

Au 31 décembre 2024, le nombre de lits en soins critiques et de surveillance continue s'établit à 19 700 (+1,5 % par rapport à 2023), dont 5 700 lits de réanimation (+1,2 %).

L'année 2024 est marquée par l'entrée en application de la réforme des autorisations d'activité de soins critiques en deux niveaux (réanimation et soins intensifs).

Une des conséquences est la transformation des lits de surveillance continue en lits de soins intensifs : cela se traduit par une forte hausse des lits de soins intensifs (+1 700 lits, dont +1 500 lits de soins intensifs polyvalents) et une baisse d'ampleur similaire du nombre de lits de surveillance continue (-1 400 lits). L'activité en 2024 a augmenté de 1,4 % par rapport à 2023. La densité de lits en soins critiques et de surveillance continue en France est de 28,7 lits pour 100 000 habitants fin 2024. Elle varie toujours fortement selon les régions, avec des disparités qui se sont légèrement réduites avec la crise sanitaire.

## Fin 2024, la France compte 19 700 lits en soins critiques et de surveillance continue

Au 31 décembre 2024, la France compte 19 700 lits en soins critiques et de surveillance continue (tableau 1). La réforme des autorisations de soins critiques<sup>1</sup> redéfinit les soins critiques en deux niveaux (réanimation et soins intensifs), et en exclut par conséquent la surveillance continue. De ce fait, d'anciennes unités de surveillance continue, qui répondent aux conditions techniques de fonctionnement et d'implantation des soins intensifs, ont été intégrées dans ces derniers. Les unités de surveillance continue qui persistent doivent établir une convention avec un établissement siège de soins critiques. Elles sont conservées dans le périmètre de cette fiche afin de suivre les effets de la réforme sur l'évolution des capacités. Cette réforme entre graduellement en application à partir de fin 2024, notamment avec la création progressive d'unités de soins intensifs polyvalents (USIP).

Les soins critiques assurent ainsi la prise en charge des patients susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou

fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. Les soins critiques se répartissent désormais en trois types d'unités adultes et pédiatriques : la réanimation, les soins intensifs polyvalents (et polyvalents dérogatoires) et les soins intensifs spécialisés.

Les unités de réanimation sont destinées aux patients dont une ou plusieurs défaillances aiguës peuvent impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. Fin 2024, 5 700 lits de réanimation (hors réanimation néonatale et traitement des grands brûlés) sont en état d'accueillir des patients, soit une augmentation de 1,2 % par rapport à fin 2023.

Les unités de soins intensifs polyvalents et polyvalents dérogatoires assurent la prise en charge des patients dont une ou plusieurs défaillances aiguës peuvent impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente, le cas échéant, d'un transfert en réanimation. Cette modalité est créée par la réforme des autorisations de soins et les premières unités médicales voient le jour en 2024. Fin 2024, elles comptent 1 500 lits.

Les unités de soins intensifs spécialisés prennent en charge les patients qui présentent ou sont

1. Sont entrés en application en 2024 la nouvelle notion de soins critique et les nouveaux types d'unités médicales de soins critiques définis dans le Code de la santé publique aux articles R. 6 123-33 à 38, tels que modifiés par le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022.

susceptibles de présenter une défaillance aiguë de spécialité ou d'organe (patients relevant de soins de néphrologie, respiratoires, d'hépatogastro-entérologie, de cardiologie, neurovasculaires, ou encore d'hématologie). Fin 2024, 6 100 lits de soins intensifs spécialisés sont en état d'accueillir des patients (+3,0 % par rapport à fin 2023).

Enfin, la surveillance continue, désormais exclue de la définition des soins critiques, est dédiée à la prise en charge des patients nécessitant une observation clinique et biologique répétée et méthodique. Elle dispose de 6 500 lits en 2024 (soit -1 400 lits par rapport à 2023). Cette baisse s'explique par une requalification en unités de soins intensifs des unités médicales de surveillance continue répondant désormais aux conditions techniques de fonctionnement et d'implantation fixées par la réforme.

Fin 2024, les capacités en soins critiques augmentent avec la création de 1 500 lits de soins intensifs polyvalents

Le nombre de lits en soins critiques ou de surveillance continue a connu une augmentation régulière, de 1,1 % en moyenne par an entre fin 2013 et fin 2019, soit 6,9 % au total au cours de la période (graphique 1). Cette hausse est davantage marquée pour les soins intensifs (+10,3 % entre 2013 et 2019) et la surveillance continue (+8,7 %) que pour la réanimation (+1,0 %).

