>

En %

**Note >** Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Les services de santé comptabilisent des dépenses de sous-traitance à caractère médical, de services extérieurs (personnels médicaux et paramédicaux), de médecins consultants exceptionnels et de transports d'usagers.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

médical, dont la part dans les coûts de production est plus limitée (15 %), ralentissent également (+3,0 % en 2024, après +5,5 % en 2023 et +6,4 % en 2022).

### Les rémunérations des cliniques privées et les honoraires de leurs praticiens libéraux, tous deux dynamiques, ralentissent

Dans le secteur privé à but lucratif, les rémunérations des cliniques privées (recettes générées par leurs activités de soins, hors honoraires) atteignent 20,5 milliards d'euros en 2024, soit 75,6 % du total (tableau 3). Le reste de la consommation des soins en cliniques privées correspond aux honoraires des praticiens libéraux y exerçant, évalués à 6,6 milliards d'euros.

Les honoraires des praticiens libéraux sont dynamiques mais ralentissent (+4,5 %, après +7,5 % en 2023). C'est aussi le cas des rémunérations des cliniques privées, qui augmentent de 3,9 %, après 4,4 % en 2023. Cette hausse provient d'abord de l'activité de MCO (+3,2 %) et du rebond des forfaits (+16,4 %, après -17,6 % en 2023)<sup>4</sup>. L'HAD est très dynamique (+11,2 %), mais son poids reste limité (1,8 % de la rémunération des cliniques privées). Les dépenses de psychiatrie décélèrent légèrement par rapport à 2023, mais sont aussi dynamiques (+3,7 %, après +4,1 % en 2023). L'activité de SMR et les dialyses progressent légèrement (autour de +1 % chacune). Les dépenses de médicaments en sus ou en accès dérogatoire augmentent de 13,6 %,

**Tableau 3** Décomposition de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé à but lucratif depuis 2021

	Niveaux (en millions d'euros)				Structure (en %)	Évolutions (en %)	
	2021	2022	2023	2024	2024	2023	2024
<b>Honoraires des praticiens</b>	<b>5 701,5</b>	<b>5 892,1</b>	<b>6 336,7</b>	<b>6 621,6</b>	<b>24,4</b>	<b>7,5</b>	<b>4,5</b>
<b>Rémunérations des cliniques</b>	<b>18 357,2</b>	<b>18 861,8</b>	<b>19 696,5</b>	<b>20 474,4</b>	<b>75,6</b>	<b>4,4</b>	<b>3,9</b>
MCO	9 328,1	9 427,8	10 528,1	10 864,6	40,1	11,7	3,2
SMR	2 804,3	2 715,4	2 800,8	2 828,9	10,4	3,1	1,0
PSY	906,4	994,3	1 034,6	1 073,3	4,0	4,1	3,7
Médicaments en sus <sup>1</sup>	646,8	719,2	781,1	887,1	3,3	8,6	13,6
Dispositifs médicaux en sus <sup>1</sup>	784,0	819,4	834,3	809,7	3,0	1,8	-2,9
Forfaits et assimilés <sup>2</sup>	1 612,9	1 783,2	1 469,9	1 710,2	6,3	-17,6	16,4
Dialyse	1 271,8	1 302,9	1 369,3	1 384,9	5,1	5,1	1,1
HAD	282,1	314,9	339,4	377,3	1,4	7,8	11,2
Cures thermales	218,7	299,7	346,0	372,4	1,4	15,5	7,6
Compensation de la perte d'activité <sup>3</sup>	502,0	485,0	193,0	166,0	0,6	-60,2	-14,0
<b>Secteur privé</b>	<b>24 058,7</b>	<b>24 753,9</b>	<b>26 033,3</b>	<b>27 096,0</b>	<b>100,0</b>	<b>5,2</b>	<b>4,1</b>

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; PSY : psychiatrie ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Y compris remises.

2. Forfait activités isolées, forfait annuel prélèvements d'organes, forfait urgences, forfait journalier, forfait complémentaire santé solidaire (C2S), forfait IVG et forfait établissements situés à l'étranger.

3. Garantie de financement (GF), sécurisation modulée à l'activité (SMA).

**Note >** Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

4. Les versements au titre du coefficient prudentiel (-45 % en 2023 parmi les forfaits) et des missions d'intérêt général (Mig) et missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) [-29 % en 2023 parmi les forfaits] ont le plus contribué à la baisse des forfaits et assimilés en 2023.

tandis que les dépenses de dispositifs médicaux en sus diminuent de 2,9 %<sup>5</sup>. Les dépenses de compensation de la perte d'activité<sup>6</sup> des cliniques diminuent de nouveau (-14,0 % en 2024, après -60,2 % en 2023, année de l'arrêt de la garantie de financement), suivant des baisses progressives entre 2020 et 2022.

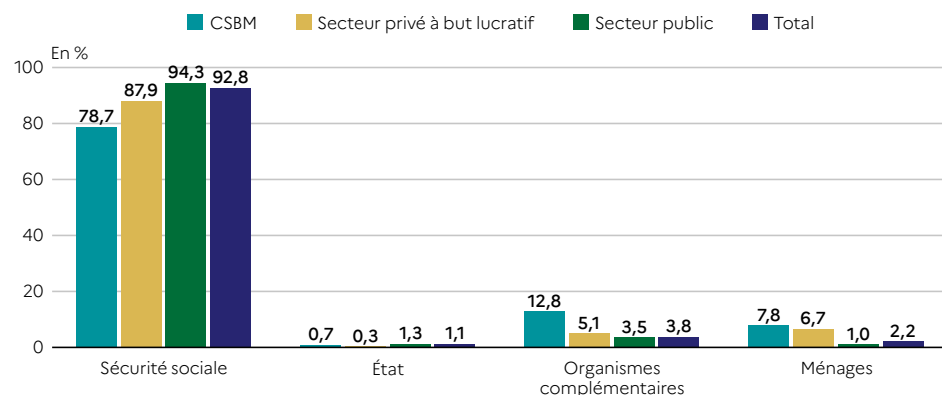
### La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers

En 2024, sur les 120,7 milliards d'euros de consommation hospitalière, 112,1 milliards d'euros sont financés par la Sécurité sociale, soit 92,8 % (graphique 2), faisant de la Sécurité sociale le principal financeur des soins hospitaliers. Avec le financement de l'État (aide médicale de l'État [AME], hôpitaux militaires, dépenses au titre des invalides de guerre, dispositifs Covid-19), le financement des soins

hospitaliers par les administrations publiques s'établit à 113,4 milliards d'euros (93,9 %). Le financement des organismes complémentaires (OC) – mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance – s'élève à 4,6 milliards d'euros en 2024, soit 3,8 % des dépenses de soins hospitaliers totales, et le reste à charge des ménages – les paiements directs des ménages – à 2,7 milliards d'euros (2,2 %).

En 2024, la Sécurité sociale finance 94,3 % des soins des hôpitaux publics, et 87,9 % des soins des cliniques privées. La part de ces dépenses prise en charge par les OC est, en revanche, sensiblement plus faible dans les hôpitaux publics (3,5 %) que dans les cliniques privées (5,1 %). Le reste à charge des ménages s'établit par conséquent à 1,0 % dans le secteur hospitalier public, contre 6,7 % dans le secteur hospitalier privé à but lucratif.

**Graphique 2** Financement de la consommation de soins hospitaliers par secteur en 2024



CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

**Note** > Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

**Champ** > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source** > Drees, comptes de la santé.

5. Voir fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux », sur un périmètre toutefois légèrement différent, car les estimations n'y intègrent notamment pas les remises sur les dispositifs onéreux d'une part, et les dépenses en SMR et HAD pour les médicaments sous autorisation d'accès précoce (AAP) et autorisation d'accès compassionnel (AAC) d'autre part. Par ailleurs, les données de médicaments des comptes de la santé reposent jusqu'à présent sur des données comptables de l'assurance maladie, et pas directement sur les prix d'achat du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), comme c'est le cas dans la fiche 23.

6. Les dépenses de compensation de perte d'activité correspondent à la garantie de financement (dispositif compensant les pertes d'activité des cliniques dues à la pandémie de Covid-19) de 2020 à 2022, puis à la sécurisation modulée à l'activité (incitation à l'activité des cliniques), qui a remplacé la garantie de financement à partir de 2023.

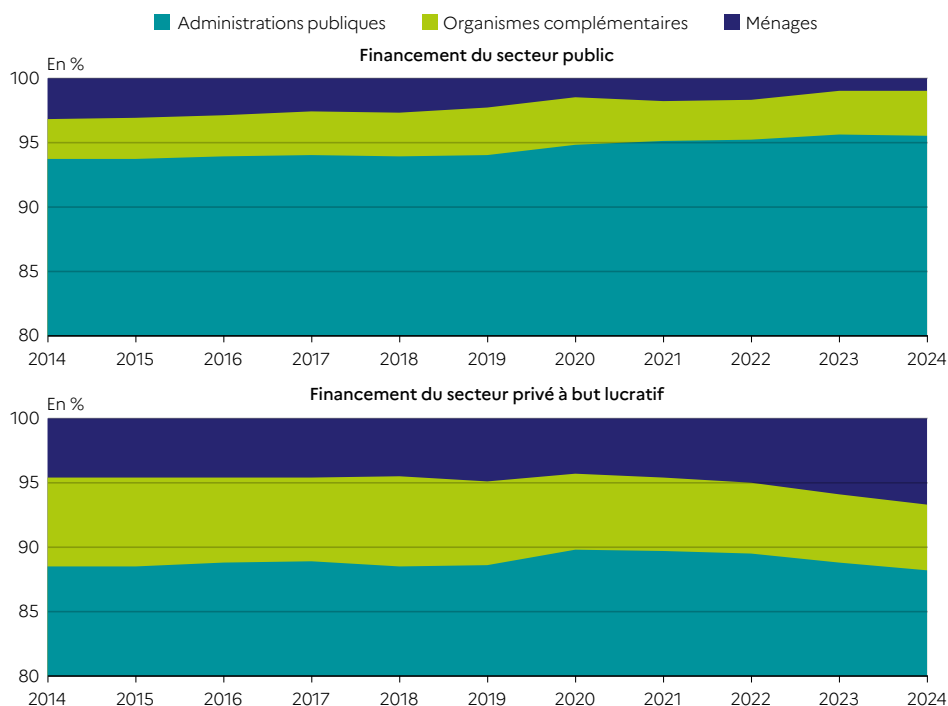
### Le reste à charge des ménages diminue dans le secteur public et augmente dans le secteur privé à but lucratif

Entre 2010 et 2019, la part de financement par les administrations publiques dans les deux secteurs a été relativement stable : elle était en moyenne de 93,8 % dans le secteur public et de 88,8 % dans le secteur privé à but lucratif (graphique 3). Elle a augmenté avec la crise sanitaire pour s'établir à 94,8 % des soins hospitaliers publics et 89,8 % des soins des cliniques privées en 2020. Les années suivantes, la part de financement par les administrations publiques des soins hospitaliers publics a crû

régulièrement jusqu'en 2023 (95,6 %), et elle est quasiment stable en 2024 (95,5 %). Dans le secteur privé à but lucratif, elle baisse depuis 2021 et s'établit à 88,2 % en 2024.

