

Le secteur hospitalier comprend un peu moins de 3 000 établissements de santé et totalise 1,4 million de salariés fin 2023. En 2023, le nombre de journées d'hospitalisation partielle progresse fortement de 8,7 %. Dans le même temps, le nombre de séjours en hospitalisation complète (avec nuitée) rebondit légèrement : il augmente de 0,8 % en 2023 après avoir décrû de 0,9 %. Le nombre de passages aux urgences diminue en revanche de 3,4 %. La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), avec une participation des patients qui varie entre secteur public et secteur privé.

Le secteur public concentre deux tiers des établissements de santé

Le secteur hospitalier couvre les soins prodigués dans les établissements de santé (qui relèvent d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé), à distinguer des soins dispensés en cabinet de ville. Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public couvrent les établissements publics (hôpitaux civils ou militaires) et les établissements de santé privés à but non lucratif anciennement financés par dotation globale (EBNL, ex-DGF). Le secteur privé lucratif se compose, quant à lui, des établissements à but lucratif (parfois appelés cliniques privées) ainsi que des EBNL, anciennement encadrés par un objectif quantifié national (EBNL, ex-OQN). Selon la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la France comptabilise un peu moins de 3 000 établissements de santé, dont environ 2 000 établissements publics ou privés à but non lucratif et près de 1 000 établissements privés à but lucratif. Les établissements publics sont globalement plus importants que les établissements privés en matière de places, d'effectifs et d'activité.

Les secteurs public et privé se distinguent par leur offre, leur activité et leur patientèle

Les activités des établissements de santé peuvent être regroupées en quatre disciplines principales :

- la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) rassemble les soins les plus répandus ;
- les soins médicaux et de réadaptation (SMR) concernent les soins faisant suite à des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc. ;
- la psychiatrie (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques, pris en charge en hospitalisation complète¹ ou partielle² ;
- l'hospitalisation à domicile (HAD) propose, dans le lieu de vie du patient, un système organisé et

¹ Au sein des prises en charge à temps complet, cette fiche prend en compte uniquement les hospitalisations à temps plein, mais pas l'accueil familial thérapeutique, celui en centre de postcure, etc.

coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville.

Par ailleurs, les unités de soins de longue durée (USLD), qui relèvent quasi exclusivement du secteur public, forment une composante spécifique de l'offre de soins hospitaliers : elles prennent en charge des patients qui présentent une faible autonomie, du fait de leur âge ou de leur parcours de santé, nécessitant des soins souvent peu techniques mais sur une longue durée. Dans tous les pays de l'OCDE, les comptes de la santé regroupent pour cette raison l'analyse des USLD avec celle des Ehpad (qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé) : elles ne sont donc pas étudiées dans cette fiche.

L'activité en hospitalisation partielle croît fortement en 2023 et l'hospitalisation complète plus modérément

En 2023, 13,2 millions de patients sont hospitalisés dans les quatre disciplines, en progression de 2,9 % par rapport à 2022 (après +1,7 % en 2021). Leur hospitalisation comporte très majoritairement un unique épisode de soins dans l'année, composé d'un ou deux séjours successifs (un séjour en MCO suivi d'un séjour en SMR, par exemple). Outre les compétences médicales mobilisées (plus ou moins d'actes techniques, par exemple), les modalités de prise en charge (recours à l'hospitalisation complète ou partielle notamment) diffèrent entre le secteur privé et le secteur public et selon la discipline.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente de 0,8 % en 2023 (après -0,9 % en 2022) [graphique 1]. Cette hausse est plus marquée dans le secteur privé que dans le secteur public (avec respectivement +1,7 % et +0,6 %). En 2023, la croissance de l'activité d'hospitalisation complète concerne le SMR (+3,1 % après -1,2 % en 2022) et le MCO (+0,7 % après -0,9 %), mais pas la psychiatrie (-0,3 % après -1,4 %).

² Ne sont pas pris en compte dans cette fiche les prises en charge ambulatoires (centres médico-psychologiques, unités de consultation des services, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel...).