Entre fin 2019 et fin 2020, en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, les capacités d'accueil en soins critiques ou en surveillance continue ont progressé de 3,6 %, portées par une très forte hausse des lits de réanimation (+14,5 %), pour atteindre le niveau inédit de 20 300 lits fin 2020. Depuis, ces capacités ont baissé et s'établissent à 19 700 lits en 2024, soit un niveau légèrement supérieur à celui de 2019 (19 600 lits).

Cette évolution correspond à un reflux du nombre de lits de réanimation depuis 2020, qui se maintient toutefois à un niveau plus important qu'en 2019. Les capacités en réanimation sont ainsi de 5 700 lits fin 2024, soit une augmentation de 4,2 % par rapport à fin 2019.

Le nombre de lits de soins intensifs est resté relativement stable entre 2019 et 2023 (près de 6 000 lits). L'année 2024 est marquée par la création des USIP. Le nombre de lits de soins intensifs augmente au total de 1 700 lits en 2024 (+27,9 %), dont 1 500 lits d'USIP.

Le nombre de lits de surveillance continue a légèrement baissé entre 2019 et 2023, passant de 8 200 lits à 8 000 lits. En 2024, l'entrée en application de la réforme des autorisations de soins critiques exclut les soins de surveillance continue de la définition des soins critiques. Une partie de ces capacités, répondant aux exigences fixées par la réforme, est requalifiée en lits d'USIP, ce qui explique leur net recul (-1 400 lits, soit une baisse de 18,0 % par rapport à 2023).

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil en soins critiques et en surveillance continue au 31 décembre 2024

|                          | Réanimation |         | Soins intensifs |             |                 |         | Surveillance continue |         | Ensemble des soins critiques |
|--------------------------|-------------|---------|-----------------|-------------|-----------------|---------|-----------------------|---------|------------------------------|
|                          | Adultes     | Enfants | Polyvalents     | Cardiologie | Neurovasculaire | Autres  | Adultes               | Enfants |                              |
| Nombre de lits           | 5 278       | 374     | 1 473           | 2 731       | 981             | 2 381   | 5 805                 | 722     | 19 745                       |
| Nombre total de patients | 229 390     | 17 058  | 241 314         | 85 484      | 108 425         | 12 185  | 387 174               | 59 141  | 946 805                      |
| Nombre total de séjours  | 249 160     | 19 093  | 269 230         | 90 303      | 139 679         | 36 853  | 433 631               | 72 008  | 1 147 526                    |
| Nombre de journées       | 1 601 715   | 101 982 | 815 572         | 298 306     | 806 469         | 631 013 | 1 848 129             | 271 562 | 5 750 793                    |
| DMS (en jours)           | 6,4         | 5,3     | 3,0             | 3,3         | 5,8             | 17,1    | 4,3                   | 3,8     | 5,0                          |

DMS : durée moyenne de séjour.

**Note >** Les berceaux ou couveuses de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés.

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

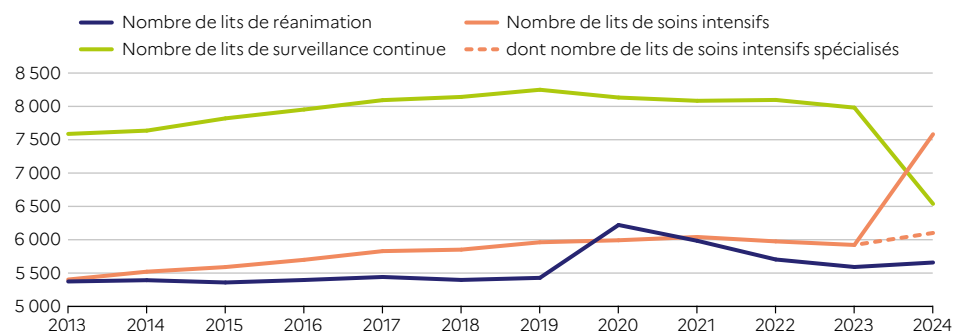
**Sources >** Drees, SAE 2024, traitements Drees ; ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees.

