

Fin 2024, le secteur hospitalier français compte 2 962 établissements de santé : 1 330 hôpitaux publics, 977 cliniques privées et 655 établissements privés à but non lucratif. Sur l'année, l'activité d'hospitalisation partielle croît fortement (+5,7 % de journées) et l'hospitalisation complète plus modérément (+1,4 % de séjours). Les 682 structures des urgences ont traité 21,3 millions de passages en 2024 (+2,5 % par rapport à 2023). En 2024, la situation financière des hôpitaux publics se dégrade de nouveau avec un déficit de 2,9 milliards d'euros. Dans le même temps, le résultat net des cliniques privées à but lucratif baisse mais reste faiblement bénéficiaire dans son ensemble, à 194 millions d'euros.

2 962 établissements de santé avec des lits ou des places fin 2024

Au 31 décembre 2024, le secteur hospitalier français est constitué de 2 962 structures¹ disposant de capacités d'accueil en hospitalisations complète (comptées en lits) ou partielle (donc sans nuitée, comptées en places) [voir fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé »]. Ces structures hospitalières peuvent être de natures et de tailles très différentes. Parmi les 1 330 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 183 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR), qui sont aussi très majoritairement centres hospitaliers universitaires² ; 926 centres hospitaliers (CH, y compris les anciens hôpitaux locaux) ; 90 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; et 131 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des établissements de soins de longue durée (SLD). Sauf exceptions, ces entités publiques appartiennent à l'un des 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) dénombrés fin 2024, mode de coopération institué en 2016 et auquel peuvent être associées des structures hospitalières privées. Les structures hospitalières privées comprennent, pour leur part, 977 établissements privés à but lucratif (cliniques privées) et 655 établissements

privés à but non lucratif, dont 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

La baisse tendancielle du nombre d'établissements de santé s'atténue depuis la crise sanitaire

Conséquence de réorganisations et de restructurations, le nombre d'entités géographiques hospitalières a diminué régulièrement entre fin 2013 et fin 2024 (-159 entités géographiques en onze ans, soit -5,1 %, c'est-à-dire -0,5 % par an en moyenne). Depuis 2020, ce mouvement a ralenti (-27 entités entre 2020 et 2024, soit -0,2 % par an en moyenne).

La diminution du nombre d'entités géographiques concerne surtout les hôpitaux publics (-90 entités entre fin 2013 et fin 2024, soit -6,3 %), et principalement d'anciens hôpitaux locaux et des établissements de SLD. Le nombre de cliniques privées a aussi reculé depuis 2013 (-42 entités en onze ans, soit -4,1 %), en particulier les établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires, tandis que le nombre d'établissements de lutte contre les maladies mentales progressait dans ce secteur (+25 entités et +17,4 % en onze ans). Le nombre d'entités privées à but non lucratif a reculé dans l'ensemble dans les mêmes proportions au cours de la période (-27 entités et -4,0 % en onze ans).

1. Ce nombre est obtenu en prenant en compte toutes les entités géographiques identifiées disposant de capacités d'accueil d'hospitalisation (lits ou places), pour le secteur public comme pour le secteur privé.

2. 31 des 32 CHR sont également des CHU. Le CHR de Metz-Thionville n'est pas un CHRU.



Les capacités d'hospitalisation complète diminuent régulièrement sur longue période

Au cours des dernières années comme sur une période plus longue, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation complète (lits en mesure d'accueillir des patients) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée) [voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisations complète et partielle »].

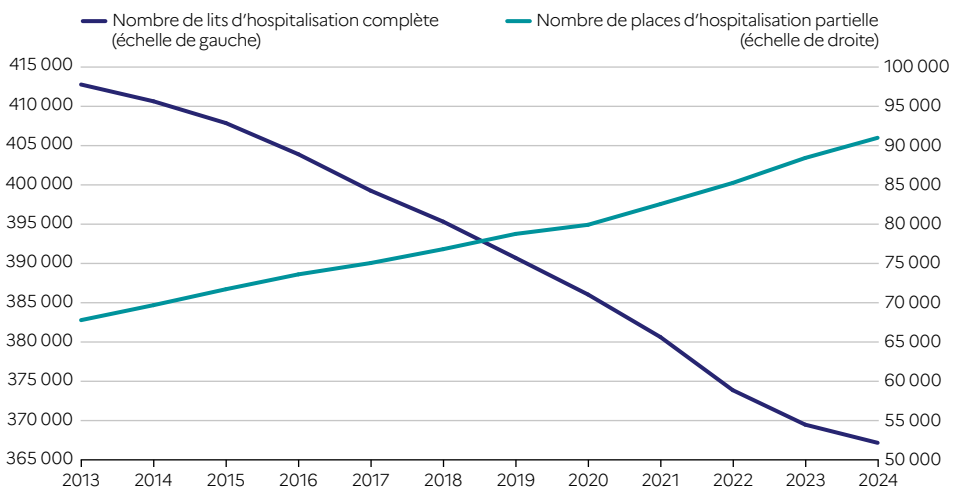
Fin 2024, 367 100 lits d'hospitalisation complète sont ainsi en mesure d'accueillir des patients, soit une diminution de 45 700 lits depuis fin 2013 (*graphique 1*). La baisse du nombre de lits concerne toutes les disciplines, à des rythmes assez réguliers sauf pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR), où elle n'a commencé qu'à partir du milieu des années 2010.