Le nombre de journées d'hospitalisation partielle progresse de 8,7 % en 2023 (après +6,5 %), davantage dans le secteur privé à but lucratif (+10,5 % en 2023) que dans le secteur public (+7,4 %). Cette progression s'observe dans toutes les disciplines, en premier chef en SMR (+11,3 % après +11,9 % en 2022). Le nombre de journées d'hospitalisation partielle accélère par ailleurs en MCO (+8,6 % après +5,0 %) et en psychiatrie (+5,8 % après +3,7 %).

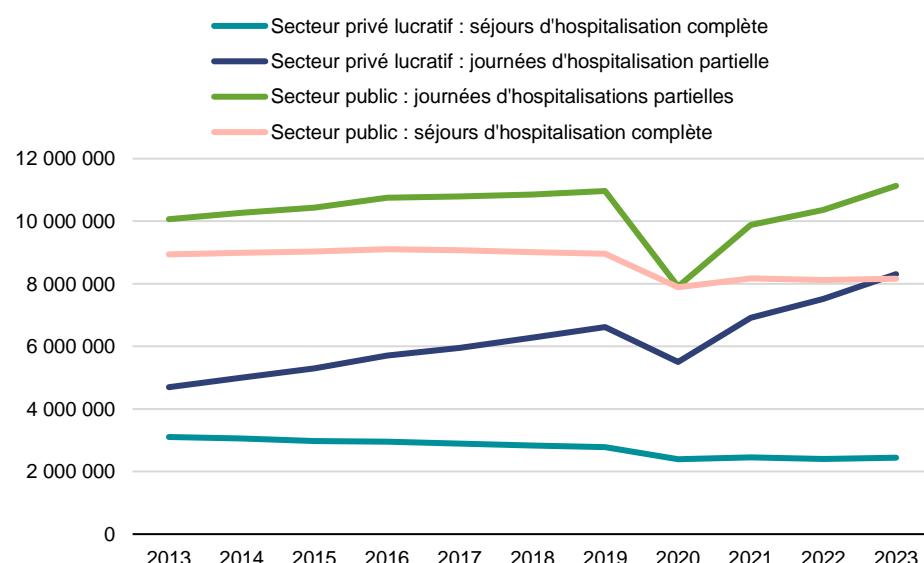
La structure des activités des établissements de santé diffère selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge.

Le secteur public offre 70 % des capacités d'accueil en hospitalisation partielle (soit 61 500 des 88 500 places ouvertes), 74 % en hospitalisation complète et 79 % en HAD (*tableau 1*). Le secteur public représente une plus grande part des lits d'hospitalisation complète en MCO (79 %), qu'en psychiatrie (71 %) ou qu'en SMR (65 %). En termes d'activité, la part du secteur public dans le total des séjours d'hospitalisation complète est cependant équivalente en MCO et en psychiatrie (respectivement 78 % et 76 %) [*graphique 2*].

En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 90 % des places en psychiatrie, mais 60 % en MCO et 57 % en SMR. Les cliniques privées recourent davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, si bien que le secteur privé à but lucratif réalise 49 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il ne représente que 40 % des places. En chirurgie ambulatoire, le secteur privé à but lucratif dispose de 62 % des places et concentre 65 % des journées d'hospitalisation partielle.

Tous secteurs confondus, les trois grandes disciplines ont des durée moyenne de séjour (DMS) très différentes en hospitalisation complète : de 5,5 jours en MCO, elle atteint 30,5 jours en psychiatrie et 33,7 jours en SMR. La DMS est plus longue dans le secteur public que dans le secteur privé à but lucratif pour les séjours de MCO, mais elle y est plus courte pour les séjours de SMR et surtout pour ceux de psychiatrie et en HAD (*graphique 3*).

Graphique 1 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées) depuis 2013, par secteur



Lecture > En 2023, les établissements de santé privés à but lucratif ont pris en charge 2,4 millions de séjours d'hospitalisation complète (sans nuitée) en MCO, psychiatrie et SMR.

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

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO et SMR ; calculs DREES.

Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lit et en place, fin 2023

	Niveaux			Part (en %)	
	Secteur public	Secteur privé lucratif	Ensemble	Secteur public	Secteur privé lucratif
Hospitalisation complète (en lits)	250 563	89 551	340 114	74	26
MCO	148 377	39 188	187 565	79	21
PSY	36 223	14 959	51 182	71	29
SMR ¹	65 963	35 404	101 367	65	35
Hospitalisation partielle (en places)	61 516	26 955	88 471	70	30
MCO	23 352	15 584	38 936	60	40
PSY	27 137	3 104	30 241	90	10
SMR ¹	11 027	8 267	19 294	57	43
HAD²	19 004	5 089	24 093	79	21

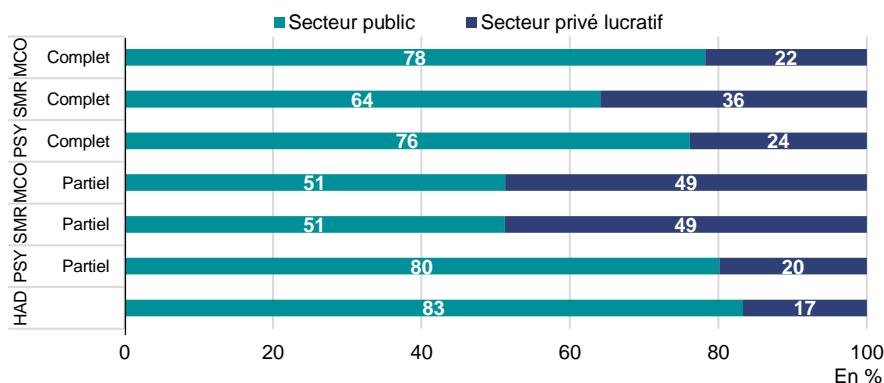
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Y compris les maisons d'enfants à caractère social (MECS) temporaires.

2. L'HAD est un mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation complète et à l'hospitalisation partielle. Les places d'accueil en HAD correspondent à un nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps en HAD.

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

Source > DREES, SAE.

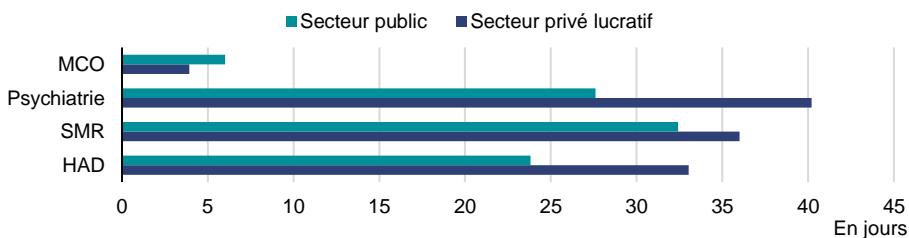
Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et d'HAD et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2023

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

Note > L'hospitalisation à temps complet et l'HAD concernent des séjours, l'hospitalisation à temps partiel des journées. Les séjours d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie hors temps plein ne sont pas inclus. En SMR, les maisons d'enfants à caractère social (MECS) temporaires sont compris dans l'hospitalisation partielle.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SMR et HAD ; DREES, SAE ; calculs DREES.

Graphique 3 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète et HAD, en 2023

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SMR et HAD ; DREES, SAE ; calculs DREES.

Le recul du nombre de lits se poursuit, tandis que les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser

Un « virage ambulatoire » au long cours

Au cours des dernières années, comme sur une période plus longue, l'organisation de l'offre de soins a évolué vers des alternatives à l'hospitalisation complète : ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire » s'observe présentement dans toutes les disciplines.

En MCO, la baisse du nombre de lits en mesure d'accueillir des malades s'est effectuée à un rythme assez régulier sur la dernière décennie, passant de 219 700 fin 2013 à 187 600 fin 2023 (-32 100 lits). En psychiatrie, où des alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970 et où le nombre total de lits semblait se stabiliser à la fin des années 2010, il diminue de nouveau ces dernières années (-6 600 lits d'hospitalisation à temps plein en dix ans), principalement dans les établissements publics. Tous statuts confondus, il atteint 51 200 lits fin 2023. Dans le même temps, les capacités d'accueil en SMR ont d'abord progressé, puis se sont infléchies à partir de 2018 : le nombre de lits y est passé de 103 600 fin 2013 à 105 800 fin 2017 et 101 400 fin 2023 (-2 200 lits en dix ans).