### En 2024, l'activité est marquée par la montée en charge des soins intensifs polyvalents

Entre 2013 et 2019, le nombre de journées en soins critiques et en surveillance continue<sup>2</sup> a progressé de 8,2 % (graphique 2). Dans le détail, le nombre de journées a augmenté en soins intensifs (+12,7 %) et en surveillance continue (+11,9 %), mais il a légèrement reculé en réanimation (-0,5 %).

L'activité de soins critiques a ensuite globalement baissé entre 2019 et 2023 (-4,3 % pour le nombre de journées), avec une évolution saccadée au cours de la période et un impact contrasté de la crise sanitaire sur l'activité des différents types d'unités (Dubois, 2024 ; Naouri, Jamme, 2024). En 2024, l'activité de réanimation est stable (+0,2 % par rapport à 2023). La requalification de lits de surveillance continue en lits de soins intensifs polyvalents se traduit par une forte hausse de

#### Graphique 1 Évolution du nombre de lits en soins critiques ou de surveillance continue au 31 décembre, depuis 2013

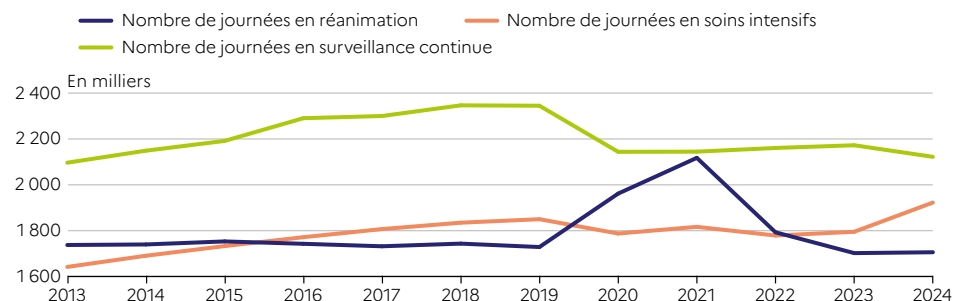


**Note >** Les berceaux ou couveuses de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés.

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

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

#### Graphique 2 Évolution du nombre annuel de journées en soins critiques ou en surveillance continue depuis 2013



**Note >** Les nombres de journées en réanimation, soins intensifs et surveillance continue comprennent toutes les journées des séjours terminés l'année  $n$  : sont incluses les journées de l'année  $n-1$  pour les séjours commencés à la fin de l'année  $n-1$  et terminés au début de l'année  $n$  ; sont exclues les journées de l'année  $n$  des séjours commencés à la fin de l'année  $n$  mais terminés au début de l'année  $n+1$ .

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

**Sources >** ATIH, PMSI-MCO 2013-2024, traitements Drees.

2. Par souci de comparabilité avec les éditions précédentes de cet ouvrage, le nombre de journées présenté concerne uniquement les journées des séjours terminés dans l'année.

l'activité en soins intensifs (+7,1 %) et une baisse, atténuée, de l'activité en surveillance continue (-2,3 %). Ces évolutions de l'activité sont bien inférieures à celles des capacités, car les transformations ont principalement eu lieu au dernier trimestre 2024<sup>3</sup> (graphique 3). Leur activité peut toutefois s'analyser conjointement pour neutraliser cet effet de vases communicants induit par la réforme : le nombre de journées en soins intensifs ou en surveillance continue croît de 1,9 % en 2024 (après +0,7 % en 2023 et -0,6 % en 2022). Au total, le nombre de journées en soins critiques ou en surveillance continue augmente de 1,4 % en 2024 (après -1,1 % en 2023).

