



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale

SEPTEMBRE 2025

Anne **PERROT**  
Charles-Henry **GLAISE**  
Matthieu **LECLERCQ**  
Nicolas **SALEILLE**  
Joé **VINCENT-GALTIÉ**  
Mouad **EL ISSAMI**

Mathias **ALBERTONE**  
Paul-Marie **ATGER**  
Pierre **RICORDEAU**

**IGF**

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Inspection générale des  
finances

IGF N° 2025-E-023-02

Inspection générale des  
affaires sociales

IGAS N° 2025-030R

## RAPPORT

# FACE A LA GRAVITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX PUBLICS, RENFORCER L'EFFICIENCE PAR UNE INTÉGRATION TERRITORIALE

Établi par

CHARLES-HENRY **GLAISE**  
Inspecteur des finances

NICOLAS **SALEILLE**  
Inspecteur des finances

MATTHIEU **LECLERCQ**  
Inspecteur des finances

Joé **VINCENT-GALTIÉ**  
*Data scientist*

MOUAD **EL ISSAMI**  
*Data scientist*

Sous la supervision de  
ANNE **PERROT**  
Inspectrice générale des  
finances

MATHIAS **ALBERTONE**  
Inspecteur général des affaires  
sociales

PIERRE **RICORDEAU**  
Inspecteur général des affaires  
sociales

PAUL-MARIE **ATGER**  
Inspecteur des affaires  
sociales

- SEPTEMBRE 2025 -

**IGF**

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES

## SYNTHÈSE

**Cinq ans après la crise sanitaire, qui a frappé des hôpitaux fragilisés par les efforts de productivité de la décennie précédente, les établissements publics de santé (EPS) se trouvent dans une situation financière d'une gravité inédite.** Avant même cette crise, les EPS étaient déficitaires mais leurs pertes affichent désormais un niveau jamais atteint, estimé à -2,9 Md€ en 2024. Cette situation s'ajoute au lourd déficit de la branche maladie de la sécurité sociale (-16 Md€), principal financeur des établissements de santé. Outre son montant, le déficit hospitalier a surtout connu une évolution très dynamique, se creusant d'1 Md€ supplémentaire par an au cours des deux dernières années.

**Ce creusement exceptionnel des déficits des hôpitaux publics résulte d'une combinaison de facteurs exogènes et endogènes.**

**Entre 2019 et 2023, les importantes mesures nationales de revalorisation salariale et la reprise de l'inflation ont alimenté la croissance des charges hospitalières (+6,2 % par an).** La progression de la masse salariale (+13,3 Md€, soit +6,3 % par an) résulte à 85 % des mesures de revalorisation salariale<sup>1</sup>. Le choc inflationniste a aussi touché l'ensemble des postes de coûts hors masse salariale<sup>2</sup>. Enfin, la dynamique des charges à caractère médical (+4 Md€, soit +30 %) a été largement décorrélée de celle de l'activité. *In fine*, la structure des charges n'a pas changé sur la période. **La reprise des produits, moins dynamique (+5,7 % par an), n'a pas compensé l'évolution des charges. Les mesures de revalorisation salariale n'ont été que partiellement couvertes, ce qui a incontestablement contribué à la dégradation du déficit hospitalier<sup>3</sup>.** Les recettes n'ont pas été suffisantes malgré des dispositifs de sécurisation et d'accompagnement à la reprise d'activité, le versement d'aides exceptionnelles et l'augmentation très dynamique des produits versés par l'assurance maladie (+6,8 % par an). Les recettes issues des organismes complémentaires et des patients, restées stables en valeur sur la période, expliquent aussi cette insuffisance des produits<sup>4</sup>.

**L'aggravation des déficits résulte également d'une dégradation de la performance interne des hôpitaux publics qui reste en retrait de son niveau antérieur à la pandémie :**

- ◆ dans un contexte de forte croissance de l'activité hospitalière portée par l'ambulatoire, la reprise d'activité a été moins forte et plus progressive en sortie de crise dans le secteur public que dans les secteurs hospitaliers privés (lucratif et non lucratif), entraînant une perte de 1,3 point de part de marché en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- ◆ la productivité, principalement médicale, s'est dégradée (baisse de 2,2 % du nombre de séjours MCO par médecin sénior entre 2019 et 2023) ;
- ◆ les indicateurs de gestion du capacitaire (taux d'occupation et durée moyenne de séjour), couplés à une faible adaptation aux évolutions d'activité, en particulier le virage ambulatoire en chirurgie, sont également en baisse.

---

<sup>1</sup> Ségur de la santé, revalorisation de la permanence des soins, revalorisation du point d'indice notamment.

<sup>2</sup> +0,9 Md€ de dépenses d'électricité sur la seule année 2023 par exemple.