Le nombre de lits diminue de 1,2 %

Entre fin 2022 et fin 2023, le nombre de lits en état d'accueillir des patients recule de 4 500 (-1,2 %), une diminution moindre que celle des deux années précédentes (-1,8 % en 2022 et -1,4 % en 2021), mais plus importante que celle observée entre 2013 et 2019, avant la crise sanitaire (-0,9 % en moyenne annuelle). La diminution est moins marquée en 2023 qu'en 2022 dans toutes les disciplines, excepté la psychiatrie.

Les capacités d'hospitalisation partielle accélèrent de 4,0 %

Entre fin 2022 et fin 2023, le nombre de places d'hospitalisation partielle accélère avec une croissance de +4,0 % (soit +3 400 places), après +3,2 % en 2022.

C'est notamment le cas en court et en moyen séjour, comptant respectivement 38 900 et 19 300 places d'hospitalisation partielle fin 2023. En MCO, le nombre de places continue d'accélérer en 2023 : +4,8 % (après +4,3 % en 2023). En SMR, la progression est plus soutenue encore : +7,3 % (après +5,9 % en 2022).

En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien et le nombre de places progresse de ce fait plus modestement (+1 200 places en dix ans). La capacité en places y augmente ainsi de 1,1 % en 2023 (contre +0,3 % en 2022).

Les alternatives à l'hospitalisation complète continuent de progresser

L'activité d'HAD repart vigoureusement

L'HAD est un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant, qui permet ainsi d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en MCO ou en SMR. L'HAD progresse fortement en 2023, en nombre de séjours (+8,4 %, après +2,8 % en 2022) comme en nombre de journées (+5,9 %, après +0,5 %). Au 31 décembre 2023, 293 établissements d'HAD peuvent prendre en charge simultanément 24 100 patients, soit une hausse de 4,1 % par rapport à fin 2022 (après +1,6 % en 2022).

Le nombre de séances progresse légèrement

En 2023, 15,2 millions de séances sont réalisées dans les établissements de santé : 7,7 millions de séances de dialyse, 4,1 millions de séances de radiothérapie et 3,4 millions de séances de chimiothérapie. Le nombre total de séances progresse de 1,7 %. Par type de traitement, il progresse plus fortement pour la chimiothérapie ambulatoire en 2023 (+6,0 %) que pour la dialyse (+1,4 %) ; il diminue en revanche pour la radiothérapie (-1,2 %). Ces évolutions diffèrent également selon le statut juridique de l'établissement, l'augmentation des séances étant plus dynamique en 2023 dans le secteur public que dans les établissements privés.

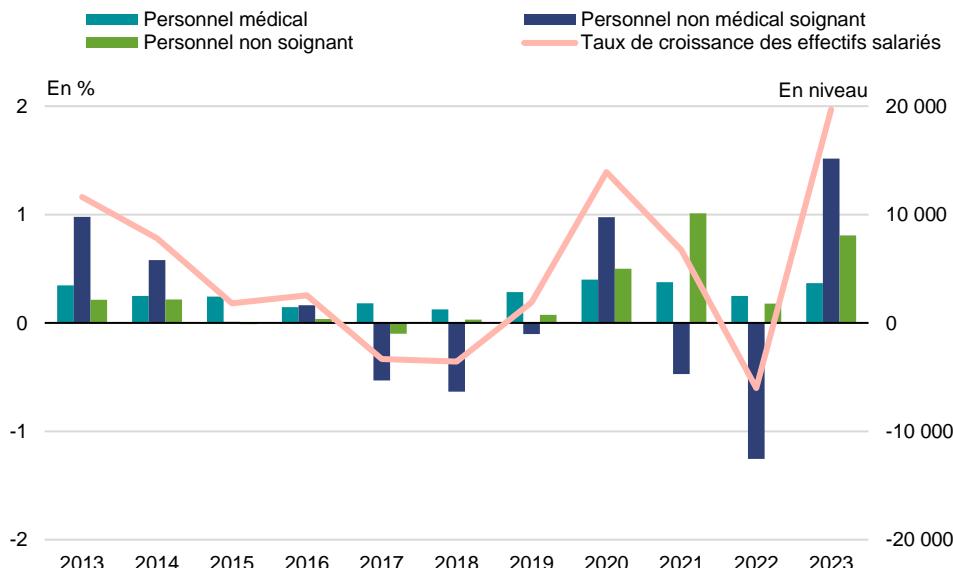
Le nombre de passages aux urgences diminue de 3,4 %