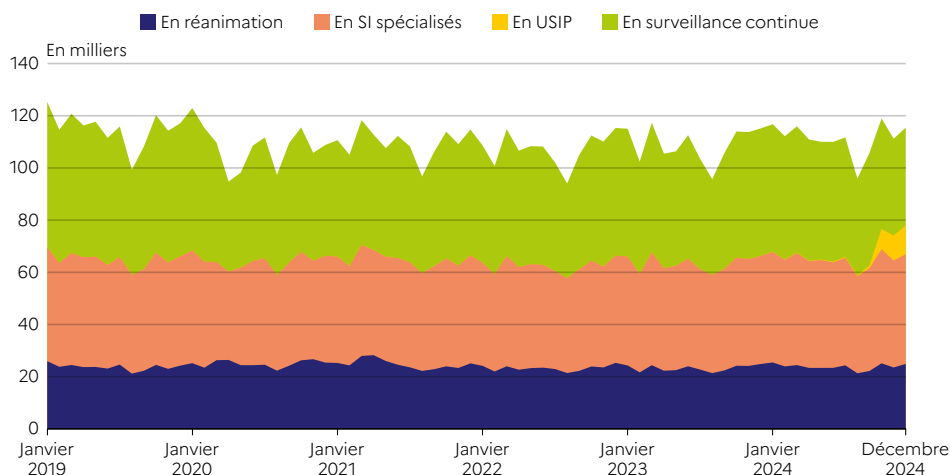
En 2024, l'activité dédiée aux patients avec diagnostic de Covid-19<sup>4</sup> continue de diminuer. Elle ne représente plus que 2,9 % des journées en soins critiques ou en surveillance continue (après 4,5 % en 2023, 12,2 % en 2022, et 18,7 % en 2021).

Elle est plus importante en réanimation adulte que dans les autres types d'unités de soins critiques : les patients avec diagnostic de Covid-19 y représentent 4,1 % des journées (après 6,4 % en 2023, 21,0 % en 2022 et 38,1 % en 2021).

### Les capacités en réanimation et en soins critiques varient selon les régions

Fin 2024, la densité de lits de réanimation est de 8,2 lits pour 100 000 habitants, stable par rapport à 2023. Elle renoue avec son niveau d'avant la crise sanitaire (+0,2 lit depuis 2019), après avoir atteint un point haut en 2020 (9,2 lits pour 100 000 habitants). Cette densité varie fortement<sup>5</sup> entre régions, mais les disparités se sont légèrement réduites depuis fin 2019<sup>6</sup>. En 2024, trois régions ont une densité de lits de réanimation supérieure à 9,0 lits pour 100 000 habitants : l'Île-de-France (9,9), La Réunion (9,8) et la région

### Graphique 3 Entrées mensuelles en soins critiques ou en surveillance continue depuis 2019



SI : soins intensifs ; USIP : unité de soins intensifs polyvalents.

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

**Sources** > ATI, PMSI-MCO 2019-2024, traitements Drees.

3. De plus, il se peut que la déclaration de la nouvelle unité médicale (UM) dans le PMSI intervienne avec retard sur le changement d'autorisation. Par ailleurs, il est à noter que, si le caractère infra-annuel de la transformation des UM affecte déjà les évolutions 2024-2023, il affectera aussi les évolutions 2025-2024.

4. Patients ayant le Covid-19 pour diagnostic principal ou associé.

5. Le coefficient de variation de la densité de lits de réanimation par région (mesure de dispersion rapportant l'écart-type à la moyenne et qui s'avère d'autant plus élevée que la dispersion est importante) est supérieur à celui de la densité de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en 2024 (17,9 % contre 13,7 %).

6. Le coefficient de variation de la densité de lits de réanimation, qui était de 20,2 % en 2019, baisse et atteint 17,9 % en 2024.

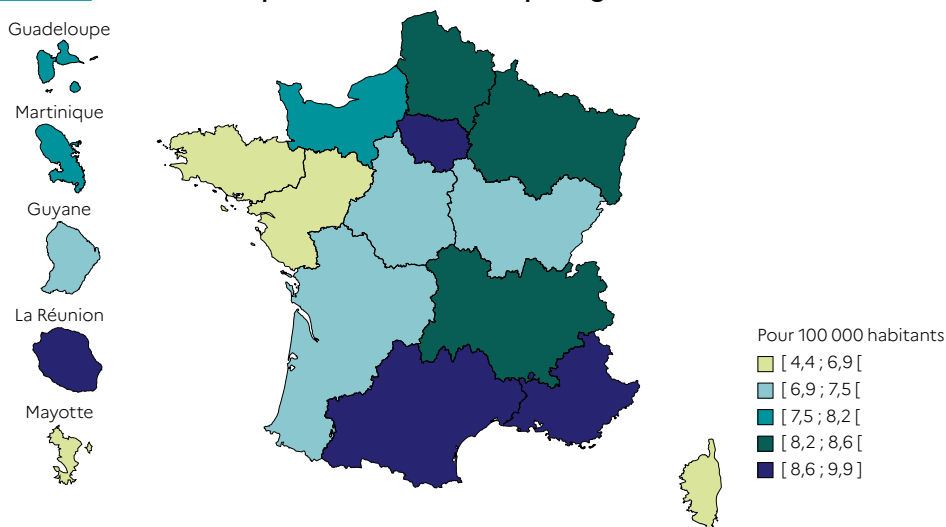
Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,3) [carte 1]. À l'inverse, quatre régions ont une densité de lits de réanimation inférieure à 7,0 lits pour 100 000 habitants : Mayotte (4,4), les Pays de la Loire (5,2), la Bretagne (5,4), ainsi que la Corse (6,7).

