

ÉTUDES et RÉSULTATS

juillet 2026
n° 1380

Le déficit des hôpitaux publics diminue en 2025 mais reste à un niveau élevé

Premiers résultats sur les établissements de santé en 2025

En 2025, l'activité des établissements de santé a crû dans l'ensemble, mais son évolution est contrastée suivant les disciplines et le secteur juridique des structures. En court séjour, les hôpitaux publics contribuent pour les deux tiers à la hausse du nombre de séjours, qui concerne à la fois l'hospitalisation complète (avec nuitée) et l'hospitalisation partielle (sans nuitée). En moyen séjour, l'activité croît quelle que soit la forme d'hospitalisation, mais ralentit. L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) augmente très nettement. En psychiatrie, les hospitalisations à temps partiel et à temps complet diminuent.

Le nombre de passages aux urgences augmente légèrement, quant à lui, de 0,8 % (après +2,5 % en 2024).

D'après de premières estimations, le déficit global des hôpitaux publics atteindrait 2,1 % de leurs recettes en 2025. Leur effort d'investissement se replie en 2025. En pourcentage des recettes, la dette des hôpitaux publics continue de diminuer. Malgré cette baisse, le rapport entre l'encours de la dette et les capitaux permanents est en hausse.

Tous secteurs confondus, le nombre de salariés des établissements de santé augmente de 1,0 % en un an (après +0,7 % en 2024).

Zinaïda Salibekyan-Rosain, Clémentine De Champs, Lauren Delort, Yves Dubois, Hamid Khaoua et Mathilde Donnenfeld (Drees)

En 2025, l'activité des établissements de santé a augmenté, mais de manière contrastée suivant les disciplines et les types d'établissement. La structure même des activités des établissements varie selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prises en charge¹. Les établissements publics réalisent notamment 56 % des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO, ou court séjour) dont 71 % de ceux en hospitalisation complète (avec nuitée), 34 % des journées de soins médicaux et de réadaptation (SMR, ou moyen séjour), 58 % des journées de prise en charge en psychiatrie, ainsi que la quasi-totalité des actes de psychiatrie ambu-

latoire (*graphique 1*). Les cliniques privées réalisent près de la moitié de l'hospitalisation partielle, en court comme en moyen séjour. Les établissements privés à but non lucratif (EBNL) sont, quant à eux, relativement plus développés en moyen séjour (31 % des journées d'hospitalisation partielle) et en hospitalisation à domicile (HAD) [56 % des séjours].

Court séjour : une croissance de l'activité portée en 2025 par le secteur public

Le nombre de séjours en MCO croît de 4,0 % en 2025², après +3,9 % en 2024 (soit +0,8 million de séjours, après +0,7 million) [*graphique 2*]. Comme les années précédentes, cette croissance

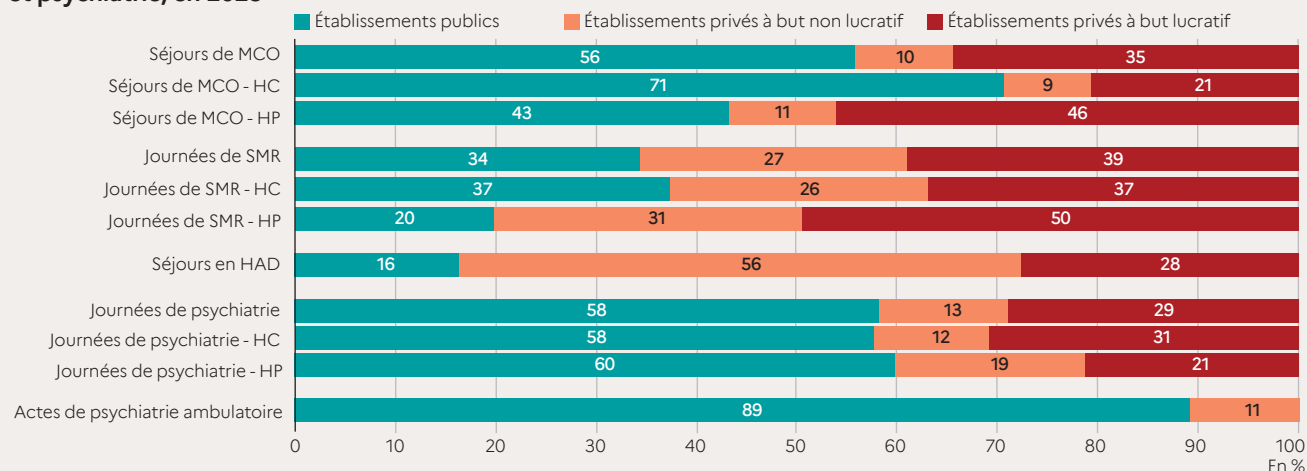
1. En 2024, le nombre d'établissements hospitaliers s'élevait à 2 962, dont 1 330 établissements publics, 977 établissements privés lucratifs et 655 établissements privés non lucratifs.

2. Il s'agit, dans cette publication, d'une évolution non corrigée des jours ouvrés. L'année 2025 comptait un jour de moins que l'année bissextile 2024 (soit environ -0,3 % jour au total et -0,4 % jour ouvré au total). Les évolutions commentées sont robustes à cette différence.

est principalement portée par l'activité ambulatoire : cette dernière augmente de 6,7 % (+0,7 million de séjours, après +6,1 % en 2024), représentant ainsi 89 % de la hausse du nombre de séjours en 2025 (contre 82 % en 2024). Comme en 2024, elle est plus forte en 2025 dans les hôpitaux publics (+9,8 %, soit +0,4 million de séjours) que dans les EBNL (+9,1 %, soit +0,1 million de séjours) et dans les cliniques privées (+3,5 %, soit +0,2 million de séjours) [tableau complémentaire A³].