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO ou court séjour), la baisse du nombre de lits en mesure d'accueillir des patients s'est effectuée à un rythme assez régulier au cours de la dernière décennie, passant de 219 700 lits fin 2013 à 186 300 lits fin 2024 (-33 400 lits en onze ans).

Des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie) ont rendu cette évolution possible, en permettant de réaliser en sécurité un nombre croissant de prises en charge en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitée. Ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des prises en charge vers des alternatives à l'hospitalisation complète.

En psychiatrie, où des alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970 et où le nombre de lits est resté globalement stable entre le milieu des années 2000 et le milieu des années 2010, il diminue de nouveau ces dernières années (-7 100 lits d'hospitalisation à temps plein en onze ans), principalement dans les établissements publics. À l'inverse, le nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie augmente dans les cliniques privées. Tous statuts confondus, il atteint 50 600 lits d'hospitalisation à temps plein fin 2024. Après avoir fortement diminué dans les années 2000, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les

Graphique 1 Évolution du nombre de lits et de places au 31 décembre, depuis 2013



Note > Parmi les capacités d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie, seules les capacités d'hospitalisation à temps plein sont comptabilisées dans ce graphique.

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

Sources > Drees, SAE 2013-2024, traitements Drees.

capacités d'accueil des unités de SLD (USLD) ont reculé plus modérément au cours de la dernière décennie, passant de 31 800 lits fin 2013 à 29 000 lits fin 2024 (-2 800 lits en onze ans).

Dans le même temps, les capacités d'accueil en soins médicaux et de réadaptation (SMR ou moyen séjour) ont d'abord progressé, puis elles ont diminué à partir de 2018 : le nombre de lits est passé de 103 600 fin 2013, à 105 800 fin 2017 et 101 300 fin 2024 (-2 300 lits en onze ans).

Le recul du nombre de lits se poursuit

Entre fin 2023 et fin 2024, le nombre de lits en état d'accueillir des patients recule de 2 300 (-0,6 %), une diminution moindre que celle des trois années précédentes (-1,2 % en 2023, -1,8 % en 2022 et -1,4 % en 2021), et presque similaire à celle observée entre 2013 et 2019, au cours de la période précédant la crise sanitaire (-0,9 % en moyenne annuelle). La diminution est moins marquée en 2024 qu'en 2023 dans toutes les disciplines.

Dans les unités de soins de MCO, le nombre de lits d'hospitalisation complète recule de 0,8 % en 2024 (après -1,3 % en 2023 et -1,5 % par an en moyenne entre fin 2013 et fin 2019). En 2024, cette baisse est très majoritairement portée par les cliniques privées (-1 400 lits, pour une baisse totale de 1 400 lits). En psychiatrie, le nombre de lits diminue de 1,1 % fin 2024 (après -2,6 % en 2023 et -0,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). Cette baisse provient quasi exclusivement du secteur public (-700 lits, pour une baisse totale de 600 lits). Dans les cliniques privées, au contraire, le nombre de lits de psychiatrie augmente (+100). En SMR, le nombre de lits est pratiquement stable en 2024 (-0,1 %, après -0,2 % en 2023). Il décroît également moins en USLD : -0,9 % en 2024, après -1,1 % en 2023 et -2,2 % en 2022 (contre -0,5 % en moyenne entre 2013 et 2019). Cette baisse est aussi portée par le secteur public (-400 lits pour une baisse globale de 200 lits), qui représente 88 % des lits de la discipline fin 2024.

Les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser en 2024

Les capacités d'hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total

de 91 100 places au 31 décembre 2024, soit 23 200 places de plus que fin 2013 (+34,2 % en onze ans). Après une hausse annuelle moyenne de 2,5 % entre 2013 et 2019, cette dernière atteint 2,9 % entre 2019 et 2024, en dépit du frein temporaire de 2020, dû à la crise sanitaire. C'est notamment le cas en court et en moyen séjours, qui comptent respectivement 40 500 places et 20 400 places d'hospitalisation partielle fin 2024 (soit respectivement 12 400 places et 9 700 places de plus que fin 2013, soit +44,1 % et +91,2 % en onze ans). En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien et le nombre de places, 30 100 fin 2024, a progressé plus modestement (+1 100 places, soit +3,8 % en onze ans).

Après avoir accéléré en 2023, le nombre de places ralentit en 2024 (+2,9 %, après +3,7 % en 2023 et +3,3 % en 2022). Le même constat prévaut en court séjour (MCO), où le nombre de places poursuit sa croissance, mais moins vite qu'en 2023 : +3,6 %, après +4,8 % en 2023 et +3,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. En moyen séjour (SMR), la progression est plus soutenue : +6,4 %, comme en 2023, après +6,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. En SMR, cette progression est plus marquée dans les cliniques privées, aussi bien entre 2013 et 2019 qu'entre 2023 et 2024. En MCO, elle est au contraire plus marquée dans les hôpitaux publics en 2024. En psychiatrie, les capacités en places reculent de 0,2 % en 2024 (après avoir crû de 0,8 % en 2023). En effet, la baisse observée en 2024 dans les hôpitaux publics (-300 places, pour une baisse globale de 100 places) n'est pas compensée par la hausse du nombre de places des cliniques privées (+200 places).