Le reste à charge des ménages dans le secteur public est de 0,9 milliard d'euros en 2024, soit 1,0 % de la consommation de soins hospitaliers publics. Il est stable par rapport à 2023 (1,0 %). Il a nettement diminué durant la dernière décennie : en 2014, il s'établissait à 3,2 %. Cette diminution peut notamment s'expliquer par la hausse de la prévalence des affections de longue durée (ALD)<sup>7</sup> au cours des dernières années. En effet, le nombre d'assurés du régime général reconnu

**Graphique 3** Évolution du financement de la consommation de soins hospitaliers par secteur depuis 2014



**Note >** Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

**Champ >** France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

**Source >** Drees, comptes de la santé.

<sup>7</sup> Une affection de longue durée (ALD) exonérante est une maladie qui nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Les patients reconnus en ALD bénéficient d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale des soins liés à cette affection.

en ALD a augmenté de 37 % entre 2010 et 2022 (environ +2,7 % par an), en lien notamment avec le vieillissement de la population (Albertone *et al.*, 2024). Les personnes atteintes d'ALD, nécessitant des soins en moyenne plus coûteux, seraient souvent prises en charge dans les établissements publics qui se spécialiseraient davantage dans les interventions lourdes. Les dépenses de santé des bénéficiaires du dispositif d'ALD étant prises en charge à 100 % par la

Sécurité sociale pour les soins liés à leur affection, l'augmentation du nombre de bénéficiaires dans le secteur public contribue à la baisse du reste à charge des ménages dans ce secteur.

Le reste à charge des ménages dans le secteur privé à but lucratif augmente et atteint 6,7 % en 2024 (après 5,9 % en 2023 et 5,0 % en 2022). Cette hausse pourrait s'expliquer par l'augmentation des dépassements d'honoraires dans les cliniques privées. ■

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les dépenses de soins de longue durée (SLD) ne sont pas incluses.

#### Sources

Les résultats globaux présentés dans cette fiche sont issus des comptes de la santé, qui mesurent annuellement la consommation de soins et de biens médicaux en France, par financeur, et en décomposent la dynamique en valeur, volume et prix.

#### Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les secteurs public et privé à but lucratif ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement.

> **Secteur public** : il regroupe les hôpitaux publics *stricto sensu*, les hôpitaux militaires et la majorité des établissements privés à but non lucratif (ceux auxquels s'applique la grille de tarification des hôpitaux publics). Dans les comptes de la santé, le secteur public est considéré comme un secteur non marchand. La consommation de soins hospitaliers y est donc évaluée en fonction des coûts des différents facteurs de production : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nette des subventions et consommation de capital fixe.

> **Secteur privé à but lucratif** : il comprend les établissements privés à but lucratif (cliniques privées) ainsi que le reste des établissements privés à but non lucratif (ceux auxquels s'applique la grille de tarification des cliniques privées). Dans les comptes de la santé, le secteur privé est considéré comme un secteur marchand : la consommation de soins y est donc calculée à partir des recettes des cliniques.

> **Consommation de soins hospitaliers** : elle regroupe l'ensemble des services fournis par les établissements de santé publics ou privés à but lucratif dans le cadre du traitement de l'état de santé des patients. Elle inclut les soins des séjours et consultations, ainsi que la composante d'hébergement liée à l'hospitalisation. En revanche, elle exclut les suppléments liés aux séjours tels que la chambre particulière, la télévision ou internet, qui ne sont pas considérés comme relevant du champ de la santé. Ces soins couvrent l'ensemble des activités réalisées à l'hôpital, à l'exception des SLD, qui ne relèvent pas du périmètre de cette fiche. Ils couvrent ainsi la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ; les soins médicaux et de réadaptation (SMR), qui concernent notamment la prise en charge après des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc. ; la psychiatrie (PSY), qui accueille des patients souffrant de troubles psychiques, ainsi que l'hospitalisation à domicile (HAD) et les urgences.

> **Consommation intermédiaire** : valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. La consommation intermédiaire n'inclut pas l'usure des actifs fixes mobilisés pour la production (la production des soins hospitaliers dans le cas présent). Celle-ci est enregistrée dans la consommation de capital fixe. ●●●



> **Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** : il s'agit du principal agrégat des comptes de la santé. Elle mesure le montant de dépenses nationales en biens et services considérés comme « de santé », au sens où ils traitent directement une perturbation de l'état de santé des personnes. En d'autres termes, elle représente la valeur totale des biens et services consommés concourant directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut, en revanche, les dépenses relatives à la gestion et au fonctionnement du système de santé (dépenses de gouvernance), à la prévention, ainsi qu'aux SLD, comptabilisés par ailleurs dans l'agrégat plus large de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

> **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait ou non l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

#### Pour en savoir plus

- > **Albertone, M., et al.** (2024, septembre). *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable*. Rapport, Igas-IGF.
- > **Bonal, M., Legal, R., Vincent, R. (dir.)** (2025, octobre). *Les dépassements d'honoraires – Pratiques des médecins, part dans leurs revenus, et impacts pour les patients*. Paris, France : Irdes, coll. Les rapports de l'Irdes, 596.
- > **Delecourt, C., Didier, M., (dir.)** (2025, septembre). *Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé - Édition 2025*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.)** (2024, juillet). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.

**Sous embargo jusqu'au 20 mai 2026 à 6h.**

En 2024, la dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit, en raison de la détérioration de leur résultat d'exploitation. Leur déficit s'élève à 2,9 milliards d'euros, après 2,4 milliards en 2023, soit 2,7 % de leurs recettes, une proportion encore jamais observée depuis 2005. Les dépenses progressent pour l'ensemble des grands titres de charges (+3,9 %), à l'exception de celles à caractère hôtelier et général. Les recettes augmentent plus modérément que les dépenses (+3,4 %), ce qui se traduit par un creusement du déficit en 2024. Après avoir culminé à 5,4 % des recettes en 2023, l'effort d'investissement se replie en 2024. Dans le même temps, les dotations aux amortissements continuent à se replier et la capacité d'autofinancement chute à nouveau, à 1,0 %. Le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, s'améliorait depuis 2020, en raison des mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. Il diminue en 2024 et revient à son niveau de 2022.

## La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024

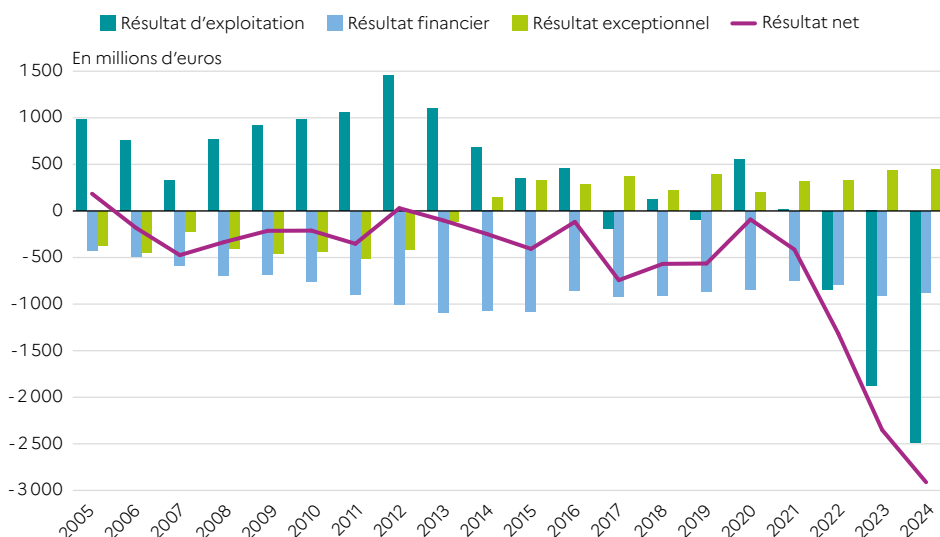
En 2024, le déficit global (résultat net négatif) des hôpitaux publics atteint 2,9 milliards d'euros<sup>1</sup>, après 2,4 milliards en 2023, ce qui prolonge l'évolution observée ces dernières années (*graphique 1*). Rapporté aux recettes, le résultat net est de -2,7 % en 2024 contre -2,3 % en 2023 (*tableau 1*) ; c'est le déficit le plus important depuis 2005, point de départ des observations. Cette nouvelle dégradation reflète l'évolution du résultat d'exploitation.

Le résultat net correspond, en effet, 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 (voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »). En 2024, leurs évolutions respectives, qui restent contrastées, confirment et exacerbent les tendances observées en 2022 et 2023. L'évolution de la situation financière des hôpitaux publics est largement attribuable à la

dégradation du résultat d'exploitation : le déficit d'exploitation, qui s'établissait à -1,9 milliard d'euros en 2023, atteint -2,5 milliards d'euros en 2024 (*graphique 1*). Cette nouvelle détérioration, quoique moindre qu'en 2022 et 2023, peut notamment s'expliquer par le non-dégel du coefficient prudentiel de 0,7 % des tarifs décidé en fin d'année et par la réduction des dispositifs de soutien mis en place pendant la crise sanitaire. Elle s'inscrit dans un contexte de hausse passée de l'inflation, mais également d'accélération du glissement-vieillesse-technicité (GVT)<sup>2</sup>, à la suite des revalorisations salariales décidées lors du Ségur de la santé en 2020 (du fait, par exemple, du raccourcissement de durées d'échelons ou de l'accroissement d'écart d'indices entre échelons). En effet, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) estime que certaines mesures n'ont pas été entièrement compensées (à hauteur de 0,6 milliard, dont 0,1 milliard correspondant à la non-revalorisation du forfait de rémunération des internes), de même que l'accroissement du

1. 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 (voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »).

2. L'indicateur de glissement-vieillesse-technicité (GVT) correspond à l'évolution de la masse salariale liée à l'ancienneté et à la montée en qualification des agents en poste, d'une part, et au renouvellement des agents sortants, d'autre part, indépendamment de toute mesure générale de revalorisation salariale, telle que l'évolution du point d'indice.

**Graphique 1** Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2005

**Note** > 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, 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 (anciennes instructions budgétaires et comptables M21).

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

**Sources** > DGFIP, SAE, traitements Drees.

**Tableau 1** Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2015

Catégorie	2024		Excédent ou déficit de 2015 à 2024 (en % des recettes)									
	Effectif	Poids dans les recettes (en %)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Ensemble des hôpitaux publics</b>	<b>797</b>	<b>100</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,4</b>	<b>-1,3</b>	<b>-2,3</b>	<b>-2,7</b>
AP-HP	1	9,2	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7	-3,2	-3,9	-4,2
Autres CHR	31	29,8	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3	-0,3	-1,3	-1,6
CH spécialisés en psychiatrie	81	7,2	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3	2,2	2,0	1,4
CH ex-hôpitaux locaux	180	2,9	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4	-1,3	-2,9	-1,5
Très grands CH	177	74,6	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4	-1,3	-2,2	-2,8
Grands CH	145	13,6	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7	-1,6	-2,4	-2,8
Moyens CH	270	9,4	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5	-1,4	-2,5	-2,6
Petits CH	205	2,4	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1	-1,6	-3,0	-1,7

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

**Note** > Les effectifs indiqués dénombrent des entités juridiques. Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de taille, mesurées 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 (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Sources** > DGFIP, SAE, traitements Drees.

