

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'euros¹, 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.

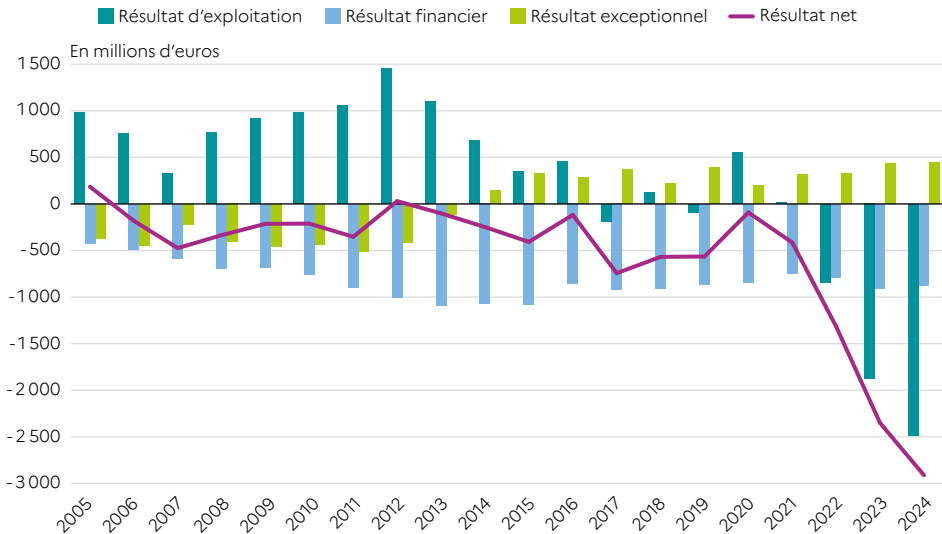
Le résultat net correspond, en effet, à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel (voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »). En 2024, leurs évolutions respectives, 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)², 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'écarts 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
Ensemble des hôpitaux publics	797	100	-0,5	-0,1	-0,9	-0,7	-0,7	-0,1	-0,4	-1,3	-2,3	-2,7
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]³.

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 établissements⁴ : 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 2024⁵, 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 principal⁶, 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 titres⁷. 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
Produits						
Total du BP – somme des comptes de produits de classe 7	74,4	79,6	85,1	88,7	93,7	96,8
Total du BP selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	77,6	83,4	88,9	93,1	99,4	101,6
titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	58,3	64,5	68,9	71,8	75,9	78,1
titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,5	4,9	5,2	5,6	5,8	6,1
titre 3 : autres produits	13,7	14,0	14,8	15,7	17,7	17,4
Charges						
Total du BP – somme des comptes de charges de classe 6	75,1	79,8	85,4	89,7	95,6	99,4
Total du BP selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	78,2	83,6	89,3	94,1	101,3	104,3
titre 1 : charges de personnel	47,6	51,3	54,9	57,9	60,8	63,3
titre 2 : charges à caractère médical	16,0	17,1	18,8	19,9	21,0	22,8
titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,8	8,1	8,5	9,0	12,0	10,5
titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,9	7,2	7,1	7,3	7,5	7,7

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)⁸, 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 réalisée⁹. En 2024, la répartition évolue vers 50 % du montant de référence et 50 % de l'activité réalisée¹⁰, et les montants de la SMA versés aux hôpitaux publics s'élèvent 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'attractivité¹¹, notamment la revalorisation du point d'indice (PLFSS, Annexe 6)¹². 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 mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1° 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^{er} 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^{er} 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)¹³. 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'euros¹⁴ 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.

¹³. 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).