L'organisation sanitaire des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) présente une grande diversité (voir fiche 09, « Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer »). À La Réunion, en Guyane, et plus encore à Mayotte, les capacités d'accueil en hospitalisation complète, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées qu'en France métropolitaine. Elles en sont plus proches dans les Antilles. Pour l'hospitalisation



partielle, la Guyane et Mayotte ont des capacités d'accueil très inférieures à celles de la France métropolitaine, notamment en MCO et en psychiatrie, tandis que la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion s'en rapprochent. Les capacités d'hospitalisation partielle de SMR font exception et sont plus développées à La Réunion et en Guadeloupe qu'en France métropolitaine.

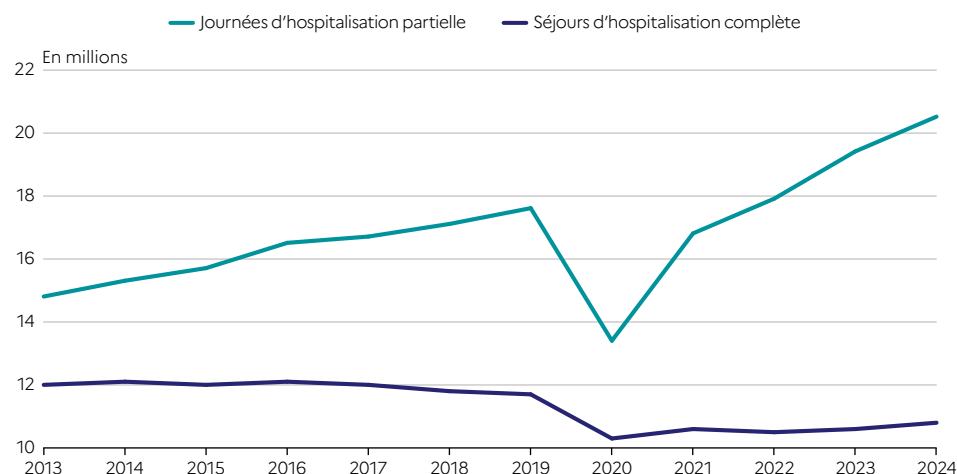
L'activité croît fortement en hospitalisation partielle en 2024 et plus modérément en hospitalisation complète

En 2024, les établissements de santé ont pris en charge 10,8 millions de séjours d'hospitalisation complète et 97,2 millions de journées d'hospitalisation complète (SLD exclus)³. Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue régulièrement (voir fiche 03, « L'activité en hospitalisations complète et partielle »). Après une relative stabilisation au début des années 2010, ce recul régulier a repris

à partir de 2013 (-0,4 % de séjour en moyenne annuelle entre 2013 et 2019) [graphique 2].

L'activité d'hospitalisation complète a fortement chuté avec la crise sanitaire en 2020. Malgré un rebond amorcé depuis 2023 en MCO et 2022 en SMR, la diminution annuelle moyenne de l'activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2024 pour l'ensemble des disciplines est plus élevée que celle observée avant la crise sanitaire (entre 2013 et 2019), pour les séjours et pour les journées. C'est également le cas pour chacun des statuts des établissements, même si en psychiatrie et en SMR, les cliniques privées se distinguent par une moindre diminution de leur activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2024. Ainsi, leur part relative dans l'activité d'hospitalisation complète progresse de 3 points en psychiatrie et de 2 points en SMR (respectivement 24 % et 36 % des séjours en 2024). En revanche, leur part relative dans l'activité de MCO diminue de 2 points (à 21 % en 2024).

Graphique 2 Activité en hospitalisations complète (séjours) et partielle (journées) depuis 2013



Note > L'activité liée aux nouveau-nés restés auprès de leur mère est exclue sur l'ensemble de la période.

Champ > Hospitalisations en MCO, SMR et psychiatrie en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > Drees, SAE 2013-2024, ATIH, PMSI-MCO et SMR, traitements Drees.

³. Les SLD ne sont pas suivis dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mais uniquement dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), où seules les journées de SLD sont disponibles. Sauf indication contraire, tous les séjours sont hors SLD.

En 2024, le rebond se poursuit et le nombre de séjours d'hospitalisation complète, tous secteurs confondus, augmente de 1,4 % (après +0,8 % en 2023). Mais toutes les disciplines n'ont pas cette dynamique.

En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente de 1,5 % en 2024 (après +0,7 % en 2023), et le nombre de journées de 0,8 % (après -0,2 % en 2023). L'activité d'hospitalisation complète demeure nettement en-deçà de son niveau de 2019 (-7,6 % entre 2019 et 2024, soit 765 500 séjours de moins). En SMR, le nombre de séjours d'hospitalisation complète et le nombre de journées correspondant progressent en 2024 (respectivement +2,2 % et +1,6 %). Dans le même temps, en psychiatrie, l'activité d'hospitalisation complète poursuit son repli (-1,8 % après -0,2 % en nombre de séjours, et -1,6 % après -0,8 % en nombre de journées). En 2024, le nombre de journées de SLD se stabilise (0,0 %, après -0,7 % en 2023 et -2,3 % en 2022).