GVT qui en découle (à hauteur de 1,1 milliard) [Gratieux, Le Guillou, 2025]<sup>3</sup>.

Le résultat financier est, quant à lui, structurellement négatif en raison du paiement des intérêts des emprunts. Il s'établit à -877 millions d'euros en 2024, après -907 millions d'euros en 2023. Le déficit du résultat financier se réduit de 30 millions d'euros entre 2023 et 2024. Cette évolution s'explique, en partie, par la baisse de l'encours de la dette. À l'inverse, le résultat exceptionnel, lié à des opérations ponctuelles sans lien direct avec l'activité courante (notamment la quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice, les reprises sur provisions et les produits sur exercices antérieurs de gestion), est le seul excédentaire depuis 2014. Il continue d'augmenter en 2024 (447 millions d'euros, après 435 millions d'euros en 2023). Il est à son plus haut niveau depuis 2005.

Si les budgets annexes, en particulier ceux liés au grand âge, contribuaient significativement à la dégradation du résultat en 2023, c'est moins le cas en 2024 : ils y participent à hauteur de -0,2 milliard (soit 8,4 % du déficit, alors qu'ils représentent 8,6 % des recettes totales), après -0,4 milliard en 2023 (soit 17,5 % du déficit) [tableau complémentaire A].

### Sept établissements sur dix restent déficitaires

La dégradation de la situation financière des hôpitaux en 2024 concerne surtout les très grands et les grands établissements<sup>4</sup> : leurs résultats nets se dégradent respectivement de -2,2 % en 2023 à -2,8 % en 2024, et de -2,4 % à -2,8 % (tableau 1). Le déficit des établissements de taille moyenne (représentant 9 % des recettes) se creuse également, mais à un rythme moindre, passant de -2,5 % des recettes en 2023 à -2,6 % en 2024. À l'inverse, les petits centres hospitaliers (un peu plus de 2 % des recettes) réduisent

leur déficit global, qui s'établit à -1,7 % en 2024, après -3,0 % en 2023. Ce contraste s'observe en isolant plusieurs catégories d'établissements : quand les centres hospitaliers régionaux (CHR) et l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), respectivement 30 % et 9 % des recettes, enregistrent une nouvelle détérioration de leur résultat net (de -1,3 % des recettes en 2023 à -1,6 % en 2024 pour les autres CHR, et de -3,9 % à -4,2 % pour l'AP-HP), les ex-hôpitaux locaux l'améliorent nettement en 2024 (de -2,9 % en 2023 à -1,5 %).

Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie restent la seule catégorie isolée à présenter un résultat net positif en 2024, bien que celui-ci recule par rapport à 2023 : il représente +1,4 % de leurs recettes en 2024, après +2,0 % en 2023.

En 2024, 72 % des hôpitaux publics sont déficitaires, une part proche de celle observée en 2023 (75 %). Malgré ce léger recul, cette proportion reste nettement supérieure à celle précédant la crise sanitaire (58 % en 2019). Leur situation financière demeure, par ailleurs, contrastée. Le déficit cumulé des établissements déficitaires progresse nettement (-3,2 milliards d'euros en 2024, après -2,8 milliards en 2023 et -1,8 milliard en 2022). Comme l'année précédente, la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de cinquante établissements (49 en 2024, 48 en 2023, contre 39 en 2022). L'AP-HP concentre 13 % du déficit cumulé en 2024<sup>5</sup>, un niveau quasiment identique à celui observé en 2023. Quant aux établissements excédentaires, majoritairement des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, leur excédent cumulé diminue légèrement et s'établit à 330 millions d'euros en 2024, après 421 millions en 2023. La concentration de cet excédent évolue peu : la moitié de l'excédent cumulé provient de seize établissements en 2024, après quinze en 2023.

3. Ce dernier a été réévalué depuis : la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2025 a retenu une hypothèse de GVT plus élevée que celle retenue en 2024 (respectivement +0,8 % et +0,5 %) [Direction de la Sécurité sociale, mai 2025].

4. Le terme d'« établissement » est ici utilisé pour désigner la personne morale (PM), c'est-à-dire l'entité juridique (EJ), et non l'entité géographique d'exercice (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.

5. En 2024, les recettes et dépenses de l'AP-HP représentent respectivement 9,2 % et 9,3 % de l'ensemble des recettes et dépenses des hôpitaux publics.

## Tous les titres de produits continuent leur progression, à l'exception du titre 3

La progression des recettes totales des hôpitaux publics se poursuit en 2024 (+3,4 %, après +5,6 % en 2023). Les recettes atteignent 107,1 milliards d'euros en 2024 (après 103,6 milliards d'euros en 2023) [tableau complémentaire B]. Elles viennent pour près de 90 % du budget principal<sup>6</sup>, dont les produits s'élèvent à 96,8 milliards d'euros (tableau 2).

Les produits du budget principal sont usuellement répartis en trois titres de produits, et les charges en quatre titres<sup>7</sup>. La progression des produits du budget principal s'observe pour

l'ensemble des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes toutefois différents. L'Assurance maladie finance le budget principal des hôpitaux publics à hauteur de 78,1 milliards d'euros (titre 1), en hausse de 2,9 % par rapport à 2023 (75,9 milliards d'euros). La part des produits financés par l'Assurance maladie, largement majoritaire, remonte légèrement en 2024 (76,8 %), après trois années de recul (76,4 % en 2023, 77,1 % en 2022, 77,5 % en 2021), et reste supérieure à son niveau d'avant la crise sanitaire (75,2 % en 2019).

La hausse de la contribution de l'Assurance maladie au cours de la période 2020-2022 provenait

**Tableau 2** Produits et charges des hôpitaux publics (budget principal) depuis 2019

En milliards d'euros

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Produits</b>						
<b>Total du BP – somme des comptes de produits de classe 7</b>	<b>74,4</b>	<b>79,6</b>	<b>85,1</b>	<b>88,7</b>	<b>93,7</b>	<b>96,8</b>
<b>Total du BP selon la nomenclature de l'EPRD, dont :</b>	<b>77,6</b>	<b>83,4</b>	<b>88,9</b>	<b>93,1</b>	<b>99,4</b>	<b>101,6</b>
titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	58,3	64,5	68,9	71,8	75,9	<b>78,1</b>
titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,5	4,9	5,2	5,6	5,8	<b>6,1</b>
titre 3 : autres produits	13,7	14,0	14,8	15,7	17,7	<b>17,4</b>
<b>Charges</b>						
<b>Total du BP – somme des comptes de charges de classe 6</b>	<b>75,1</b>	<b>79,8</b>	<b>85,4</b>	<b>89,7</b>	<b>95,6</b>	<b>99,4</b>
<b>Total du BP selon la nomenclature de l'EPRD, dont :</b>	<b>78,2</b>	<b>83,6</b>	<b>89,3</b>	<b>94,1</b>	<b>101,3</b>	<b>104,3</b>
titre 1 : charges de personnel	47,6	51,3	54,9	57,9	60,8	<b>63,3</b>
titre 2 : charges à caractère médical	16,0	17,1	18,8	19,9	21,0	<b>22,8</b>
titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,8	8,1	8,5	9,0	12,0	<b>10,5</b>
titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,9	7,2	7,1	7,3	7,5	<b>7,7</b>

EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses ; BP : budget principal.

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

**Sources** > DGFIP, SAE, traitements Drees.

6. 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 séjours, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie. Il est défini par opposition aux budgets annexes, qui présentent 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 des budgets annexes 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 le budget principal et les budgets annexes.

7. La composition des titres de charges et des titres 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 non sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs de cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et les comptes 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 en titres 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 des titres 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 des comptes de charges).

principalement de la garantie de financement (GF)<sup>8</sup>, mise en place pendant la crise sanitaire afin de sécuriser les recettes des établissements. À partir de 2023, ce dispositif a été remplacé par un mécanisme transitoire de sécurisation modulée à l'activité (SMA), qui permet de poursuivre l'accompagnement des établissements ayant un niveau d'activité fragile, tout en incitant à la reprise de l'activité. Pour l'année 2023, la SMA reposait sur 70 % du montant de référence, correspondant à l'activité 2019 valorisée aux tarifs de l'année, et sur 30 % de l'activité réalisée<sup>9</sup>. En 2024, la répartition évolue vers 50 % du montant de référence et 50 % de l'activité réalisée<sup>10</sup>, et les montants de la SMA versés aux hôpitaux publics s'élevèrent à 637 millions d'euros (Cour des comptes, 2025), après 1,2 milliard d'euros en 2023 (et 1,8 milliard d'euros de GF en 2022).

Les ressources issues de la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), en hausse de 5,4 %, atteignent 6,1 milliards d'euros en 2024 (après 5,8 milliards d'euros en 2023). Elles représentent 6,0 % des produits, soit 1,1 point de moins qu'en 2019. Les autres produits (titre 3), en baisse de 1,5 %, atteignent 17,4 milliards d'euros (après 17,7 milliards d'euros en 2023) et représentent 17,1 % des produits (contre 17,8 % en 2023 et 17,7 % en 2019). Ils correspondent, par exemple, aux recettes issues des prestations non médicales en direction principalement des patients et des accompagnants (comme les frais pour une chambre particulière), aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), à des remboursements de frais et transferts de

charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

### Les dépenses des hôpitaux augmentent davantage que leurs recettes

La forte progression des dépenses du secteur hospitalier public, amorcée depuis la crise sanitaire, se poursuit : +3,9 % en 2024, après +6,6 % en 2023 (*tableau complémentaire B*). Les dépenses du budget global sont estimées à 110,0 milliards d'euros (après 105,9 milliards d'euros en 2023), dont 90,4 % comptabilisés dans le budget principal (99,4 milliards d'euros). La croissance des dépenses en 2024 est supérieure à celle des recettes (+3,4 %), ce qui explique le creusement du déficit.

La progression des charges du budget principal s'observe pour tous les titres définis dans la nomenclature budgétaire à l'exception du titre 3. Les dépenses de personnel (titre 1), progressent de 4,1 % en 2024, à un rythme légèrement moins soutenu que celui observé les années précédentes (+5,0 % en 2023 et +5,5 % en 2022), mais plus élevé que pendant la période précédant la crise sanitaire (+2,3 % par an en moyenne entre 2005 et 2019). Cette progression s'explique principalement par les effets en année pleine des mesures de revalorisation salariale Guerini et des dispositifs d'attractivité<sup>11</sup>, notamment la revalorisation du point d'indice (PLFSS, Annexe 6)<sup>12</sup>. Elle s'explique aussi par une légère augmentation des effectifs salariés (voir fiche 07, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier »). Les dépenses de personnel des hôpitaux publics

8. Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale. Arrêtés relatifs à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (du 6 mai 2020 pour l'année 2020 ; du 13 avril et du 17 août 2021 pour l'année 2021 ; du 10 mai et du 24 août 2022 pour l'année 2022).

9. Arrêté du 3 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionnés à l'article 44 de la LFSS pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1<sup>er</sup> de l'article L. 162-22 du Code de la Sécurité sociale.