L'activité d'hospitalisation complète en court séjour progresse aussi significativement dans le secteur public en 2025 (+1,7 %, soit +0,1 million de séjours). Elle est en revanche stable dans le privé non lucratif (+0,0 %) et en baisse dans le privé lucratif (-1,1 %, soit -22 000 séjours). Tous secteurs confondus, l'activité d'hospitalisation complète en court séjour augmente donc de 1,0 % (+0,1 million de séjours).

Graphique 1 Poids des secteurs juridiques des établissements de santé dans les activités de MCO, SMR, HAD et psychiatrie, en 2025



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

Notes > Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés. Si les cliniques privées peuvent, depuis la réforme des autorisations de 2024-2025, demander une autorisation à pratiquer la psychiatrie en ambulatoire, les actes de psychiatrie ambulatoire des cliniques privées ne sont cependant pas encore reportés dans le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) en 2025.

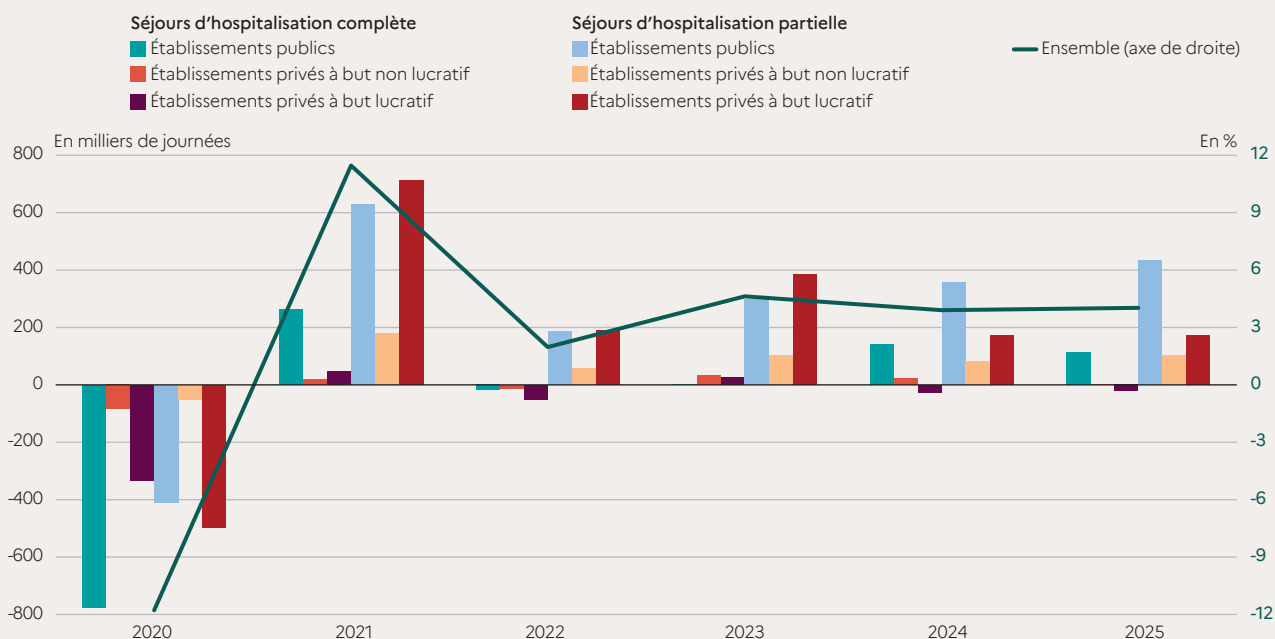
Lecture > Les établissements publics réalisent 34 % des journées de SMR en 2025.

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

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

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

Graphique 2 Évolution du nombre de séjours en MCO dans les établissements de santé de 2020 à 2025, par secteur



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Lecture > Le nombre de séjours en MCO croît de 4,0 % en 2025. Il y a notamment un surcroît de 0,4 million de séjours en ambulatoire dans les hôpitaux publics.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

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

Au total, les hôpitaux publics contribuent à hauteur de 68 % à la hausse du nombre de séjours en MCO entre 2025 et 2024, alors qu'ils réalisent 56 % des séjours. Dans le même temps, les établissements privés à but lucratif y contribuent pour 19 % et les EBNL pour 13 %, alors qu'ils réalisent respectivement 35 % et 10 % des séjours de MCO.

Moyen séjour : la reprise de l'activité ralentit

En SMR, le nombre de journées croît de 2,0 % en 2025 (après +2,6 % en 2024) [graphique 3]. Ce ralentissement concerne tant l'hospitalisation complète (+1,2 %, après +1,6 % en 2024) que l'hospitalisation partielle (+6,2 % après +8,3 %), et l'activité reste dans l'ensemble inférieure de 1,6 % au niveau de 2019, avant la crise sanitaire liée au Covid-19 (6,9 % plus faible en hospitalisation complète, 36,2 % plus élevée en hospitalisation partielle) [tableau complémentaire B]. Le moyen séjour se différencie en cela du court séjour, dont l'activité a retrouvé le niveau d'avant la crise dès l'année 2022.

Bien que l'hospitalisation partielle ne représente que 17 % des journées d'hospitalisation en moyen séjour, la croissance de l'activité de SMR (+0,7 million de journées) se répartit à parts égales entre hospitalisation partielle et complète. Si l'hospitalisation partielle est dynamique dans les trois secteurs (+7,3 % dans les hôpitaux publics, +6,8 % dans les cliniques privées, +4,5 % dans les EBNL), elle est majoritairement portée par les cliniques privées, qui représentent en 2025 environ la moitié de l'hospitalisation partielle de SMR, comme de sa croissance.