<sup>3</sup> La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024 2025-007R Juillet 2025.

<sup>4</sup> La part des recettes issues de l'assurance maladie est passée de 77,9 à 81% des produits des hôpitaux

**Toutefois, des situations financières très hétérogènes sont observées entre hôpitaux. Les centres hospitaliers généraux présentent, en moyenne, une situation particulièrement dégradée, notamment parmi les établissements de plus petite dimension.** Ce constat, qui n'est que partiellement expliqué par le contexte démographique et concurrentiel de chaque établissement, montre que des marges d'efficience sont mobilisables. Une part des écarts de performance s'explique par des pratiques de gestion interne hétérogènes et des niveaux variables de culture médico-économique. En outre, en lien avec l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), la mission a examiné des leviers d'efficience internes que les établissements pourraient mobiliser. Un rétablissement des parts de marché médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et hospitalisation à domicile (HAD) produirait, par exemple, un gain annuel de 0,3 Md€ et un renforcement de la maîtrise des charges de personnel médical un gain annuel de 0,6 Md€.

**L'analyse des niveaux de productivité passés et des leviers d'efficience documentés indique que le potentiel d'économies lié aux mesures d'efficience interne ne peut durablement dépasser au mieux 1 Md€ par an, devant être mobilisé au plus vite.**

**Une partie des écarts de performance constatés entre établissements relève aussi de facteurs structurels**, sur lesquels les marges de manœuvre des établissements eux-mêmes sont plus limitées (typologie d'activités réalisées, taille et statut juridique de l'établissement, dynamique populationnelle, attractivité du territoire). **L'amélioration de l'efficience et la consolidation du système hospitalier public dans son ensemble appelle ainsi des réformes profondes en matière d'organisation territoriale et de pilotage.** C'est un changement de paradigme qui doit être opéré pour renforcer les alternatives à l'hospitalisation complète et organiser, par le biais de restructurations, une réelle gradation des soins dans les territoires. L'accès en proximité aux filières de soins pour la prise en charge des maladies chroniques, en s'appuyant notamment sur des ressources médicales projetées dans les territoires, doit être privilégiée à la multiplication des plateaux techniques à faible activité. Cette transformation nécessite un message et un soutien forts de l'Etat aux acteurs locaux en charge de la transformation de l'offre hospitalière. Il apparaît par **ailleurs nécessaire que les hôpitaux publics s'organisent dans une logique de groupe à l'échelle territoriale**, compte tenu des limites du modèle développé pour les groupements hospitaliers de territoire (GHT), sans moyens juridiques de mise en œuvre de la logique de groupe dont ils sont porteurs.

**Il y a urgence à agir car le système hospitalier public va faire face à une hausse de ses besoins de financement<sup>5</sup>, évaluée hors mesures nouvelles et effet volume, à +3 Md€ par an en moyenne, qui pourrait mettre en péril la continuité des prises en charge.** La recapitalisation réalisée dans le cadre du Ségur de la santé a déjà été effacée par les déficits des dernières années. De nombreux établissements connaissent d'importantes difficultés de trésorerie, comme en témoigne l'allongement des délais de paiement, et ne sont plus en mesure de financer leur cycle d'investissement, contribuant à l'insoutenabilité de nombreux projets d'investissement en cours.

**Face à cette situation, la mission propose de lancer dans les meilleurs délais un plan de consolidation du système hospitalier public visant un retour vers une trajectoire d'équilibre d'ici à 2029. Inciter à toujours plus d'activité de même qu'un encadrement général et uniforme des dépenses insuffisamment précises sous-jacentes à l'Ondam ne permettront pas de répondre aux enjeux. Une transformation de l'organisation hospitalière territoriale est nécessaire pour assurer la pérennité du système hospitalier public et sa capacité à répondre aux besoins de la population partout sur le territoire.**

---

<sup>5</sup> Persistance d'un glissement vieillissement-technicité élevé, augmentation des cotisations CNRAFL, poursuite de l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, dynamique des charges à caractère médical, coût des investissements du Ségur, vieillissement de la population, prévalence des maladies chroniques, instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé entre autres.