10. Arrêté du 29 juin 2024 relatif aux modalités de mise en œuvre du dispositif de sécurisation modulée à l'activité pour l'année 2024.

11. Ces mesures visant à améliorer la qualité de vie au travail des soignants sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024. À cette date, l'indemnité pour travail le dimanche et les jours fériés a été portée à 60 euros bruts par jour. Cette majoration a été pérennisée dans les hôpitaux publics et a été étendue au 1<sup>er</sup> juillet 2024 aux établissements privés à but lucratif et non lucratif (ministère de la Santé, Attractivité de l'hôpital : des rémunérations revalorisées pour fidéliser les personnels, actualité du 2 janvier 2024).

12. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026, Annexe 6, évolution des dépenses de personnel.

atteignent ainsi 63,3 milliards d'euros en 2024, après 60,8 milliards d'euros en 2023. Leur part dans les charges, dont elles constituent le principal poste, augmente légèrement (60,7 %, après 60,0 % en 2023 et 61,6 % en 2022), en raison du reflux des charges à caractère hôtelier et général (voir *infra*).

Les dépenses à caractère médical (titre 2), constituées pour l'essentiel de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant, augmentent à un rythme soutenu depuis la crise sanitaire. Elles continuent de croître en 2024 et enregistrent une hausse de 8,5 %, supérieure à celle observée les années précédentes (+5,3 % en 2023 et +6,2 % en 2022). Les dépenses à caractère médical atteignent ainsi 22,8 milliards d'euros en 2024 et représentent 21,8 % des charges (après 20,7 % en 2023 et 21,2 % en 2022). Cette hausse est notamment portée par les médicaments onéreux (sur liste en sus ou sous autorisations d'accès compassionnel ou précoce), qui représentent en 2024 de l'ordre de 4 milliards d'euros après remises (+16,5 % entre 2023 et 2024) [voir fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux »], ainsi que par la progression des achats de fournitures médicales et de petit matériel médical et médico-technique.

Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) s'élèvent à 10,5 milliards d'euros en 2024. Elles diminuent après une forte hausse en 2023 (-12,9 %, après +34,5 %). Ce recul s'explique principalement par la normalisation des coûts de l'énergie, de l'électricité et du chauffage, après les fortes hausses observées en 2022 et 2023 (PLFSS 2026, Annexe 6)<sup>13</sup>. Leur part dans les charges se replie à 10,1 % (-1,8 point par rapport à 2023, et +0,6 point par rapport à 2022). Les amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4), qui représentent 7,4 %

des charges, augmentent de 3,0 % en 2024, à 7,7 milliards d'euros.

### **L'effort d'investissement des hôpitaux marque le pas, malgré le Ségur de la santé**

L'effort d'investissement des hôpitaux publics (tous types d'investissements confondus), soutenu dans les années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, a ensuite tendanciellement baissé jusqu'à atteindre un point bas à 4,4 % en 2020. Après un redressement progressif depuis 2021, il se replie en 2024 à 5,1 % des recettes (après 5,4 % en 2023) [graphique 2]. Les investissements baissent ainsi à 5,5 milliards d'euros, après 5,6 milliards d'euros en 2023. Ce léger repli traduit vraisemblablement le retard pris sur de nombreux projets, en raison de la dégradation de la situation financière des établissements, du renchérissement des coûts des projets et d'importants compléments d'instruction potentiels (Le Ludec, Mulliez, 2024).

La reprise de l'investissement hospitalier par rapport à la période précédant la crise sanitaire est l'une des conséquences des accords du Ségur de la santé signés en juillet 2020 et traduits concrètement dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (LFSS 2021, article 50). Ces dispositifs 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. L'engagement de 19 milliards d'euros<sup>14</sup> sur dix ans comprend 13 milliards d'euros alloués par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour couvrir une part donnée des échéances d'emprunts passés ou à venir des établissements pour investir, en capital et en intérêts, et 6 milliards d'euros intégrés au plan France Relance.

<sup>13</sup>. Dans les secteurs public et privé à but non lucratif, les dépenses d'énergie, chauffage et eau reculent de près de 30 % en 2024, après de fortes hausses observées en 2023 (+77 %) et 2022 (+13 %) [voir fiche 24 « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »]. L'inflation énergétique s'est principalement manifestée en 2021 et 2022 et a reflué en 2023, mais les hôpitaux recourent souvent à des contrats pluriannuels pour l'électricité et le gaz, à tarifs fixes ou indexés avec décalage : en agrégé, les chocs du marché sont ressentis de façon retardée (ATIH, 2026).

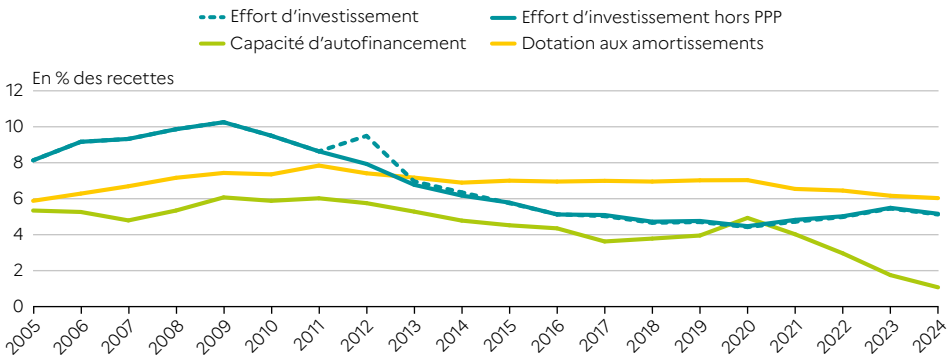
<sup>14</sup>. Cet engagement vise tous les champs : hospitalier, santé mentale, médico-social, public ou privé. Parmi ces 19 milliards d'euros, 15,5 milliards d'euros sont consacrés aux établissements de santé.

Sur l'enveloppe globale, 9 milliards d'euros ont vocation à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé : 7,5 milliards d'euros pour les investissements structurants<sup>15</sup> et 1,5 milliard d'euros, durant la période 2021-2025, pour améliorer rapidement le fonctionnement courant des établissements de santé. Le reste de l'enveloppe comporte notamment 6,5 milliards d'euros spécifiquement consacrés à la restauration de la capacité financière (désendettement) des établissements de santé assurant le service public hospitalier, et 2 milliards d'euros en faveur du numérique en santé (dont 600 millions d'euros réservés au secteur médico-social). À l'exception des crédits dédiés au numérique en santé, les enveloppes d'aides aux investissements sont sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS), selon un processus décrit dans la

circulaire du 10 mars 2021. En 2024, les dépenses du pilier 2 du Ségur de la santé – le seul pilier consacré à l'investissement – s'élèvent à 1,3 milliard d'euros, dont 1,0 milliard d'euros dédié spécifiquement à l'investissement (PLFSS 2026, Annexe 5). Au total, 6,5 milliards d'euros ont été versés depuis 2020 sur les 9 milliards consacrés à ce pilier 2.

En 2024, les investissements hospitaliers évoluent de manière contrastée selon les postes. L'effort d'investissement de construction, dont l'immobilier lourd, est quasi stable (-0,1 point, après +0,2 point en 2023 et +0,3 point en 2022). Les opérations réalisées par les établissements interviennent dans un contexte de coûts élevés des matériaux et des travaux, observé depuis plusieurs années. Cet effort atteint 3,1 % des recettes en 2024 (contre 2,8 % en 2019, avant la crise sanitaire) [graphique 3]. Similairement,

**Graphique 2 Effort d'investissement, capacité d'autofinancement et dotation aux amortissements des hôpitaux publics depuis 2005**



PPP : partenariat public-privé.

**Notes** > Les contrats de partenariat public-privé sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariat public-privé » a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin 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 explique la rupture de série en 2011.

Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories, en fonction de leur 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, CH spécialisés en psychiatrie et CH ex-hôpitaux locaux).

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

**Sources** > DGFIP, SAE, traitements Drees.

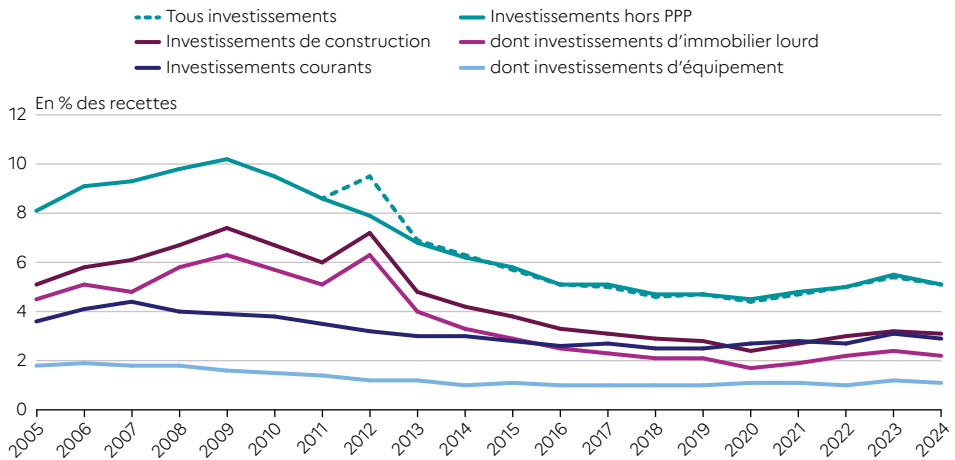
<sup>15</sup>. Dont 6,5 milliards alloués par la Cades. Sur ces 6,5 milliards d'euros, 0,9 milliard d'euros ont été versés aux établissements de santé depuis 2021 (16 millions en 2021, 92 millions en 2022, 398 millions en 2023 et 422 millions en 2024).

l'effort d'investissement en équipement reste également quasi stable en 2024 (-0,1 point, après +0,2 point en 2023). L'effort d'investissement courant, qui recouvre les dépenses de rénovation légère, diminue pour sa part de 0,2 point en 2024.

Le financement des investissements hospitaliers repose sur des sources internes (capacité d'autofinancement [CAF]) ou externes (subventions et emprunts, autres ressources). La CAF, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer le financement de leurs investissements, se replie fortement depuis 2021, en lien notamment avec la dégradation du résultat net. À 1,0 % des recettes en 2024 (après 1,7 % en 2023 et 4,9 % en 2020, son dernier point haut), elle est

nettement inférieure à l'effort d'investissement, qui s'élève à 5,1 % des recettes. Cet écart est observé depuis 2005 (année 2020 mise à part), mais il se creuse, ce qui traduit une baisse de la part des investissements pouvant être financés par les ressources propres des établissements. Enfin, la part de la dotation aux amortissements<sup>16</sup> dans les recettes, stable autour de 7 % entre 2014 et 2020, diminue depuis pour atteindre 6,0 % en 2024 (après 6,1 % en 2023). Après plusieurs années de baisse, l'effort d'investissement diminue à nouveau en 2024, précédé d'un léger rebond en 2023. La baisse au long cours de l'investissement hospitalier, mesuré en part des recettes, s'accompagne d'une augmentation du taux de vétusté des constructions, qui renseigne sur les besoins d'investissement pour maintenir

**Graphique 3 Effort d'investissement des hôpitaux publics par type d'investissement depuis 2005**



PPP : partenariat public-privé.