En 2025, l'hospitalisation complète est dynamique dans les hôpitaux publics (+2,6 %, soit +0,3 million de journées, après +2,5 % en 2023), mais recule dans les cliniques privées (-1,0 %, soit

-0,1 million de journées, après +0,2 %). Elle progresse également dans les EBN (+2,6 %, soit +0,2 million de journées, après +2,3 %).

Hospitalisation à domicile : poursuite d'un fort développement de l'activité

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un dispositif pouvant se substituer partiellement ou totalement à l'hospitalisation complète avec hébergement, ou la compléter. Elle repose sur une organisation coordonnée entre l'hôpital et le médecin traitant, permettant d'assurer au domicile du patient des soins médicaux complexes et continus, afin d'éviter, remplacer ou raccourcir un séjour en MCO ou en SMR.

L'activité d'HAD poursuit sa croissance en 2025 avec une hausse de 11,2 % du nombre de séjours (+37 000 séjours par rapport à 2024) [tableau complémentaire C]. Cette progression s'observe dans les trois secteurs : le nombre de séjours dans le secteur privé à but non lucratif augmente de 10,9 %, et ils contribuent à hauteur de 55 % de la hausse en 2025, quasi proportionnellement à leur part dans les séjours d'HAD. L'activité d'HAD progresse aussi fortement dans les secteurs privé à but lucratif et public (respectivement +8,7 % et +13,1 %).

En psychiatrie, les hospitalisations à temps partiel et à temps complet diminuent

Le nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie recule de 2,3 % en 2025 (-0,5 million de journées⁴), après une diminution de moindre ampleur en 2024 (-1,1 %) [graphique 4]⁵. Cette baisse est le reflet de l'accentuation de la baisse du nombre de journées à temps complet, entamée avec la crise sanitaire (-2,2 % en 2025, après -1,5 % par an en moyenne

Encadré 1 Sources et méthodes

Sources des données

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

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

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

Les données comptables et financières des hôpitaux publics sont recueillies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 15/07/2026).

Le système d'information sur les agents des services publics (SIASP), produit par l'Insee, rassemble chaque année des données individuelles sur l'emploi et les rémunérations des agents appartenant aux trois versants de la fonction publique.

La Base Tous salariés (BTS) est un fichier statistique annuel qui contient des informations individuelles sur l'emploi et les rémunérations des salariés

du secteur privé, de la fonction publique, des entreprises publiques et des particuliers employeurs en France.

Le fichier détail trimestriel (FDT) lié aux Estimations trimestrielles d'emploi (ETE) de l'Insee, de l'Urssaf Caisse Nationale, et de la Dares contient des données sur les postes de travail des établissements employeurs en fin de trimestre T, permettant un suivi conjoncturel à T+60 jours par grand secteur d'activité économique (par exemple le secteur des activités pour la santé humaine).

Méthodes

Tous les chiffres présentés pour 2025 sont des premières estimations, susceptibles d'être révisées à l'occasion du Panorama *Les établissements de santé en 2025 – Édition 2027*. En particulier :

- Les données sur la situation financière des hôpitaux publics pour 2025 sont basées sur les comptes, tels que transmis à la Direction générale des finances publiques fin juin 2026. Pour 78 % des entités juridiques, il s'agit des comptes définitifs ; pour le reste, représentant 16 % de la recette totale, il s'agit de comptes non définitifs « M14 », pour lesquels un redressement statistique est mis en œuvre utilisant l'évolution observée cette année entre les comptes M14 et les comptes définitifs (sur les établissements passés en définitif pour l'exercice 2025) : il s'agit donc d'une estimation, qui sera révisée dans le Panorama *Les établissements de santé en 2025* en juillet 2027.
- Les données sur l'activité en psychiatrie (respectivement aux urgences) sont issues de la SAE jusqu'en 2024, auxquelles ont été appliquées les évolutions annuelles calculées sur le RIM-P (resp. sur les RPU) pour réaliser une estimation pour l'année 2025.
- Pour produire des séries statistiques chronologiques sur les effectifs hospitaliers, la Drees utilise jusqu'en 2024 le SIASP pour les établissements publics, la BTS pour les établissements privés, et la SAE permet de compléter les données sur les internes, le Service de santé des armées (SSA) et les établissements mahorais. Les FDT sont utilisés en complément pour estimer l'évolution des effectifs en 2025.