En 2023, 685 structures des urgences ont pris en charge 20,8 millions de passages (-3,4 % en 2023, après +6,2 % en 2022). Ce niveau représente 95 % du nombre de passages de 2019, mais 111 % de celui de 2013. En 2023, le nombre de passages diminue dans toutes les régions métropolitaines, tandis qu'il continue à progresser dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

1,4 million de salariés dans le secteur hospitalier fin 2023

Fin 2021, 1,4 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé. Ces effectifs rebondissent en 2023, après avoir légèrement baissé en 2022 (+26 900 salariés, soit +2,0 %, après -8 300 salariés, soit -0,6 %) [graphique 4]. Cette hausse est plus marquée que celle observée en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+18 800 salariés, soit +1,4 %). Elle s'observe pour les trois grandes catégories de personnel, mais est majoritairement portée par un rebond des effectifs de personnel non médical soignant.

Graphique 4 Taux de croissance des effectifs salariés des établissements de santé publics et privés et variations par catégorie



Note > Le personnel médical regroupe les médecins et assimilés salariés, les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes et les sages-femmes salariées. Le personnel non médical soignant regroupe les infirmières, les aides-soignantes ainsi que le personnel salarié d'encadrement des services de soins, les salariés psychologues, psychanalystes et psychologues non-médecins, les agents de services hospitaliers et le personnel de rééducation. La catégorie du personnel non soignant regroupe le personnel administratif, le personnel éducatif et social, le personnel médico-technique, technique et ouvrier.

Lecture > En 2023, les effectifs salariés hospitaliers croissent de 2,0 % par rapport à 2022 : les effectifs de personnel non soignant augmentent de 8 100, ceux de personnel médical de 3 700, et ceux de personnel non médical soignant de 15 200.

Champ > Salariés du secteur hospitalier, public et privé, présents au 31 décembre (personnes physiques), y compris contrats aidés, hors stagiaires, externes et apprentis.

Sources > Insee, SIASP et DADS/BTS ; DREES, SAE ; calculs DREES.

La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'Ondam

La tarification à l'activité (T2A)

Le financement du secteur hospitalier suit majoritairement une logique de tarification à l'activité (T2A). Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, son séjour est codifié dans une catégorie appelée « groupe homogène de séjour » (GHS) à partir de l'ensemble des actes qu'il reçoit, de la durée de son séjour, de la complexité de son état de santé, etc. Pour chaque GHS, un tarif de référence est fixé pour les établissements du secteur public, d'une part, et pour ceux du secteur privé, d'autre part. Ces tarifs, souvent compris entre quelques centaines et quelques milliers d'euros, servent de base au financement du séjour par l'Assurance maladie. L'existence d'un tarif par secteur s'explique par le fait que, dans le secteur privé, ce tarif ne couvre pas les honoraires des médecins exerçant en libéral, alors qu'il englobe tous les soins dans le secteur public. Le financement des établissements de santé

par l'Assurance maladie pour un séjour correspond usuellement à 80 % du tarif fixé. Ces mécanismes de tarification permettent d'articuler la description des hôpitaux en termes d'activité (séjours, durée, patientèle, etc.) et de comptabilité (schéma 1). De plus, l'Assurance maladie peut fournir un financement additionnel dans des cas spécifiques, tels que la prise en charge des médicaments innovants. L'ensemble du financement des hôpitaux par l'Assurance maladie, principalement via ce mécanisme de tarif, est piloté chaque année par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier.