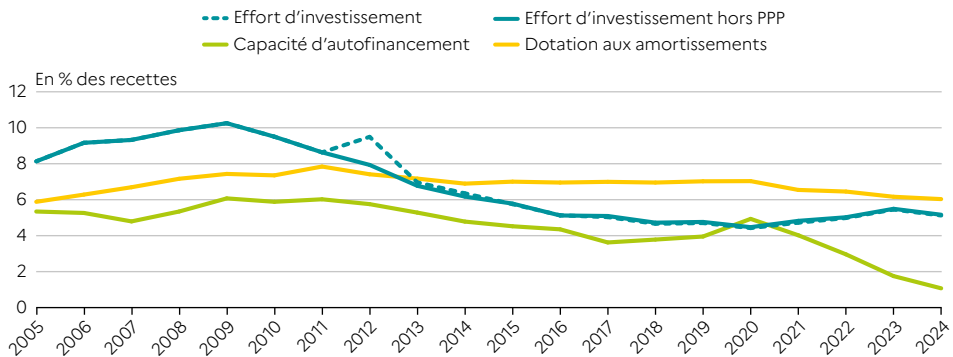
¹⁴. Cet engagement vise tous les champs : hospitalier, santé mentale, médico-social, public ou privé. Parmi ces 19 milliards d'euros, 15,5 milliards d'euros sont consacrés aux établissements de santé.

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 structurants¹⁵ 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, 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.

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.

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

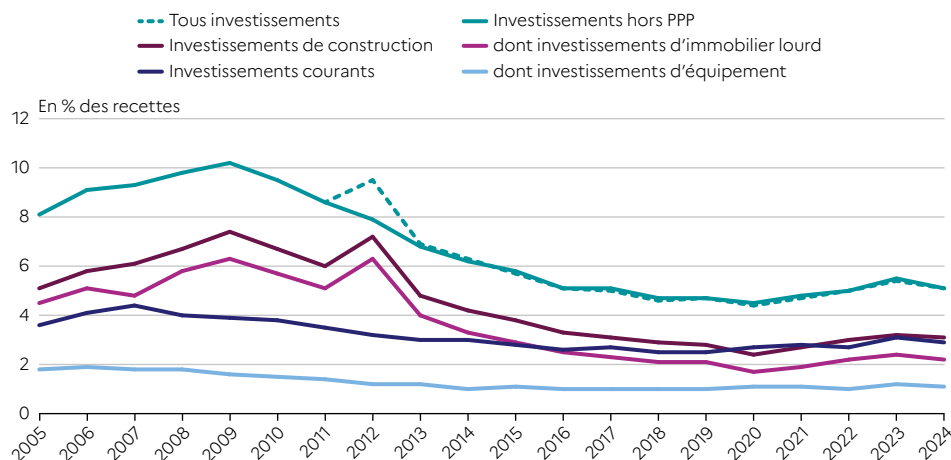
Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

¹⁵. 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).

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 amortissements¹⁶ 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 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).

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.

¹⁶. 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'encours de la dette diminue pour la troisième année consécutive

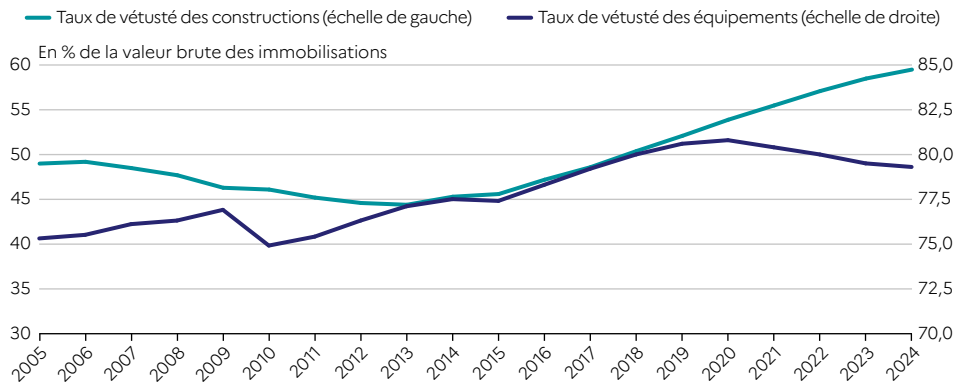
En 2024, l'encours de la dette des hôpitaux publics diminue pour la troisième année consécutive et s'établit à 29,9 milliards d'euros, après avoir atteint 31,1 milliards d'euros en 2021, son point le plus haut depuis le début des observations. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette 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 publics¹⁷, 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 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),

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.