**Notes >** Cette distinction des investissements par type n'est pas totalement disjointe car les investissements courants, définis comme l'ensemble des investissements hors immobilier lourd, comprennent une partie des investissements de construction.

Les contrats de partenariats public-privé sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé » a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin 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 explique la rupture de série en 2011. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les centres hospitaliers régionaux).

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

**Sources >** DGFIP, SAE, traitements Drees.

<sup>16</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. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

en état les constructions de l'établissement. En 2024, celui-ci atteint 59,5 % (graphique 4) pour les constructions (après 58,5 % en 2023), tandis qu'il diminue légèrement pour les équipements techniques (79,3 % en 2024, après 79,5 % en 2023).

### L'encours de la dette diminue pour la troisième année consécutive

En 2024, l'encours de la dette des hôpitaux publics diminue pour la troisième année consécutive et s'établit à 29,9 milliards d'euros, après avoir atteint 31,1 milliards d'euros en 2021, son point le plus haut depuis le début des observations. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette s'établit à 27,9 % en 2024, après 29,0 % en 2023. Cette diminution régulière s'inscrit dans la tendance engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %) [graphique 5].

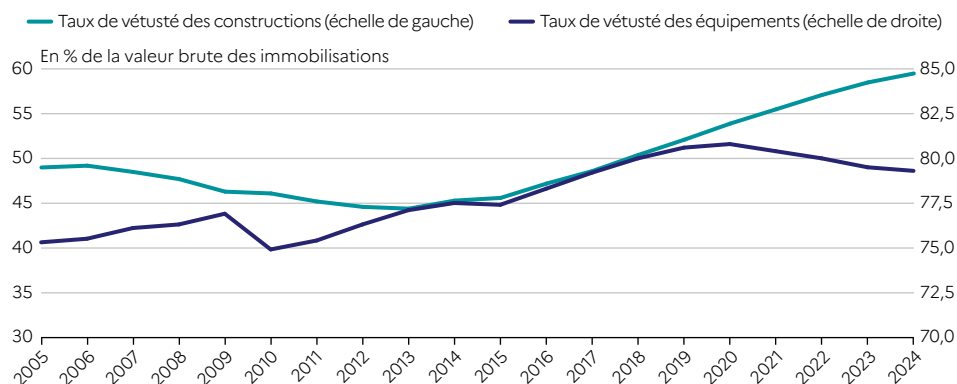
En 2024, le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics<sup>17</sup>, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'établit à 45,7 %, après 45,0 % en 2023 (et 45,7 % en 2022). Cette légère progression interrompt plusieurs années de recul depuis le point haut de 2018 (à 52,4 %). La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur

à 50 % augmente légèrement (21,2 % en 2024, après 19,6 % en 2023). Elle reste nettement inférieure au niveau atteint lors du dernier point haut (33,3 % en 2018).

Ces améliorations, en dépit des déficits persistants, s'expliquent principalement par les accords du Ségur de la santé, consolidés par l'article 50 de la LFSS pour 2021, qui prévoient un engagement de 6,5 milliards d'euros pour la restauration des capacités financières des hôpitaux d'ici 2029. En 2024, 661 millions d'euros sont alloués en aides en capital, ils s'ajoutent aux 650 millions d'euros environ versés en 2023, comme en 2022, et aux 1,4 milliard d'euros versés en 2021 (PLFSS pour 2026, Annexe 6). 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. Ces aides doivent permettre de financer les investissements, tout en réduisant le recours à l'emprunt.

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la CAF et représente le nombre d'années nécessaire aux hôpitaux publics pour rembourser leur dette en

### Graphique 4 Taux de vétusté des équipements et des constructions des hôpitaux publics depuis 2005



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

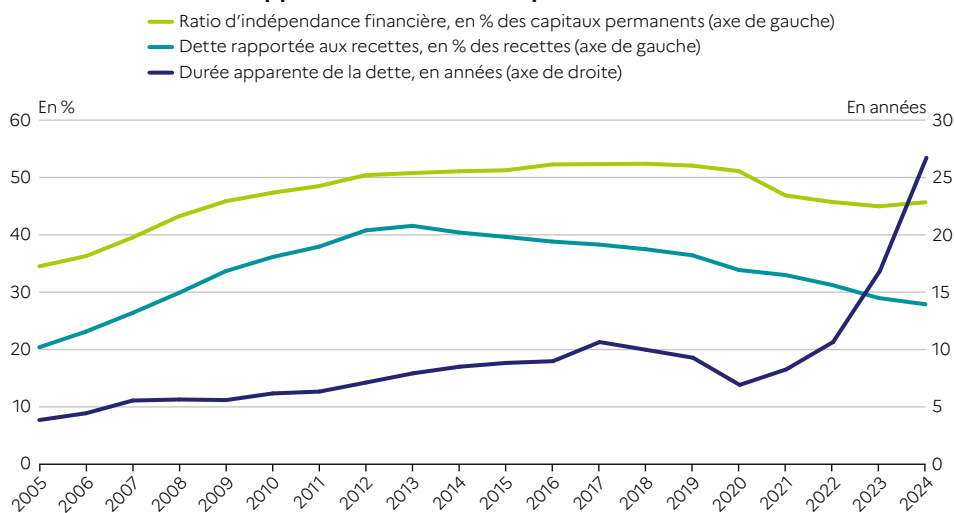
**Sources** > DGFIP, SAE, traitements Drees.

<sup>17</sup> Le terme de « ratio d'indépendance financière » est utilisé dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Contrairement à ce que son nom indique, il 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.

y consacrant l'intégralité de leurs ressources propres, augmente depuis 2021. En 2024, elle atteint la durée record de 26,7 ans (après 16,8 ans en 2023), soit près de vingt ans de plus qu'en 2020, son dernier point bas (6,9 ans) [graphique 5]. Cependant, dans un contexte de baisse de l'encours de la dette, cette hausse reflète exclusivement la nette dégradation de la CAF.

Dans ces conditions, la part des établissements surendettés<sup>18</sup> diminue et revient à un niveau proche de celui observé en 2020. Elle s'établit à 33,1% en 2024, contre 36,3% en 2023 et 33,9% en 2020 (graphique 6 et tableau complémentaire C). À l'inverse, la proportion d'établissements ne présentant aucun critère de surendettement progresse : elle atteint 33,6% en 2024, après 32,1% en 2023. ■

### Graphique 5 Ratio d'indépendance financière, encours de la dette rapporté aux recettes et durée apparente de la dette depuis 2005



**Notes >** 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.

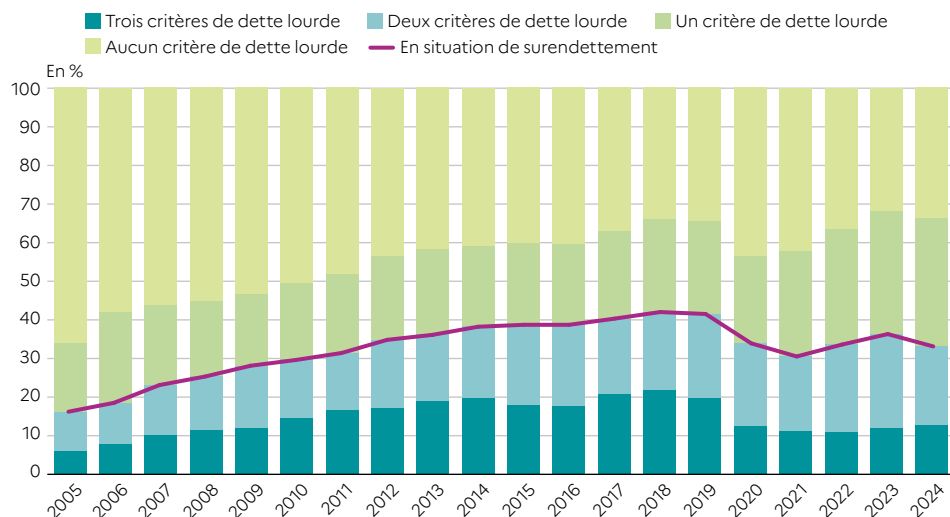
Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariat, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans 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).

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

**Sources >** DGFIP, SAE, traitements Drees.

**18.** Les critères de surendettement utilisés dans cet ouvrage pour caractériser le poids de la dette sont définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique, et précisés par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'ARS.

## Graphique 6 Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement depuis 2005



**Note >** 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 : 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 (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

**Sources >** DGFIP, SAE, traitements Drees.

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors service de santé des armées (SSA). Les établissements publics considérés sont ceux apparaissant comme des établissements publics de santé selon la nomenclature des statuts juridiques du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) dans les bases de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), hors établissements des communautés d'outre-mer (sauf Saint-Martin et Saint-Barthélemy). Les établissements pour lesquels toutes les données sont nulles ou manquantes n'ont pas été conservés, ce qui représente 0,4 % des données de 2005 à 2024. Le champ n'est pas restreint à celui de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le terme d'« établissement » est utilisé ici pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). Pour l'année 2024, 797 établissements publics sont considérés dans cette étude. Les centres hospitaliers (CH) sont classés en quatre catégories, en fonction de 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 (extraction du 13 novembre 2025). Les données de la DGFIP ont été croisées avec celles de 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). ●●●



### Méthodologie

Les comptes définitifs des établissements publics de santé sont parfois transmis à la DGFiP avec retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer de ceux publiés dans les éditions précédentes de ce *Panorama*, en raison d'une réactualisation des données.

### Pour en savoir plus

- > **Albertone, M., et al.** (2025, septembre). *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale*. Rapport, Igas-IGF.
- > **ATIH** (2026, janvier). *Situation financière des établissements de santé en 2023 - Secteurs public et privé non lucratif*. Rapport.
- > **Cour des comptes** (2025, mai). *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale : exercice 2024*.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2025, octobre). *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 – Annexe 5 : ONDAM et dépenses de santé*. Rapport.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2025, octobre). *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 – Annexe 6 : Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale*. Rapport.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2025, mai). *Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2024 - Prévisions 2025*. Rapport.
- > **Fédération hospitalière de France (FHF) et la Banque postale** (2025, décembre). *Regard financier sur les hôpitaux publics. Focus entre 2019 et 2023 sur les ratios d'exploitation : quels déterminants ? Étude*.
- > **Gratieux, L., Le Guillou, Y.** (2025, juillet). *La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024*. Rapport, Igas.
- > **Lavenir, F., et al.** (2025, mai). *Causes et effets de la financiarisation du système de santé*. Rapport, Igas-IGF.
- > **Le Ludec, T., Mulliez, S.** (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, Igas.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). *Apprécier la situation économique des établissements de santé*. Drees, Drees Méthodes, 3.