## Rapport

**La relance d'une démarche d'efficacité qui produise des résultats significatifs exige qu'un mandat politique clair et stable soit donné aux administrations chargées de sa mise en œuvre (DGOS, ARS, Anap). Un changement d'échelle est également nécessaire et demande d'aborder les enjeux d'efficacité au niveau du territoire et plus uniquement de l'établissement.**

**Tout d'abord, dans le prolongement de la circulaire du Premier ministre, il faut engager sans délai des mesures d'urgence, et notamment :**

- ◆ réinterroger l'ensemble des projets d'investissements du Ségur, à la lumière de l'analyse des besoins et des capacités financières des EPS concernés, afin de ne pas alimenter encore plus la spirale déficitaire ;
- ◆ améliorer l'adéquation entre activité, ressources humaines et capacités de prise en charge (tels que les taux d'occupation ou les durées de séjour) ;
- ◆ maîtriser les recrutements médicaux, le recours au temps de travail additionnel (TTA)<sup>6</sup> et l'organisation de la permanence des soins (PDSSES) afin de modérer la dynamique d'évolution des dépenses du personnel médical en s'assurant de l'opportunité de ces recrutements, en s'appuyant notamment sur une analyse médico-économique) ;
- ◆ mobiliser tous les leviers d'amélioration de la trésorerie identifiés par l'Anap, la mise en place du remboursement des organismes complémentaires (ROC) et la généralisation de l'utilisation de l'outil PES-ASAP (protocole d'échange standard - avis des sommes à payer), le respect de la réglementation en matière de facturation en Ehpad ;
- ◆ réinternaliser au sein du GHT les analyses de biologie sous-traitées et identifier les autres activités candidates ;
- ◆ massifier les achats et finaliser la mutualisation de la fonction achat au sein du GHT.

**Au-delà de ces mesures d'urgence, la situation appelle des changements profonds d'approche. Le plan de consolidation doit s'appuyer sur trois leviers susceptibles d'améliorer l'efficacité du système hospitalier public et de réduire le déficit :**

- ◆ l'accélération du développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile ;
- ◆ la mutualisation des fonctions supports et des services médico-techniques au sein des GHT, dans l'attente de la formation de groupes hospitaliers publics dotés de la personnalité morale ;
- ◆ la réorganisation territoriale de l'offre de soins pour en assurer une meilleure gradation, nécessitant des outils renforcés et de nouvelles formes de concertations.

**Piloté à l'échelle nationale par le Premier ministre<sup>7</sup>, ce plan serait décliné à l'échelle régionale par les ARS en engageant les GHT à travers des contrats de consolidation préparés et signés par eux.** Leurs présidentes ou présidents de comité stratégique et de commission médicale de groupement seraient mandatés en ce sens sur la base d'un diagnostic territorial qui aboutirait au printemps 2026 et serait partagé avec les élus. La mission propose de manière détaillée les modalités et le calendrier de ce plan d'action dans une annexe dédiée.

---

<sup>6</sup> Équivalent, pour le personnel médical, des heures supplémentaires.

<sup>7</sup> Un portage interministériel facilitera la coordination de l'ensemble des services de l'État et de leurs actions au sein des territoires, notamment auprès des élus.

**Si le renforcement de l'efficacité des hôpitaux publics est indispensable pour revenir à une situation plus maîtrisée des comptes hospitaliers et sociaux, les efforts devront être répartis entre tous les acteurs du système de santé.** Les scénarios de financement des futurs PLFSS doivent arrêter un équilibre entre les trois leviers : les efforts d'efficacité, la contribution des organismes complémentaires et des assurés sociaux et l'Ondam. La mission préconise donc d'augmenter la contribution des organismes complémentaires au financement des établissements de santé au niveau antérieur à la crise sanitaire (au moins 1 Md€ supplémentaire). Par ailleurs, les évaluations du coût des activités hospitalières doivent être relancées et, le cas échéant, leurs traductions dans l'Ondam et les tarifs des différents secteurs clarifiées.

**La mise en œuvre effective du plan de consolidation nécessite enfin de renforcer les leviers de négociation des ARS. La mission propose donc d'élargir le champ de la conditionnalité des financements de l'assurance maladie. La délégation de certains crédits serait conditionnée à l'atteinte des objectifs des contrats territoriaux.**

**Enfin, la place des communes dans la gouvernance des EPS doit être adaptée.** En effet, les freins aux restructurations par des acteurs qui ne participent pas au financement de l'hôpital public doivent être levés. Les enjeux du territoire doivent primer sur une approche parfois trop étroite d'intérêts communaux et les représentants des communes doivent être plus responsabilisés sur les conséquences sanitaires et budgétaires des choix qui sont opérés.

**La constitution de groupes hospitaliers publics devrait être l'occasion de redéfinir la composition et les compétences des instances de gouvernance** pour tenir compte de la nouvelle architecture des responsabilités exercées entre l'établissement assurant la coordination et le pilotage au niveau territorial (telle une « société faîtière »), et les établissements concernés. Les élus du territoire seraient appelés à se prononcer collectivement sur les orientations stratégiques en matière d'organisation territoriale de l'offre hospitalière publique, à l'image des modalités de gouvernance des EPCI pour la gestion des compétences transférées.