En 2024, le secteur hospitalier a également enregistré 20,5 millions de journées d'hospitalisation partielle (sans nuitée). Leur progression est à nouveau marquée (+5,7 %, après +8,6 % en 2023). Le nombre de journées d'hospitalisation partielle excède ainsi de 16,7 % son niveau de 2019, avant la crise sanitaire, durant laquelle l'activité en hospitalisation partielle avait fortement chuté (-23,7 % en 2020). Leur croissance annuelle moyenne depuis 2019 atteint désormais le même rythme qu'avant la crise (+3,1 %, contre +3,0 % en moyenne par an entre 2013 et 2019). Cependant, cette croissance de l'activité d'hospitalisation partielle varie suivant la discipline et le statut des établissements : par statut, cette hausse est portée en 2024 pour 45 % par les établissements publics et pour 41 % par les cliniques privées, avec des parts respectives de 39 % et 43 % des journées ; par discipline, cette hausse est portée pour 55 % par le MCO et pour 41 % par les SMR, alors que ces deux disciplines représentent respectivement 52 % et 29 % des journées d'hospitalisation partielle.

Concernant la répartition de l'activité par grande discipline médicale, l'activité de court séjour représente la moitié des journées de l'ensemble

des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle (49 %) [voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités » ; fichiers supplémentaires en ligne A1, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle en 2024 » et A2, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours en 2024 »]. L'activité de moyen séjour en représente un peu plus d'un quart (28 %) [voir fiche 15, « L'offre de soins médicaux et de réadaptation dans les établissements de santé » et fiche 16, « Les patients suivis en soins médicaux et de réadaptation »]. Celle de psychiatrie en représente un sixième (16 %) [voir fiche 11, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » et fiche 12, « Les patients suivis en psychiatrie »], et celle de long séjour près d'un quatorzième (7 % en SLD).

Le nombre de séances progresse légèrement

À ces prises en charge s'ajoutent 15,4 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse : 7,8 millions de séances de dialyse, dont près des trois quarts sont dispensées par des établissements privés ; 4,1 millions de séances de radiothérapie, quasiment toutes en ambulatoire (99 %), dont 52 % sont réalisées par des cliniques privées ; et 3,6 millions de séances de chimiothérapie, dont 54 % sont réalisées par des établissements publics (voir fiche 04, « Les autres grandes prises en charge hospitalières »). Tous traitements confondus, le nombre de séances progresse de 1,6 % en 2024, plus modérément qu'avant la crise sanitaire (+3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019).

Les actes et consultations externes des hôpitaux publics et établissements privés à but non lucratif baissent

En 2024, le personnel soignant salarié des établissements publics et privés à but non lucratif (à mode de financement du public) a réalisé 142 millions d'actes et consultations externes (ACE) en MCO, en baisse de 3,0 % par rapport à 2023. Ces ACE, hors séjours hospitaliers, peuvent correspondre à une consultation simple, à une



préparation d'hospitalisation ou à un suivi médical après une hospitalisation.

Hors psychiatrie, 11 % du montant total des bases de remboursement par la Sécurité sociale en actes et consultations est réalisé en ACE par les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif. Elles représentent même 29 % des actes et consultations en anesthésie-réanimation, 24 % en chirurgie, 24 % en radiologie, et 23 % en gynécologie-obstétrique.

L'activité d'hospitalisation à domicile accélère de nouveau en 2024

Alternative à l'hospitalisation complète, l'hospitalisation à domicile (HAD) accélère de nouveau en 2024 en nombre de séjours (+10,4 %, après +8,4 % en 2023) et en nombre de journées (+6,1 %, après +5,9 %). En 2024, 328 700 séjours d'HAD sont ainsi réalisés pour 7,7 millions de journées, soit 8,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjours (voir fiche 13, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et fiche 14 « Les patients hospitalisés à domicile »).

Au 31 décembre 2024, 291 établissements de HAD peuvent prendre en charge simultanément 25 400 patients, soit une hausse de 5,5 % par rapport à fin 2023 (après +4,1 % en 2023). Le rythme de cette progression est similaire à celui observé entre 2013 et 2019 (progression régulière de 5,0 % par an en moyenne), par rapport aux deux années de forte hausse au début de la crise sanitaire (+12,9 % en 2020, puis +6,8 % en 2021). Fin 2024, l'HAD représente 8,1 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjours. L'offre de soins d'HAD est particulièrement présente dans les DROM et en Corse.

Le taux d'occupation des lits retrouve son niveau d'avant crise en MCO

En 2024, le taux d'occupation des lits en hospitalisation complète, toutes disciplines confondues, est de 80,7 %, en hausse de 0,9 point par rapport à 2023, sous l'effet conjugué d'une

baisse des capacités (-0,6 %) et d'une hausse du nombre de journées d'hospitalisation complète (+0,6 %). Cette hausse s'observe pour toutes les disciplines, hormis la psychiatrie.

Comme les années précédentes, c'est en MCO que le taux d'occupation est le moins élevé en 2024 (77,8 %), en hausse de 1,0 point ; il retrouve ainsi son niveau de 2019. En SMR, il augmente de 1,3 point et s'élève à 81,6 % (-4,6 points par rapport à 2019). Il diminue au contraire en psychiatrie (-0,4 point), où il atteint 85,6 % (-2,9 points par rapport à 2019). C'est en SLD qu'il est le plus élevé (88,0 %, soit +0,7 point par rapport à 2023), mais aussi le plus éloigné de son taux de 2019 (-5,3 points). Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour (DMS) entre les disciplines⁴.

Le taux d'occupation des lits diffère aussi selon le statut juridique des établissements et selon la discipline. En SMR et en psychiatrie, il demeure plus élevé dans les cliniques privées que dans les établissements publics ou privés à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de près de 27 points à celui des hôpitaux publics (56,7 % contre 84,1 %), ce qui s'explique en partie par la moindre part d'hospitalisations non programmées, donc pouvant se produire le week-end.