La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics en 2023 est sans précédent

La principale source de financement des hôpitaux publics¹ est l'Assurance maladie (77 % des ressources du budget principal, qui regroupe les activités de court et de moyen séjours ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense

¹ Dans cette section uniquement, les hôpitaux publics ne tiennent pas compte des établissements privés à but non lucratif.

concerne le personnel (60 % des dépenses du budget principal). En 2023, le déficit global des hôpitaux publics s'accentue et atteint 2,4 milliards d'euros (après 1,3 milliard en 2022), soit 2,3 % de leurs recettes, une proportion inobservée depuis 2005. Cette très nette détérioration s'explique notamment par la sortie progressive des dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, dans un contexte inflationniste. L'effort d'investissement poursuit cependant sa reprise et atteint 5,4 % des recettes en 2023 (après 5,0 % en 2022), en raison notamment des engagements pluriannuels décidés lors du Ségur de la santé, qui prévoit 9 milliards d'euros sur dix ans pour financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé, consolidés par l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021. Alors qu'un engagement de 6,5 milliards d'euros d'ici 2029 pour restaurer les capacités financières des établissements de santé est également à l'œuvre, le ratio d'indépendance financière (part des dettes au sein des capitaux permanents) poursuit son amélioration et s'établit à 45,0 % en 2023 après 45,7 % en 2022. Dans le même temps toutefois, la capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer leur financement et

leur investissement, se replie (1,7 % des recettes après 2,9 % en 2022) et le pourcentage d'hôpitaux publics en situation de surendettement repart à la hausse (de 36 % en 2023, après 34 % en 2022 et 41 % en 2019).

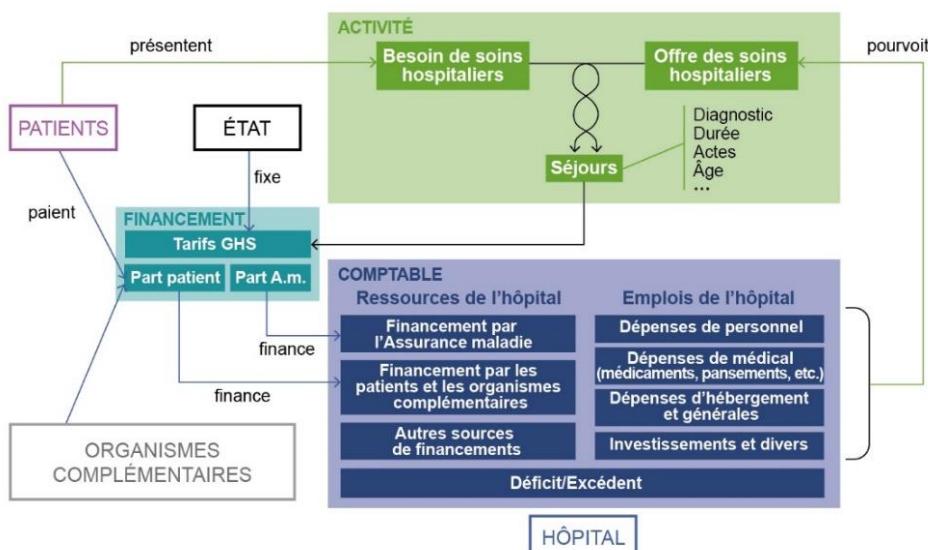
La situation financière des cliniques privées, en dégradation, reste excédentaire

Le secteur privé à but lucratif reste globalement excédentaire. Son résultat net atteint 362 millions d'euros en 2023 (après 554 millions en 2022). Il recule pour s'établir à 1,8 % des recettes, son niveau le plus bas depuis 2019 (1,6 %). Cela s'explique par la baisse des subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire. Son ratio d'indépendance financière, qui atteint 33,5 % des capitaux permanents en 2023, s'améliore de manière régulière depuis son dernier point haut de 2011 (46,4 %). La part des cliniques privées surendettées reste stable, à 19 %.