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

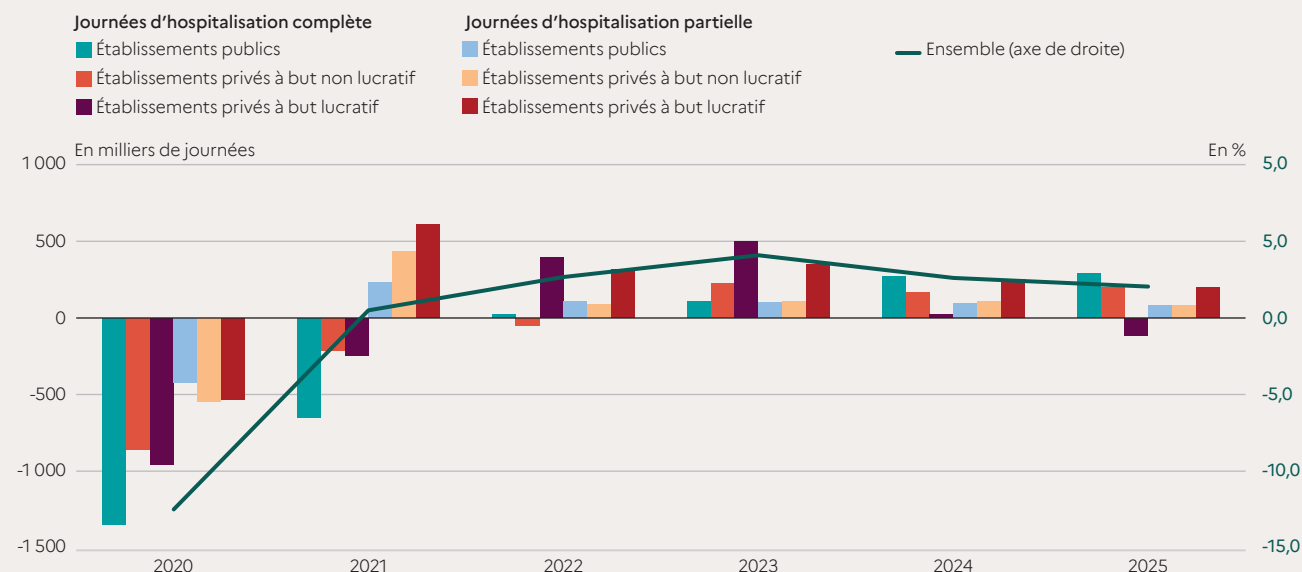
5. Dans cette publication les indicateurs concernant la psychiatrie sont basés sur deux sources : la SAE (2013-2024) et le RIM-P (2024-2025) [encadré 1].

entre 2020 et 2024, -5,1 % en 2020 et -1,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019) [tableau complémentaire D]. Il y a, en effet, 0,4 million de journées d'hospitalisation à temps complet de moins par rapport à 2024.

La baisse d'activité d'hospitalisation complète est en premier lieu le fait du secteur public (-2,3 %, soit -0,2 million de journées, après -2,4 % en 2024). Le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue aussi dans les établissements privés à but lucratif (-2,1 %, après -0,4 % en 2024) ou non lucratif (-2,5 % après -0,8 %).

Le nombre de prises en charge à temps partiel en psychiatrie diminue de 2,7 % en 2025 pour la première fois depuis le fort rebond post-crise sanitaire (hausse de 19,8 % en 2021 et de +2,7 % en moyenne chaque année entre 2022 et 2024). Il diminue dans les hôpitaux publics (-4,4 %, après +1,6 % en 2024) et les EBNL (-2,1 % après -2,8 %), mais continue d'augmenter dans les cliniques privées (+1,8 % après +3,6 %), possiblement en lien avec la croissance de leurs capacités ces dernières années (+1 100 places entre 2019 et 2024, soit +49 %).

Graphique 3 Évolution du nombre de journées en SMR dans les établissements de santé de 2020 à 2025, par secteur



SMR : soins médicaux et de réadaptation.

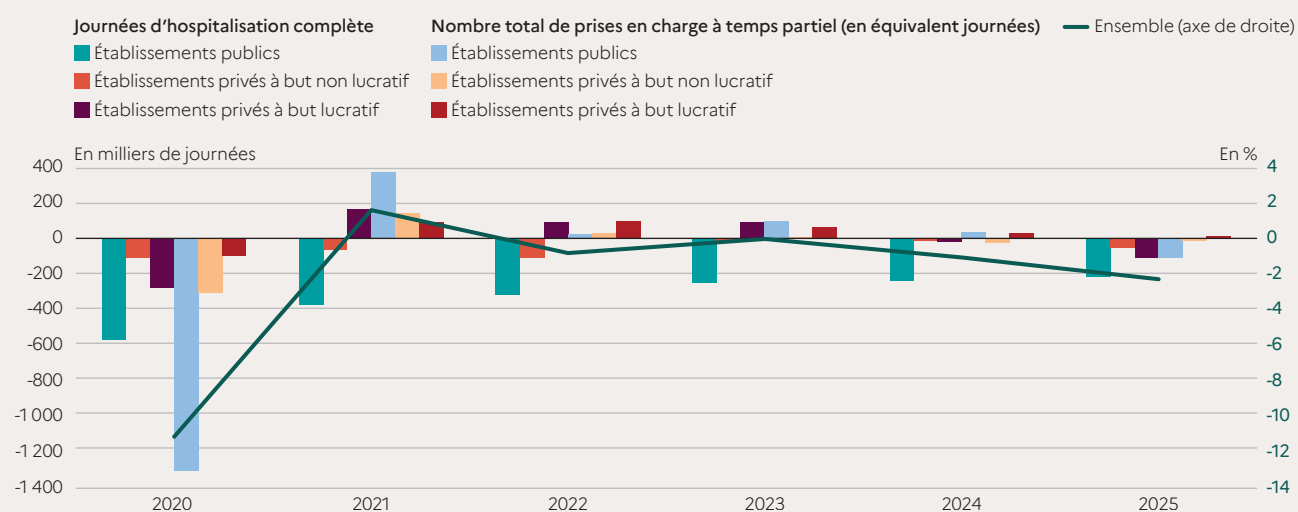
Lecture > Le nombre de journées en SMR croît de 2,0 % en 2025.

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

Sources > ATIH, PMSI-SMR 2020-2025, traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

Graphique 4 Évolution du nombre de journées de prise en charge en psychiatrie dans les établissements de santé de 2020 à 2025, par secteur



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

Lecture > Le nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie recule de 2,3 % en 2025. Il y a notamment une diminution de 0,2 million des journées d'hospitalisation complète dans les hôpitaux publics.