Les parcours de soins sont constitués en majorité d'un épisode unique

En 2024, 13,6 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois (voir fiche 17, « Les parcours de soins hospitaliers »). Pour 68 % d'entre eux, l'hospitalisation relève d'un épisode unique au cours de l'année : celui-ci peut néanmoins correspondre à une seule ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation. Les 4,3 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2024.

Considérant la segmentation des diverses disciplines, 88,6 % des patients ont effectué leur

⁴. En MCO, les séjours d'hospitalisation programmée se déroulent en semaine, ce qui limite de fait le nombre de journées d'hospitalisation le samedi et le dimanche.

parcours de soins exclusivement en court séjour (MCO) en 2024, 1,5 % exclusivement en moyen séjour (SMR), 0,2 % exclusivement en HAD et 1,7 % exclusivement en psychiatrie. Un million de patients (8,0 %) ont été hospitalisés dans différentes disciplines, ce qui recouvre alors une plus grande diversité d'intervenants et de coordination des soins.

Les établissements publics continuent d'assurer des prises en charge plus complexes

La structure des activités des établissements de santé varie selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge. Les soins de longue durée et la psychiatrie sont essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'hospitalisation de jour en psychiatrie. En MCO, si les soins en hospitalisation complète relèvent principalement des hôpitaux publics (70 % des séjours), 48 % des journées d'hospitalisation partielle sont en revanche réalisées dans les cliniques privées. L'activité de SMR est répartie de manière plus équilibrée entre les différents types d'établissements. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (56 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans les établissements publics (72 % de leurs séjours de MCO), tandis que les cliniques privées effectuent près de la moitié de leur activité en chirurgie (50 % de leurs séjours de MCO). Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans les établissements publics, mais plus forte que dans les cliniques privées, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Dans les cliniques privées, plus de la moitié de l'activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées concentrent 65 % de la chirurgie ambulatoire

(chirurgie de la cataracte, arthroscopie, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes, avec une durée d'intervention plus longue (voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités », et fichiers supplémentaires en ligne A3, A4 et A5 respectivement sur l'activité en médecine, en chirurgie et en obstétrique). Enfin, le secteur public réalise la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence et d'obstétrique.

Le nombre de passages aux urgences augmente de 2,5 % en 2024

En 2024, 682 structures des urgences générales ou pédiatriques situées dans 612 établissements de santé ont traité 21,3 millions de passages (voir fiche 21, « La médecine d'urgence »).

Le nombre de passages dans les structures des urgences générales ou pédiatriques rebondit ainsi de 2,5 % en 2024, après avoir diminué de 3,4 % en 2023. Il s'établit à 21,3 millions de passages sur l'année. Cette hausse a lieu en dépit de la généralisation en cours du service d'accès aux soins (SAS), parmi d'autres mesures mises en place pour limiter l'afflux de patients ou en raison d'un manque de personnel : fermeture complète de structures d'urgence sur certains créneaux horaires et mesures de régulation de l'accès au service des urgences conditionné à un appel préalable au service d'aide médicale urgente (Samu) ou au SAS. Ce rebond en 2024, après la baisse en 2023, s'observe dans toutes les régions de France métropolitaine. Le nombre de passages aux urgences diminue, en revanche, fortement à Mayotte (-21,4 % en 2024, après +18,4 % en 2023) dans un contexte local marqué, en début d'année, par des barrages routiers autour de l'hôpital et, en fin d'année, par le cyclone Chido.

L'augmentation du nombre de passages en 2024 est plus marquée pour les urgences pédiatriques (+2,9 %) que pour les urgences générales (+2,5 %). À l'inverse, la diminution entre 2022 et 2023 était moins importante pour les urgences générales (-2,5 %) que pour les urgences pédiatriques (-10,6 %).



La médecine d'urgence est prise en charge principalement par le secteur public, qui concentre 77 % des structures des urgences en 2024 (et quasiment toutes celles avec une autorisation d'urgences pédiatriques), tandis que 17 % d'entre elles dépendent de cliniques privées (représentant 14 % de l'ensemble des passages) et 5 % d'établissements privés à but non lucratif (représentant 5 % des passages). Tous secteurs confondus, 27 % des structures des urgences de France enregistrent 40 000 passages ou plus par an et concentrent 49 % de l'ensemble des passages, tandis que 20 % des structures des urgences reçoivent moins de 15 000 passages par an et traitent 7 % des passages.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 Samu et 402 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) [hors antennes SMUR] assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins ou infirmiers correspondants du Samu (MCS ou ICS), médecins ou infirmiers de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

Le nombre de dossiers de régulation traités par les Samu se stabilise en 2024

En 2024, les Samu – Centre 15 ont traité 22,1 millions de dossiers de régulation, dont 17,3 millions de dossiers de régulation médicale. Leur nombre progresse en 2024 (respectivement +6,4 % et +5,3 % en un an), après une stabilisation en 2023 (respectivement -0,1 % et -0,8 % en un an), qui a suivi la forte augmentation de 2022 (respectivement +13,7 % et +14,5 %) concomitante aux mesures prises à partir de juillet 2022 pour répondre aux difficultés rencontrées par les structures des urgences⁵, dont une campagne de communication auprès

du public pour inciter les patients à appeler le 15 préalablement à tout déplacement aux urgences. Le nombre de dossiers avait déjà bondi en 2020 (respectivement +10,0 % et +11,7 %), en raison notamment des recommandations pendant la crise sanitaire consistant à contacter le Samu avant de se rendre aux urgences. Au total, depuis 2014 (première année d'observation disponible), les dossiers de régulation ont augmenté de 57,6 %, et ceux de régulation médicale de 66,0 %.