## Sous embargo jusqu'au 20 mai 2026 à 6h.

D'après les premières estimations pour 2024, la situation financière des cliniques privées à but lucratif poursuit sa dégradation et plus d'une clinique privée sur trois est en déficit. Leur résultat net reste bénéficiaire, mais recule pour s'établir à 1,0 % des recettes, son niveau le plus bas depuis 2006, point de départ des observations. Toutefois, cette situation masque de fortes disparités selon les activités, le résultat net rapporté aux recettes des cliniques psychiatriques étant plus de onze fois supérieur à celui des cliniques de MCO et de SMR. Pour l'ensemble des cliniques privées, les recettes s'élevaient à 20,3 milliards d'euros, contre 19,9 milliards d'euros pour les dépenses. Après un point historiquement bas en 2023, le ratio d'indépendance financière des cliniques privées cesse de s'améliorer et atteint 34,9 % des capitaux permanents. La part des cliniques privées en situation de surendettement augmente à 21 %.

### Le résultat net des cliniques privées, toujours bénéficiaire, poursuit son repli en 2024

D'après les données de l'échantillon d'analyse<sup>1</sup>, la situation financière des cliniques privées<sup>2</sup> reste légèrement positive en 2024, bien que sa dégradation se poursuive, et ce un peu plus rapidement qu'en 2023. Leur résultat net cumulé est de 194 millions d'euros (soit un résultat net moyen de 201 000 euros par clinique), alors qu'il atteignait 331 millions d'euros en 2023. Rapporté aux recettes, il s'établit à 1,0 % en 2024, en recul par rapport à 2023 (1,7 %) et à 2022 (2,9 %), et atteint son niveau le plus bas depuis 2006, point de départ des observations (tableau 1).

Le nouveau recul du résultat net est dû pour l'essentiel à celui du résultat d'exploitation, qui atteint lui aussi son niveau le plus bas sur la série (graphique 1). Le résultat d'exploitation recule à 1,7 % des recettes en 2024 (après 2,4 % en 2023 et 4,0 % en 2022). Cette évolution

s'explique notamment par le non-dégel du coefficient prudentiel de 0,7 % des tarifs décidé en fin d'année, aboutissant à une progression tarifaire inférieure à celle des prix, ainsi qu'à la sortie progressive de dispositifs consécutifs à la crise sanitaire (voir *infra*). Comme en 2023, la fiscalité liée à l'exploitation<sup>3</sup> est défavorable (-0,6 % des recettes en 2024 et -0,3 % en 2023, après +1,0 % en 2022), car les subventions d'exploitation sont inférieures aux impôts, taxes et versements assimilés<sup>4</sup>. Ces subventions d'exploitation, qui portaient le résultat d'exploitation, et par extension le résultat net, depuis 2020, reculent à 3,6 % des recettes en 2024 (après 4,0 % en 2023 et 5,5 % en 2022). Toutefois, elles restent nettement supérieures à leur niveau d'avant la crise sanitaire (1,3 % des recettes en 2019).

Le résultat exceptionnel, positif depuis 2022, redevient déficitaire en 2024 (-0,3 % des recettes en 2024, après +0,2 % en 2023).

1. Les données de 2024 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 720 cliniques ayant déposé leurs comptes.

2. Cette analyse porte sur des entités juridiques (les cliniques), mais ne tient pas compte des structures de groupe (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie), alors que 9 cliniques privées sur 10 appartiennent à un groupe (Delort, Vergondy, 2026).

3. La fiscalité liée à l'exploitation correspond à la différence entre les subventions d'exploitation et les impôts, taxes et versements assimilés.

4. 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 1** Compte de résultat des cliniques privées depuis 2019

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Recettes (en millions d'euros)</b>	<b>15 256</b>	<b>15 901</b>	<b>17 669</b>	<b>18 670</b>	<b>19 762</b>	<b>20 288</b>
<b>Nombre de cliniques</b>	<b>969</b>	<b>944</b>	<b>961</b>	<b>965</b>	<b>960</b>	<b>963</b>
% de cliniques répondantes	80,0	82,8	82,0	81,3	79,5	74,8
<b>Recettes moyennes (en millions d'euros)</b>	<b>15,7</b>	<b>16,8</b>	<b>18,4</b>	<b>19,3</b>	<b>20,6</b>	<b>21,1</b>
<b>Chiffre d'affaires (en % des recettes)</b>	<b>94,1</b>	<b>89,8</b>	<b>89,7</b>	<b>89,0</b>	<b>90,4</b>	<b>90,7</b>
<b>Dépenses (en % des recettes)</b>	<b>97,0</b>	<b>96,0</b>	<b>94,9</b>	<b>95,6</b>	<b>97,0</b>	<b>98,3</b>
<b>Dépenses (en millions d'euros)</b>	<b>14 802</b>	<b>15 260</b>	<b>16 764</b>	<b>17 856</b>	<b>19 167</b>	<b>19 935</b>
<b>Achats et charges de gestion courante (en % des recettes), dont :</b>	<b>-45,9</b>	<b>-45,3</b>	<b>-44,9</b>	<b>-45,5</b>	<b>-47,2</b>	<b>-48,1</b>
achats consommés	-18,4	-18,1	-18,6	-18,8	-19,9	-20,3
autres achats et charges externes	-27,5	-27,2	-26,3	-26,7	-27,3	-27,5
<b>Frais de personnel (en % des recettes), dont :</b>	<b>-39,6</b>	<b>-39,7</b>	<b>-39,4</b>	<b>-39,3</b>	<b>-39,2</b>	<b>-38,7</b>
salaires bruts	-28,9	-29,0	-28,3	-28,2	-28,2	-27,8
cotisations sociales	-10,8	-10,6	-11,1	-11,1	-11,0	-10,9
<b>Fiscalité liée à l'exploitation (en % des recettes), dont :</b>	<b>-3,6</b>	<b>0,3</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,6</b>
impôts, taxes et versements assimilés	-4,9	-4,9	-4,6	-4,5	-4,3	-4,1
subventions d'exploitation	1,3	5,3	5,5	5,5	4,0	3,6
<b>Excédent brut d'exploitation (en % des recettes)</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>6,3</b>	<b>5,1</b>	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>
<b>Résultat courant de fonctionnement (en % des recettes)</b>	<b>5,0</b>	<b>5,2</b>	<b>6,2</b>	<b>5,1</b>	<b>3,8</b>	<b>3,5</b>
<b>Autres opérations d'exploitation (en % des recettes)</b>	<b>1,9</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,4</b>
<b>Opérations en commun (en % des recettes)</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>
<b>Dotations nettes aux amortissements (en % des recettes)</b>	<b>-3,9</b>	<b>-3,9</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,9</b>	<b>-4,2</b>
<b>Résultat d'exploitation (en % des recettes), dont :</b>	<b>3,2</b>	<b>3,9</b>	<b>5,1</b>	<b>4,0</b>	<b>2,4</b>	<b>1,7</b>
produits d'exploitation	98,0	98,1	98,2	97,9	97,4	97,3
charges d'exploitation	-94,8	-94,2	-93,2	-93,9	-95,0	-95,6
<b>Résultat financier (en % des recettes), dont :</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>
produits financiers	0,8	0,6	0,4	0,6	1,2	1,5
charges financières	-0,6	-0,4	-0,3	-0,4	-0,8	-1,1
<b>Résultat exceptionnel (en % des recettes), dont :</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,3</b>
produits exceptionnels	1,2	1,3	1,4	1,5	1,4	1,2
charges exceptionnelles	-1,6	-1,4	-1,4	-1,4	-1,2	-1,5
<b>Participation des salariés (en % des recettes)</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,3</b>
<b>Impôts sur les bénéfices (en % des recettes)</b>	<b>-1,0</b>	<b>-1,0</b>	<b>-1,2</b>	<b>-1,0</b>	<b>-1,0</b>	<b>-0,7</b>
<b>Résultat net (en % des recettes)</b>	<b>1,6</b>	<b>2,6</b>	<b>3,4</b>	<b>2,9</b>	<b>1,7</b>	<b>1,0</b>

**Notes >** Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 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 6 % de remplissage depuis 2014).

Le nombre de cliniques correspond au nombre d'entreprises distinctes (les Siren du Système d'identification au répertoire des entreprises), pour les établissements dans la catégorie juridique « privé à but lucratif » de la SAE, et quel que soit le code d'activité principale d'exercice (APE) de l'unité légale. La proportion de répondants correspond au ratio du nombre de cliniques de la SAE ayant déposé leurs comptes auprès des greffes des tribunaux de commerce, dont le code APE prend la valeur 8610Z « activités hospitalières » (selon la nomenclature NAF, 2<sup>e</sup> révision), et du nombre de cliniques précédemment décrit. À titre d'illustration, 87 % des liasses fiscales de cliniques du champ SAE (sans restriction sur le code APE) sont disponibles auprès des greffes pour la période 2012-2024. Voir encadré Sources et méthodes pour plus de précisions.

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

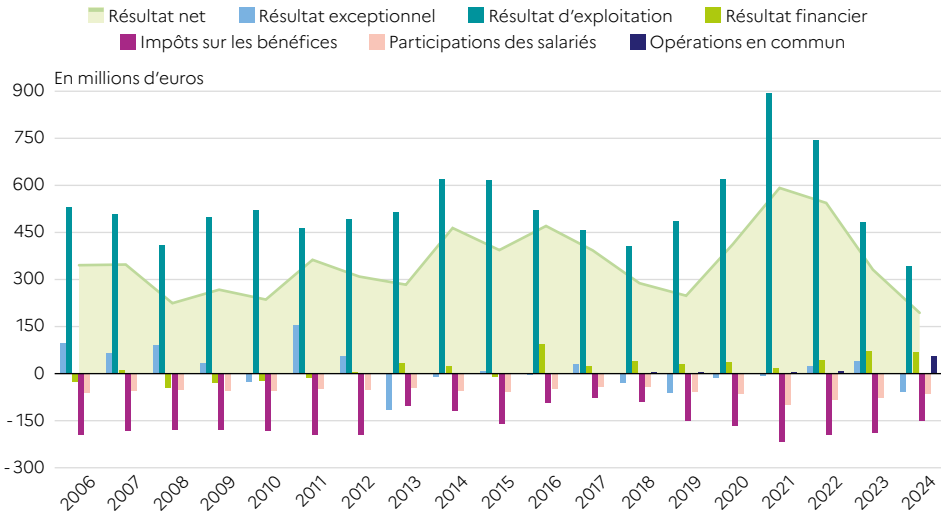
**Sources >** Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

Le résultat financier est stable, à 0,3 % des recettes en 2024, après 0,4 % en 2023. Le solde des opérations en commun, opérations de coopération économique effectuées dans le cadre de sociétés de participation, atteint 0,3 % des recettes en 2024, alors qu'il est usuellement négligeable, principalement en raison des sommes reportées en 2024 dans ce compte par plusieurs cliniques d'un même groupe<sup>2</sup>. Finalement, le bénéfice, correspondant à la somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel et du solde des opérations en commun (soit au résultat net avant impôt sur les bénéfices et participations des salariés), poursuit sa diminution et atteint 2,0 % des recettes, après 3,0 % en 2023 et 4,4 % en 2022, en dessous de son niveau d'avant la crise sanitaire (3,0 % en 2019). Le recul du bénéfice en 2024 engendre la baisse à due concurrence des impôts sur les bénéfices et des participations salariales (qui sont intégrés au résultat net, en sus du bénéfice, dans le secteur privé) [voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »].