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

Sources > Drees, SAE 2019-2024 (base statistique), ATIH, RIM-P 2024-2025, traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

Le nombre d'actes d'ambulatoire⁶, correspondant à des prises en charge de moins de 3 heures principalement en centre médico-psychologique (CMP), en centre d'accueil thérapeutique (CATTP) ou en unité de consultation des services, augmente (+2,5 %, soit +0,5 million, après +3,6 % en 2024), porté par les hôpitaux publics (+2,7 %, soit +0,5 million, après +3,6 % en 2024) [tableau complémentaire D]. Dans les EBNL, les actes ambulatoires augmentent de 1,1 % en 2025 (après +3,7 % en 2024).

Si la pratique des soins ambulatoires en psychiatrie n'était, jusqu'à récemment, pas ouverte aux cliniques privées, cette configuration a vocation à évoluer avec la réforme des autorisations mise en œuvre à partir de 2024-2025 : tous les établissements détenant une autorisation de psychiatrie doivent en demander le renouvellement à leur agence régionale de santé (ARS). Or, pour obtenir une autorisation dans le nouveau régime, chaque établissement doit être en mesure de proposer, le cas échéant par conventionnement, l'accès à des prises en charge à temps complet, à temps partiel et à des structures de psychiatrie ambulatoire. Cette dernière forme de prise en charge, précédemment réservée aux secteurs public et privé à but non lucratif⁷, est donc amenée à se développer dans le secteur privé à but lucratif⁷.

Le nombre de passages aux urgences augmente de 0,8 %

En 2025, le nombre de passages dans les structures des urgences générales ou pédiatriques⁸ augmente légèrement (+0,8 %, après +2,5 % en 2024) [graphique 5]. Il s'établit à 21,5 millions de passages sur l'année. Cette hausse a lieu en dépit de la généralisation en cours du service d'accès aux soins (SAS)⁹, parmi d'autres mesures mises en place pour limiter l'afflux de patients ou en raison d'un manque de personnels : fermeture complète de structures des urgences sur certains créneaux horaires¹⁰ et mesures de régulation

de l'accès au service des urgences conditionné à un appel préalable au service d'aide médicale urgente (Samu) ou au SAS.

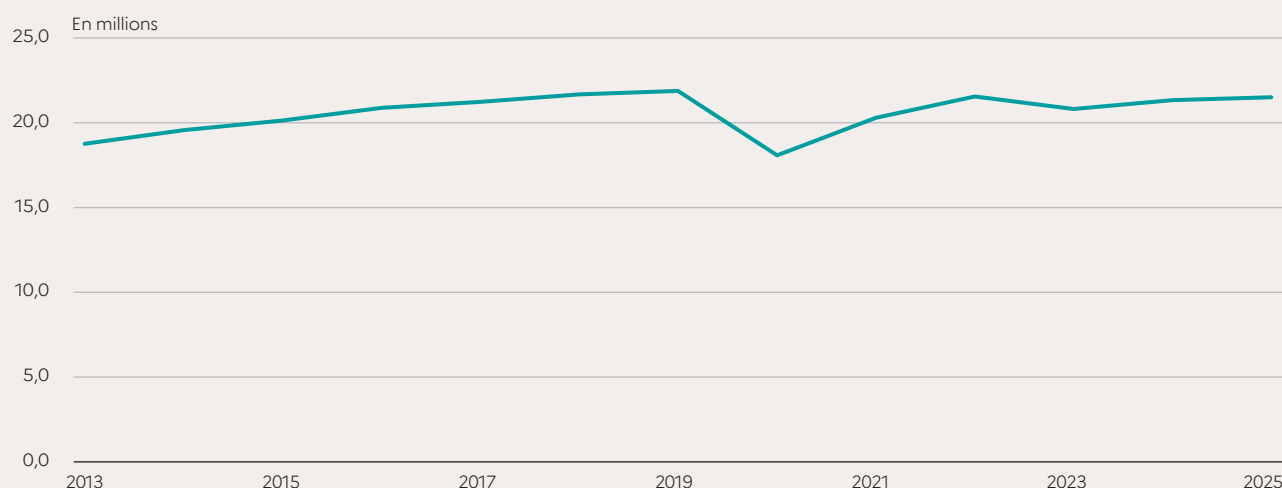
Selon ces premières estimations, cette hausse s'observe dans une faible majorité de régions, notamment dans le Grand Est (+2,5 %) et dans les Hauts-de-France (+2,1 %), mais aussi dans plusieurs départements et régions d'outre-mer, dont la Guyane (+6,4 %). À l'inverse, le nombre de passage aux urgences diminue notablement en Bourgogne-Franche-Comté (-1,9 %), en Corse (-4,4 %) et en Guadeloupe (-3,8 %) [carte 1].

Le déficit hospitalier diminue pour s'établir à 2,1 % des recettes

D'après une première estimation basée sur leurs comptes non définitifs à la fin juin 2026, le déficit global des hôpitaux publics atteindrait 2,1 % de leurs recettes en 2025, après 2,7 % en 2024 (graphique 6). Ce niveau correspond à un résultat net négatif de l'ordre de -2,3 milliards d'euros (après -2,9 milliards d'euros en 2024), soit le troisième niveau le plus élevé sur la série depuis 2005.

Ce résultat net correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. La réduction du déficit des hôpitaux publics est largement attribuable au résultat d'exploitation, qui atteint -1,9 % des recettes, soit de l'ordre de -2,1 milliards d'euros (après -2,3 % des recettes, soit -2,5 milliards d'euros en 2024). En 2025, les charges d'exploitation continuent d'augmenter mais à un rythme moins soutenu qu'en 2024 tandis que les produits progressent à un rythme similaire. Le résultat financier est, quant à lui, structurellement négatif, en raison du paiement des intérêts des emprunts. Il s'établit à -0,8 % des recettes, soit -0,9 milliard d'euros (comme en 2024). Le résultat exceptionnel continue d'augmenter en 2025 et

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



Lecture > Les structures des urgences générales ou pédiatriques traitent 21,5 millions de passages en 2025.