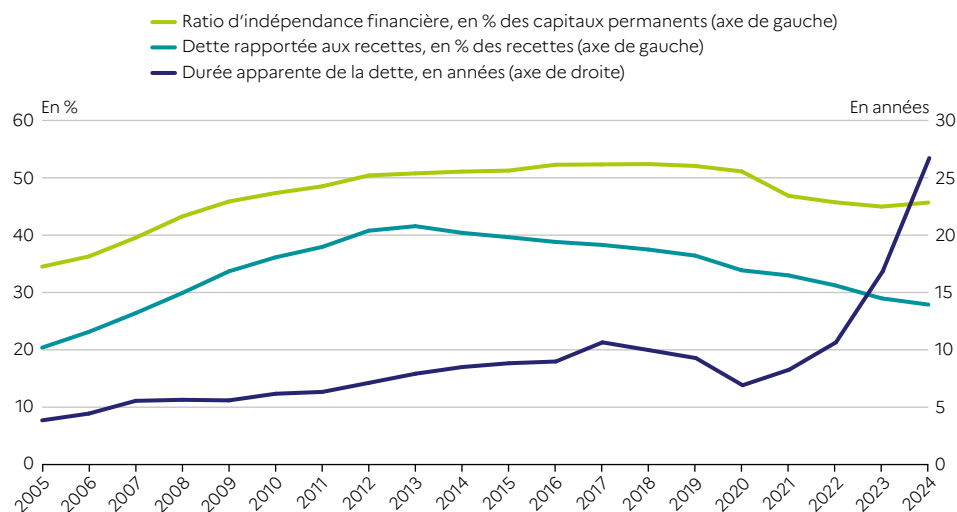
¹⁷ Le terme de « ratio d'indépendance financière » est utilisé dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Contrairement à ce que son nom indique, il apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.

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 surendettés¹⁸ 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.

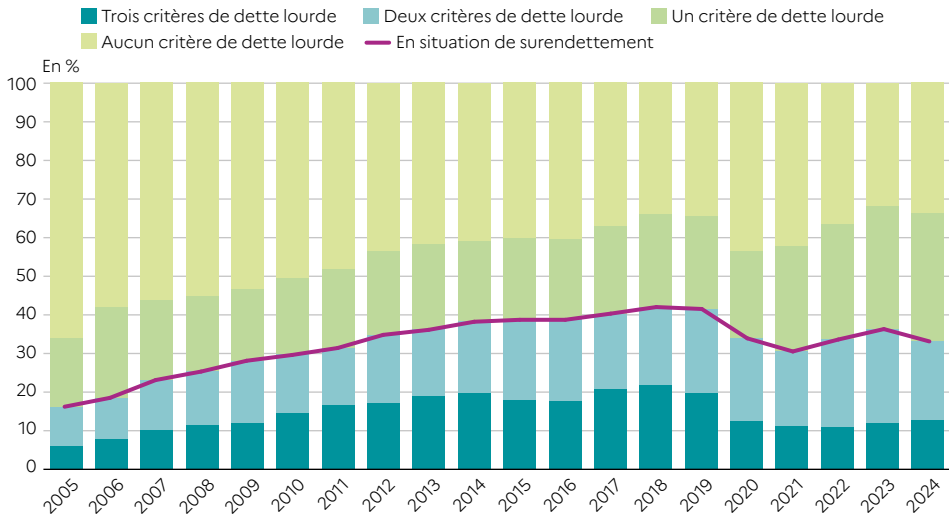
Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariat, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans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