Quatre accouchements sur cinq s'effectuent dans les maternités de types 2 et 3

Au 31 décembre 2024, 445 maternités sont recensées en France (456 en 2023) : 150 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 140 maternités de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 88 maternités de type 2b (possédant les deux types de services précédents et un service de soins intensifs néonataux) et 67 maternités de type 3 (possédant les trois types de services précédents ainsi qu'un service de réanimation néonatale). L'ensemble des maternités totalise 13 700 lits d'obstétrique fin 2024. Elles ont réalisé 646 100 accouchements⁶, soit 17 700 accouchements de moins qu'en 2023, en écho à la diminution du nombre de naissances en 2023 (voir fiche 19, « La naissance : les maternités » et fiche 20, « La naissance : caractéristiques des accouchements »).

Les 295 maternités de types 2a, 2b ou 3 concentrent 80 % des lits et 85 % des accouchements (contre, par exemple, 43 % des accouchements en 1996). Elles sont principalement publiques ou privées à but non lucratif (79 % des maternités de types 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3). Quant aux maternités de type 1, 71 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2024, contre 60 % en 2014.

5. Instruction n° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.

6. 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.

La part des IVG réalisées hors des structures hospitalières continue de progresser

En 2024, 251 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, soit 7 000 de plus qu'en 2023 (+2,9 %) [voir fiche 22, « Les interruptions volontaires de grossesse »]. 139 000 IVG ont été pratiquées dans un établissement de santé (142 300 en 2023), dont plus de neuf sur dix dans le secteur public (93 %). En outre, 100 500 IVG sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinets de ville ou par téléconsultation et 11 800 sont des IVG réalisées en centres de santé ou en centres de santé sexuelle (anciennement centres de planification et d'éducation familiale). La part des IVG pratiquées en établissements de santé continue de diminuer (55 % en 2024, contre 58 % en 2023 et 80 % en 2016), alors que le nombre d'IVG en établissements de santé est stable depuis trois ans. Le délai légal de recours pour les IVG réalisées en établissements de santé a été allongé de deux semaines en mars 2022, mais la proportion d'IVG tardives (après 13 semaines d'aménorrhée) représente une part très faible de l'ensemble des IVG (de 1 % à 2 %).

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, calculé pour la France, est de 17,3 en 2024. Il augmente pour la troisième année consécutive, atteignant un nouveau niveau inédit, supérieur de 2,3 points à son niveau de 2021. Il varie très fortement d'un département⁷ à l'autre en France métropolitaine : de moins de 8 % en Haute-Loire à 41 % à Paris. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à la majorité de ceux observés en France métropolitaine. Ils s'élèvent à 21 IVG pour

1 000 femmes à Mayotte, 27 % à La Réunion, 35 % en Martinique, 44 % en Guadeloupe et 47 % en Guyane.

Les établissements publics emploient 77 % des effectifs salariés du secteur hospitalier

Au 31 décembre 2024, 1,41 million de salariés sont employés dans les secteurs hospitaliers, public et privé⁸ (voir fiche 07, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier »). Le secteur hospitalier public concentre 77 % de ces effectifs salariés.

Les effectifs salariés de personnel médical ou pharmaceutique (y compris les internes, docteurs juniors, faisant fonction d'internes [FFIJ]) de l'ensemble du secteur hospitalier s'établissent fin 2024 à 178 600, ce qui représente 13 % de l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils se répartissent en 116 500 médecins⁹ salariés, 45 200 internes et 17 000 sages-femmes. 84 % de ces salariés sont employés dans le secteur public.

Les effectifs salariés hospitaliers de personnel non médical s'établissent à 1,23 million fin 2024. Ils comprennent notamment 859 000 salariés de personnel soignant (dont 357 800 salariés de personnel infirmier et 285 800 salariés de personnel aide-soignant) et 368 100 salariés de personnel non soignant (filiales administrative, médico-technique, technique, éducative et sociale).

Aux côtés de ces effectifs salariés, l'activité hospitalière est aussi assurée par du personnel médical libéral (non salarié) exerçant en établissements de santé. Le nombre de postes de libéraux en établissements de santé s'élève à près de 43 000 au 31 décembre 2024¹⁰ (voir fiche 05, « Les postes de personnel médical ou pharmaceutique »).

7. Il s'agit du département de réalisation de l'IVG, et non du département de résidence de la patiente concernée. Cela fait par exemple une différence 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, soit un taux quasiment identique au taux national. Réciproquement, les sept autres départements d'Île-de-France figurent parmi les départements où la part d'IVG réalisées dans le département de résidence est la plus faible.

8. Il s'agit d'effectifs salariés en « personnes physiques » : les salariés ayant plusieurs emplois hospitaliers ne sont comptabilisés qu'une seule fois. Cette notion se distingue de la notion de « postes de travail », résultat de la déclaration par chaque établissement du nombre de salariés qu'il rémunère, susceptible de donner lieu à des doubles comptes.

9. Par souci de simplification, le terme « médecins » regroupe ici les médecins, les odontologistes et les pharmaciens et le terme « internes » regroupe par la suite les internes, les docteurs juniors, et les FFI.