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

Sources > Drees, SAE 2013-2024 (bases statistiques), ATIH, RPU 2024-2025 ; traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

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

⁷. Les actes de psychiatrie ambulatoire des cliniques privées ne sont cependant pas encore reportés dans le Rim-P en 2025.

⁸. Le nombre de structures des urgences générales ou pédiatriques s'élève à 685 en 2024.

⁹. Fin 2025, l'ensemble du territoire métropolitain, la Martinique et La Réunion sont couverts par 96 SAS, contre 89 à l'automne 2024.

¹⁰. Une telle possibilité peut même être mise en place depuis 2024 de façon pérenne en transformant la structure des urgences en antenne de médecine d'urgence (MU), et les premières antennes de MU sont mises en place fin 2025.

représente 0,6 % des recettes, soit 0,6 milliard d'euros. Il est à son plus haut niveau depuis 2005.

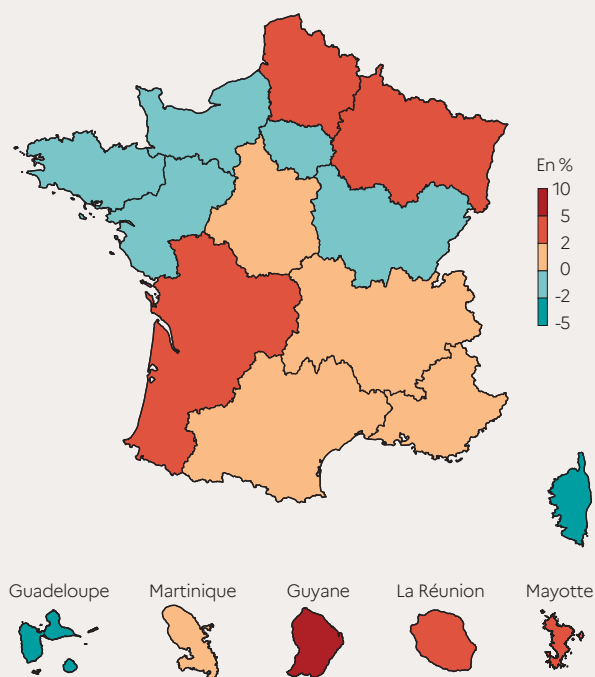
La forte progression des dépenses du secteur hospitalier public, amorcée depuis la crise sanitaire, ralentit en 2025 : +2,9 %, après +3,9 % en 2024 et +6,6 % en 2023, et seulement +2,6 % par an en moyenne avant la crise (entre 2005 et 2019). Les dépenses du budget global sont de l'ordre de 113,2 milliards d'euros (après 110,0 milliards d'euros en 2024). Le ralentissement de la progression des dépenses, dans un contexte de recettes toujours dynamiques (+3,6 %), explique la réduction du déficit.

Considérant le budget principal¹¹, les charges de personnel ralentissent : +3,0 %, soit +1,9 milliard d'euros, après +4,1 % en 2024, soit +2,5 milliards d'euros. Ce ralentissement s'explique en partie par l'absence, en 2025 par rapport à 2024, de mesures générales de revalorisation salariale telles que les mesures Guerini mises en œuvre en 2024. Les charges à caractère médical, constituées pour l'essentiel de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant et deuxième plus gros poste des charges, ralentissent également (+3,3 %, contre +8,5 % en 2024). La capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer leur financement et leur investissement, atteint 1,8 % des recettes en 2025 après 1,0 % en 2024 (*graphique 7*).

L'effort d'investissement des hôpitaux publics se replie

Les accords du Ségur de la santé, signés en juillet 2020, prévoient des aides destinées à soutenir le financement des investissements des établissements de santé et médico-sociaux. Ils correspondent à un engagement de 19 milliards d'euros sur dix ans, dont

Carte 1 Évolution 2024-2025 du nombre de passages aux urgences par région



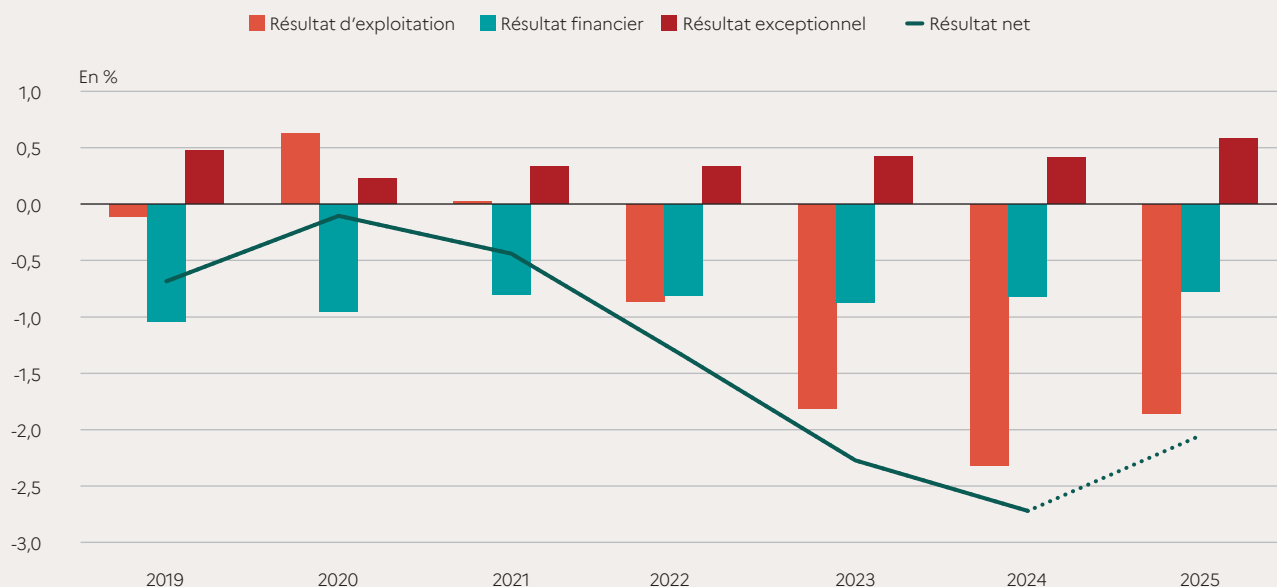
Lecture > En Île-de-France, le nombre de passages aux urgences générales ou pédiatriques augmente de 0,6 % en 2024.