Par rapport à 2019, la densité de lits de réanimation a augmenté dans la plupart des régions, en particulier dans celles d'outre-mer (à l'exception de Mayotte) : +2,5 lits pour 100 000 habitants en Guyane (soit +53,6 %) et +1,1 lit à La Réunion (+12,6 %). En France métropolitaine, la hausse est la plus marquée en Corse (+1,4 lit, soit +26,5 %), tandis que la densité de lits de réanimation a baissé dans le Grand Est (-0,4 lit, soit -4,1 %) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (-0,4 lit, soit -3,9 %). Hors Mayotte, les départements et régions d'outre-mer (DROM) ont connu les plus grandes évolutions de leurs densités de lits de réanimation entre 2013 et 2024, avec des améliorations permettant d'atteindre un niveau proche de celui de la France métropolitaine : la densité de lits de réanimation progresse ainsi très fortement en

Martinique (+3,4 lits pour 100 000 habitants entre fin 2013 et fin 2024, soit +72,4 %), en Guadeloupe (+2,6 lits, soit +47,1 %), à La Réunion (+3,1 lits, soit +46,2 %) et en Guyane (+1,4 lit, soit +23,6 %). La densité de lits de réanimation en Guyane, qui avait reculé de 19,5 % entre 2013 et 2019 alors que la population augmentait pendant cette période (+15,4 %), a fortement augmenté en 2020, avant de refluer depuis. Elle atteint ainsi 7,1 lits pour 100 000 habitants en 2024.

Pour l'ensemble des soins critiques ou de surveillance continue, la densité des capacités en France est de 28,7 lits pour 100 000 habitants en 2024 (carte 2). Cette densité est très corrélée à celle des lits de réanimation. De même, elle varie fortement selon les régions, avec des disparités qui se sont légèrement réduites entre fin 2019 et fin 2024<sup>7</sup>. Pour quatre régions, la densité de lits en soins critiques est supérieure à 30 lits pour 100 000 habitants : la Provence-Alpes-Côte d'Azur (34,0), l'Île-de-France (32,6), les Hauts-de-France (32,2) et l'Occitanie (32,0).

**Carte 1** Densité des capacités en réanimation par région au 31 décembre 2024



**Notes >** Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les berceaux ou couveuses de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés.

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

**Sources >** Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

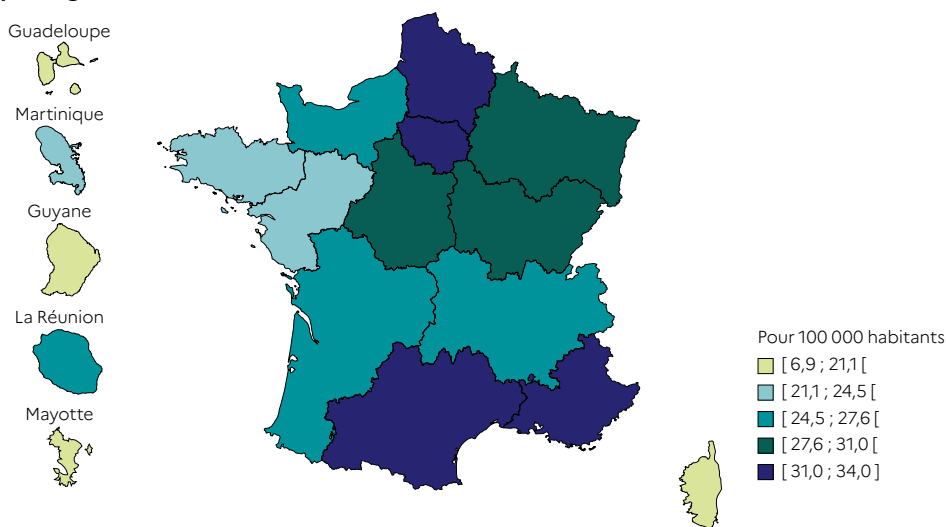
<sup>7</sup> Le coefficient de variation de la densité de lits en soins critiques ou de surveillance continue, qui était de 24,8 % en 2019, baisse à 22,5 % en 2024.