10. Ces données ne permettent pas d'estimer les effectifs en personnes physiques (sans double compte) des libéraux exerçant dans le secteur hospitalier. C'est donc le nombre de postes déclarés par chaque établissement de santé, public ou privé, qui est présenté ici. Les libéraux en poste dans deux établissements de santé sont ainsi comptabilisés deux fois.



Le salariat étant la norme dans les secteurs public et privé à but non lucratif, l'exercice libéral est surtout observé dans les cliniques privées (voir annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »), dont 84 % des postes de personnel médical sont occupés par des libéraux et qui concentrent 82 % des postes de libéraux en établissements de santé.

Le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux

Avec 120,7 milliards d'euros de dépenses en 2024, financés à 92,8 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier (secteurs public et privé, hors SLD) représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (47 %) et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages (voir fiche 24, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). La consommation de soins s'élève à 93,7 milliards d'euros pour le secteur public (qui s'entend, ici seulement, comme les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif auxquels s'applique la grille de tarification des hôpitaux publics) et à 27,1 milliards pour le secteur privé à but lucratif (qui s'entend, ici seulement, comme les cliniques privées et le reste des établissements de santé privés à but non lucratif).

La consommation de 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. 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 %). Contrairement aux prix, le volume économique de soins consommés accélère légèrement (+2,3 % en 2024, après +2,1 % en 2023). Dans le secteur public, tous les principaux postes de coûts contribuent au ralentissement de la consommation de soins

hospitaliers¹¹. Toutefois, il s'explique pour moitié par le repli de près de 30 % des dépenses d'énergie, chauffage et eau en 2024, après de fortes hausses en 2023 (+77 %) et 2022 (+13 %). Les rémunérations du personnel hospitalier non médical, qui constituent le poste de coût de production le plus important dans le secteur public (48 % du total), augmentent de 3,7 % en 2024, mais ralentissent aussi par rapport à 2023 (+4,6 %) et 2022 (+5,0 %), années de revalorisation du point d'indice de la fonction publique et de la mise en place de plusieurs mesures catégorielles. Les rémunérations du personnel 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).

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

En 2024, le déficit global du résultat net des hôpitaux publics atteint 2,9 milliards d'euros, après 2,4 milliards d'euros en 2023 (voir fiche 25, « La situation économique et financière des hôpitaux publics », et *graphique 3*). Cette nouvelle dégradation est largement attribuable à la détérioration du résultat d'exploitation, qui peut notamment s'expliquer par le non-dégel du coefficient prudentiel de 0,7 % des tarifs décidé en fin d'année 2024 et par la réduction des dispositifs de soutien mis en place pendant la crise sanitaire. Cette détérioration s'inscrit aussi plus généralement dans un contexte de hausse passée de l'inflation, mais également d'accélération du glissement-vieillesse-technicité (GVT)¹² 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). L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) estime notamment que certaines mesures n'ont pas été entièrement compensées (à hauteur de 0,6 milliard), de même que l'accroissement du

¹¹. L'activité des hôpitaux publics étant classifiée non marchande en comptabilité nationale, l'estimation de la valeur des soins délivrés à l'hôpital public est estimée par la somme des coûts de production.

¹². 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.

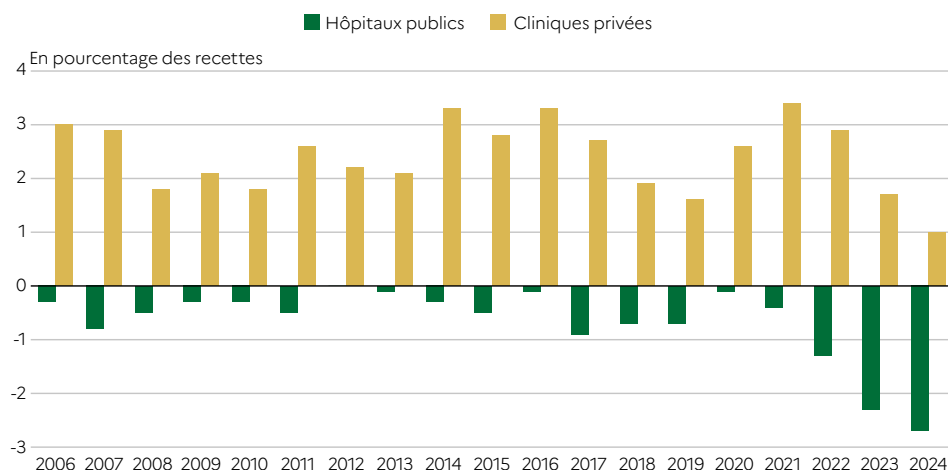
GVT qui en découle (à hauteur de 1,1 milliard) [Gratieux, Le Guillou, 2025]. Rapporté aux recettes, le résultat net est de -2,7 % (après -2,3 % en 2023), une proportion inédite depuis 2005, point de départ des observations.