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

Sources > Drees, SAE 2024, ATIH, RPU 2024-2025 ; traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

Graphique 6 Compte de résultat des hôpitaux publics, de 2019 à 2025



Lecture > En 2025, le déficit global des hôpitaux publics (résultat net négatif) atteint 2,1 % de leurs recettes. Le résultat exceptionnel, qui est l'une de ses composantes, s'élève à 0,6 %.

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

Source > DGFIP, traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

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

9 milliards d'euros destinés à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé et 6,5 milliards d'euros consacrés à la restauration de la capacité financière des établissements de santé (désendettement) assurant le service public hospitalier.

Cependant, l'effort d'investissement des hôpitaux publics se replie après le pic observé en 2023 (*graphique 7*). Il est à 4,8 % des recettes en 2025 (après 5,1 % en 2024 et 5,4 % en 2023)¹². L'effort d'investissement des hôpitaux publics s'élève ainsi à environ 5,4 milliards d'euros pour l'année 2025 (après 5,5 milliards d'euros pour l'année 2024) [*tableau complémentaire E*]

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

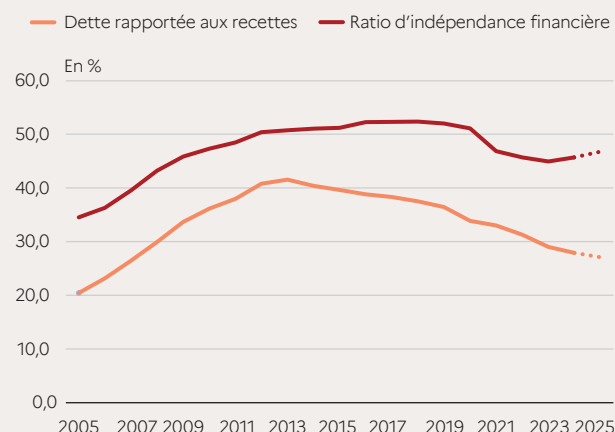
En pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics continue de baisser (à 27,1 % des recettes en 2025, soit 30,0 milliards d'euros, après 27,9 % en 2024) [*graphique 8*]. Fin 2025, 4,0 milliards d'euros sur les 6,5 milliards prévus par les accords du Ségur de la santé d'ici à 2029 ont déjà été versés par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) aux établissements de santé (Cour des comptes, 2026). Initialement conçue comme une reprise de la dette, cette mesure prend plus concrètement la forme d'un soutien au désendettement, par un abondement des capitaux permanents.

Malgré cette baisse, le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents se dégrade et affiche une hausse (46,8 % en 2025, après 45,7 % en 2024 et 45,0 % en 2023). En effet, les capitaux permanents continuent de diminuer (-1,7 % en 2025, après -2,0 % en 2024, +0,3 % en 2023, +0,2 % en 2022 et +13,8 % en 2021).

Les effectifs hospitaliers augmentent à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé

D'après de premières estimations, les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent de 1,0 % en 2025 (après +0,7 % en 2024,

Graphique 8 Encours de la dette rapporté aux recettes et ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics, de 2005 à 2025



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 » 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 se traduit par une augmentation plus marquée de l'encours de la dette en 2011, ainsi que des indicateurs qui en découlent.

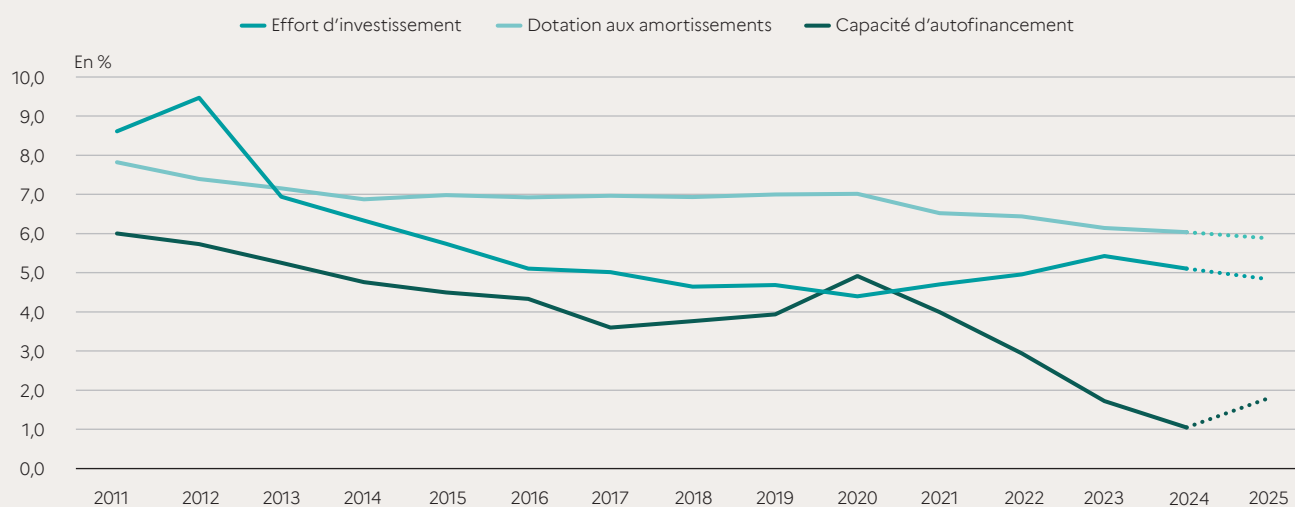
Lecture > En 2025, la dette globale des hôpitaux publics atteint 27,1 % de leurs recettes. Leur ratio global d'indépendance financière s'élève à 46,8 % de leurs capitaux permanents.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