La participation des patients varie selon le secteur

Au-delà du financement de l'Assurance maladie, les établissements sont financés par les ménages (patients), directement ou via les organismes complémentaires (tableau 2).

Schéma 1 Articulation simplifiée des concepts d'analyse de l'activité et de la comptabilité des hôpitaux



AM : Assurance maladie ; GHS : groupe homogène de séjour.

Note > Ce schéma rend compte du mode central de financement de l'hôpital, sans rendre compte de l'ensemble des modalités de financement (médicaments de la liste en sus, Migac, AME, etc.) des établissements pour l'activité de soins existantes. Il ne rend pas non plus compte des autres activités de l'hôpital (hôtelier, formation, recherche, etc.).

Source > DREES.

Ces paiements comportent deux volets : l'hébergement et les soins. Premièrement, la participation aux frais d'hébergement est calculée grâce au forfait journalier hospitalier (FJH) multiplié par la durée du séjour. Deuxièmement, la participation aux soins dépend du secteur. Dans le secteur public, cette participation aux soins est usuellement payée selon la durée du séjour via un tarif journalier de prestation (TJP) qui est propre à chaque établissement. Dans le secteur privé, la participation du patient aux soins généraux est usuellement de 20 % du tarif de référence du séjour. Les honoraires des médecins (chirurgiens par exemple) sont facturés en sus, et sont, comme tout honoraire, pris en charge partiellement par l'Assurance maladie. Ces grands principes de tarification connaissent des exceptions : dispositif d'affection de longue durée (ALD), accidents du travail, maternité, actes coûteux, etc. Le reste à charge des ménages à l'hôpital comprend l'ensemble des paiements des patients (y compris

honoraires libéraux), éventuellement réduits d'une participation des organismes complémentaires. Les frais connexes au séjour, tels que la facturation d'une chambre particulière, ne sont pas compris dans l'activité de santé en comptabilité nationale (fiche 20).

La consommation de soins hospitaliers dans les secteurs public et privé suit des logiques différentes. Afin de rendre compte de la dimension lucrative, dans le secteur privé lucratif, la consommation est évaluée à partir des factures adressées aux patients et à l'Assurance maladie. La logique marchande de ce secteur assure que ces ressources couvrent à minima les coûts engendrés par l'activité (personnel, produits médicaux, entretien, chauffage, réparation, etc.). Dans le secteur public, la consommation est évaluée à partir des coûts nécessaires à l'activité, car la logique non marchande ne garantit pas que les factures adressées aux tiers couvrent les coûts. ■

Tableau 2 Modalités générales de tarification du patient en hospitalisation complète

Patient	Secteur	Séjour		Médecins libéraux	
		Assurance maladie	Patient (et complémentaire)	Assurance maladie	Patient (et complémentaire)
Patient sans motif d'exonération	Public	80 % du tarif de référence public	max (20% x TJP x durée ; FJH x durée) + FJH	Aucun	Aucun
	Privé	80 % du tarif de référence privé	max (20% x tarif de référence privé x durée ; FJH x durée) + FJH	70 % du tarif de remboursement	30 % du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient avec séjour comprenant un acte coûteux (hors patient en ALD)	Public	100 % du tarif de référence public - Part patient	24 euros + FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - Part patient	24 euros + FJH x (durée + 1)	70 % du tarif de remboursement	30 % du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient en ALD ou en invalidité	Public	100 % du tarif de référence public - Part patient	FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - Part patient	FJH x (durée + 1)	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires
Patient en maternité ou en AT-MP	Public	100 % du tarif de référence public	0	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé	0	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires

TJP : tarif journalier de prestation ; FJH : forfait journalier hospitalier ; ALD : affection de longue durée ; AT-MP : accidents du travail et maladies professionnelles. Durée en jours. Le terme « +1 » correspond au forfait journalier de sortie.

Source > DREES.

Pour en savoir plus

- > Cazenave-Lacrouz, A. (2025). *Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.