### Le résultat net rapporté aux recettes des cliniques psychiatriques est plus de onze fois supérieur à celui des cliniques de MCO et SMR

Le niveau, comme les évolutions du résultat net rapporté aux recettes, sont très variables selon la discipline principale d'activité des cliniques privées (graphique 2). En 2024, le résultat net rapporté aux recettes se replie de 0,7 point pour les cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de 0,6 point pour les cliniques de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Il diminue également de 0,6 point pour les cliniques psychiatriques, après une progression de 0,7 point en 2023. Il s'établit ainsi à 0,6 % en MCO (après 1,3 % en 2023), à 0,5 % en SMR (après 1,1 % en 2023) et à 7,2 % en psychiatrie (après 7,8 % en 2023). La poursuite de la baisse en MCO est en phase avec les évolutions observées depuis 2021, après un pic lié à la garantie de financement mise en place pour compenser la baisse d'activité pendant la crise sanitaire. Dans le secteur

**Graphique 1** Compte de résultat des cliniques privées depuis 2006



**Note >** Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

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

**Sources >** Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

privé à but lucratif, cependant, la psychiatrie demeure de loin la discipline qui dégage le plus de bénéficiaires (en pourcentage des recettes) : le résultat net rapporté aux recettes des cliniques psychiatriques est plus de onze fois supérieur à celui des cliniques de MCO et de SMR. Cette situation pourrait s'expliquer par le poids élevé des charges supportées dans les spécialités techniques (en chirurgie et en radiothérapie par exemple), liées entre autres aux amortissements d'équipements, aux assurances en responsabilité civile et aux médecins collaborateurs libéraux (Cour des comptes, 2023).

### Plus d'une clinique sur trois est déficitaire en 2024

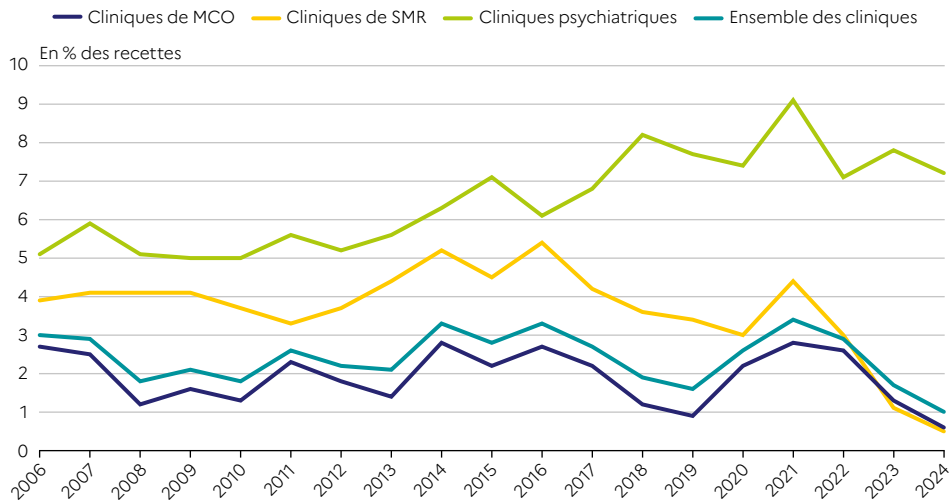
La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2024, la part des cliniques privées ayant un résultat net négatif est de 36 %, après

33 % en 2023. Cette hausse s'observe dans toutes les disciplines d'activité. Ainsi, le pourcentage de cliniques déficitaires atteint 44 % en SMR (+5 points), 37 % en MCO (+3 points) et 20 % en psychiatrie (+1 point).

Le déficit cumulé des cliniques déficitaires s'accroît (-510 millions d'euros, après -379 millions d'euros en 2023). Il se concentre sur un nombre réduit d'entre elles : la moitié du déficit cumulé est en effet imputable à 29 cliniques (entités juridiques) en 2024 (soit 4 % des cliniques), principalement des cliniques de MCO, après 37 en 2023 (soit 5 % des cliniques).

Quant aux cliniques excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement (703 millions d'euros, après 710 millions d'euros en 2023). La moitié de cet excédent cumulé est imputable à 54 cliniques en 2024 (soit 8 % des cliniques), principalement des cliniques de MCO, après 78 en 2023 (soit 10 % des cliniques).

### Graphique 2 Résultat net rapporté aux recettes des cliniques privées depuis 2006



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

**Notes >** Les données de 2024 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 720 cliniques (entités juridiques) ayant déposé leurs comptes, dont 424 cliniques de MCO, 193 cliniques de SMR et 103 cliniques psychiatriques. Les recettes des cliniques de MCO, SMR et psychiatrie représentent respectivement 82 %, 13 % et 5 % des recettes de l'ensemble des cliniques privées. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

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

**Sources >** Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

## Les recettes des cliniques progressent encore en 2024, mais sont freinées par la fin des dispositifs exceptionnels

Les recettes<sup>5</sup> de l'ensemble des cliniques privées à but lucratif, en progression continue depuis 2013, atteignent 20,3 milliards d'euros en 2024, soit une hausse de 2,7 % par rapport à 2023 (19,8 milliards d'euros) [tableau 1] ; elle est moins marquée néanmoins que celle constatée entre 2022 et 2023 (+5,9 %). Ce ralentissement des recettes s'explique par la dynamique de l'activité des cliniques (+3,2 % en volume de soins en 2024, contre +3,8 % en 2023) et par un effet-prix (+0,9 % en 2024, après +1,3 % en 2023) [voir fiche 24, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »]. L'année 2024 correspond notamment à la poursuite de la sortie (ou du repli) de dispositifs mis en place (ou davantage abondés) lors de la crise sanitaire, et qui soutenaient depuis leurs recettes. Les dotations de compensation de la perte d'activité, à savoir la garantie de financement (GF) puis la sécurisation modulée à l'activité (SMA)<sup>6</sup> à partir de 2023, diminuent en 2024 (-14,0 %, soit -27 millions d'euros), à 166 millions d'euros.

## Les dépenses restent dynamiques

Les dépenses progressent plus fortement que les recettes en 2024 (+4,0 %, contre +2,7 %), ce qui explique la détérioration du résultat net. Cette augmentation des dépenses porte particulièrement sur les achats et charges de gestion courante<sup>7</sup>, qui continuent de progresser (+4,6 %) bien qu'à un rythme moins soutenu qu'en 2023 (+9,8 %). Ces charges continuent ainsi d'augmenter, mais de façon moins marquée qu'en 2023

en lien avec la baisse de l'inflation en 2024. Leur part dans les recettes augmente pour atteindre 48,1 % en 2024 (après 47,2 % en 2023), son plus haut niveau depuis 2006. Les charges de personnel (salaires bruts et cotisations sociales) continuent également de progresser (+1,3 % en 2024, après +5,6 % en 2023), mais leur part dans les recettes diminue légèrement (38,7 % des recettes en 2024, après 39,2 % en 2023).

## D'après de premières estimations, l'effort d'investissement des cliniques atteindrait 8,3 % des recettes

Les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques privées sont à considérer avec précaution, particulièrement depuis 2022, les données récentes ayant fait l'objet de révisions significatives (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie). D'après les premières estimations, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, atteint 8,3 %, après 8,7 % en 2023, interrompant la reprise amorcée en 2021 (graphique 3). Il est supérieur à la dotation aux amortissements<sup>8</sup> des cliniques privées, stable depuis plusieurs années, qui s'établit à 4,2 % des recettes en 2024. L'effort d'investissement est aussi nettement supérieur à la capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer leur financement et leurs investissements. La CAF se stabilise en 2024, après avoir atteint en 2023 son niveau le plus bas depuis 2006. Elle s'établit ainsi à 2,8 % des recettes, comme en 2023, après 3,7 % en 2022 et 4,5 % en 2021.

5. 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 1. 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).

6. Ce dispositif permet de poursuivre l'accompagnement des établissements ayant un niveau d'activité fragile, tout en incitant à la reprise de l'activité, avec des versements en 2023, à 70 % sur le montant de référence et à 30 % sur les recettes d'activité de l'année, puis en 2024, à 50 % sur la valorisation de l'activité réalisée et à 50 % sur le montant de référence (PLFSS pour 2026, Annexe 6).

7. Les informations collectées dans les liasses fiscales des cliniques privées ne permettent pas de distinguer, parmi les achats et charges de gestion courante, ceux à caractère médical de ceux à caractère hôtelier et général.

8. 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. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

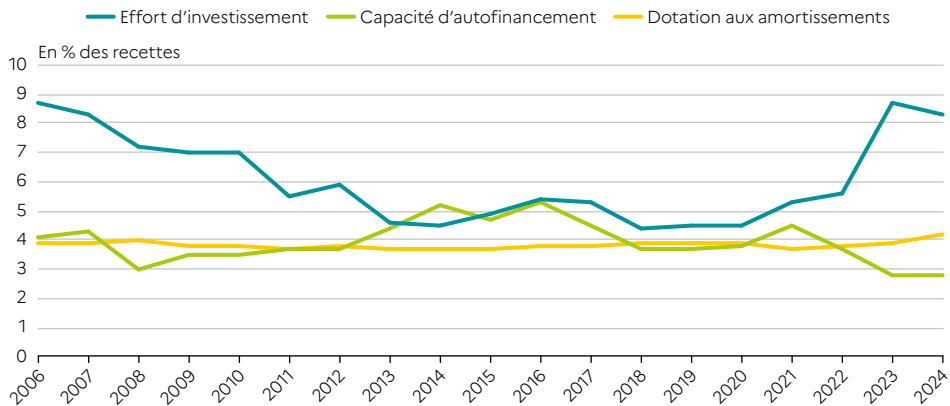
### L'endettement augmente en 2024

L'encours de la dette des cliniques privées augmente (+6,0 % par rapport à 2023) et s'établit à 2,3 milliards d'euros (après 2,2 milliards en 2023). Exprimé en pourcentage des recettes, il atteint 11,5 % de ces dernières (après 11,2 % en 2023, son plus bas niveau depuis 2006) [graphique 4].

Le ratio d'indépendance financière<sup>9</sup> des cliniques, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, se stabilise en 2024. Il atteint ainsi 34,9 %, après un niveau historiquement bas de 34,7 % en 2023, dans une tendance globale à la baisse depuis son point haut de 2011 (46,4 %). Cependant, comme en 2023, 26 % des cliniques conservent un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents.