La dégradation de la situation financière des hôpitaux publics en 2024 concerne surtout les grands et les très grands établissements, et dans une moindre mesure les établissements de taille moyenne. Près des trois quarts des hôpitaux publics sont déficitaires en 2024 (72 %, après 75 % en 2023), une proportion nettement supérieure à celle précédant la crise sanitaire (58 % en 2019). La forte progression des dépenses, amorcée depuis la crise sanitaire, se poursuit : +3,9 % en 2024 après +6,6 % en 2023, pour atteindre 110,0 milliards d'euros. Sur le seul budget principal (excluant en particulier les SLD) [99,4 milliards d'euros], la progression des charges s'observe pour tous les titres à l'exception des dépenses à caractère hôtelier et général : pour les dépenses de personnel (+4,1 % en 2024, à 63,3 milliards d'euros), pour les dépenses à caractère médical (+8,5 %, à 22,8 milliards d'euros) et pour les amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles (+3,0 %, à 7,7 milliards d'euros). Les dépenses à caractère hôtelier et général diminuent après une forte hausse en 2023

(-12,9 %, à 10,5 milliards d'euros, après +34,5 % en 2023) : 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. La croissance des dépenses en 2024 est supérieure à celle des recettes (+3,4 %), ce qui explique le creusement du déficit.

L'effort d'investissement des hôpitaux publics fléchit en 2024, à 5,5 milliards d'euros (après 5,6 milliards en 2023), malgré les fonds prévus par l'État à la suite des accords du Ségur de la santé de 2020, qui a contribué à le rehausser les années précédentes : il se replie légèrement à 5,1 % des recettes (après 5,4 % des recettes en 2023 et 4,7 % des recettes en 2019). 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 financement des investissements hospitaliers repose sur des sources internes (capacité d'autofinancement [CAF]) ou externes (subventions dont le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé [FMIS], les emprunts, et autres ressources). La CAF, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour

Graphique 3 Résultat net des hôpitaux publics et des cliniques privées depuis 2006



Lecture > En 2024, le déficit des hôpitaux publics (résultat net négatif) atteint 2,7 % de leurs recettes.

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

Sources > DGFiP, greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.



assurer le financement de leur investissement, 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 (FHF, la Banque postale, 2025).

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 (soit 27,9 % des recettes). Mesuré par la part de la dette dans les capitaux permanents, le poids relatif de cet endettement s'établit à 45,7 % (après 45,0 % en 2023 et 45,7 % en 2022). Cette légère remontée interrompt plusieurs années de recul permises par les mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé, notamment un engagement de 6,5 milliards d'euros pour la restauration des capacités financières des hôpitaux d'ici 2029. Le bilan est donc contrasté : les plans de soutien et de relance mis en place depuis la crise sanitaire portent leurs fruits sur la dette, mais l'effort d'investissement marque le pas, dans un contexte de dégradation sans précédent des ressources générées par l'activité des établissements. Ainsi, la part des établissements surendettés retrouve-t-elle un niveau proche de celui observé en 2020 (à 33 % en 2024, après 36 % en 2023 et 41 % en 2019).

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

La situation financière des cliniques privées reste légèrement positive au global en 2024¹³ (voir fiche 26 « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif »). Leur résultat net s'établit à 194 millions d'euros. Rapporté aux recettes, il s'établit à 1,0 % en 2024, en

recul par rapport à 2023 (1,7 %) et 2022 (2,9 %). Si la situation économique des cliniques privées est globalement en léger excédent, elle 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. La proportion de cliniques privées déficitaires augmente (36 % en 2024, après 33 % en 2023). Cette augmentation s'observe dans toutes les disciplines d'activité ; la proportion de cliniques déficitaires atteint 44 % en SMR (+5 points), 37 % en MCO (+3 points) et 20 % en psychiatrie (+1 point).

Le nouveau recul du résultat net est dû pour l'essentiel à celui du résultat d'exploitation : ce dernier diminue 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. Les recettes 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 %, moins marquée qu'en 2023 (+5,9 %).

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 (+4,6 %, après +9,8 % en 2023). 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).

¹³. Les données de 2024 sont encore considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 720 cliniques ayant déposé leurs comptes.

Le bénéfice, somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel, et du solde des opérations en commun, poursuit sa diminution et atteint 1,7 % des recettes, après 3,0 % en 2023 et 4,4 % en 2022, en dessous de son niveau d'avant crise (3,0 % en 2019).

L'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, atteindrait 8,3 % des recettes en 2024¹⁴.

L'encours de la dette des cliniques privées augmente en 2024 (+6,0 %) et s'établit à 2,3 milliards d'euros (après 2,2 milliards en 2023). Le poids relatif de cet endettement se stabilise à 34,9 %

des capitaux permanents, après 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 privées conservent un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents. En revanche, la durée apparente de la dette augmente en 2024 à 4,2 ans, son plus haut niveau depuis 2011. Cette hausse reflète la dégradation continue de la CAF, en raison notamment de la hausse des dépenses. La proportion de cliniques privées surendettées augmente également et atteint 21 % en 2024 (après 19 % en 2023). ■

Pour en savoir plus

- > **Albertone, M., et al.** (2026, février). *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale*. Rapport, Igas-IGF.
- > **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.
- > **Delort, L., Vergondy, L.** (2026, janvier). En 2022, neuf cliniques privées sur dix font partie d'un groupe. Drees et Insee, *Insee Première*, 2089.
- > **Fédération hospitalière de France (FHF), 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.
- > **Naouri, D., Jamme, M., Vuagnat, A.** (2025, avril). Patients en soins critiques pour Covid-19 : un risque de ventilation mécanique et de décès plus important chez les plus défavorisés. Drees, *Études et Résultats*, 1336.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. Drees, *Drees Méthodes*, 3.
- > **Vilain, A., Fresson, J.** (2024, septembre). En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses. Drees, *Études et Résultats*, 1311.

¹⁴. Les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques privées sont à considérer avec précaution depuis 2022 et les données récentes ont fait l'objet de révisions significatives.