Graphique 7 Effort d'investissement et capacité d'autofinancement des hôpitaux publics, de 2005 à 2025



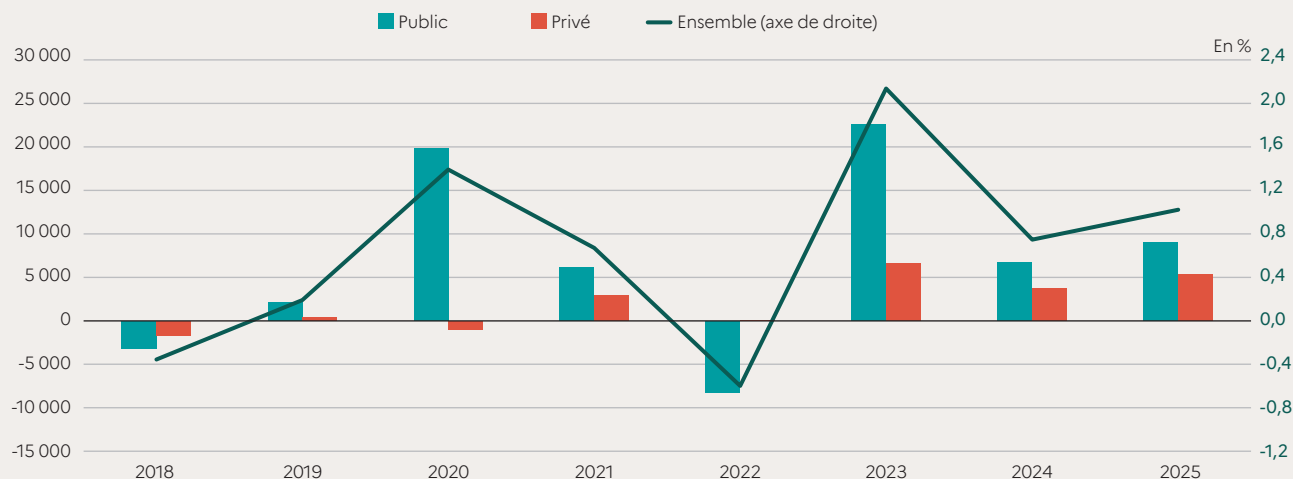
Lecture > En 2025, l'effort d'investissement global des hôpitaux publics est de 4,8 % de leurs recettes.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

¹². Dans ce contexte, il a été annoncé en mai qu'une instruction visant à donner de la visibilité sur les investissements à l'horizon de dix ans serait prochainement publiée, accompagnée d'une enveloppe de 6 milliards d'euros en relais du plan Ségur.

Graphique 9 Variations annuelles d'effectifs hospitaliers, de 2018 à 2025

Lecture > En 2025, les effectifs hospitaliers augmentent de 1,0 % (+9 000 salariés dans le secteur public et +5 400 salariés dans le secteur privé).

Champ > Salariés du secteur hospitalier présent au 31 décembre (personnes physiques y compris contrats aidés, hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le Service de santé des armées.

Sources > Insee, Siasp, BTS et FDT ; Drees, SAE ; traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1380 © Drees

et +2,1 % en 2023) [graphique 9]. Cette hausse s'observe à la fois dans le secteur public (+0,8 %, soit +9 000 salariés, après +0,6 % en 2024) et dans le secteur privé (+1,7 %, soit +5 400 salariés, après +1,2 %).



Télécharger les données

Mots clés : Établissement de santé Hôpital Financement Urgences Hospitalisation à domicile

Pour en savoir plus

- > Cazenave-Lacroutz, A. (dir.) (2026, juillet). *Les établissements de santé en 2024 – Édition 2026*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- > Cour des Comptes (2026, mai). *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Rapport Sécurité sociale 2026.
- > Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) (2026, juin). *Panorama des ORU 2025 – Activité des services d'urgence à partir des données RPU*. Paris, France : coll. Panorama national.
- > Fédération hospitalière de France (FHF) et La Banque postale (2025, décembre). *Regard financier sur les hôpitaux publics – Focus entre 2019-2023 sur les ratios d'exploitation : quels déterminants ?* Rapport.
- > Insee (2023, novembre). Concepts et méthodes pour estimer l'emploi salarié conjoncturel. *Note méthodologique*.
- > Observatoire régional des soins non programmés d'Île-de-France (ORNSP) (2026, juin). *Rapport d'activité 2025 – Activité des services d'urgences en Île-de-France*. Rapports annuels SAU.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

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

> Nous contacter
drees-infos@sante.gouv.fr

> Contact presse
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargé d'édition : Alexandre Gadaud
Mise en pages : Marianne Poueyou et Julie Eneau
Conception graphique : Drees

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees – Tour Olivier de Serres – 78-84 rue Olivier de Serres – 75015 Paris ou en envoyant un courriel à : drees-rgpd@sante.gouv.fr.