Pour trois régions, en revanche, la densité de lits en soins critiques est inférieure à 20 lits pour 100 000 habitants. Il s'agit de Mayotte (6,9), de la Guyane (17,2) et de la Guadeloupe (19,5).

En 2024, la densité de lits en soins critiques ou de surveillance continue augmente de 0,2 lit pour 100 000 habitants, après avoir baissé en 2022 et en 2023 (respectivement de -0,6 lit et -0,5 lit). Elle est donc inférieure au niveau de fin 2020

(30,1 lits pour 100 000 habitants) et même à celui d'avant la crise sanitaire (29,1 lits). Elle reste plus élevée notamment en Guyane (+5,9), à La Réunion (+3,1), en Corse (+2,1) et dans les Hauts-de-France (+1,5). Elle diminue notablement par rapport à l'année précédant la crise sanitaire en Bourgogne-Franche-Comté (-2,6), dans le Grand Est (-2,5), en Centre-Val de Loire (-1,9), ainsi qu'en Guadeloupe (-1,8). ■

## Carte 2 Densité des capacités en soins critiques et en surveillance continue par région au 31 décembre 2024



**Notes >** Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les berceaux ou couveuses de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale ne sont pas comptabilisés.

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

**Sources >** Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

### Encadré Sources et méthodes

#### Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Établissements d'hospitalisation disposant au moins d'un lit en hospitalisation complète en soins critiques ou en surveillance continue.

#### Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé. ● ● ●



### Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont connues via la SAE et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisations complète et partielle »).

> **Capacités en soins critiques** : elles incluent les lits de réanimation et de soins intensifs qui sont soumis à autorisation. Ces unités sont définies dans le Code de la santé publique aux articles R. 6123-33 à 38 modifiés par le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques. Elles n'incluent pas la réanimation et les soins intensifs néonataux, ni le traitement des grands brûlés.

> **Capacités en surveillance continue** : elles incluent les lits des unités de surveillance continue. Leur implantation nécessite une convention avec un établissement siège de soins critiques autorisé. Les capacités en surveillance continue ne font plus partie des soins critiques, et sont définies par les décrets D. 6124-117 à 118.

> **Séjours en soins critiques et en surveillance continue** : ils incluent l'ensemble des séjours terminés dans l'année (définition homogène à celle retenue pour le décompte des séjours de MCO des autres fiches de l'ouvrage) pour lesquels il y a eu au moins un passage dans une unité médicale de soins critiques ou de surveillance continue au cours du séjour. Un séjour se terminant en janvier 2024 pour lequel il y a eu un passage en soins critiques en 2023 est ainsi comptabilisé comme un séjour en soins critiques de 2024. En revanche, ne sont pas comptabilisés les séjours en soins critiques ou en surveillance continue commencés en fin d'année et terminés début 2025.

> **Journées en soins critiques et en surveillance continue** : elles incluent l'ensemble des journées passées dans une unité médicale de soins critiques ou de surveillance continue dont le séjour s'est terminé dans l'année. Sont ainsi comptabilisées en 2024 les journées en soins critiques ou en surveillance continue de 2023 des séjours se terminant en 2024. En revanche, ne sont pas comptabilisées les journées en soins critiques ou en surveillance continue de 2024 des séjours terminés en 2025.

### Pour en savoir plus

> **Boisguérin, B., Marre, M., Mellot, R.** (2025, novembre). Dans les établissements de santé en 2024, la baisse du nombre de lits ralentit et les alternatives à l'hospitalisation complète poursuivent leur progression. Drees, *Études et Résultats*, 1353.

> **Courtejoie, N., Dubost, C.-L.** (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 67.

> **Dubois, Y.** (2024, mars). Nombre de lits en réanimation : l'adaptation du système hospitalier pendant la crise due au Covid-19. Drees, *Études et Résultats*, 1299.

> **Naouri, D., Jamme, M.** (2024, juillet). L'évolution des séjours en réanimation entre 2014 et 2022 marquée par l'apparition du Covid-19. Drees, *Études et Résultats*, 1308.