L'évolution de l'endettement est contrastée selon les types de cliniques. La baisse du ratio d'indépendance financière des cliniques de MCO s'interrompt (38,4 % en 2024, après 37,6 % en 2023, et 39,6 % en 2022), tout comme celle des cliniques de psychiatrie (20,1 % en 2024, après 13,9 % en 2023, et 16,8 % en 2022). En revanche, le ratio d'indépendance financière des cliniques de SMR continue de s'améliorer : il atteint 30,6 % en 2024 (après 31,8 % en 2023 et 35,9 % en 2022). La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la CAF, augmente en 2024, pour la deuxième année consécutive, et atteint son plus haut niveau depuis 2010, passant de 3,9 ans en 2023 à 4,2 ans en 2024 (graphique 4). La hausse de cette durée, qui représente le nombre d'années nécessaire aux cliniques privées pour rembourser leur dette en y consacrant l'intégralité de leurs ressources propres, reflète la

### Graphique 3 Effort d'investissement, capacité d'autofinancement et dotation aux amortissements des cliniques privées depuis 2006



**Notes >** Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les indicateurs portant sur les investissements en 2022, 2023 et 2024 sont particulièrement fragiles en raison du faible nombre d'observations, en particulier la décomposition de l'effort d'investissement par discipline d'équipement. Ils sont donc à interpréter avec précaution. Les séries peuvent être heurtées, car certaines cliniques peuvent connaître des évolutions brusques à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

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

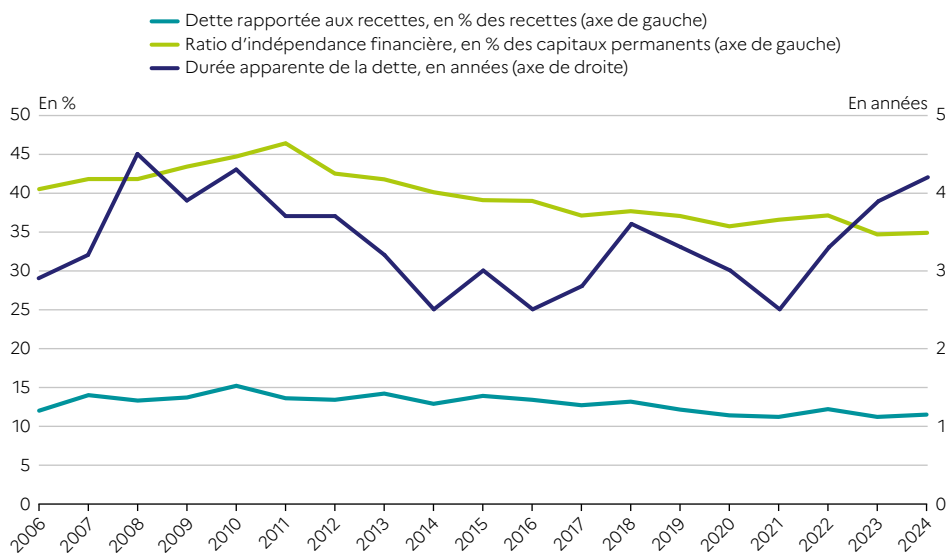
**Sources >** Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

9. 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 rapporté aux capitaux permanents de l'établissement est lourd.

dégradation continue de la CAF, en raison notamment de la hausse des dépenses. La proportion de cliniques privées surendettées<sup>10</sup> augmente également et atteint 21 % en 2024, après 19 % en

2023 (graphique 5 et tableau complémentaire A). Plus de la moitié des cliniques n'ont aucun critère de surendettement en 2024 (56 %, après 57 % en 2023). ■

#### Graphique 4 Encours de la dette rapporté aux recettes, ratio d'indépendance financière et durée apparente de la dette des cliniques privées depuis 2006



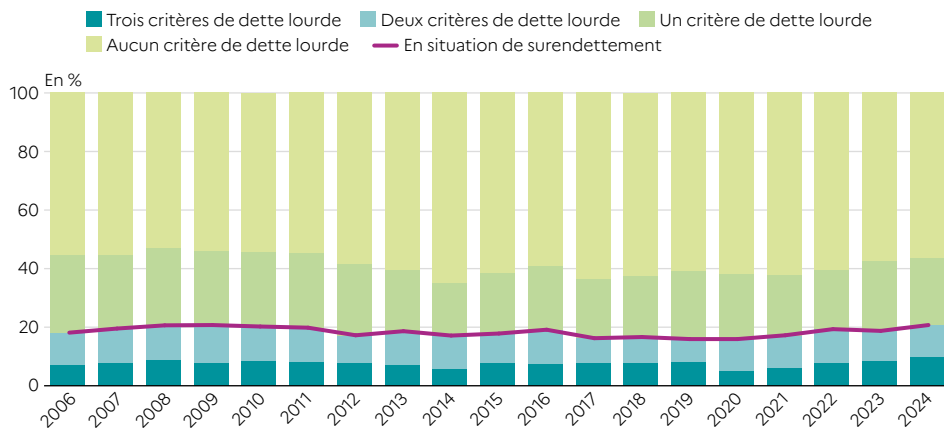
**Notes >** Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les séries peuvent être heurtées car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

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

**Sources >** Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

<sup>10</sup> Les critères de surendettement sont définis par analogie avec ceux du secteur public, eux-mêmes définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. 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 ou qui est négative ; 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. À partir des publications de la Drees postérieures à 2023, le critère 2 inclut les établissements dont la durée apparente de la dette est négative, car cela fait état de l'absence de ressources d'autofinancement de cet établissement pour rembourser sa dette.

## Graphique 5 Proportion de cliniques privées en situation de surendettement depuis 2006



**Note >** Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 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 ou qui est négative (absence de ressources d'autofinancement pour le remboursement de la dette) ; 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 (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

**Sources >** Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

Les données comptables des cliniques sont relatives aux établissements de santé privés à but lucratif de France (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), dont le statut juridique a été confirmé après croisement avec les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Les comptes des cliniques sont disponibles par numéro unique d'identification au répertoire des entreprises (numéro Siren), tandis que les données de la SAE sont collectées par numéro d'inscription au répertoire des établissements sanitaires et sociaux (numéro Finess). Au niveau juridique, la correspondance est en théorie de « un pour un » entre le répertoire Finess et le répertoire Sirene, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique. À titre d'illustration, cette correspondance est de « un pour un » dans plus de 90 % des cas.

Les liasses fiscales des cliniques privées, disponibles par numéro Siren, sont déposées auprès des greffes des tribunaux de commerce. Elles sont parfois transmises avec du retard. Les données de 2012 à 2024 ont été extraites le 14 avril 2026. Les indicateurs calculés sur cette période peuvent ainsi différer de ceux publiés dans les éditions précédentes, du fait d'une réactualisation des données. Par ailleurs, les données pour 2024 sont considérées comme provisoires. À titre d'illustration, en moyenne annuelle, 87 % des liasses fiscales des cliniques du champ SAE sont disponibles auprès des greffes des tribunaux de commerce, pour la période 2012-2023, contre 82 % pour l'année 2024. Le redressement des données par le recours à un calage sur marges (voir *infra*) permet cependant de rendre l'échantillon plus représentatif de l'ensemble des cliniques du champ SAE. 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, notamment concernant le montant des investissements, qui est connu pour 72 % à 80 % des cliniques présentes dans la SAE entre 2012 et 2021. En 2022, 2023 et 2024, le nombre de cliniques ayant ●●●



renseigné le montant de leurs investissements est particulièrement faible (respectivement 57 %, 67 % et 63 % des cliniques présentes dans la SAE). Les indicateurs portant sur les investissements entre 2022 et 2024, extrapolés à l'ensemble des cliniques du champ SAE, sont donc fragiles, d'autant que les cliniques ne renseignant pas leurs investissements n'ont sans doute pas le même profil d'investisseurs que celles qui le font. Ils sont donc à considérer avec précaution.

### Sources

Les données comptables et financières des cliniques privées sont mises à disposition par la société Altares – D&B. Elles proviennent des liasses fiscales des cliniques privées. La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

### Méthodologie

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 – D&B) afin de corriger les erreurs liées à la lecture automatique des liasses fiscales.

La présente fiche intègre les résultats de travaux menés en vue d'améliorer la correspondance entre les Finess juridiques et les numéros Siren à partir des données de la SAE 2022, dont les résultats ont été extrapolés aux années 2020 à 2024. Les indicateurs relatifs à ces années peuvent donc différer de ceux publiés dans les éditions précédentes de ce *Panorama*.

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 (par exemple une même société qui générerait à la fois une clinique privée et une maison de retraite, dont les données comptables au niveau de l'entité juridique ne permettraient pas de distinguer les flux correspondants à chacune des deux activités). Pour limiter les biais et exclure les sociétés dont l'activité principale est très éloignée d'une activité sanitaire, l'analyse se limite ici aux entités juridiques dont l'activité principale d'exercice (APE) est hospitalière. Toutefois, il subsiste des entités juridiques avec une APE hospitalière, ayant également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maison de retraite. Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Concrètement, les indicateurs sont produits à partir des seules cliniques dans le champ SAE, dont les liasses fiscales sont disponibles, et dont le code APE de l'unité légale prend la valeur 8610Z correspondant à des « activités hospitalières » selon la nomenclature NAF, 2<sup>e</sup> révision. 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 du champ SAE, y compris de celles dont le code APE n'est pas « activités hospitalières ». La pondération repose sur des indicateurs relatifs uniquement à l'activité sanitaire de ces cliniques, afin de ne capter, dans la mesure du possible, que les flux financiers liés à cette activité. Cette méthodologie donne une estimation plus précise des différents indicateurs financiers.

Une décomposition des indicateurs par discipline principale d'équipement des cliniques est proposée après croisement des données comptables de l'entité juridique avec la 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 médicaux et de réadaptation [SMR]). 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 de SMR et celles de psychiatrie correspondent ainsi aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante SMR et psychiatrie. Les cliniques de MCO regroupent celles à dominante MCO, ainsi que les cliniques de dialyse, de radiothérapie et d'hospitalisation à domicile (HAD). Comme les données financières concernent l'ensemble de l'entité juridique, et non chaque unité médicale ou discipline d'équipement, des imprécisions subsistent sur cette catégorisation.

Enfin, la plupart des cliniques privées 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.

**Pour en savoir plus**

- > **Cour des comptes** (2023, octobre). *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité*. Rapport.
- > **Delort, L., Vergondy, L.** (2026, janvier). En 2022, neuf cliniques privées sur dix font partie d'un groupe. Insee, *Insee Première*, 2089.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2025, octobre). *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 – Annexe 6 : Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale*. Rapport.
- > **Gratieux, L., Le Guillou, Y.** (2025, juillet). *La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024*. Rapport, Igas.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. Drees, *Drees Méthodes*, 3.

# Annexe 1

## Glossaire économique et financier

**Sous embargo jusqu'au 20 mai 2026 à 6h.**

Ce glossaire précise les définitions des indicateurs mobilisés pour l'analyse de la situation économique et financière des établissements de santé, ainsi que les définitions des termes nécessaires à leur bonne compréhension. Sauf mention contraire, les termes définis sont communs aux secteurs public et privé.

**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 une unité de soin de longue durée (USLD) rattachée à cet hôpital n'est 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 une USLD rattachée à cet hôpital n'est pas comptabilisée dans les ventes de l'hôpital. Dans les budgets principal et annexes du secteur public, les recettes 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 résultats annexes, 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 une USLD rattachée à cet hôpital n'est pas comptabilisé dans les dépenses de l'hôpital. Dans les budgets principal et annexes 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 résultats annexes, 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, il 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).

**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 secteur 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 secteur 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'immobilisations), 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 secteur 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 le solde des opérations en commun, 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.

**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. Elle est comptabilisée parmi les charges, 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 secteur

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 contre-intuitif, est fixé réglementairement (article D. 6145-70 du Code de la santé publique). Un ratio d'indépendance financière élevé est 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. Il correspond donc au nombre d'années nécessaire à l'établissement pour rembourser sa dette s'il y consacrait l'intégralité de sa capacité d'autofinancement.